



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2024-03-28
ON/2024:47

Avtalsuppföljning av vård- och omsorgsboende i Solna 2023

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden tar del av avtalsuppföljningen för 2023.

Sammanfattning

Avtalsuppföljningen har under 2024 omfattat nio verksamheter, varav sju vård- och omsorgsboenden som drivs på entreprenad, ett boende som drivs av egen regi samt ett boende som drivs enligt LOV. Avtalsuppföljningen påbörjades oktober 2023 och avslutades i februari 2024.

Avtalsuppföljningen 2023 har haft fokus på verksamheternas utvecklingsplaner efter uppföljning 2022. Kvalitetsutvecklaren har begärt in underlag från verksamheterna om hur arbetet fortlöpt under året. Kvalitetsutvecklaren har haft två fysiska besök i varje verksamhet där det ena haft fokus på förbättringsområden i respektive verksamhet och en måltidsobservation.

Uppföljningen har även omfattat den faktiska personalbemanningen för vecka 35 för att se att de följer sina anbudsloften. Verksamhetens kvalitetsberättelse har bidragit till rapporten genom att beskriva hur arbetet med avvikelser, aktiviteter, egenkontroller för social dokumentation och den ofrivilliga besvärade ensamheten hos äldre.

Det har varit en del chefsbyten i några verksamheter vilket påverkat det systematiska kvalitetsarbetet. Verksamheterna har fortsatt att utveckla sina ombudsroller tillsammans med medarbetarna genom tydliga uppdrag och utbildningssatsningar inom respektive område. Verksamheternas identifierade styrka är att över 90 % av de tillsvidareanställda är utbildade undersköterskor samt att verksamheternas vikarier även har undersköterskekompetens. Utifrån verksamheternas höga andel utbildade undersköterskor är det ett mindre antal medarbetare som skickat in och fått intyg om skyddad yrkestitel. Verksamheterna samverkar med vård- och omsorgsskolorna och har tagit emot många undersköterskeelever under praktikperioderna.

Verksamheterna har identifierat personer som bedöms besväras av ensamhet och vidtagit åtgärder för att minska ensamhetskänslan. Verksamheterna har kommit i gång med olika råd där den enskilde kan vara med och påverka och bjuder in till anhörigträffar två gånger per termin. Verksamheterna har några gemensamma förbättringsområden såsom social dokumentation, mat och måltidssituation, rapportera avvikelser som sker i verksamheten och utvecklar arbetssätt för ökad delaktighet för de äldre genom bland annat kommunikationshjälpmedel.

Under 2024 kommer fokus att vara på mat och måltidssituationen och verksamheternas sociala dokumentation.

Helena Åman
Förvaltningschef

Monica Lickander
Kvalitetsutvecklare



Bakgrund

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.

Avtalsuppföljning 2023

AMETISTEN



Innehållsförteckning

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

Inledning

Ametisten är ett vård- och omsorgsboende med 80 platser som är fördelade på fem våningar och det är två avdelningar på varje våning. Verksamheten har en somatisk inriktning med 32 platser och en demensinriktning med 48 platser. Längst ned i fastigheten finns gemensamma lokaler där aktivitetspedagogen har olika aktiviteter. Verksamheten drivs av Vardag där avtalet har förlängts till och med februari 2026 och det möjlighet till en ytterligare fyra år.

Uppföljningen gjordes i verksamheten den 7 november 2023 och den 30 januari 2024.

Metod

Kvalitetsutvecklaren har utgått från verksamhetens utvecklingsplan efter uppföljningen 2022 och annan dokumentation. Utvecklingsplanen har fyllts i av ansvarig chef och skickats in i anslutning till uppföljningen. Verksamheten har också fått redovisa bemanningen för vecka 35. Metoder som använts är dokumentationsgranskning och intervju. Kvalitetsutvecklaren har även gjort en måltidsobservation och samtalat med boende och medarbetare. Vid uppföljningstillfället deltog verksamhetschef, enhetschef och gruppchefer från varje våning och kvalitetsutvecklare från staben för kvalitetsutveckling.

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

En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har en stabil ledning och engagerade medarbetare med fokus på de som bor i verksamheten. Vidare har verksamheten arbetat aktivt med sin utvecklingsplan och uppföljningen visar på en systematik både gällande arbetssätt och metod. Verksamheten arbetar med språket genom språkcafé som är en lyckad satsning som gett goda resultat. Verksamhetschefen bjuder in till anhörigräffar och alla olika boråd, kostråd med mera är i gång. Verksamheten behöver fortsätta sitt arbete gällande avvikelser och särskilt utifrån socialtjänstlagen samt den sociala dokumentationen.

Åtgärd

Verksamhetschefen ska inkomma med hur verksamheten ska arbeta med sin utvecklingsplan för året senaste den 31 mars 2024. Kvalitetsutvecklaren kommer att följa upp verksamheten utifrån prioriterade områden och anbudsloften utifrån omvårdnadsförvaltningen uppföljningsplan för året.

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

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

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Hot och våld
	Larm
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2022	Resultat 2023
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Bemötande och anhörigstöd	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Aktiviteter och fritid	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 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 slutförd.	Verksamheten ska möjliggöra för nattmedarbetare att delta i strukturerade reflektionsträffar 1,5 timme per månad
✓ Aktiviteten är slutförd.	Anbud: Verksamheten behöver se till att kompetensutveckling 0–18 månader efterlevs.

Samverkan

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner för samverkan både externt och intern som är implementerade.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten ska fortsätta ökasamverkan mellan natt- och dagpersonal

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Anbud: Verksamheten behöver förstärka samverkan mellan dag- och nattpersonal i enlighet med det anbud som har lämnats. Vidare behöver verksamheten möjliggöra för nattmedarbetare att delta i utbildningar samt reflektionsträffar.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

3. Uppfyller kraven delvis

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

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

Social dokumentation

3. Uppfyller kraven delvis

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

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

Självbestämmande och integritet

3. Uppfyller kraven delvis

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

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

Bemötande och anhörigstöd

4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner och arbetssätt som är implementerade i verksamheten.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten behöver fortsätta arbeta för att förbättra de boendes och anhörigas upplevelse av personalens bemötande.

Mat och måltider

3. Uppfyller kraven delvis

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Anbud: Verksamheten behöver möjliggöra för alla medarbetare att gå utbildning i näringslära enligt anbud.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Anbud: färskt bröd ska serveras dagligen vid frukost.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver vidta åtgärder för att förbättra måltidssituationen maa det låga resultatet i brukarundersökningen.

Aktiviteter och fritid

3. Uppfyller kraven delvis

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	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 pågår med avvikelser.	Anbud: Verksamheten ska se till att boende med stora fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar erbjuds en meningsfull tillvaro.

Säkerhet

4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom delområdet. Rutiner finns och tillämpas.

Ekonomisk kontroll

4. Uppfyller kraven

Företaget uppfyller de ekonomiska kraven utifrån avtalet

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har en mötesplanering för vilka möten som ska ske under året. Varje möte har en fast agenda och samtliga protokollförs för att vara tillgängliga för medarbetarna. Möten som är obligatoriska är schemalagda för att medarbetarna ska kunna delta. Minnesanteckningar skickas ut till samtliga medarbetarna och de finns även tillgängliga digitalt. Verksamheten har system för att följa upp fattade beslut så att de efterlevs vilket görs på nästkommande möte.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Ledningsgruppen består av en verksamhetschef, en enhetschef samt fem gruppchefer vilket alla är tillsatta vid uppföljningstillfället. Verksamhetens medarbetare har tillgång till arbetsledning under hela dygnet. Det finns en tydlig uppdelning av vad som ingår i respektive befattning. Gruppcheferna ansvarar för arbetsledning i det dagliga arbetet och att det finns vikarier vid sjukdom. Verksamhetschefen är utbildad sjuksköterska och har flera års erfarenhet av arbete i ledande ställning. Hälso- och sjukvårdspersonal har ansvar för att handleda medarbetarna i det dagliga arbetet vilket sker genom att hålla i interna kurser när behov har identifierats samt delta i omvårdnadsarbete för att säkerställa att medarbetarna har tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften. Sjuksköterska som arbetar natt har gått utbildning "Att leda utan att vara chef".
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg. Föreståndaren är godkänd.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för introduktion av nya medarbetare och det är gruppchefen på respektive våning som ansvarar för att utse handledare och följa upp hur introduktionen har varit. Uppföljningen görs skriftligt utifrån checklistan. En ny medarbetare går dubbelt i verksamheten under två dagar för undersköterskor. Verksamheten har låg personalomsättning och det vanligaste är introduktion för vikarier. I introduktionen ingår ett antal webbutbildningar som ska genomföras och som enhetschefen följer upp efter två till tre månader. Inom Vardaga används en utbildningstrappa som erbjuds medarbetarna under ett och halvt år. Ambea har tagit fram en typ av kompetensportal där det framgår vilka utbildningar som är obligatoriska och verksamhetschefen kan följa upp i systemet vilka som fullföljt utbildningen och vilka som inte har fullgjort sitt uppdrag. Gruppcheferna ansvarar för att följa upp att medarbetarna deltar i de utbildningar som de har anmälts till.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Verksamheten har en hög andel utbildade undersköterskor och flera vikarier med undersköterskekompetens. Det strategiska arbetet med att utveckla medarbetarnas kompetens sker genom att erbjuda utbildningar via Lära och andra specifika utbildningar utifrån ombudsroller. Utbildningsbehov lyfts också i de återkommande målsamtal som chefen håller i tre gånger per år. Verksamheten har möjliggjort att medarbetare har kunnat genomföra specialistutbildningar på arbetstid med riktade uppdrag efter utbildningen. Verksamheten uppmuntrar medarbetare till kompetensutveckling genom att låta medarbetare berätta om den utbildning som de går på för andra. Verksamheten har flera utbildade språkambud och språkcafé erbjuds två gånger i månaden till alla medarbetare som vill utveckla sitt språk. Språkambud har tagit fram stödmaterial för att underlätta för medarbetarna att använda rätt uttryck. Enligt medarbetarna är språkträffarna ett trevligt sätt att förbättra det svenska språket men framför allt viktigt för att stärka teamkänslan. För att vidmakthålla kunskapen inom verksamheten erbjuds bl.a. korta reflektionsstunder där tre standardfrågor tas upp "vad har gått bra, mindre bra och vad har vi lärt oss". Teammöten är utöver ett informationsforum även ett lärande forum. Det finns planer på att medarbetare ska byta våningsplan för att lära av varandra.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Medarbetarna har behovsanpassat schema som förnyas var tionde vecka och på dagtid arbetar två omvårdnadspersonal med ansvar för 8 boende fram till klockan 16.00. Därefter arbetar tre personer för 16 personer varav en är löpare. Enligt verksamhetschef har timmarna fördelats så att finns överlappningstid mitt på dagen för att ge personalen möjlighet att delta i olika möten, hjälpa till med aktiviteter samt erbjuda utevistelse. Verksamheten har tagit fram rutiner för vart

Delområde	Kommentar
	medarbetarna kan vända sig i fall de behöver förstärkning. Ametisten har redovisat bemanningsschema för mån-sön vecka 35. Tätheten beräknats enligt samma mall som vid anbudstillfället. Ametisten uppfyller krav på bemanning i enlighet med anbudet.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten arbetar strategiskt med att rekrytera nya medarbetare och det är en utmaning som för alla verksamheter inom välfärdssektorn. Verksamheten har fyra personer som har ansökt och fått skyddad yrkestitel och intresset är svalt mycket på grund av snar pensionering eller att man inte är motiverad att läsa de som behövs. Under året som varit har fyra undersköterskor valt att gå vidare till annan verksamhet. Det är ofta lönen som avgör när en medarbetare säger upp sig. Verksamheten har tagit emot 25 undersköterskelever under året och samarbetet med skolorna fungerar bra.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har identifierat de processer som behövs för extern samverkan och det framgår av rutinen om vilken samverkan som är särskilt viktig. Av rutinen framgår med vilka parter verksamheten samverkar med och vem som ansvar för samverkan sker.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för internsamverkan där det framgår vilka mötes forum som finns internt i organisationen. Verksamheten har möte varje morgon med rapport från natten och det finns utrymme för överlämningar under dag och kväll. Nattmedarbetare ska delta på teammöte och arbetsplatsträffar. Utifrån anbud så finns det mötes forum där medarbetare som arbetar natt är representerade. Representant från natten deltar i nätverksträffen "Sätt ljus på natten" som omvårdnadsförvaltningen kallar till.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Det finns möten där medarbetarna kan vara delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete. Verksamheten har kvalitetsråd med särskilt kvalitetsombud ingår från våningarna samt ledningsgruppen där frågor kan lyftas. Återkoppling på förslag ges av verksamhetschef eller gruppchef. Kvalitetsfrågor är med på arbetsplatsen agenda där förslag kan diskuteras. Verksamheten kommunicerar med flera olika alternativ för att nå alla medarbetare, det skickat per mejl, minnesanteckningar i pärm och viss information anslås på anslagstavlor. Varje medarbetare har ett eget ansvar att ta del av minnesanteckningar från möte där man inte har deltagit. Ombuden över respektive område finns beskrivet i en pärm på kontoret. Ombuden ansvarar att sprida information till sina kollegor på arbetsplatsträffar och genom anteckningar.
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en tydlig rutin för avvikelser, synpunkt- och klagomål. Verksamheten tar upp alla avvikelser på arbetsplatsträffar, kvalitetsråd och ledningsgrupp. Det finns utbildade språkstödare som kan hjälpa till att skriva avvikelser. Avvikelser som rapporteras hamnar i förbättringsloggen. Verksamhetschef informerar om rapport om missförhållanden på arbetsplatsträffar en gång per år. Det rapporteras fler HSL avvikelser men det finns även inrapporterade SOL avvikelser. Arbetet med avvikelser kommer verksamheten redovisa i kvalitetsberättelsen och följas upp där.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Verksamheten har arbetat aktivt med att förbättra brukar- och anhörignöjdheten. Brukarundersökningsresultatet har presenterats för boende, anhöriga och medarbetare och i samråd med dem har det tagits fram åtgärdsplan. Teambarometer görs var sjätte vecka där medarbetare svara på frågor om arbetsmiljö. Vardagas kvalitetsavdelning har genomfört två egenkontroller per år. Egenkontrollerna genomförs för att säkerställa att gällande föreskrifter och rutiner följs. Verksamhetschefen tillsammans med medarbetarna ansvarar för att svara på frågorna. Intern brukar- och anhörig undersökning genomfördes årligen och resultat är generellt något bättre än Socialstyrelsens brukarundersökning.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har uppdaterat alla genomförandeplaner utifrån det intervall som framgår av stadens riktlinjer för social dokumentation. Verksamheten har lagt fokus på att utveckla den enskildes delaktighet i genomförandeplanen det framkommer inte i kvalitetsberättelsen hur genomförandeplan har följts upp under året och vilka utvecklingsområden som eventuellt kan finnas. Uppföljning av genomförandeplanen kommer att ske under 2024.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamhetens arbete med att följa upp den sociala journalen framkommer inte i kvalitetsberättelsen och om det finns utvecklingsområden. Verksamhetens medarbetare för social journal och omfattar händelser av betydelse, avvikelser från genomförandeplanen. Uppföljning av social journal kommer att ske under 2024.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	All personal har gått på webbaserad utbildning i social dokumentation. Det finns dokumentationsstöd och språkbud som stöttar medarbetarna med allt från vad som ska dokumenteras till hur man formulerar sig på ett tydligt och respektfullt sätt. Fyra gånger per år utför gruppcheferna en strukturerad egenkontroll av den sociala dokumentationen. Egenkontrollen görs enligt en framtagen mall där även språkbruk granskas. Veckoavstämning finns med på checklistan. Resultat av egenkontrollerna följs upp vid mål- och medarbetarsamtal. Utöver de strukturerade egenkontrollerna görs stickprov varannan månad.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten erbjuder boråd som genomförs både på våningen där den enskilde bor och i ett större forum för hela boendet. Verksamhetens arbete med begränsningsåtgärder kommer att följas upp under 2024 i samråd mellan kvalitetsutvecklare och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Fokus kommer att vara egenkontroller gällande skyddsåtgärder. Enligt anbud ska kommunikation med personer med kognitiv svikt anpassas och flera kommunikationsverktyg såsom bildstöd/AKK ska användas och det arbetet har inte påbörjats och verksamheten avvaktar det projektarbete som görs på Polhemsgården. . Aktivitetsansvarig har provat bildstöd i samband med information om aktiviteter. I kontaktmannaskapet så ingår veckoavstämningar, uppföljningen visar att det inte fullgörs utifrån anbudet vilket behöver följas upp. Veckoavstämning syftar till att allt fungera som planerat och om det synpunkter eller önskemål om aktiviteter bland annat. Information vid tillfälliga förändringar sker kontinuerligt och på olika sätt utifrån den enskilde behov. Det sker via vecko- och månadsbrev, anslag i vardagsrummet och direktinformation till den enskilde.
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner och arbetssätt för kontaktmannaskap och kontaktman tilldelas i direkt anslutning till att den enskilde flyttar in i verksamheten. Alla kontaktman genomgår en webbutbildning för att få grepp om vad som ingår i uppdraget. Gruppchef följer upp att varje kontaktman har kunskap om vad som ingår i uppdraget. Den enskilde får också information om möjligheten att byta kontaktman. Verksamheten överlämnar Solna stads kvalitetsdeklaration när den enskilde flyttar in och finns också i den bopärm som förvaras i dennes lägenhet. Inför längre ledigheter meddelar kontaktmannen den boende och dennes anhöriga om när och hur länge hen är ledig samt vem som vikarierar.
Tillgänglighet och information ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en lokal rutin för information om tillfälliga förändringar till boende förtydligar vad, vem, till vilka och på vilket sätt information ska förmedlas. Arbetsterapeuten använder sig av bildstöd vid behov. Månadsbrev från verksamhetschefen anslås på varje våning så att de boende kan ta del av det. Den information som är särskilt viktig för de äldre är när läkaren finns tillgänglig i huset. De boende känner sig trygga och upplever att personal lyssnar på dem men önskade att personalen hade mer tid för samtal. Blankett för att skriva ner synpunkter på verksamheten finns på varje våningsplan och den enskilde får återkoppling på sina synpunkter inom en vecka.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Medarbetare har fullföljt utbildningar i lågaffektivt bemötande vilket är ett av många redskap i mötet med anhöriga. Medarbetare deltar i morgonmöten där olika värdefrågor diskuteras samt att verksamheten har språkcaféer där värdeord och ordspråk diskuteras, ett uppskattat forum för alla medarbetare. Verksamheten arbetar även flexibelt med att matcha kontaktman med boende för att möta behov.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Det finns en skriftlig rutin för hur stöd till anhöriga ska utformas. Sjuksköterska erbjuder stöd till anhöriga. Synpunkter från anhöriga bemöts och gruppchef ansvarar för återkoppling. Anhörigmöte erbjöds två gånger under 2022.

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Verksamheten har strukturerad egenkontroll av följsamhet till rutiner för livsmedelshygien.
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 2. Delvis godkänd	Verksamheten arbetar kontinuerligt med att utveckla och förbättra måltidssituationen för de äldre på boendet. Arbetsterapeuten gör måltidsobservationer två gånger per år på varje avdelning för att säkra att rutiner efterlevs. Kostråd hålls en gång i månaden där kostombud deltar och diskuterar inkomna synpunkter och resultat av genomförda måltidsobservationer där även boenden bjuds in för diskussion. Verksamheten erbjuder enligt anbud färskt bröd till frukost och har frukostbuffé erbjuds på söndagar. <u>Måltidsobservation</u> Borden var vackert dukade och boende kommenterade att de var fint. Det var en lugn måltidsmiljö utan stress. Mat och dryck presenterades till i stort samtliga vid borden. Verksamheten har inte pedagogiska måltider men medarbetarna satte sig ner efter en stund och pratade med boenden. Det var lite tyst inledningsvis men flera av de boende pratade med varandra under måltiden. Boende som behövde visst måltidsstöd fick det av samma medarbetare.

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 2. Delvis godkänd	Aktivitetsansvarig är hälsopedagog och arbetar salutogent. Hon deltar på teammöten och stödjer kollegorna i det salutogena synsättet samt är med på ledningsgruppen en gång i månaden. Aktivitetsansvarig har haft enskilda samtal med boende för att få reda på deras intressen och önskemål. Det erbjuds aktiviteter under helger främst med stöd av Ung Omsorg som är i verksamheten på helger. Med stöd av stimulansmedel har Tovertofel köpts in till verksamheten. Cykeltaxi har använts för en trevligare utevistelse och åkpåsar används för att underlätta för den enskilde att komma ut oftare även när det är kallt. Ametisten har arbetat för att uppmärksamma och avhjälpa ensamheten. För att systematisera arbetet används enkäter till viss del. Information ges på APT och tillämpningsgraden följs upp på ledningsgruppsmöten. Frågan om den enskildes ensamhet tas upp på teammöten dels för att följa upp om vidtagna åtgärder har gett effekt, dels för att initiera nya åtgärder.

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. Larmfunktionen kontrolleras dagligen och signeras. Det finns lokal rutin för tillfällen då tekniska fel medför att larmet slutar att fungera. Verksamheten utför månatligen systematisk egenkontroll av larmsvar, d.v.s den tid

Delområde	Kommentar
	<p>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.</p> <p>Verksamheten har säkerställt att det under kvällar, nätter och helger finns larmadministratör som kan se till att boendes larm fungerar.</p> <p>Talenheter används för att öka trygghetskänslan. Talenhet är ett komplement till trygghetslarmsystem. Den enskilde kan via talenheten få kontakt med personal efter att hen har påkallat hjälp.</p> <p>De boende kände sig över lag trygga med larmet men berättade att det händer att de får vänta för länge på att få hjälp.</p>
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har rutin och egenkontrollsystem för hantering av nycklar till de boendes lägenheter.</p> <p>Verksamheten kommer under våren 2020 att få I-loq till läkemedelsskåpen.</p>
Privata medel ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har skriftlig överenskommelse med boende eller närstående om vad pengarna ska användas till. Överenskommelsen dokumenteras i den enskildes genomförandeplan.</p> <p>Egenkontroll av privata medel samt redovisning till den enskilde, anhöriga eller legal företrädare sker en gång/år.</p>
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Information om sekretessbestämmelserna delges alla nyanställda och tas upp i olika forum.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar																		
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Rating 83																		
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Organisationsnummer</th> <th>556573-6450</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Namn:</td> <td>Vardaga äldreomsorg</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> <td>Beslutade arbetsgivaravgifter</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PERIOD</td> <td>BELOPP (SEK)</td> </tr> <tr> <td>2023-12-01</td> <td>24 232 992,00</td> </tr> <tr> <td>2024-01-01</td> <td>26 577 791,00</td> </tr> </tbody> </table>	Organisationsnummer	556573-6450	Namn:	Vardaga äldreomsorg	Registrerad för F-skatt:	Ja	Registrerad för moms:	Ja	Registrerad för arbetsgivaravgift:	Ja	Beslutade arbetsgivaravgifter		PERIOD	BELOPP (SEK)	2023-12-01	24 232 992,00	2024-01-01	26 577 791,00
Organisationsnummer	556573-6450																		
Namn:	Vardaga äldreomsorg																		
Registrerad för F-skatt:	Ja																		
Registrerad för moms:	Ja																		
Registrerad för arbetsgivaravgift:	Ja																		
Beslutade arbetsgivaravgifter																			
PERIOD	BELOPP (SEK)																		
2023-12-01	24 232 992,00																		
2024-01-01	26 577 791,00																		

Avtalsuppföljning 2023

BJÖRKGÅRDEN



Innehållsförteckning

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

Inledning

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

Verksamheten har två inriktningar med 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. Verksamheten har alla platser belagda vid uppföljningen.

Avtalsuppföljningen har genomförts vid två tillfällen den 10 oktober 2023 och den 26 februari 2024.

Metod

Kvalitetsutvecklaren har följt upp verksamhetens utvecklingsplan efter uppföljningen 2022. Verksamhetschefen har skickat in en beskrivning av verksamheten har arbetet med respektive utvecklingsområde arbetet har fortskridit sedan uppföljningen och har legat till grund vid uppföljningen. Vidare har kvalitetsutvecklare intervjuat verksamhetschef och gjort en måltidsobservation samt tagit del av verksamhetens kvalitetsberättelse för 2023. Verksamhetschef har skickat in personalbemanningen för vecka 35.

En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har en ny verksamhetschef som är engagerad och driven i sitt ledarskap samt engagerade medarbetare som har den enskilde i fokus. Verksamheten har arbetat på bra med sina utvecklingsområden och flera utvecklingsområden är uppfylla. Verksamheten har fortsatt sitt arbete med att utveckla den sociala dokumentation och arbetet kring avvikelser samt aktiviteter. Verksamheten behöver fortsätta sitt arbete med att utveckla måltidskonceptet och medarbetarnas ombudsroller. Verksamhetschefen har inkommit med kvalitetsberättelsen för föregående år.

Åtgärd

Verksamhetschefen ska inkomma med hur verksamheten ska arbeta med sin utvecklingsplan för året senaste den 31 mars 2024. Kvalitetsutvecklaren kommer att följa upp verksamheten utifrån prioriterade områden och anbudsloften utifrån omvårdnadsförvaltningens uppföljningsplan för året. .

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

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

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

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

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

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

bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Hot och våld
	Larm
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2022	Resultat 2023
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
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	◆ 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	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

- 4. Uppfyller kraven

Personal och utbildning

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner som tillämpas delvis.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten ska redovisa ett nytt bemanningsschema våren 2023.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten ska säkerställa att reflektionsträffar erbjuds och hålls en gång i månaden.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten ska säkerställa att medarbetare som behöver stöd i svenska får hjälp via samtal och språkcafé.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten ska säkerställa att all medarbetare introduceras i digitaliseringen i enlighet med anbudet. IT-ombudets roll och ansvar behöver förtydligas.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten ska säkerställa att BPSD administratör utbildas, (dag och nattpersonal). Bemötandeplaner behöver upprättas och följas upp.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Anbud: Utvecklingssamtal med närmsta chef 1 gång per år ska erbjudas som ett led i medarbetarens kompetensutveckling
✓ Aktiviteten är slutförd.	Anbud: Extern handledning och nätverksträff inom företaget för vidareutveckling ska erbjudas.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Anbud: Enligt anbud ska varje tillsvidareanställd fortbildas/kompetensutvecklas en vecka per år (ca 7 dagar)

Samverkan

4. Uppfyller kraven

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

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

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

3. Uppfyller kraven delvis

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

Status	Utvecklingsområden
✅ Aktiviteten är slutförd.	Anbud: Rutinerna ska vara tillgängliga på intranätet.
🟢 Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska säkerställa att ombuden har den kunskap som krävs för att utöva sitt uppdrag.
✅ Aktiviteten är slutförd.	Anbud: Ledningen ska två gånger per år genomföra oanmälda besök nattetid.
✅ Aktiviteten är slutförd.	Anbud: Planeringsdagar två gånger per år ska erbjudas.
⚠️ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Internrevisorer behöver utses och utbildas för att få möjlighet att arbeta i enlighet med anbudet.
✅ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten behöver vidta åtgärder för att öka medvetenheten hos personalen att rapportera avvikelser samt rapportering enligt bestämmelserna för lex Sarah.
✅ Aktiviteten är slutförd.	Förbättra informationen till de boende om hur klagomål och synpunkter tas emot. Vidare behöver verksamheten säkerställa att muntligt framförda klagomål hanteras enligt rutin.
✅ Aktiviteten är slutförd.	Anbud: Fem varförmetoden ska tillämpas för att analysera grundorsaken till avvikande händelse
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Avvikelser SoL

Social dokumentation

3. Uppfyller kraven delvis

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

Status	Utvecklingsområden
🟢 Aktiviteten pågår enligt plan.	Den enskildes delaktighet, kommunikationsförmåga behöver utvecklas.
🟢 Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver säkerställa att det finns en röd tråd mellan genomförandeplan och sociala dokumentation.
🟢 Aktiviteten pågår enligt plan.	Händelse av vikt, viktiga 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 enligt plan.	Anbud: Samtliga medarbetare ska gå utbildning i kontaktmannaskap.
Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten ska upprätta och förankra rutin för hur, vem och när information om tillfälliga förändringar ska ges.
Aktiviteten pågår med avvikelse.	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 slutförd.	Verksamheten ska säkerställa att kommunikationssättet är anpassat till den enskildes kommunikativa förmåga
Aktiviteten pågår enligt plan.	Uppföljning av skyddsåtgärder behöver struktureras för att säkerställa att dessa åtgärder är tidsbegränsade och väl motiverade.
Aktiviteten är slutförd.	Anbud: Kommunikationsverktyg såsom pictogram, bildstöd ska användas för att underlätta kommunikation med personer med kognitiv svikt. Vidare ska personliga bemötandepplaner används.
Aktiviteten är slutförd.	Anbud: Verksamheten ska på strukturerat sätt och med stöd av Qualid mäta livskvaliteter hos personer som själva inte kan uttrycka sig.
Aktiviteten är slutförd.	Anbud: Verksamheten ska fortsätta utveckla tillämpning av adekvat kommunikationsverktyg i kontakt med den enskilde med kognitiv svikt
Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver säkerställa att skyddsåtgärder kontinuerligt följs upp och utvärderas.

Bemötande och anhörigstöd

4. Uppfyller kraven

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

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

Mat och måltider

3. Uppfyller kraven delvis

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

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

Aktiviteter och fritid

4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten behöver förbättra de erbjudna aktiviteterna samt förbättra möjligheten till utevistelse
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten behöver säkerställa att den enskilde erbjuds egentid enligt den enskildes önskemål.
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Verksamheten ska se till att skapa förutsättningar som behövs för att kunna använda utflyktsbussen
✓ Aktiviteten är slutförd.	Anbud: Utbildning i "Mötas i musik" ska erbjudas.

Säkerhet

4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	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	Verksamheten har en tydlig och skriftlig rutin för sin mötesstruktur. Verksamheten genomför arbetsplatsträffar tio gånger per år och det finns agenda och möten protokollförs. Protokoll finns tillgänglig både digitalt och i en pärm på våningen. Verksamheten har även andra möten såsom kvalitetsråd, sjuksköterskemöten teammöten där flera professioner möts för att ta upp frågor kring den enskilde. Verksamheten har avstämningsmöte varje vardagsmorgon med sjuksköterska, aktivitetsansvarig och omvårdnadspersonal för att stämma av hur natten varit och aktiviteter under dagen. Verksamhetschefen följer upp att fattade beslut har genomförts utifrån medarbetares uppdrag.
Verksamhetens organisation och ledning 3. Godkänd	Verksamheten har en ny chef sedan mars 2023 som är utbildad sjuksköterska och med flera års erfarenhet som ledare. Verksamhetschefen arbetar heltid. Vid uppföljningstillfället pågår en rekrytering av biträdande chef som beräknas bli klar under hösten. Verksamheten har en ledningsstruktur som är känd hos medarbetarna. I verksamhetens ledningsgrupp så ingår biträdande chef, gruppleddare, hälso- och sjukvårdspersonal samt Leva livet inspiratörer. Under kvällar och helger har sjuksköterskor och gruppleddare ett arbetsledande ansvar och det finns alltid en bakjour med chef inom Förenade care.
IVO-tillstånd 3. Godkänd	Verksamheter har tillstånd hos IVO där aktuell föreståndare framgår av tillståndet

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner och checklista när de introducerar nya medarbetare i verksamheten. Ny medarbetare går dubbelt två arbetspass med ordinarie medarbetare. Efter introduktionen har biträdande verksamhetschef ett möte med

Delområde	Kommentar
	ny medarbetare där en checklista följs upp och säkerställer att inget missats. Verksamheten har särskilt fokus på digital kompetens och svenska språket. Verksamheten har ett systematiskt arbetssätt för att följa upp att introduktionen genomförs enligt rutinen och kan säkerställa medarbetarnas kompetens gällande introduktion.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har en hög andel utbildade undersköterskor i verksamhet. Medarbetarsamtal pågår och kommer slutföras under hösten. Verksamheten har ett pågående arbete att göra en övergripande kompetensutvecklingsplan för hela Björkgården. Verksamheten är Silviacertifierade och månatliga reflektionsträffar genomförs enligt plan. Verksamheten har haft utmaningar att få nattmedarbetarna att delta tidigare och de bjuds nu in via teams.</p> <p>Det finns flera utbildade BPSD administratörer och utbildningsansatsen fortsätter under 2024. Under årets planeringsdagar har fokus lagts på verksamhetsnära frågor såsom kontaktmannens roll och ansvar.</p> <p>Verksamhetschefen upplever att språket är relativt gott på Björkgården och en medarbetare är anmält till en språkutbildning och flera språkbud håller på att utbildas. I samband med nyrekrytering medvetet valt medarbetare utifrån verksamhetens behov. Verksamheten har använt Metodikum för att utbilda medarbetare i praktiska moment.</p> <p>För att vidmakthålla kunskapen inom verksamheter deltar medarbetarna i nätverksträffar. Teammöten är utöver informationsforum även ett lärande forum. Medarbetare tycker att det är roligt och givande att sjuksköterskorna berättar om olika sjukdomar i samband med teammötet. Enligt anbud ska det finnas ett IT-ombud i verksamheten, verksamhetschefen har lagt ansvaret på fysioterapeuten att arbeta med den digitala utvecklingen vilket har fundera bra.</p> <p>Enligt anbud ska extern handledning erbjudas, i t. ex demensfrågor, krissituationer, specifika ärenden och palliativ vård. Verksamheten har anlitat en konsult från BPSD-team vid ett tillfälle. De svåra situationerna har kunnat hanteras internt. Enligt ledningen har personal inte efterfrågat extern handledning.</p> <p>Nätverk finns inom företaget för vidareutveckling. Ledningen behöver säkerställa att alla medarbetare erbjuds 7 dagars utbildning i enlighet med anbudet.</p>
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ■ 1. Ej godkänd	Verksamheten har introducerat ett nytt schema utifrån de nya reglerna gällande dygnsvilan mellan passen. Medarbetarna har varit positiva till förändringen, schemat har justerats vid några tillfällen till för att möta medarbetarnas behov. Verksamheten har en stabil arbetsgrupp och medarbetarna har arbetat länge i verksamheten. Sjukfrånvaron är låg och det finns tillgång till vikarier som har arbetat länge i verksamheten en. I samband med uppföljning har verksamheterna redovisat täthetsschemat för mån-sön vecka 35. Tätheten har beräknats enligt samma mall som vid anbudstillfället. Björkgårdens redovisade täthet stämmer inte med avtalet. Tätheten för v. 35 är 0,85 och enligt anbudet ska det vara 0,91. Enligt anbud ska det finnas en gruppleddare under helger, vilket saknas i det redovisade schemat. Dessa avvikelser kommer att följas upp närmare under våren 2024.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner och arbetssätt för att rekrytera nya medarbetare och göra en bedömning av framtida behov. Verksamheten har liten personalomsättning men flera personer kommer att gå i pension inom kort vilket medför en rörlighet i medarbetargruppen. Verksamheten har god tillgång på vikarier både löpande under året och under semesterperioden. Verksamheten har en hög andel av utbildade undersköterskor där sex personer har ansökt om skyddad yrkestitel och andelen som sökt är högre bland timvikarier. Vid nyrekrytering för tillsvidareanställning kräver verksamheten att sökanden kan uppvisa yrkesbevis innan anställning.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	<p>Rutin för extern samverkan finns och inkluderar samverkan med överförmyndarmyndigheten och dödsboudredare.</p> <p>Verksamheten samverkar sedan tidigare med skolor och tar emot praktikanter återkommande i sin verksamhet, både blivande undersköterskor och sjuksköterskor. Under året har verksamheten tagit emot 8 undersköterskor (varav tre erbjudits timanställning i verksamheten) från omvårdnadsprogrammet och 6 sjuksköterskestudenter.</p> <p>Verksamheten ingår också i ett projekt med GIH och en gymnasieskola i Solna där</p>

Delområde	Kommentar
	elever har aktiviteter med de äldre på boendet. Samarbetet har fallit väl ut och det finns planer att fortsätta samarbetet efter avslutat projekt. Verksamheten har påbörjat ytterligare skolsamarbeten som är i planeringsfasen. Verksamheten har sedan tidigare samarbete med en förskola i Näckrosen.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har identifierat och beskriver de processer där den interna samverkan krävs och det finns en tydlig struktur även de möten som äger rum. Samverkan sker löpande via morgonmöten, teammöten och avvikelseråd. Verksamheten har metoder för överrapportering mellan olika skiftbyten. Verksamheten har vårdplaneringar som sker två veckor efter en ny person flyttat in. Verksamhetschefen medverkar på samverkansmöten med förvaltningen, Verksamheten samverkar med olika utbildningsleverantörer och har tagit emot 8 undersköterskor (varav tre erbjudits timanställning i verksamheten) från omvårdnadsprogrammet och 6sjuksköterskestudenter.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Verksamheten har mötesforum för kvalitets- och utvecklingsfrågor och uppmuntrar medarbetarna att delta i nätverksträffa och projekt som drivs av omvårdnadsförvaltningen. Verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal deltar i avvikelserådet. Information från dessa möten delges på APT och anteckningar skickas till alla i Quinyx. Verksamheten har utsett några medarbetare (dag och natt) som internrevisorer. De ansvarar för granskning och uppdatering av rutinerna inom sitt ansvarsområde. Internrevisorer har tidigare arbetat med att uppdatera rutinerna och det arbetat har avstannat något vilket verksamheten behöver fundera hur arbetet kan återupptas. Verksamheten har flera ombudsroller finns i verksamheten. Enligt anbud ska ombuden få extra utbildning inom sitt specialområde vilket finns internt i Förenade Care och när det inte räcker till finns utbildning externt att få. Rollerna har tilldelas medarbetarnas intresse och vad som ingår i uppdraget finns tydligt beskrivet. Planeringsdagar med två dagar per år i enlighet med anbud är inplanerat i slutet av 2023 och början av 2024.
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 2. Delvis godkänd	Verksamheten arbetar på med sina inrapporterade avvikelser. Verksamheten har avvikelseråd med representanter från varje våning, trots det är det ett fåtal avvikelser inrapporterade gällande SoL. Verksamheten har arbetssätt för att analysera avvikelser och gör det genom Fem- varför metoden för att komma åt kärnan i avvikelser. Verksamheten har system för att skriva in avvikelser digitalt med det har inte bidragit till att fler skrivs. Verksamheten behöver undersöka orsaken till att omfattningen är så liten. Avvikelser enligt hälso- och sjukvården rapporteras i högre grad.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Verksamhetens rutiner finns i pärmar och är tillgängliga för samtliga medarbetare (även timanställda) dygnet runt. Pärmen finns i konferensrummet. Internrevisionsgruppen granskar rutinerna årligen och påtalar för biträdande verksamhetschef ifall behov av uppdatering föreligger. Rutinerna finns tillgänglig via teams för alla medarbetare och skickas direkt till medarbetarna via Quinyx. Enligt anbud ska ledningen minst två gånger per år göra oanmälda tillsynsbesök för att kvalitetssäkra arbetet nattetid vilket har genomförts. 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, självskattning hygienrutiner, privata medel, besiktning av hjälpmedel, uppföljning av nattinsatser. Riskanalyser med anledning av övergång till IBIC, digital läkemedelssignering SignIt, och ett nytt dokumentationssystem.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ● 3. Godkänd	Verksamheten har tagit fram stödmaterial för att förenkla för medarbetarna att upprätta en genomförandeplan tillsammans med den enskilde. Egenkontrollen som genomförts visar att utvecklingen är positiv och att fler och fler genomförandeplaner innehåller den enskilde delaktighet och hur den enskilde kunnat påverka de insatser som ges. Alla genomförandeplaner är aktuella och följs upp var sjätte månad eller oftare vid behov.

Delområde	Kommentar
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Vid dokumentationsgranskningar som genomförts visar att social journal är ett fortsatt utvecklingsområde för kommande år. Utbildning i dokumentation kommer att erbjudas under året och det finns dokumentationsstöd i verksamheten. Verksamheten har inte så stora språkutmaningar utan mer vad som ska skrivas i form av händelser av betydelse, faktiska omständigheter och avvikelser från genomförandeplanen.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för socialdokumentation och gör regelbundet egenkontroller av både genomförandeplan och social journal. Verksamheten har identifierat social journal som ett utvecklingsområde utifrån de egenkontroller som genomförts. Verksamheten har erbjudit utbildning på planeringsdagar under året och har påbörjat ett aktivt arbete att förbättra dokumentationen. Egenkontrollen gällande genomförandeplan visar på ett positivt resultat att de har förbättrats sedan senaste egenkontrollen. Utöver de regelbundna egenkontroller som sker fyra gånger per år och redovisas till förenade Care, görs stickkontroller. Vid egenkontroll används Förenade cares egna blankett. Resultatet återkopplas till medarbetarna och till dokumentationsstödjaren.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ◆ 2. Delvis godkänd	Boråd erbjuds två gånger per termin och brukarundersökningens resultat presenteras och diskuteras för att identifiera förbättringsområden. Verksamheten har information om vart man kan vända sig med synpunkter och klagomål. Verksamheten har fortsatt sin satsning på hörselutbildning till medarbetarna för att öka vikten att få ta del av kommunikation och möjlighet att påverka. Under 2024 kommer medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) att följa upp verksamhetens arbete avseende skyddsåtgärder. Verksamheten använder alternativa kommunikationshjälpmedel för att underlätta kommunikationen mellan den enskilde och andra såsom pictogram och bildstöd. För att mäta livskvalitet hos den enskilde med kognitiv svikt ska enligt anbudutvärdering med Qualid tillämpas på de personer som har störst utmaningar för att kommunicera. (Qualid Quality of life in late-stage dementia scale).
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för kontaktmannaskapet och vad som ingår i uppdraget. Alla boende har en kontaktman. Förenade care har ingen internutbildning om kontaktmannaskap men under planeringsdagarna för 2023/2024 är kontaktmannaskapet uppe på agendan för genomgång. Den enskilde har möjlighet att byta kontaktman om hen så önskar. Uppföljning av kontaktmannaskapet sker på medarbetarsamtal.
Tillgänglighet och information ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har rutiner och tillhörande checklista för att ta emot en ny boende i verksamheten. Verksamheten har också tryckt material att lämna till de som besöker boendet. Verksamheten skickar ut månadsbrev till anhöriga och boende i verksamheten. Verksamheten bjuder också in till anhörigträffar två gånger per år. Verksamheten arbetar för att anhörigas involveras i verksamheten. Verksamheten saknar rutiner vid tillfälliga förändringar och hur det kommuniceras ut i nuläget vilket behöver utvecklas.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamheten har Leva Livet inspiratörer som ansvarar för att hålla värdegrunden levande i verksamheten. Inspiratören håller i ett särskilt råd där olika funktioner möts för att lyfta frågor om värdegrund och bemötande. När en ny person ska flytta in i verksamheten lämnas alltid senaste månadsbrevet och Solna stads kvalitetsdeklaration ut till den enskilde och dennes anhöriga. Verksamheten har utbildat flera administratörer inom BPSD för att bemötandeplaner ska upprättas där det finns behov. Verksamheten har bra resultat utifrån brukarundersökningen gällande bemötande från medarbetarna.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten har en skriftlig rutin för hur stöd till anhöriga ska utformas. Anhöriga erbjuds samtal med sjuksköterska eller verksamhetschef vid behov. Verksamhetschefen har kännedom om det anhörigstöd som

Delområde	Kommentar
	omvårdnadsförvaltningen kan erbjuda samt information om den lokala anhörigföreningen i Solna. Verksamheten bjuder in till anhörigräffar två gånger per termin. Verksamhetschefen skickar även ut månadsbrev till de som önskar och anhöriga har möjlighet att delta i olika aktiviteter som erbjuds.

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Strukturerad egenkontroll av följsamhet till rutiner för livsmedelshygien sker. Verksamheten har införskaffat värmeplattor för att behålla matens temperatur under tiden servering pågår.
Möjligheter att påverka mat och måltider ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har kostmöten regelbundet med de som bor i verksamheten, minst en gång varje kvartal där synpunkter kan lämnas. Den enskilde kan alltid föra fram önskemål till kontaktman eller andra medarbetare i verksamheten. Verksamheten ändrar på sitt måltidskoncept och kommer att erbjuda tre rätters middagar till helgen från och med oktober 2023. I samband med förändringen så kommer matsedeln att uppdateras. Verksamheten inför även fredags- och lördagsmys framför tv i det gemensamma vardagsrummet för att förhöja känslan inför helgen. <u>Måltidsobservation</u> Verksamheten har inte pedagogiska måltider och det fanns bra resurser med personer som var behjälpliga i måltidssituationen. Medarbetarna följde de reglementet gällande klädsel och att använda förkläde. Måltidssituationen upplevdes lite rörig och orolig och har utvecklingspotential både gällde måltidsstöd, social samvaro, presentation av mat och dryck.

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	Verksamheten har en tydlig agenda för de aktiviteter som erbjuds i verksamheten. De som bor i verksamheten kan framföra önskemål om aktiviteter på de aktivitetsråd som genomförs en gång i månaden. Den enskilde kan också framföra sina synpunkter till kontaktmannen som kan lämna förslagen till Leva livet inspiratörerna. Det finns två aktivitetsombud på varje avdelning som erbjuder aktiviteter på våningarna. Uppföljning av egentid görs av Leva livet inspiratörerna. Det finns extraresurser rekryterade som kan vara behjälpliga med utevistelse och har startat flera promenadgrupper som erbjuds under veckan samt att fler aktiviteter flyttas ut på balkonger och uteplats. Cykeltaxin har använts flitigt under våren och sommaren och ville viking ha underlättat vid promenader. Utflyktsbussen som enligt anbud ska användas har varit trasig och har inte använts. Utflykter har gjorts med färdtjänstbuss i stället.

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 ● 3. Godkänd	Kontroll av larmsvar sker en gång i veckan genom stickprov. Handhavandefel är oftast anledning till varför kvittering av larm har dröjt och i något fall har utredningen visat att det har varit fel på sändaren. För att öka den boendes trygghet har omvårdnadsförvaltningen köpt in och delat ut talenheter till verksamheterna. Talenhet är ett komplement till trygghetslarmsystem. Den enskilde kan via talenheten få kontakt med personal efter att hen har påkallat hjälp. Talenheterna har använts i de fall den boende har känt sig orolig.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har egenkontrollsystem för hantering av nycklar till de boendes lägenheter. Egenkontroll görs när nycklar kvitteras ut eller två gånger per år.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har skriftlig överenskommelse med boende eller närstående om vad pengarna ska användas till. Egenkontroll för hantering av privata medel görs löpande och minst två gånger per år.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar																		
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Rating 94																		
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<table> <tr> <td>Organisationsnummer</td> <td>556535-5400</td> </tr> <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> <td>Beslutade arbetsgivaravgifter</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PERIOD</td> <td>BELOPP (SEK)</td> </tr> <tr> <td>2023-12-01</td> <td>24 865 554,00</td> </tr> <tr> <td>2024-01-01</td> <td>27 918 736,00</td> </tr> </table>	Organisationsnummer	556535-5400	Namn:	Förenade Care AB	Registrerad för F-skatt:	Ja	Registrerad för moms:	Ja	Registrerad för arbetsgivaravgift:	Ja	Beslutade arbetsgivaravgifter		PERIOD	BELOPP (SEK)	2023-12-01	24 865 554,00	2024-01-01	27 918 736,00
Organisationsnummer	556535-5400																		
Namn:	Förenade Care AB																		
Registrerad för F-skatt:	Ja																		
Registrerad för moms:	Ja																		
Registrerad för arbetsgivaravgift:	Ja																		
Beslutade arbetsgivaravgifter																			
PERIOD	BELOPP (SEK)																		
2023-12-01	24 865 554,00																		
2024-01-01	27 918 736,00																		

Avtalsuppföljning 2023

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 15 solnabor på Frösunda.

Avtalsuppföljning en har genomförts vid två tillfällen den 31 oktober 2023 och en måltidsobservation genomfördes den 29 januari 2024.

Metod

Kvalitetsutvecklaren har utgått från verksamhetens utvecklingsplan efter uppföljningen 2022 och annan dokumentation. Utvecklingsplanen har fyllts i av ansvarig chef och skickats in i anslutning till uppföljningen. Verksamheten har också fått redovisa bemanningen för vecka 35. Metoder som använts är dokumentationsgranskning och intervju. Kvalitetsutvecklaren har även gjort en måltidsobservation och samtalat med boende och medarbetare. Vid uppföljningstillfället deltog verksamhetschefen.

Verksamheten kommer att redovisa egenkontroller gällande avvikelser, social dokumentation och hur verksamheten har arbetat med den besvärande ensamheten i kvalitetsberättelsen som ska vara omvårdnadsförvaltningen tillhanda den 31 januari 2024.

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

En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Frösunda vård- och omsorgsboende är ett boende med engagerade medarbetare och ledning. Verksamheten har arbetat vidare med sin utvecklingsplan och arbetet fortskrider. Verksamheten har haft vissa utmaningar med att rekrytera nya medarbetare till verksamheten och har haft en högre andel vikarier. Verksamheten har utvecklat sina arbetssätt med rapportering mellan olika yrkeskategorier och rutinen för introduktion av nya verksamheter. Verksamheten har fortfarande utmaningar gällande avvikelser inom SoL, måltider och social dokumentation.

Åtgärd

Verksamhetschefen ska inkomma med hur verksamheten ska arbeta med sin utvecklingsplan för året senast den 31 mars 2024. Kvalitetsutvecklaren kommer att följa upp verksamheten utifrån prioriterade områden och anbudsloften utifrån Omvårdnadsförvaltningens uppföljningsplan för året. .

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

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

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

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

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

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

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Hot och våld
	Larm
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2022	Resultat 2023
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Bemötande och anhörigstöd	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Aktiviteter och fritid	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Säkerhet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

- 4. Uppfyller kraven

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten ska säkerställa att anteckningar från mötena skrivs och är tillgängliga för alla medarbetare.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten behöver se till att skapa en stabil ledningsorganisation med frekventa möten där beslut tas och följs upp.

Personal och utbildning

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner som är förankrade och implementerade i verksamheten.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamhetens struktur för uppföljning av introduktion av nya medarbetare behöver systematiseras.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten behöver säkerställa att bemanningskrav på 0,85 uppfylls.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska säkerställa att medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten behöver arbeta aktivt för att höja personalkontinuiteten.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamhetens tillgång till vikarier ska säkras för att kunna täcka bemanningsbehovet vid frånvaro.

Samverkan

4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner som är implementerade i verksamheten.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Rutin för extern samverkan behöver förankras i verksamheten.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten ska skapa förutsättning för god och säker överrapportering mellan de olika yrkeskategorierna.
✓ Aktiviteten är slutförd.	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 slutförd.	Förtydliga ombudens roller och skapa förutsättning för att de ska kunna bedriva verksamhetsutveckling.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Utveckling av arbetssätt gällande ombudsroller i verksamheten.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Förbättra medarbetarnas kunskap om bestämmelserna i lex Sarah.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Upprätta en rutin för hur muntligt framförda klagomål ska hanteras
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver säkerställa att medarbetarna rapporterar SoL-avvikelser
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Rutin för rapportering enligt lex Sarah behöver förtydligas, förenklas och förankras hos samtliga medarbetare.

Social dokumentation

3. Uppfyller kraven delvis

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

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Genomförandeplanerna ska säkerställa på vilket sätt den enskilde har varit delaktig.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Händelser av vikt ska följas upp och utvärderas.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten behöver utveckla egenkontroll av den sociala journalens innehåll i enlighet med Socialstyrelsens krav på dokumentation.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Av genomförandeplaner ska det framgå hur kommunikation med den enskilde ska ske och vilka eventuella kommunikationshjälpmedel som ska användas.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver säkerställa att den enskildes behov av insatser nattetid beskrivs i genomförandeplanerna.

Självbestämmande och integritet

3. Uppfyller kraven delvis

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

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

Bemötande och anhörigstöd

4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde.

Status	Utvecklingsområden
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver ta fram en skriftlig rutin för anhörigstöd.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten behöver tillämpa arbetssätt för att 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 pågår enligt plan.	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 trivsam stund.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver se till att det finns återkommande forum där boendes synpunkter och önskemål kring mat inhämtas.

Aktiviteter och fritid

3. Uppfyller kraven delvis

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Säkerställ att den enskilde erbjuds meningsfulla aktiviteter, egentid och utvistelse enligt önskemål
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver ha arbetsätt för att identifiera och avhjälpa den besvärande ensamheten.

Säkerhet

4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner som är implementerade i verksamheten.

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

Ekonomisk kontroll

4. Uppfyller kraven

Företaget uppfyller de ekonomiska ramarna för avtalet.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov 3. Godkänd	Verksamhetens mötesstruktur följer Attendos handbok för olika möten. Det finns en mötesstruktur med fast agenda för varje möte. Samtliga medarbetare har tillgång till medarbetarappen Appendo. Medarbetaren har tillgång till centrala dokument och rutiner samt verksamhetens sociala vägg där det finns löpande information om verksamheten i appen. Verksamhetschefen skriver anteckningar från APT-mötena och skickar dem till medarbetarna via appen samt att de sparas i en personalmapp på datorn till vilken samtliga medarbetare har tillgång. Verksamhetschefen kan följa upp att medarbetarna tagit del av ny information i appen.
Verksamhetens organisation och ledning 3. Godkänd	Verksamhetschefen har arbetat i verksamheten sedan maj 2022 och som stöd finns en samordnare som kan avlasta i schemaplanering och andra arbetsuppgifter. Under 2024 finns planer att utöka med två gruppchefer på 30 %

Delområde	Kommentar
	<p>som ska vara avlastade i den dagliga arbetsledningen ute på våningarna. Verksamheten har rutiner för hur ledningsgruppen ska träffas en gång i veckan vilket inte alltid har efterlevts. Verksamhetschefen kommer att se över rutinen för ledningsgruppen. Ledningsgruppen består av verksamhetschef, samordnare, profilledare och sjuksköterska.</p> <p>Det framgår tydligt ansvarsfördelning för olika roller, vilka som ansvarar för vad men enligt verksamhetschefen behöver informationen förankras i verksamheten. Telefonlistor har förtydligats med information om vem som ska kontaktas vid olika händelser. Medarbetarna informeras om ledningsorganisationen och ansvarsbeskrivningen på morgonmöte, APT, kvalitetsmöte, avdelningsmöte och via företagsappen Appendo.</p>
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har IVO-tillstånd med aktuellt namn på föreståndare.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har utsett ett fåtal medarbetare som ansvarar för introduktion av nyanställda. Detta för att säkerställa att nyanställda får likvärdig information och god kännedom om verksamheten samt att introduktionen blir kvalitativ. Checklista används vid introduktion och det framkommer när uppföljning av introduktionen ska ske. Verksamhetschefen tar del av introduktionschecklistan och har avstämning med samordnaren. Introduktionen är oftast på tre arbetspass och ibland så behövs någon extra dag för att komma in i arbetet. Under 2023 har ingen kompetensutveckling i handledning av nya medarbetare varit tillgänglig och satsning kan komma att göras under 2024.</p>
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har en övergripande kompetensutvecklingsplan och verksamheten har erbjudit en mängd utbildningar under året såsom kost, inkontinens, dokumentationsutbildning och värdegrundsfrågor. Verksamhetschefen har genomfört samtliga medarbetarsamtal före uppföljningstillfället som kommer att ligga som ett underlag inför kompetensutvecklingen för kommande år. För att uppmuntra medarbetarna till att vilja utvecklas ges den som har varit på utbildning utrymme att berätta om den på arbetsplatsträffen. Goda exempel lyfts på kvalitetsrådet och APT och studiebesök anordnas.</p> <p>Verksamheten tillämpar arbetssätt såsom observation, stickprov, korta och dagliga reflektioner, egenkontroll samt samtal för att identifiera och tillgodose kompetensbehoven. Verksamheten har medvetet rekryterat medarbetare med den särskilda kompetens som behövs i verksamheten t.ex. inom demens och äldres hälsa.</p> <p>För att vidmakthålla kunskapen inom verksamheten erbjuds korta reflektionsstunder på morgonmöten. Teammöten är utöver informationsforum även ett lärande forum och ombudsträffar erbjuds. Det är en utmaning att motivera medarbetare som arbetar natt till att delta på nätverksträffar och teammöten. Webbutbildningar används och i möjligaste mån får man diskutera ämnet gemensamt för att implementera den nyvunna kunskapen.</p> <p>Verksamheten erbjuder daglig handledning av andra professioner som exempelvis deltar i omvårdnadsarbete eller är med vid delning av medicin för att stödja medarbetarna att lära på jobbet. "Best-practice" inom Attendo sprids till alla verksamheter. Vidare erbjuds medarbetarna interna utbildningar såsom dokumentation och förflyttning.</p> <p>Hygienboxar som har införskaffats för att säkerställa basala hygienrutiner används en gång i månaden samt vid spontana hygienkontroller av verksamheten till basala hygienrutiner. Ingen medarbetare har deltagit i utbildningen gällande puls och blodtryck, däremot har större satsningar genomförts för att utveckla den sociala dokumentation.</p>
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	<p>Rekrytering av nya medarbetare är en utmaning och det finns tre vakanta tjänster på en våning och rekrytering pågår löpande. För att bibehålla god kontinuitet får medarbetare som arbetar deltid möjlighet att gå upp i tid eller ta extra pass. Verksamheten har hög kontinuitet bland sina timanställda. Verksamheten tar även emot elever och praktikanter som ett led i den framtida kompetensförsörjningen. Verksamheten har ett nytt schema utifrån de nya reglerna med 11 timmars dygnsvila och medarbetare är nöjda med schemaförändringen. Frösunda uppfyller krav på minimibemanning i enlighet med avtalet.</p>

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner och arbetssätt att rekrytera nya medarbetare men det är utmanande att hitta medarbetare med rätt kompetens. Verksamheten har haft utmaningar under året med en relativ högpersalomsättning och flera tomma rader som har varit vakant där timvikarier har arbetat. Verksamheten har vana timvikarier som har god kännedom om verksamheten. Under året har ett vårdbiträde erbjudits en fast anställning och rekrytering pågår. Verksamheten har tre specialist undersköterskor som stöttar kollegor i olika frågor. Verksamheten har tagit emot åtta personer från omvårdnadsprogrammet och tio sjukskötesstudenter.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för extern samverkan där det framgår hur, när och med vilka parter verksamheten behöver samarbeta med. Rutinen är implementerad och finns tillgänglig i företagsappen som alla medarbetare har tillgång till.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin som beskriver hur den interna samverkan ska ske i verksamheten. Rutinen är implementerad och finns också tillgänglig i företagsappen. Verksamheten har morgonmöte alla veckans vardagar utifrån en fast agenda. Verksamhetschefen informerar om viktiga händelser som kan påverka för de som bor i verksamheten, medarbetare som deltar i mötet ansvarar för att informeras sina kollegor. Det finns överlappningstid för varje skiftbyte. Verksamheten har en mall för överrapportering mellan arbetspassen avseende omvårdnadspersonal som kan användas i större utsträckning. I verksamhetssystemet Epsilon finns insatsen "överrapportering" inlagd och är den inte "taggad" följer samordnare upp varför så är fallet. Är den taggad och information ändå inte verkar nått fram följer samordnare och/eller verksamhetschef upp det och pratar med vederbörande. Nattpersonal bjuds in till teammöten som är på respektive avdelning var 4:e vecka men deltagandet är i stort sett obefintligt och inbjudan kommer nu att ske digitalt så att nattmedarbetare kan vara med hemifrån. Verksamhetschefen har nattmöte med nattmedarbetarna en gång per termin och ansvarig chef deltar på samverkansträffar som omvårdnadsförvaltningen bjuder in till. Kvalitetsutvecklaren på omvårdnadsförvaltningen bjuder även in till träffar med nattmedarbetare och profilledare 2-4 gånger per år.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har kvalitetsråd där verksamhetschef, sjuksköterska och en medarbetare från varje våning deltar. Rapportering från dessa möten sker på arbetsplatsträffar till övriga medarbetare. Verksamhetschefen har gjort en översyn av alla ombudsroller och medarbetarna har tilldelats roll utifrån intressen och har även varit med och utformat uppdraget. Kompetensinventering för respektive roll sker under hösten 2023 och samordnaren planerar in tid så ombuden har möjlighet att utveckla sin ombudsroll. Utveckling av ombudsroller behöver följas över tid.
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har tydlig struktur för sitt arbete med avvikelser. synpunkter och klagomål. Andelen inrapporterade avvikelser har ökat något sedan föregående år och är ett fortsatt utvecklingsområde. Medarbetarna rapporterar in fler avvikelser som handlar om HSL än SoL avvikelser. Verksamheten har haft en del utmaningar med mycket timvikarier vilket kan leda till att färre avvikelser rapporteras in. Avvikelser rapporteras i Centuri och alla avvikelser diskuteras på kvalitets möten och morgonmöten som äger rum måndag - fredag. Verksamheten har återkommande information om vikten att rapportera in avvikelser på arbetsplatsträffar och rutiner finns tillgängliga i medarbetarappen. Verksamheten har en tydlig rutin för klagomålshantering, både avseende muntliga och skriftliga klagomål. Rutinen har förankrats i verksamheten under året.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Aktuella rutiner finns på intranätet samt delas i Appendo som är en applikation i mobilen. Det finns möjlighet att spåra om medarbetare har tagit del av rutinerna. 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. Attendos kvalitetsavdelning har genomfört en årlig intern egenkontroll och

Delområde	Kommentar
	Frösunda har ett godkänt resultat och har utvecklingsområden såsom social dokumentation. Riskanalyser genomförts både på individ-, grupp och organisatorisk nivå vid förändringar och arbetssätten är förankrade i verksamheten. Verksamheten gör egna kundundersökningar förutom den undersökningen som Socialstyrelsen gör varje år. Verksamheten har en högre svarsfrekvens på sina egna undersökningar. Vid genomförande av de interna undersökningar har de boende som vill fått en pappersenkät eller fått hjälp av verksamhetens Silviasyster att svara på frågorna.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Den egenkontroll som verksamheten gör visar det att det finns brister i upprättandet av genomförandeplanen för den enskilde. Medarbetare har en mall som stöd när planen ska upprättas och den har varit svår att följa och först". Verksamhetschefen har tagit fram en ny mall tillsammans med medarbetarna för att underlätta skrivandet. Verksamheten saknar aktuella genomförandeplaner för vissa boenden. Verksamheten behöver utveckla målformuleringar och uppföljning av mål. Genomförandeplaner förvaras i ett dokumentskåp på respektive avdelningskontor finns en pärm som innehåller information om den boende, levnadsberättelse, senaste genomförandeplan samt information om den enskildes eventuella sjukdomar. Under verksamhetsåret 2024 och 2025 kommer social dokumentation gällande genomförandeplaner vara ett gemensamt utvecklingsområde inom omvårdnadsförvaltningen.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Alla medarbetare för social journal och verksamheten har rutiner att följa. Verksamheten har gjort granskning av den sociala journalen och det framkommer vissa brister såsom att dokumentationen är tillräcklig, väsentlig och ändamålsenlig. Verksamheten har dokumentationsstödare som kan hjälpa till med att utbilda och stötta medarbetare som behöver hjälp. Social dokumentation är ett fortsatt utvecklingsområde.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Verksamheten har påbörjat framtagande av en lathund som kan underlätta dokumentationen för medarbetarna. Det finns en dokumentationsansvarig och fyra dokumentationsstödare i verksamheten. Dokumentationsansvarig gör månatliga granskningar och går igenom resultatet med respektive kontaktman. Arbetet kring egenkontroll av den sociala dokumentationen har strukturerats upp under 2023 och nya mallar har tagits fram för att underlätta skrivandet av genomförandeplan. Verksamhetschefen gör loggkontroller kvartalsvis. Samordnaren söker upp medarbetare som inte har varit inloggad för att tillse att medarbetaren har de verktyg hen behöver för att kunna ta del av dokumentationen.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ◆ 2. Delvis godkänd	Boenderåd och förtroenderåd hålls 10 gånger per år och ämnen som lyfts är aktiviteter, måltider och delaktighet och det är verksamhetschef och/eller aktivitetsansvariga leder mötet. Verksamheten har rutiner för hur råden ska äga rum och vilka som ska bjudas in. Verksamheten har ett pågående arbete att utveckla användandet av bildstöd och andra arbetssätt för att anpassa kommunikationen utifrån den enskilde kognitiva förmågan. Verksamhetschefen skickar ut veckobrev till närstående och brevet anslås även på varje våning. Medarbetare och kontaktman lämnar också muntlig information till boende om förändringar och annan viktig information. Uppföljning av skydds- och begränsningsåtgärder kommer att följas upp under 2024.
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för vad som ingår i rollen som kontaktman. och vad man ansvarar för. Alla som bor i verksamheten har en ordinarie kontaktman samt en vice kontaktman som rycker in vid frånvaro. Vid förändringar i verksamheten ansvarar verksamhetschefen för att se över kontaktmannaskapet och tillser att det uppdateras så att varje boende har en kontaktman. Kontaktmannaskapet fördelas på de medarbetare som är tillsvidareanställda. På de avdelningar som fortfarande har vikarier eller intermitentanställda på vakanta rader ansvarar en kontaktman för flera boende. Det medför att ordinarie personal i högre grad behöver planera, leda och fördela arbetet för att hinna med.

Delområde	Kommentar
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för att ta emot en ny brukare som flyttar in i boendet. Verksamheten lämnar både muntlig och skriftlig information till den enskilde och kontaktmannen har i sitt uppdrag att lyssna in önskemål och synpunkter. Verksamhetschefen skriver veckobrev till anhöriga och boenden i verksamheten. Veckobreven anslås på våningen och medarbetare hjälper till att sprida information. När det gäller tillfälliga förändringar i verksamheten så lämnas den information på det morgonmöte som äger rum måndag till fredag och respektive representant från våningen ansvarar att informera kollegor och boende.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamheten har utbildade värderingscoacher som arbetar med att förankra verksamhetens värdegrund i verksamheten. Coacherna har fått utbildning under året av en regional värderingscoach för att utveckla innehållet i uppdraget. Verksamheten har haft två värderingsveckor under året då det varit extra fokus på värdegrunden på arbetsplatsträffar, morgonmöten och på respektive avdelning. Alla medarbetare som arbetar med personer med demenssjukdom har deltagit i utbildning gällande BPSD och blivit administratörer. Utförda insatser och dess effekter följs upp av sjuksköterskan.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten arbetar med att utveckla samverkan och delaktigheten med anhöriga via närstående appen NÄRA. som Attendo har tagit fram. I appen kan information delas till kring nätverk utifrån inhämtat samtycke. Verksamheten har ett pågående arbete att medarbetare som har ett kontaktmannaskap ska vara aktiv i appen om det finns samtycke. Verksamheten erbjuder regelbundet in till anhörigträffar och det finns också möjlighet till enskilda samtal. Verksamheten har även införskaffat nya informationstavlor på varje våning och i entrén för ge möjlighet till olika val, menyer och veckobrev. Verksamheten lämnar information om Solna stads anhörigstöd.

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Samtliga professioner påminner varandra om att t.ex. förkläde ska användas vid hantering av mat vid bland annat lunch och middag. Rutinen för livsmedelshygien har publicerats i Appendo och dialog sker löpande, bland annat på verksamhetens morgonmöten. Flertalet medarbetare har genomgått eller planeras att gå utbildning i livsmedelshygien.
Möjligheter att påverka mat och måltider ◆ 2. Delvis godkänd	Kostansvariga observerar måltidssituationen kvartalsvis och presenterar resultatet på morgonmöte, APT samt på boråd. Medarbetarna gör matsvinnsmätningar några gånger per år för att hålla koll på hur mycket mat som släng samt undersöker hur boende tycker om vissa rätter för att kunna uppdatera menyn. Måltiderna presenteras på en tavla i samband med matsalen och den stämmer inte med det som ska serveras vilket kan skapa förvirring och svårt att säkerställa att menyerna efterlevs. Enligt medarbetarna hände det ganska ofta att mat inte togs fram som planerat och att medarbetarna fick improvisera. <u>Måltidsobservation</u> Kvalitetsutvecklare har genomfört en måltidsobservation i verksamheten. Medarbetare skapade en trevlig stämning vid måltiden och det är fint dukat. Måltiden kan presenteras tydligare och även erbjudandet av måltidsdryck. En person som inte ville ha maten erbjöds annat alternativ. Verksamheten har inte pedagogisk måltid och det var ganska tyst vid måltiden och flera personer blev rastlösa och ville gå i förtid. Verksamhetens måltider har utvecklingspotential.

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har rekryterat en aktivitetsansvarig som ansvarar för att planera och genomföra gemensamma och individuella aktiviteter med de som bor i verksamheten. Aktivitetsansvarig följer upp genomförda aktiviteter för att se vilka som deltagit och om något behöver anpassas. Varje våning har tillgång till

Delområde	Kommentar
	<p>aktiviteter såsom spel, musik och pyssel. Verksamheten har haft ungsommar som varit i verksamheten under sommaren vilket varit mycket uppskattat.</p> <p>Verksamheten planerar in egentiden i planeringsverktyget för att säkra upp att alla får den tid som inplanerat. Verksamheten har ett gemensamt aktivitetsschema dit alla är välkomna att delta. Individuella aktiviteter erbjuds om en boende inte vill delta i gemensamma aktiviteter.</p> <p>Verksamheten erbjuder promenadgrupper och även enskilda promenader utifrån behovet. Utevistelsen ska planeras och följas upp och bör vara beskrivet i respektive boendes genomförandeplan. Verksamheten har påbörjat ett systematiskt arbete med att uppmärksamma och avhjälpa ensamheten och utbildning av Livskvalitetssamtal har genomförts med samtliga ombud och samtal med personer som identifierats påbörjas under hösten 2023.</p>

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för hot och våld som innefattar hot och våld mellan brukare, från utomstående och där personal är inblandad
Larm ● 3. Godkänd	Egenkontroll av larm görs dagligen. Resultatet visas på på morgonmöten och resultatet diskuteras. Mycket handhavande fel men även omkopplingar som inte har gått rätt till. Rörelselarm kollas varje kväll och larmets funktionalitet månadsvis. Batterilarm kommer eller så kan man se det i datorn.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har egenkontrollsystem för hantering av nycklar till de boendes läkemedelsskåp.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten informerar i sin informationsbroschyr att den enskilde eller god man ansvarar för den enskilde privata medel. Informationen återkommer i samband med välkomstsamtalet som sker efter två veckor. Verksamheten har rutiner för hur privata medel ska hanteras som är implementerade i arbetsgruppen. Hantering av privata medel finns med som en punkt på checklistan för introduktion av nyanställd och inlägg görs i Appendo avseende privata medel för de som redan är anställda. Medarbetare följer med den enskilde som behöver hjälp med inköp.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Sekretessförbindelse med underskrift från samtliga medarbetare finns i verksamheten. Rutinen har omarbetats och finns tillgänglig i företagsappen och rutinen har gått igenom på arbetsplatsträffar. Verksamhetschefen tar också upp tystnadsplikten vid medarbetarsamtalen för att försäkra sig om att den är förankrad i verksamheten.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Rating 87
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<p>Frösunda</p> <hr/> <p>Organisationsnummer: 556148-5169 Namn: Attendo Sverige AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA</p> <p>Beslutade arbetsgivaravgifter:1 2023-12-01 63 380 902 2024-01-01 68 228 233</p>

Avtalsuppföljning 2023

OSKARSRO



Innehållsförteckning

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

Inledning

Oskarsro är ett vård- och omsorgsboende med 34 lägenheter fördelade på fem våningar. Verksamheten vänder sig till personer med somatisk sjukdom med 24 platser och till personer med demenssjukdom med 10 platser.

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.

Uppföljning av verksamheten har gjorts vid två tillfällen den 26 oktober 2023 och den måltidsobservation och inbjuden till bomöte den 26 januari 2024.

Metod

Kvalitetsutvecklaren har utgått från verksamhetens utvecklingsplan efter uppföljningen 2022 och annan dokumentation. Utvecklingsplanen har fyllts i av ansvarig chef och skickats in i anslutning till uppföljningen. Verksamheten har också fått redovisa bemanningen för vecka 35. Metoder som använts är dokumentationsgranskning och intervju. Kvalitetsutvecklaren har även gjort en måltidsobservation och samtalat med boende och medarbetare. Vid uppföljningstillfället deltog verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska och kvalitetsutvecklare från staben för kvalitetsutveckling.

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

En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har en ny verksamhetschef som är utbildad socionom med flera års erfarenhet med arbete i ledande ställningen. Verksamheten har en engagerad ledningsgrupp och medarbetarna har fokus på det personer som bor i verksamheten. Verksamheten har arbetat på med sina utvecklingsområden och utvecklat arbetssätt vid ensamarbete. Vidare har verksamheten kommit igång med sina anhörigträffar och boendemöten.

Verksamheten har ett pågående arbete att utveckla samverkan internt och att utveckla arbetet med alternativ kommunikation för att öka delaktigheten för den enskilde. Verksamheten har utvecklat arbetssätt för att säkerställa att egentid erbjuds enligt avtalet.

Åtgärd

Verksamhetschefen ska inkomma med hur verksamheten ska arbeta med sin utvecklingsplan för året senast den 31 mars 2024. Kvalitetsutvecklaren kommer att följa upp verksamheten utifrån prioriterade områden och anbudsloften utifrån omvårdnadsförvaltningens uppföljningsplan för året.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

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

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

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

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

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna


förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Hot och våld
	Larm
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2022	Resultat 2023
Ledning och organisation	● 3. Uppfyller kraven delvis	● 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	● 4. Uppfyller kraven
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	● 3. Uppfyller kraven delvis	● 3. Uppfyller kraven delvis
Aktiviteter och fritid	● 3. Uppfyller kraven delvis	● 3. Uppfyller kraven delvis
Säkerhet	● 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

- 4. Uppfyller kraven

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

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

Personal och utbildning

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner och arbetssätt som är implementerade.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten ska möjliggöra för medarbetarna att genom auskultation och studiebesök utveckla sin kompetens och uppmuntras till att utveckla sin arbetsplats.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten ska ta fram en rutin för hur och var man kan vända sig för att få förstärkning vid ensamarbete.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten ska säkerställa att reflektionsträffar i enlighet med Silvia-certifiering anordnas.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten ska skapa förutsättning för medarbetarna att delta i de utbildningar som bedöms bidra till verksamhetens utveckling.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Anbud: kompetenstrappa 0-18 månader ska implementeras.

Samverkan

3. Uppfyller kraven delvis

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

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver fortsätta utveckla samverkan mellan natt- och dagpersonal för att förbättra den personcentrerade vården.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner och arbetssätt som är implementerade.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Anbud: Verksamheten ska möjliggöra för medarbetarna att delta i egenkontroller utifrån sina ansvarsområden. En av egenkontrollerna sker av en annan verksamhetschef.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska fortsätta tillsä tillse att ombuden har den kompetens som behövs för att klara av sitt uppdrag. Vidare behöver verksamheten förtydliga vad ansvaret innebär.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten behöver säkerställa och följa upp att all personal är väl förtrogen med bestämmelserna i lex Sarah
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten behöver fortsätta utveckla medarbetarnas kunskap om varför och när avsteg från god kvalitet ska rapporteras.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten ska säkerställa att återkoppling avseende vidtagna åtgärder med anledning av skriven rapport utvecklas.

Social dokumentation

3. Uppfyller kraven delvis

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

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

Självbestämmande och integritet

3. Uppfyller kraven delvis

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

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

Bemötande och anhörigstöd

4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Anbud: Utbildning i Jag-stödjande-förhållningssätt samt Mötas i musik ska erbjudas enligt anbud.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten ska ha regelbundna träffar för anhöriga.

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.	Anbud: Verksamheten behöver möjliggöra för alla medarbetare att gå utbildning för att förbättra måltiderna för de äldre.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten ska säkerställa att de boendes åsikter om mat och måltid beaktas och att återkoppling ges.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Egenkontroll av livsmedelshygien behöver förbättras.

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 är slutförd.	De boende behöver få möjlighet att påverka samt kunna framföra sina synpunkter och få återkoppling på dessa.

Status	Utvecklingsområden
Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska säkerställa att egentid erbjuds en timme i veckan.
Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten ska leva upp till det som har lovats i avtal gällande aktiviteter, uppföljning och utvärdering av dessa.
Aktiviteten pågår med avvikelser.	Verksamheten ska ta fram ett arbetssätt för att uppmärksamma och avhjälpa ensamhet.
Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver i större utsträckning beakta den enskildes önskemål om utevistelse

Säkerhet

4. Uppfyller kraven

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

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

Ekonomisk kontroll

4. Uppfyller kraven





Företaget uppfyller de ekonomiska ramarna utifrån avtalet

Underlag bedömning



Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov 3. Godkänd	Verksamheten har ett årshjul för verksamhetens olika möten under året. Verksamhetschefen har arbetsplatsträffar tio gånger per år och därutöver finns möten för ombudsroller, teammöten i verksamheten. Samtliga möten har fast agenda och protokollförs och finns tillgängliga för samtliga medarbetare. Generell information som berör verksamheten samt information om utbildningar skickas till medarbetarna. Möte med medarbetare som arbetar natt sker två gånger per termin och vid behov och ett fokusområde har varit att öka nattmedarbetarnas närvaro och öka deras delaktighet i verksamhetens utveckling för att bidra till den personcentrerade vården. Boråd erbjuds återkommande och anhörigmöten har erbjudits under hela året
Verksamhetens organisation och ledning 3. Godkänd	Verksamheten har en ny verksamhetschef som tillträdde i maj 2023. Verksamhetschefen är utbildad socionom med flera års erfarenhet av arbete i ledande ställning. Verksamheten har haft flera chefsbyten under en period men med nuvarande chef är verksamheten i gång och har fullföljt flera områden i utvecklingsplanen. Verksamheten har arbetat inom Vardaga i flera år och har god kännedom om företagets rutiner. Ledningen på boendet består av verksamhetschef och två gruppchefer. Ledningsstrukturen är känd inom verksamheten och det finns rutiner för vem som ersätter under ordinarie chefs frånvaro. Arbetsledning erbjuds under hela dygnet.
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 bland annat att webb utbildningar har genomförts. I introduktionen ingår bland annat utbildning i Vår värld, Den goda dagen, livsmedel, hygien, arbetsmiljöutbildning och brandutbildning.
Kompetensutveckling  3. Godkänd	Verksamheten har arbetssätt för att identifiera kompetensbehov genom målsamtal som görs tre gånger per år och det finns en plan för vilka utbildningar som varje medarbetare ska delta i och med vilken frekvens. Inom Vardaga används en utbildningstrappa som erbjuds medarbetarna under ett och halvt år. Ambea har tagit fram en typ av kompetensportal där det framgår vilka utbildningar som är obligatoriska och verksamhetschefen kan följa upp i systemet vilka som fullföljt utbildningen och vilka som inte har fullgjort sitt uppdrag. Gruppcheferna ansvarar för att följa upp att medarbetarna deltar i de utbildningar som de har anmälts till. Verksamheten har en flera ombudsroller som tilldelats medarbetarna utifrån intresse och kompetensutveckling har erbjudits inom de olika områdena. För att uppmuntra medarbetarna till att vilja utvecklas ges den som har varit på utbildning utrymme att berätta för kollegor på arbetsplatsträffen som är en stående punkt på agendan. Det genomförs även studiebesök i andra verksamheter för att få tips och idéer. Verksamheten tillämpar arbetssätt såsom observation, självskattning, egenkontroll samt målsamtal för att identifiera och tillgodose kompetensbehoven och har medvetet rekryterat medarbetare med den särskilda kompetensen som behövs i verksamheten till exempel inom mat och måltider. Enligt anbud ska auskultation och studiebesök genomföras i andra verksamheter och det görs utifrån verksamhetens behov. Profilledare har deltagit i nätverk genom Vardaga och gruppchefer, verksamhetschefer och hälso- och sjukvårdspersonal har gjort studiebesök i andra verksamheter.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning  3. Godkänd	Verksamheten har en hög personalkontinuitet och under våren infördes ett nytt schema anpassat utifrån de nya bestämmelserna för dygnsvila. Medarbetare har fått ett önskeschema och medarbetarna är nöjda med det och det har fallit väl ut. Rekrytering över lag är en utmaning för flera verksamheter men arbetet med att rekrytera nya medarbetare är pågående. Verksamheten har tagit fram en ny rutin för hur ensamarbete, hur en medarbetare ska få stöd vid behov under den period man är ensam. Rutinen har diskuterats på arbetsplatsträffar och på teammöten för detta ska genomföras. Rutinen finns men är inte implementerad i verksamheten vilket behöver göras.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare  3. Godkänd	Verksamheten har arbetssätt och metoder för att rekrytera nya medarbetare till verksamheten. I samband med nyrekrytering finns fokus på sökandes språkfärdighet samt kunskap om basala hygienrutiner och dokumentation. Sätts på prov. Det ställs krav på avslutad eller pågående undersköterskeutbildning vid rekrytering. Det händer vid tidsbrist att personal som inte behärskar svenska språket anställs, exempelvis vikarier inför sommaren. Verksamheten har infört önskeschema vilket möjliggjort för medarbetare att stanna kvar i verksamheten. Verksamheten har en liten personalomsättning och tre undersköterskor och en sjuksköterska slutat i verksamheten under 2023.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan  3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för sin externa samverkan och där framgår samverkanspart och omfattning. Verksamheten har en nära samverkan med Vardagas verksamheter i Solna. Verksamheten har tagit emot tre undersköterskestuderande och tre sjuksköterskestudenter.
Verksamhetens interna samverkan  2. Delvis godkänd	Verksamheten har rutiner för intern samverkan där det framgår hur samverkan ska mellan olika arbetsgrupper samt hur rapportering ska ske och i vilka forum. Verksamheten har under året arbetat med att förbättra samverkan mellan dag- och nattmedarbetare för att få en samsyn kring vården och omsorgen. Nattmöten äger rum två gånger per termin. Verksamhetschefen har utvecklat arbetssättet med att bjuda in medarbetare som arbetar dag på nattmedarbetarnas träffar för att skapa en samsyn i omsorgen över dygnet för de som bor i verksamheten. Medarbetare

Delområde	Kommentar
	som arbetar natt kommer att erbjudas delta på arbetsplatsträffar digitalt från och med november 2023. Alla medarbetare som arbetar natt kommer att ges möjlighet att gå in på dagtid för att möta boenden under deras vakna tid för att få en samsyn.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete




Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Verksamheten har mötesforum för kvalitets- och utvecklingsfrågor där verksamhetschef, hälso- och sjukvårdspersonal, gruppchefer samt kvalitetsombud deltar. Minnesanteckningar från möten är tillgängliga för alla medarbetare och ibland säkras det upp med läskvitto. Medarbetarna är delaktiga i utvecklingen av verksamheten genom att delta i kvalitetsrådet, våningsmöten samt möjlighet att lämna förbättringsförslag direkt i verksamhetssystemet. Verksamhetschefen har tilldelat medarbetarna olika ombudsroller utifrån intresse och uppdraget har förtydligats under hösten till alla medarbetare. Vid höstens målsamtal kommer fokus att vara att medarbetare känner att de har rätt kompetens för uppdraget eller om utbildningsbehov finns inom uppdraget. Medarbetarna har också möjlighet att framföra sina åsikter och förbättringsförslag på arbetsplatsträffar och få återkoppling på sina förslag.
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för att lyfta rapport om missförhållande en gång per år, den ingår även som en del introduktionen för nyanställda medarbetare. Det finns en skriftlig, lokal rutin för hur muntliga och skriftliga synpunkter och klagomål ska hanteras. Medarbetarnas kunskap om vad avvikelser har ökat är och fler och fler avvikelser rapporteras. Rapporterade avvikelser tas upp på kvalitetsråd och våningsmöten. Generella avvikelser tas upp på arbetsplatsträffar och alla medarbetare har tillgång till alla avvikelser i Q-maxit. Verksamhetens ledning ansvarar för att återkoppla vidtagna åtgärder sker till medarbetare, anhöriga och boende.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Verksamheten har en tydlig struktur i det systematiska kvalitetsarbetet. Verksamhetens alla rutiner finns tillgängliga för alla medarbetare samt att genomgång av rutiner finns i ett årshjul när rutinen ska delges på arbetsplatsträffar. Egenkontroller görs av Ambeas kvalitetsavdelning två gånger per år och förbättringsområden som identifierats förs in i förbättringsloggen. Verksamhetschefen skickar ut månadsbrev till alla medarbetare för att de ska vara uppdaterade om vad som händer i verksamheten. Verksamheten gör riskanalys gällande boende en gång per år som följs upp av sjuksköterska och teammedlemmar. Riskanalyser görs utifrån arbetsmiljö och skyddsronder och vid större förändringar som påverkar medarbetare och boende i verksamheten. Verksamheten gör både kundundersökningar och medarbetarundersökningar som redovisas för samtliga berörda och alla ges möjlighet att delta aktivt i att komma med förslag på åtgärder som sedan följs upp.

Social dokumentation



Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten dokumenterar utifrån individens behov i centrum. den uppföljning som gjorts av genomförandeplanen visar på ett fortsatt förbättringsområde i själva upprättandet. Alla personer som bor i verksamheten har en genomförandeplan som följs upp var sjätte månad eller oftare vid behov. Det är kontaktmannen som ansvarar för upprättandet av planen samt delger kollegor vid större förändringar. Ingen extern granskning av genomförandeplaner har genomförts vid uppföljningen då social dokumentation är ett utvecklingsområde för 2024 och 2025.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamhetens egenkontroll av social journal visar på att det finns brister i journalföringen i form av språk, frekvens av anteckningar och vidtagna åtgärder.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Verksamheten följer Solna stads riktlinjer för social dokumentation och rutinen är under förankring i verksamhetens. Verksamhetschefen gör stickkontroller av dokumentationen en gång i månaden och det visar att den sociala dokumentationen behöver utvecklas. Verksamheten har dokumentationsstödare

Delområde	Kommentar
	som kan vara kollegor behjälplig i arbetet med social journal och genomförandeplan. Verksamheten gör loggkontroller varje månad för att säkerställa att ingen obehörig tar del av den enskildes dokumentation. Följa upp att egenkontroll av social dokumentation görs på ett systematiskt sätt för att säkerställa eventuella förbättringsområden.


Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation  2. Delvis godkänd	Verksamheten har bomöten där frågor diskuteras såsom måltider, aktiviteter och andra viktiga frågor. Verksamhetschefen håller i bomötena. Verksamheten har även bjudit in till anhörgmöte flera gånger under året för att ta del av deras synpunkter och förslag för att utveckla verksamheten. Kontaktmannen har ett viktigt uppdrag att lyssna in förslag och synpunkter från den enskilde så att deras röst kommer fram. Samtalsförstärkare har främjat den sociala samvaron för de boende som haft svårt att delta i samtal pga. hörselnedsättning. Verksamheten inväntar material utifrån det projekt som pågår på Polhemsgården för att implementera det i sin verksamhet under 2024. Det handlar om hur kommunikationen kan förstärkas med bilder, tecken och lättläst text. Under 2024 kommer medicinskt ansvarig för rehabilitering följa upp verksamhetens arbete med vidtagna skyddsåtgärder.
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för kontaktmannaskap och varje kontaktman genomgår en webbutbildning en gång per år för att vara uppdaterad vad som ingår i uppdraget. Den enskilde får information om att det är möjligt att byta kontaktman om personkemin inte stämmer. Gruppcheferna ansvarar för att stämma av med den enskilde hur kontaktmannaskapet fungerar. Verksamheten har tagit fram en checklista för veckoavstämningar som kontaktmannen kan använda vid uppföljningen. och gruppchefer ansvarar för att följa upp att veckoavstämningar genomförs.
Tillgänglighet och information  3. Godkänd	Verksamheten har rutin för mottagande av ny boende och lämnar ut skriftlig information när ny boende flyttar in. Väsentlig information om verksamheten ges skriftligt till nya brukare och fortlöpande till alla boende och anhöriga. Månadsbrev skickas till anhöriga och boende en gång i månaden. Information om tillfälliga förändringar ges men verksamhetschefen har tagit upp frågan på borådet eftersom upplevelsen är att information inte kommer fram. Verksamheten ska sätta upp information på anslagstavlan men också komplettera med muntlig information. Det finns en ny rutin som är implementerad hos medarbetarna. Verksamheten behöver anpassa kommunikationen efter den enskildes kommunikativa förmåga.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande  3. Godkänd	Samtliga medarbetare har gjort webbutbildningen "Vår värld", där värdegrund inom äldreomsorg tas upp. Värdegrund och Solnas kvalitetsdeklaration är en punkt på APT, våningsmöten och reflektionsträffar. Vidare ska, enligt anbud, samtliga gå Svenskt Demenscentrum musikutbildning "Mötas i musik" och Demensakademins utbildning i Vårdarsång och alla medarbetare har tagit del av satsningen.
Stöd till närstående  3. Godkänd	Det finns en rutin för hur stöd till anhöriga ska utformas. Anhöriga får information om vilka stöd som finns vid inflyttning så även deras eventuella särskilda behov av stöd efterfrågas. Verksamhetschefen har anhörigråd två gånger per år och anhöriga bjuds in till olika event under året som varit uppskattat. Verksamhetschefen informerar om det stöd som anhörigstödet kan få genom omvårdnadsförvaltningen och anhörigföreningen som finns i Solna.

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien  3. Godkänd	Egenkontroll av livsmedelshygien sker enligt verksamhetens rutiner.

Delområde	Kommentar
<p>Möjligheter att påverka mat och måltider</p> <p>2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har bomöten och mat och måltider har en egen punkt på agendan där boende kan framföra synpunkter och önskemål om nya maträtter.</p> <p>Verksamheten har en tydlig måltidsordning och matsedeln är tillgänglig för den enskilde. Maten tillagades/värmdes på våningen och en medarbetare hade bakat en kaka till eftermiddagsmaten.</p> <p><u>Måltidsobservation</u></p> <p>Borden var vackert dukade med serveretter och blommor. Maten presenterades och enbart ett dryckesalternativ hälldes upp i glaset. Tv:n är igång under större delen av måltiden men inga andra maskiner som stör. Det uppstod en konflikt under måltiden som medarbetarna löste på ett bra sätt. En medarbetare satt med vid måltiden men det var ganska tyst runt bordet. Alla åt med god aptit och efterrätten presenterades. Fint bemötande av medarbetarna.</p>

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
<p>Aktiviteter inne och ute</p> <p>2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutiner för hur arbetet med aktiviteter ska följas upp inom verksamheten som är implementerade hos medarbetarna. Profilledaren har regelbundna avstämningar med verksamhetschefen och aktivitetsombuden där aktiviteter och eventuella behov av materiella resurser tas upp. Profilsvarig har även regelbundna möten med de som bor i verksamheten för att följa upp önskemål om aktiviteter.</p> <p>Verksamheten har arbetat med den enkät om besvärande ensamhet som omvårdnadsförvaltningen tagit fram, alla som bor i verksamheten har svarat. Utifrån svaren har ett mindre antal personer identifierats där åtgärder har satts in för att minska den besvärande ensamheten för den enskilde och åtgärder följs upp teammöten. Aktivitetsansvariga fångar upp de boende som inte är med på aktiviteter och håller t.ex. enskilda samtal.</p> <p>Verksamheten har förlagt aktiviteter utomhus för att öka utevistelsen och även arrangerat promenadgrupper och deltagandet behöver följas över tid. 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. Ung omsorg besöker verksamhetens samtliga avdelningar varje lördag.</p> <p>Verksamheten lämnar ut en enkät för att undersöka vilka aktiviteter som är mest uppskattade, utvärderar svaren och återkopplar till de som svarat. Utifrån svarens görs eventuella förändringar i aktivitetsschemat.</p> <p>Verksamheten har tagit fram en mall för medarbetarna att fylla i veckovis för att säkra att den enskilde har fått egentid enligt planeringen. Uppföljning kommer att ske under våren 2024.</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>Verksamheten har rutiner för samtliga larm i verksamheten och rutinerna är implementerade. Egenkontroll av larmets funktionalitet görs en gång i månaden utifrån gällande rutin. Verksamhetschef gör stickkontroller för att se hur svarstiden på larmet är en gång i månaden men också vid inkomna klagomål.</p>
<p>Nyckelhantering</p> <p>3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har egenkontrollsystem för hantering av nycklar till de boendes läkemedelsskåp. Alla har en personlig nyckel sedan införandet av iloq</p>
<p>Privata medel</p> <p>3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutin för hantering av privata medel. Verksamhetschefen gör en egenkontroll för hantering av privata medel två gånger per år.</p>
<p>Tystnadsplikt och sekretess</p> <p>3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten säkerställer att medarbetarna är förtrognas 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.</p>

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar																		
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Rating 83																		
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Organisationsnummer</th> <th>556573-6450</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Namn:</td> <td>Vardaga äldreomsorg</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> <td>Beslutade arbetsgivaravgifter</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PERIOD</td> <td>BELOPP (SEK)</td> </tr> <tr> <td>2023-12-01</td> <td>24 232 992,00</td> </tr> <tr> <td>2024-01-01</td> <td>26 577 791,00</td> </tr> </tbody> </table>	Organisationsnummer	556573-6450	Namn:	Vardaga äldreomsorg	Registrerad för F-skatt:	Ja	Registrerad för moms:	Ja	Registrerad för arbetsgivaravgift:	Ja	Beslutade arbetsgivaravgifter		PERIOD	BELOPP (SEK)	2023-12-01	24 232 992,00	2024-01-01	26 577 791,00
Organisationsnummer	556573-6450																		
Namn:	Vardaga äldreomsorg																		
Registrerad för F-skatt:	Ja																		
Registrerad för moms:	Ja																		
Registrerad för arbetsgivaravgift:	Ja																		
Beslutade arbetsgivaravgifter																			
PERIOD	BELOPP (SEK)																		
2023-12-01	24 232 992,00																		
2024-01-01	26 577 791,00																		

Avtalsuppföljning 2023

POLHEMSGÅRDEN



Innehållsförteckning

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

Inledning

Polhemsgården är ett vård- och omsorgsboende med 80 lägenheter uppdelade på fyra våningsplanplan. Verksamheten vänder sig till personer med demenssjukdom, verksamheten har också fem platser där korttidsboende erbjuds för samma målgrupp.

Varje våning har 20 lägenheter uppdelade i två enheter per våning. Korttidsplatserna finns samlade på en och samma våning. Polhemsgården har en vacker utemiljö i form av trädgård och mindre odlingar som är uppskattad under sommaren av både boende och anhöriga. Polhemsgården drivs av Vardaga sedan 1 mars 2019 och förlängning gjordes 2021 fram till februari 2026, därefter finns möjlighet till förlängning på ytterligare fyra år.

Uppföljningen gjordes i verksamheten den 27 oktober 2023 och den 19 januari 2024 gjordes en måltidsobservation.

Metod

Kvalitetsutvecklaren har utgått från verksamhetens utvecklingsplan efter uppföljningen 2022. Utvecklingsplanen har fyllts i av ansvarig chef och skickats in i anslutning till uppföljningen. Verksamheten har också fått redovisa bemanningen för vecka 35. Metoder som använts är dokumentationsgranskning och intervju.

Kvalitetsutvecklaren har även gjort en måltidsobservation och samtalat med boende och medarbetare. Vid uppföljningstillfället deltog verksamhetschef, enhetschef och gruppchefer från varje våning, medicinskt ansvarig sjuksköterska och kvalitetsutvecklare från staben för kvalitetsutveckling.

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

En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har haft en del utmaningar gällande ledning under en längre period och en ny verksamhetschef började i slutet av 2023. Verksamhetens övriga ledning har varit stabil och inga nyckelpersoner slutat, ledning och medarbetare har ett stort engagemang för de som bor i verksamheten.

Verksamheten har arbetat systematiskt med sin utvecklingsområden och utvecklat arbetssätt inom verksamhetens ombudsroller för medarbetarna. Verksamheten håller på att utvärdera projektet "Fågelkvitter" för att se vilka arbetssätt som kan appliceras och spridas till andra verksamheter. Verksamheten har ett pågående arbete med att utveckla den enskildes delaktighet i verksamheten och som fortsatta utvecklingsområden är social dokumentation och måltider.

Åtgärd

Verksamhetschefen ska inkomma med hur verksamheten ska arbeta med sin utvecklingsplan för året senaste den 31 mars 2024. Kvalitetsutvecklaren kommer att följa upp verksamheten utifrån prioriterade områden och anbudsloften utifrån omvårdnadsförvaltningen uppföljningsplan för året.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

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

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

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

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

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

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

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Hot och våld
	Larm
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2022	Resultat 2023
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	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
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	● 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 delvis. Inväntar nytt IVO tillstånd om föreståndarbyte.

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

Personal och utbildning

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten behöver strukturera uppföljning av nyanställdas introduktion.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska fortsätta med att fortbilda ombuden i sina respektive ansvarsområde.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud; verksamheten ska presentera en plan för hur Polhemsgården kan vara i framkant när det gäller tillämpning av evidensbaserade arbetssätt i enlighet med senaste forskning.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Anbud: Plan för genomförande av kompetenstrappa 0–18 behöver tas fram.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten ska ta fram en plan för att implementera evidensbaserade

Status	Utvecklingsområden
	arbetsätt på Polhemsgården och andra verksamheter i Solna

Samverkan

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner som tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	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.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Överrapporteringarna behöver struktureras. Vem som har ansvar för överrapporteringen och hur överrapporteringen ska ske behöver förtydligas och implementeras hos medarbetarna.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten behöver förstärka samverkan mellan dag och nattpersonal i enlighet med det anbud som har lämnats. Vidare behöver verksamheten möjliggöra för nattmedarbetare att delta i utbildningar samt reflektionsträffar.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten ska arbeta enligt konceptet "Den goda natten" för att skapa ett gott dygn.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner som tillämpas i verksamheten

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Säkerställa att personalen är väl förtrogen med hur, när och varför avvikelser ska rapporteras
✓ Aktiviteten är slutförd.	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 arbetsätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

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

Självbestämmande och integritet

- 3. Uppfyller kraven delvis

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

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

Status	Utvecklingsområden
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Verksamheten ska anpassa informationen efter den enskildes kognitiva förmåga.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Anbud: Verksamheten behöver anpassa kommunikationen (bildstöd, digitala appar, AKK) och informationen efter den enskildes kognitiva förmåga i enlighet med anbudet.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska säkerställa att den enskildes delaktighet och självbestämmande respekteras.
! Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Verksamheten behöver säkerställa att skyddsåtgärder kontinuerligt följs upp och utvärderas.

Bemötande och anhörigstöd

4. Uppfyller kraven

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

Mat och måltider

3. Uppfyller kraven delvis

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

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska fortsätta skapa förutsättningar för att måltidssituationen ska upplevas som en trevlig stund på dagen.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Anbud: Verksamheten ska ta fram en plan för vilka och när ska erbjudas utbildningarna som har lovats i anbud i syfte att förbättra kunskapen om kost och näring samt en trevlig måltidsupplevelse.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelser.	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

4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas

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

Säkerhet

4. Uppfyller kraven

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten behöver säkerställa att rutin för våld i nära relation är implementerad hos medarbetarna.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Egenkontroll av larmsvaren ska göras systematiskt och inte endast i samband med utredning av avvikelser och klagomål.

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Företaget uppfyller de ekonomiska ramarna för uppdraget.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamhetschef har ledningsmötet varje vecka och en gång i månaden finns ett förlängt ledningsgruppsmöte där det finns utrymme för fördjupning inom olika områden. Verksamhetschefen har arbetsplatsträffar tio gånger per år med samtliga medarbetare. Enhetschef ansvarar för att hålla HSL-möten varje vecka för legitimerad personal. Verksamheten har gruppchefer som ansvarar för att genomföra våningsmöten för omvårdnadspersonal på den våning gruppledaren ansvarar för då deltar även omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Därutöver finns ett antal rådsmöten där olika ombud deltar såsom kvalitetsråd, kostråd med flera. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska håller i teammöten varje vecka med de medarbetare som är i tjänst där även paramedicinska medarbetare deltar. Samtliga möten har en tydlig agenda samt protokollförs för att finns tillgängliga för alla medarbetare att ta del av. Förbättringsområden rapporteras in i förbättringsloggen för att kunna följas över tid och hur arbetet följs upp. Generella åtgärder och beslut tas upp på nästkommande arbetsplatsträff.
Verksamhetens organisation och ledning ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har under några års tid haft flera chefsbyten och den nuvarande verksamhetens slutar i januari 2024 och ny chef ska rekryteras. I övrigt är organisationen relativt stabil med enhetschef (HSL) och gruppchefer på varje våningsplan som arbetat flera år i verksamheten. Verksamheten har rutiner för att säkra verksamhetens kvalitet vid chefsbyten. Ledningsorganisationen är känd i verksamheten och det finns tillgång till arbetsledning under hela dygnet. Verksamhetschefen arbetar 100% i verksamheten och kommer vara i behov av stöd under introduktion i verksamheten och ska genomgå Vardagas chefsprogram inom 6 månader.
IVO-tillstånd ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en pågående förändring av tillstånd då ny verksamhetschef anställd i verksamheten under slutet av 2023. Omvårdnadsförvaltningen inväntar nytt tillstånd.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för att introducera nya medarbetare i verksamheten och använder en checklista som stöd vid introduktionstillfällena. Varje ny medarbetare går två arbetspass dubbelt, en dag och ett kvällspass med en ordinarie medarbetare. Efter introduktionspasset följer gruppchefen för avdelningen upp hur introduktionen varit och utgår från checklistan och stämmer av om det finns frågor eller oklarheter. Vid behov kan ytterligare ett introduktionspass läggas till. Uppföljningen av introduktionen görs på ett strukturerat sätt och dokumenteras av gruppchef. Verksamheten har samma rutiner för hälso- och sjukvårdsmedarbetare men introduktionen kan vara något längre och enhetschefen som ansvarar för

Delområde	Kommentar
	hälsa- och sjukvården följer upp hur introduktionen fungerat. Inför sommaren erbjuds samtliga sommarvikarier två heldagsutbildningar i Vardagas koncept samt två introduktionspass med utsedda handledare.
Kompetensutveckling 2. Delvis godkänd	Verksamheten arbetar strukturerat med målsamtal för att identifiera behov av kompetensutveckling som finns och önskas av medarbetarna. För att uppmuntra medarbetarna till att vilja utvecklas ges den som har varit på utbildning utrymme att berätta om den på arbetsplatsträffen. För att vidmakthålla kunskapen inom verksamheten sker månatliga reflektionsträffar, nätverksträffar och ombudsträffar. Verksamheten använder den spetskompetens som finns inom verksamheten så som demensteamet för att stötta i arbetet med personer med mer utmanande beteenden. Verksamheten är Silviacertifierad och reflektionsträffar genomförs enligt planeringen. Medarbetarna har tilldelats olika ombudsroller och ombudsträffarna har schemalagts. Det finns tydliga ansvarsbeskrivningar för alla ombudsroller och dessa följs upp på medarbetarsamtal. Verksamheten anlitar det egna utbildningsföretaget LÄRA som erbjuder en mängd olika utbildningar. Verksamheten har en kompetenstrappa som beskriver vilka utbildningar som nya medarbetare ska delta i men även påfyllnadsutbildning i specifika utbildningar. Verksamhetschefen tilldelar obligatoriska utbildningar till medarbetarna och kan genom det nya systemet följa upp vilka som deltagit. 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. Polhemsgården har ett pågående projekt "Fågelkvitter" som syftar till att förbättra kommunikationen med personer med kognitiv svikt. Projektet pågår och kommer att utvärderas under hösten 2023 och därefter kunna spridas till andra vård- och omsorgsboenden i Solna under 2024.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning 3. Godkänd	Polhemsgården har redovisat bemanningsschema för mån-sön vecka 35. Tätheten beräknats enligt samma mall som vid anbudstillfället. Verksamheten har arbetssätt för täcka när medarbetare har semester och annan frånvaro och har en stabil vikariegrupp. Personalkontinuiteten är hög och i medarbetargruppen och enbart två medarbetare har avslutat sin anställning under 2023. Polhemsgården uppfyller dock bemanningstätheten i enlighet med anbudet.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare 3. Godkänd	Verksamheten har arbetssätt och struktur för att rekrytera nya medarbetare och har en hög andel utbildade undersköterskor och flera som fått skyddad arbetstitel. Verksamheten tar emot praktikanter från både omvårdnadsprogrammet och sjuksköterskeutbildning och flera börja som timvikarier efter avslutad praktikperiod. Under 2023 har Polhemsgården tagit emot 16 praktikanter från omvårdnadsprogrammet. Rekrytering pågår löpande och verksamheten och verksamheten har vikarier som arbetat länge i verksamheten.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för hur samverkan ska ske externt med andra aktörer som är implementerad hos medarbetarna.
Verksamhetens interna samverkan 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för den interna samverkan som beskriver hur överlämning ska göras mellan olika pass och professioner. Rutinerna är kända och implementerade hos medarbetarna. Verksamheten har morgonmöten då viktiga händelser under natten lyfts. Överrapportering mellan omvårdnadspersonal och HSL personal sker skriftligt via Safe doc.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete 3. Godkänd	Verksamhetens medarbetare uppmuntras att vara delaktiga i att ta fram lösningsförslag och delta i utvecklingsfrågor i de mötes forum som de deltar i. Verksamheten arbetar utifrån en metod som heter "Måltavlan" som är ett sätt att visualisera för medarbetarna i de utvecklingsfrågor som pågår. Det lyfts på olika forum utifrån inriktning vilket är ett sätt att öka delaktigheten bland medarbetare och höja kvaliteten i verksamheten.




Delområde	Kommentar
	Verksamheten gör egna undersökningar via teambarometern för att stämma av hur medarbetare upplever arbetet i verksamheten. Resultatet diskuteras på arbetsplatsträffar. Resultat från olika uppföljningar redovisas för medarbetarna för visa på vilka förbättringsområden som framkommit vid undersökningstillfället.
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. 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. Antalet 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. Verksamheten har rutiner för rapport om missförhållanden som går igenom en gång per år och det ingår även som en del i introduktionen för nya medarbetare.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	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. I verksamheten genomförs en stor egenkontroll två gånger per år av Ambeas kvalitetsavdelning där det framkommer om verksamheten har förbättringsområden. Alla områden registreras i förbättringsloggen och arbetet planeras. Resultat av egenkontroller delges medarbetare på arbetsplatsträffar. Fokus för året har varit aktiviteter, måltider och social dokumentation. Riskanalyser görs varje gång en ny brukare flyttar in i verksamheten samt att uppföljning görs två gånger per år efter det. Verksamheten gör riskanalyser vid större förändringar i verksamheten. Verksamheten arbetar systematiskt med sitt kvalitetsarbete och har strukturer och system för att följa upp utfallet.

Social dokumentation



Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ● 3. Godkänd	Verksamhetens genomförandeplaner är aktuella och uppföljning av planen görs var sjätte månad eller oftare vid behov. Genomförandeplanen upprättas och ska vara påbörjad två veckor efter den enskilde flyttat till verksamheten. Genomförandeplanen upprättas ofta tillsammans med anhöriga utifrån den enskildes samtycke. Verksamheten har lagt ner fokus på att den enskildes delaktighet vid upprättandet vilket även har utvecklats. Verksamheten har fortsatt arbete med att säkerställa alla insatser under hela dygnet är inplanerade. Det finns dokumentationsstödare i verksamheten som tillsammans med gruppcheferna stöttar medarbetarna i dokumentation. Enligt ledningen efterfrågar allt fler medarbetare stöd och det skrivs alltmer i SoL journaler. Medarbetarna berättade kommunikation och hörapparat har lagts till på checklistan för att man inte ska missa att ta med den i genomförandeplanerna. I samband med uppföljningen granskades fem sociala dokumentationer. Delaktighet och på vilket sätt den enskilde har varit delaktig framgick av samtliga planer. Den enskildes kommunikativa förmåga och behov av hörapparat och hjälp i samband med användningen framgick exemplariskt av samtliga planer. Behov av nattinsatser framgick av planerna. För övrigt beskrev planerna väl vad den enskilde klarade av eller behövde hjälp med. Bemötandeplaner tas fram tillsammans med demensteamet som också följer upp att föreslagna åtgärder genomförs.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har riktlinjer för hur dokumentationen ska föras och det ingår som en del i introduktionen. Verksamheten har dokumentationsstödare som ge stöd till medarbetare som behöver extra stöd. Ingen dokumentationsgranskning är genomförd vid uppföljningen då det är ett fokusområde under åren som kommer. Utifrån samtal med medarbetare är det fler som skriver social journal men att det fortfarande kan utvecklas med viktiga åtgärder. Verksamhetschef och gruppchef lyfter dokumentationen som ett fortsatt utvecklingsområde.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten gör egenkontroll av social dokumentation var tredje månad. Det är gruppcheferna som ansvarar för egenkontrollen av journalerna och att alla journaler ska granskas en gång per år. Verksamheten behöver beskriva hur sammanställning görs och hur utvecklingsbehov tydliggörs på en aggregerad nivå.

Delområde	Kommentar


Självbestämmande och integritet


Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har en struktur för att öka boendes delaktighet i verksamheten genom olika råd men också genom observationer och med information från kontaktmannen. Kontaktmannen är ett språkrör för den enskilde och kan ge stöd i att föra fram önskemål och förbättringsområden. Verksamheten har tagit fram alternativa kommunikationssätt för att stärka det talade språket som tecken- och bildstöd. Frågan ställs på teammöten om vilken typ av information den enskilde kan behöva och hur den kan framföras.</p> <p>Hur den enskilde kommunicerar och vilka hjälpmedel den enskilde har för att underlätta kommunikationen bör vara dokumenterat i genomförandeplanen för att delaktigheten ska vara så stor som möjlig. Kontaktmannen har veckoavstämningar med den enskilde för att stämma av hur veckan varit. Gruppchef har regelbundna uppföljningsmöten med boende/anhöriga om hur delaktigheten upplevs vilket lyfts in i förbättringsloggen om det finns utmaningar att arbeta med på generell nivå. Uppföljning av begränsningsåtgärder kommer att göras under 2024.</p>
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	<p>Verksamheten arbetar med kontaktmannaskap och alla som är kontaktmann genomgår årligen en webbaserad utbildning i den goda dagen där uppdraget beskrivs som också ger ett certifikat. Det finns även en skriftlig uppdragsbeskrivning som medarbetare årligen skriver under. Verksamhetschefen följer upp kontaktmannauppdraget vid målsamtal som sker under året. Den enskilde har två kontaktmän, en som ansvarar för dagen och för natten. Den enskilde får information vid inflyttning om kontaktmannens uppdrag samt möjlighet till byte om den enskilde så önskar.</p>
Tillgänglighet och information  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har rutiner för att ta emot en ny boende i verksamheten och det lämnas både muntlig och skriftlig information som är implementerad i verksamheten. Vidare finns skriftlig information om hur tillfälliga förändringar ska delges de boende och anhöriga och där finns det behov av anpassat material och arbetssätt för personer med kognitiv svikt. Ett utvecklingsområde som pågår är att utveckla bildstöd för att kunna förstärka informationen till personer med kognitiv svikt.</p> <p>Verksamhetschefen skickar månadsbrev till anhöriga som också finns uppsatt på våningen. Medarbetare ansvarar för att informera till de som bor i verksamheten. Tillfälligt viktig information finns tillgängligt på anslagstavlan på våningen och i hissarna.</p>

Bemötande och anhörigstöd


Delområde	Kommentar
Bemötande  3. Godkänd	<p>Verksamheten arbetar utifrån Vardagas koncept "Den goda dagen" där värdegrunden finns beskriven. Alla medarbetare har deltagit i webbutbildning över den tilltänkta arbetsordningen i konceptet och den följs upp årligen. Verksamheten informerar om Solna stads kvalitetsdeklaration och den lämnas även över till alla nyinflyttad i verksamheten. Medarbetarna kommer i samband med kommunikationsprojektet få ökad kunskap kring bemötande.</p>
Stöd till närstående  3. Godkänd	<p>Verksamheten bjuder in till anhörigträffar två gånger per år och mötet hålls av verksamhetschefen. Verksamheten har rutiner för att bjuda in anhöriga till olika möten utifrån inhämtat samtycke. Verksamhetschefen skickar ut månadsbrev och anhöriga bjuds också in till andra aktiviteter såsom sommarfest, glöggmingel och arrangemang i trädgården. Verksamheten har kännedom om och samverkar vid behov med Solna stads anhörigstöd.</p>

Mat och måltider






Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien  3. Godkänd	<p>Verksamhetens medarbetare kontrollerar matens temperatur på en särskild lista där medarbetaren signerar att det är korrekt. Vid måltidsobservationen var medarbetarnas hår uppsatt, de använde förkläden och ingen bar klocka eller ringar, Menigo säkerställer att kött som serveras på vård- och omsorgsboendet kommer från djur där antibiotika inte använts i tillväxtbefrämjande syfte.</p>
Möjligheter att påverka mat och	<p>Verksamheten har rutiner och arbetssätt för måltidssituationen och gruppcheferna</p>

Delområde	Kommentar
måltider  2. Delvis godkänd	<p>deltar i vissa måltider för att fånga in synpunkter och utvecklingsområden. Verksamheten har haft en utbildningsdag med Ambeas kock där fokus har legat på att göra goda enkla såser att erbjuda till måltiderna. Utbildningen har genomförts med flera äldreboenden som finns i närområdet.</p> <p>Verksamheten erbjuder flera olika alternativa måltider såsom mat i mitten där boende hjälps åt att bereda mat och duka tillsammans och finluncher som serveras i reminiscensrummet en gång i veckan.</p> <p><u>Måltidsobservation</u></p> <p>Personerna som bor på våningen sitter vid två olika bord som är fint dukade. Bröd och smör serverades i väntan på maten. Dryckesalternativ erbjöds till flera men inte till alla. Medarbetarna har förkläde, kortärmat och uppsatt hår och arbetade systematiskt med att presentera maten och servera. Personer som var i behov av måltidsstöd fick det av samma person. Det var lite tyst inledningsvis men flera av de boende höll konversationen i gång på egen hand vid ett bord medans det andra var tyst. En medarbetare kom in under måltiden vilket ledde till att fokus flyttade från de som satt och åt. Måltidssituationen var lugn och det fick ta tid och den kändes inte stressig. Boende önskade kaffe efter maten och fick nybakat till och det kom extra besökare från närliggande våning vilket upplevdes som positivt. Det var lite för mycket information om en boende uppsatt på kylskåpet och det var svårt att veta vilken matsedel som var aktuell då det fanns flera stycken. Medarbetare som gav måltidsstöd skulle behöva ha en bättre arbetsstol.</p>

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute  3. Godkänd	<p>Verksamheten har en aktivitetsansvarig som ansvarar för att planera, genomföra och följa upp aktiviteter tillsammans med boende och medarbetare. Verksamheten erbjuder aktiviteter dagligen och varje våning har möjlighet att genomföra mindre aktiviteter på kvällen och helger. Aktivitetsansvarig har träffar tillsammans med boende och medarbetare och gör uppföljning över vilka aktiviteter som är välbesökta. Demensteamet är delaktiga i planeringen av aktiviteter. Verksamheten erbjuder aktiviteter i grupp men även individuellt. Verksamheten erbjuder promenadgrupper och olika aktiviteter flyttas ut i trädgården vid fint väder under sommaren.</p> <p>Verksamheten har provat använda enkäten för besvärande ensamhet och det är svårt att applicera på personer med demenssjukdom. Medarbetare och kontaktman arbetar med observationer för att på så sätt fånga in personer som drar sig undan och de lyft vid teamsmöten för att hitta åtgärder som kan följas upp.</p> <p>Verksamhetens gruppchefer följer upp att egentid planeras in och utförs i den omfattning som ska ske. Vid målsamtal med medarbetare lyfts frågan gällande egentid. en specifikt. Egentid bör finnas beskrivet i genomförandeplanen.</p>

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld  3. Godkänd	<p>Rutiner för hot och våld som omfattar åtgärder vid hot eller våld mellan boende, våld från personal mot boende samt våld i nära relation, är känd av medarbetarna.</p>
Larm  3. 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. Egenkontroll av larmsvaren görs systematiskt varje månad.</p>
Nyckelhantering  3. Godkänd	<p>Verksamheten har rutiner och utrustning för en säker nyckelhantering. Inventering av vilka nycklar som sedan tidigare finns i omlopp pågår. Utlämnning av nya nycklar sker mot kvittens.</p>
Privata medel  3. Godkänd	<p>Verksamheten har skriftlig överenskommelse med boende eller anhörig om vad pengarna ska användas till. Egenkontrollen av privata medel görs två gånger om året.</p>
Tystnadsplikt och sekretess  3. Godkänd	<p>All personal har tagit del av information om tystnadsplikt i samband med nyanställning. Informationen upprepas vid medarbetarsamtal samt en gång per på</p>

Delområde	Kommentar
	APT. Gruppchefer på varje avdelning ansvarar för att utan dröjsmål samtala med medarbetarna om sekretessförbindelserna åsidosätts.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar																		
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Rating 83																		
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Organisationsnummer</th> <th>556573-6450</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Namn:</td> <td>Vardaga äldreomsorg</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> <td>Beslutade arbetsgivaravgifter</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PERIOD</td> <td>BELOPP (SEK)</td> </tr> <tr> <td>2023-12-01</td> <td>24 232 992,00</td> </tr> <tr> <td>2024-01-01</td> <td>26 577 791,00</td> </tr> </tbody> </table>	Organisationsnummer	556573-6450	Namn:	Vardaga äldreomsorg	Registrerad för F-skatt:	Ja	Registrerad för moms:	Ja	Registrerad för arbetsgivaravgift:	Ja	Beslutade arbetsgivaravgifter		PERIOD	BELOPP (SEK)	2023-12-01	24 232 992,00	2024-01-01	26 577 791,00
Organisationsnummer	556573-6450																		
Namn:	Vardaga äldreomsorg																		
Registrerad för F-skatt:	Ja																		
Registrerad för moms:	Ja																		
Registrerad för arbetsgivaravgift:	Ja																		
Beslutade arbetsgivaravgifter																			
PERIOD	BELOPP (SEK)																		
2023-12-01	24 232 992,00																		
2024-01-01	26 577 791,00																		

Avtalsuppföljning 2023

SKOGA



Innehållsförteckning

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

Inledning

Skoga vård- och omsorgsboende drivs av Humaniora vård och omsorg i kommunens egen regi och har 100 lägenheter uppdelade på fem våningar med två enheter per våning. Verksamheten har tre inriktningar, 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.

Avtalsuppföljningen genomfördes den 19 oktober 2023 och den 22 januari 2024.

Metod

Kvalitetsutvecklaren har utgått från verksamhetens utvecklingsplan efter uppföljningen 2022 och annan dokumentation. Utvecklingsplanen har fyllts i av ansvarig chef och skickats in i anslutning till uppföljningen. Verksamheten har också fått redovisa bemanningen för vecka 35. Metoder som använts är dokumentationsgranskning och intervju. Kvalitetsutvecklaren har även gjort en måltidsobservation och samtalat med boende och medarbetare. Vid första uppföljningstillfället deltog verksamhetschef, enhetschefer, medicinskt ansvarig sjuksköterska, medicinskt ansvarig för rehabilitering och kvalitetsutvecklare från staben för kvalitetsutveckling.

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

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

En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har haft en del utmaningar under året med ett nytt schema för medarbetarna som infördes innan sommaren och en del förändringar i chefsorganisationen. Verksamheten har haft en omsättning av personer i ledningsgruppen och en ny verksamhetschef är på plats. Verksamheten har dock fortsatt att arbeta med sin utvecklingsplan och där samverkan internt är på plats och att anhörigträffar kommit igång. Verksamheten har en del förbättringsområden när det handlar om avvikelser, egenkontroller, social dokumentation och aktiviteter.

Vid platsbesök så visar både ledning och medarbetare en engagemang och för de personer som de ger stöd till och har ett fint bemötande.

Åtgärd

Verksamhetschefen ska inkomma med hur verksamheten ska arbeta med sin utvecklingsplan för året senaste den 31 mars 2024. Kvalitetsutvecklaren kommer att följa upp verksamheten utifrån prioriterade områden och anbudsloften utifrån omvårdnadsförvaltningens uppföljningsplan för året.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

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

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

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

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

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

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

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

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 2022	Resultat 2023
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	■ 2. Påbörjat arbetet med att uppfylla kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
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

Ledning och organisation

- 2. Påbörjat arbetet med att uppfylla kraven

Status	Utvecklingsområden
! Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Ledningsgruppens ansvarsbeskrivning behöver förtydligas.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Kommunikation mellan ledning och medarbetarna behöver förbättras.

Personal och utbildning

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner som tillämpas delvis i verksamheten.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver fortsätta utveckla det strategiska arbetet för att identifiera kompetensbehovet samt vidmakthålla medarbetarnas nyvunna kompetens
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten behöver säkerställa att rutin för att hantera underlag för uppföljning av introduktion av nyanställda implementeras hos samtliga medarbetare.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Verksamheten behöver sträva efter att det finns tillräckligt många utbildade handledare i verksamheten.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska arbeta för att samtliga medarbetare (inte bara de som tjänstgör) ska delta i de månatliga reflektionsträffar

Samverkan

4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten behöver främja samverkan mellan dag- och nattpersonal för att skapa en individanpassad vård och omsorg.
✓ Aktiviteten är slutförd.	Verksamheten behöver säkerställa att det finns rutin för informationsöverföring och kommunikationsplan samt att dokumentation av dessa är väl förankrad hos medarbetarna.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

3. Uppfyller kraven delvis

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

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

Social dokumentation

3. Uppfyller kraven delvis




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

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

Självbestämmande och integritet

4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner som är implementerade i verksamheten.

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

Bemötande och anhörigstöd


4. Uppfyller kraven

Verksamheten är godkänd inom delområdet.

Mat och måltider

3. Uppfyller kraven delvis



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

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

Aktiviteter och fritid

3. Uppfyller kraven delvis

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

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

Säkerhet

3. Uppfyller kraven delvis

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

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Rutin för hot och våld behöver förankras hos medarbetarna.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Verksamheten ska vidta åtgärder för att förbättra den upplevda tryggheten.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har en anpassad mötesstruktur som har utvärderats under hösten 2023 där möten på ledningsnivå har komprimerats för mer tid ute på respektive våning. Verksamhetens alla möten protokoll förs och är tillgängliga för alla medarbetare. Verksamheten har arbetsplatsträffar tillsammans med andra medarbetare från olika våningar i huset för att kunna hjälpas åt alla kan gå. Därutöver har respektive enhetschef egna våningsmöten.
Verksamhetens organisation och ledning ■ 1. Ej godkänd	Rekrytering av verksamhetschef pågår och förtillfället finns en interimis chef på plats som har det övergripande ansvaret för Skoga. Därutöver finns tre enhetschefer som ansvarar för att leda och fördela arbetet på sina respektive våningar. Verksamheten saknar skriftlig rutin över fördelning i ansvar mellan verksamhetschef och enhetschef vilket behöver utarbetas snarast och förankras i organisationen och hos medarbetarna Verksamheten har sjuksköterska under hela dygnet som har ansvar att leda och fördela arbetet på kvällar, nätter och helger och vid behov kan trygghetsjouren kontaktas.
IVO-tillstånd ◆ 2. Delvis godkänd	Skoga drivs i kommunal regi och därför krävs inget IVO-tillstånd för driften av verksamheten. Verksamhetschef är nyanställd och behöver anmälas till IVO som föreståndare.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har skriftliga rutiner och checklista för att introducera nya medarbetare i verksamheten. Det framgår av checklistan när uppföljning av introduktion ska ske och av vem. Enhetschefen på respektive våning ansvarar för att följa upp introduktionen. Checklistan signeras av medarbetaren och sparas i personakten. Verksamheten har tagit fram introduktionspärm som innehåller praktisk information till nyanställda som ska signera att information har mottagits. Demens ABC, Basala hygienrutiner och säker läkemedelshandling ingår i grundläggande utbildningar under introduktion. Verksamheten har gjort en kartläggning av handledarkompetens i verksamheten och att det saknas handledare. Ingen handledarutbildning har erbjudits under 2023 men kommer 2024 och verksamheten har medarbetare som ska delta.
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har ett högt antal utbildade undersköterskor i sin verksamhet (xx) och flera medarbetare har ansökt om skyddad yrkestitel och flera har fått sitt intyg. Verksamheten har årliga medarbetarsamtal där medarbetarna kan påtala kompetenshöjande insatser. Gemensamma övergripande satsningar planeras in i den övergripande utbildningsplanen. Verksamheten tillämpar arbetssätt såsom observation, egenkontroll samt samtal för att identifiera och tillgodose kompetensbehoven och har medvetet rekryterat medarbetare med den särskilda kompetens som behövs i verksamheten t.ex. inom demens och psykiatri. För att uppmuntra medarbetarna till att vilja utvecklas ges den som har varit på utbildning utrymme att berätta om den på arbetsplatsträffen. För att vidmakthålla kunskapen inom verksamheten erbjuds korta reflektionsstunder där tre standardfrågor tas upp: "vad har gått bra, mindre bra och vad har vi lärt oss". Teammöten är utöver informationsforum även ett lärande forum. Verksamheten har erbjudit flertal medarbetare utbildningar på Metodikum i taktill massage, puls och blodtryck och luftvägsstopp samt hörselutbildning. Internutbildning inom förflyttning, basala hygienrutiner, läkemedel, diabetes, BPSD och munvårdsutbildning har erbjudits. Skoga är Silviacertifierad och blev om


Delområde	Kommentar
	certifierad 2022.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamheten har haft en översyn av personalresurser vilket resulterade i att ett nytt schema infördes under maj 2023 vilket påverkade både medarbetare och boende. Verksamheten har arbetat med att förbättra kontinuiteten för den enskilde och minska antalet vikarier, verksamheten har en hög andel timvikarier. Verksamheten tar emot elever från omvårdnadsprogrammet och studerande från sjuksköterskeprogrammet. 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	Verksamheten arbetar strategiskt för att locka nya medarbetare och behålla de befintliga genom att erbjuda möjlighet till vidareutbildning och trygga anställningsförhållanden såsom 37 timmars arbetsvecka.

Samverkan




Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för extern samverkan som är implementerad hos ledning och medarbetare.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har en struktur vid överrapporteringen mellan dag och nattpersonal med triagemodellen som stöd och det fungerar bra. Medarbetarna stämmer även av i den sociala journalen om något särskilt hänt under dagen eller natten. Medarbetarna använde meddelande funktionen i Life care för att rapportera över till varandra. Verksamheten anordnar arbetsplatsträffar gemensamt två gånger per termin där alla enhetschefer deltar för att öka delaktigheten hos medarbetare. Medarbetare som arbetar natt har möjlighet att delta digitalt vilket har bidragit till att fler deltar. Därutöver har varje enhetschef personalmöten på respektive våning. Verksamheten har även teammöten där flera professioner deltar. Verksamheten har utsedda till kvalitetsledare och bjuds in till kvalitets möten.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete




Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Verksamheten har en kvalitetsansvariga per avdelning som deltar i kvalitetsrådet där bl.a. inkomna avvikelser och klagomål diskuteras. De ansvarar för att återkoppla det som diskuteras till sina kollegor på respektive avdelning, vilket oftast görs vid morgonrapporten. Representant från natt deltar inte i kvalitetsrådet. Medarbetarna tilldelas ombudsroller och enligt medarbetarna borde val av ombudsroll vara mer individ- och intressebaserad vilket behöver ses över. Verksamheten har fyra språkombud och deras uppdrag ska finnas beskrivet. Enhetschefer är representerade i kvalitetsrådsmöten och alla deltagare får dagordningen med innehåll och möjlighet att inkomma med övriga punkter. Frågor gällande kvalitet tas upp på APT och uppföljningssamtal/medarbetarsamtal. Alla medarbetare erbjuds möjlighet till delaktighet i kvalitetsarbetet. Medarbetare som arbetar natt deltar inte fysiskt på mötena men har tillgång till minnesanteckningarna.
Verksamhetens arbete med avvikelser ■ 1. Ej godkänd	Verksamheten behöver utveckla sitt arbete med att få medarbetare att skriva avvikelser. Underrapporteringen är stor och arbetsätt behöver intensifieras. Verksamheten kan redogöra för en SoL avvikelse under 2023 vid uppföljningen. Avvikelser skrivs på papper och sparas efter utredning i en pärm på respektive avdelning. Vikten av att rapportera avvikelser och vad som menas med avvikelser ska tas upp kontinuerligt på APT enligt årshjul och veckovisa uppföljningsmöten. Verksamheten har inte lyckats med att implementera arbetet med avvikelserrapporteringen. Verksamheten har förtydligat rutin för synpunkts- och klagomålshantering. Inkomna avvikelserrapporter och vidtagna åtgärder ska tas upp på kvalitetsråd 1 gång/månad där kvalitetsledare och chefer deltar. Återkoppling sker muntligen till den enskilde boende och vid behov kan fysiska möten bokas. Verksamheten har inte rapporterat någon rapport om missförhållanden fram till uppföljningstillfället 2023. rapporterade en händelse enligt Lex Sarah under 2022.

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	Verksamheten arbetar utifrån nämndmålen och har en struktur för hur kvalitetsarbetet ska följas upp. Verksamheten har ett årshjul för egenkontroller som inte efterlevs. Det saknas resultat från egenkontroller och om det finns utvecklingsområden. Verksamheten har lokala rutiner som behöver implementeras hos medarbetarna och se över att det är aktuella. Verksamheten har ett större utvecklingsområde att göra och det är avvikelser utifrån socialtjänstlagen. Verksamheten gör riskanalyser både på en övergripande nivå gällande organisatoriska förändringar och utifrån verksamhet och individperspektiv.


Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	Verksamheten skriver genomförandeplaner kontinuerligt däremot så följer inte verksamheten de riktlinjer som gäller för uppdatering av planen som ska ske var sjätte månad eller vid behov. Granskning av dokumentationen visar att hur den enskilde varit delaktig i upprättandet behöver förtydligas. Vidare behöver verksamheten utveckla hur insatser ska genomföras och att skapa mål för insatsen.
Social journal  2. Delvis godkänd	Verksamheten för anteckningar i socialjournal löpande i Life care utförare. De granskade journaler innehåller information om när personer flyttat in i verksamheten. Det finns antecknat om samtycke i journalen. Journalanteckningarna varierar och det skrivs både händelser av betydelse, faktiska omständigheter och avvikelser från genomförandeplanen. Det finns dock en hel del anteckningar som rör hälso- och sjukvård vilket innebär en dubbeldokumentation i den enskilde personakt. Det saknas återkoppling gällande vidtagna åtgärder och återkoppling efter åtgärd. Verksamheten behöver generellt utveckla arbetet med social journal.
Egenkontroll social dokumentation  2. Delvis godkänd	Verksamheten gör egenkontroller på socialdokumentation men den har inte genomförts med den frekvens som är planerad. Det framkommer i kvalitetsberättelsen att den sociala dokumentationen är ett utvecklingsområde och även arbetet med att göra egenkontroller i den omfattning som är planerad.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation  3. Godkänd	Verksamheten har kommit gång med sina boråd som är två gånger per termin och är uppskattade. Verksamheten har även kostråd som äger rum regelbundet. Boende kan också vända sig till sin kontaktman för att föra fram synpunkter och önskemål. Medarbetarna har deltagit i hörselutbildning för att förstå utmaningarna för de äldre som har nedsatt hörsel. Verksamheten har talenheter som stöd i samtalen. Skydds- och begränsningsåtgärder diskuteras återkommande på team- och HSL möten samt kvalitetsråd och kommer att följas upp av medicinskt ansvarig för rehabilitering under 2024.
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	Kontaktmannen har en tydlig arbetsbeskrivning där det framkommer vad uppdraget innehåller. Alla som flyttar till verksamheten erbjuds ett välkomstsamtal och där kontaktmannen presenteras. Verksamheten har även en vice kontaktman som tar över ansvaret vid frånvaro. Boenden får information om möjligheten att byta kontaktman om personkemin inte skulle fungera.
Tillgänglighet och information  3. Godkänd	Verksamheten skickar ut brev till anhöriga och boende fyra gånger per år. Brevet sätts upp på respektive våning och kontaktmannen går igenom det individuellt med den enskilde. Verksamheten har rutin för att ta emot en ny brukare i verksamheten samt skriftligt material och lämna ut.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande  3. Godkänd	Värdegrundsfrågor diskuteras på APT och reflektionsmöten som erbjuds varje månad. På APT väljs ett ämne kopplat till värdegrunden som får diskuteras i små grupper. Vid behov erbjuds handledning. Budskapet är tydligt: att i alla lägen värna om den boendes upplevelse av trygghet. Personal påminns ständigt om att de är en del av Skoga och att de därför har ett

Delområde	Kommentar
	ansvar att bemöta de boende, anhöriga och kollegor på ett professionellt sätt. Ledningen är synlig och tillgänglig och ser personligen till att värdegrunden implementeras till exempel genom uppskattande förhållningssätt. Arbetet med att leva upp till kvalitetsdeklaration pågår ständigt. Kvalitetsdeklarationen delas ut till nyinflyttade. Personalen känner till innehållet i kvalitetsdeklarationen.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Rutin för hur stöd till anhöriga ska ges finns. Verksamheten har haft ett anhörigmöte under året där brukarundersökningsresultatet presenterades.

Mat och måltider





Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Granskning av signeringslista avseende matens temperatur samt kylens och frysens temperatur var utan anmärkning. Eventuella avvikelser rapporteras till enhetscheferna, som utreder orsaken. Personalen hade förkläde på sig vid servering av maten.
Möjligheter att påverka mat och måltider ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en tydlig rutin och struktur för hur måltiden ska genomföras på ett likvärdigt sätt och rutinen var uppsatta på väggen. Observation har gjorts på både middag och kvällsmål på två olika avdelningar. Medarbetare har kortärmat, uppsatt hår och använde förkläde genomgående. Presentation av mat gjordes på ett trevligt sätt och dryckesalternativ erbjöds. Medarbetarna har genomgående bra bemötande och pratar direkt till den enskilde. I samtal med de som bor i verksamheten är maten oftast god med en bra variation. På avdelningen för personer med kognitiv svikt arbetar man med pedagogisk måltid och det var trevliga samtal runt borden som medarbetarna var delaktiga i. Det var en lugns stund med lugnande musik och medarbetarna kunde avleda situationer på ett professionellt sätt. På avdelningen för personer med somatiska sjukdomar var det inte någon pedagogisk måltid och flera av de som bor håller igång konversationen på egen hand vilka var trevliga att lyssna till. Vid måltiden var det två medarbetare som gav stöd under måltiden och de som var i behov av måltidsstöd fick hjälp av samma person. Lugn miljö och dukning var utan anmärkning, personer som inte önskade äta ute i matsalen fick sin mat serverade i lägenheten. Flera boende uppgav att det var det sista som då åt inför natten trots att måltidsrutinen och tavlan sa något annat vilket väckte frågor om nattfastan.

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ◆ 2. Delvis godkänd	Aktivitetsansvarig tar fram ett veckoschema för gemensamma aktiviteter. Det erbjuds även aktiviteter på avdelningar som medarbetarna håller i. Aktivitetsombud planerar kommande veckans aktiviteter tillsammans med de boende på varje avdelning. Aktivitetsansvarig har möte med aktivitetsombuden en gång i månaden då utvärderas aktiviteter och förslag på andra aktiviteter lyfts. Aktivitetsutbud presenteras på boråden och diskuteras tillsammans. Verksamheten har fortsatt arbetet med att uppmärksamma och avhjälpa den besvärande ensamheten. Frågan om ensamhet ställs kort efter inflyttning och vidtagna åtgärder följs upp på teammöten. Verksamheten har införskaffat digitala terapidjur samt sinnesstolar med stöd av stimulansmedel som är uppskattade av de som bor på boendet. I samband med måltidsobservationen i verksamheten uppmärksammades tavlan där aktivitets-schemat var uppsatt inte var aktuell och annan information stämde inte heller varav aktiviteten frös inne för dagen. Senare under dagen så upplevdes eftermiddagen lång då de äldre var hänvisade till TV:n och att det var ganska händelselöst. Verksamhetens arbete med aktiviteter är ett fortsatt utvecklingsområde.

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. Rutinen har implementerats hos medarbetarna.

Delområde	Kommentar
Larm  2. Delvis godkänd	Larmens kvalitet kontrolleras en dag i veckan och en gång i månaden görs en sammanställning över inkomna larm och svarstider. Ansvarig chef följer upp om det är något som behöver åtgärdas. Verksamheten har rutiner för att funktionstesta trygghetslarmet och att det framgår hur larmet ska fel anmälas. Verksamheten diskuterar trygghet på bomöten och använder sig av Socialstyrelsen enkät om trygghet - verksamheten har inte gjort någon sammanställning av resultatet vilket behöver genomföras.
Nyckelhantering  3. Godkänd	Verksamheten har egenkontrollsystem för hantering av nycklar till de boendes lägenheter samt de boendes läkemedelsskåp.
Privata medel  3. Godkänd	Det finns en skriftlig överenskommelse i genomförandeplanen om vad privata medel får användas till och vem som ansvarar för inköp och i så fall av vad. Redovisningen sker fortlöpande och egenkontroll görs en gång per år. Verksamheten har hittills inte haft någon avvikelse i samband med egenkontrollen.
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.

Avtalsuppföljning 2023

VÅRD OCH OMSORGSBOENDEN I SOLNA



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning	3
Bedömning	5
Underlag bedömning.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.

Inledning

Omvårdnadsförvaltningen i Solna har tecknat avtal respektive överenskommelse med Attendo, Förenade care, Vardaga och Humaniora för att sköta 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 2024 omfattat nio verksamheter, varav sju vård- och omsorgsboenden som drivs på entreprenad, ett boende som drivs av egen regi samt ett boende som drivs enligt LOV.

Avtalsuppföljningen 2023 har haft fokus på verksamheternas utvecklingsplan efter uppföljning 2022. Kvalitetsutvecklaren har begärt in underlag för hur arbetet med utvecklingsplanen har fortlöpt inför uppföljningen. Kvalitetsutvecklaren har haft fysiska möten i verksamheten och verksamhetschef och andra nyckelpersoner har deltagit. Kvalitetsutvecklaren har genomfört måltidsobservation i verksamheten och begärt in underlag för personalbemanningen för v.35. Verksamheternas kvalitetsberättelser har haft beskrivit hur arbetet med avvikelser, aktiviteter samt egenkontroller gällande social dokumentation och den ofrivilliga besvärande ensamheten hos äldre. Kvalitetsutvecklaren har använt sig av enkät, intervjuer samt observationer som metod. Vidare har en uppföljning av anbudslöften för verksamheter som drivs på entreprenad. Årets avtalsuppföljning påbörjades oktober 2023 och avslutades februari 2024.

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

Sammanfattande bedömning

I några av verksamheterna har det ägt varit chefsbyten som till viss del har påverkat utvecklingsarbetet. Verksamheterna har tagit fram rutiner för att säkra kvaliteten i verksamheten vid chefsbyte vilket har underlättat i rekryteringsprocessen. Verksamheterna har fortsatt att utveckla de olika ombudsrollerna genom att ta fram tydliga uppdrag och även gett viss kompetensutveckling inom respektive område. Bland verksamheternas identifierade styrkor kan följande nämnas att över 90 % av de tillsvidareanställda utbildade undersköterskor och även många vikarier har undersköterskeutbildning. Verksamheterna har ett mindre antal undersköterskor som fått intyg om skyddad yrkestitel.

Verksamheterna kännetecknas av ett välfungerande kontaktmannaskap och de boende är nöjda med personalens bemötande. Samtliga verksamheter har tydliga rutiner för introduktion av nya medarbetare. Verksamheterna samverkar med vård- och omsorgsskolorna och har tagit emot undersköterskeelever som även rekryteras som vikarier. Verksamheterna har identifierat personer som bedöms besväras av ensamhet och vidtagit åtgärder för att minska ensamhetskänslan. Verksamheterna har kommit igång med olika råd där den enskilde kan vara med och påverka-

Utveckling av kommunikativa verktyg särskilt för personer med demenssjukdom är ett fortsatt utvecklingsområde. Samverkan mellan dag- och nattpersonal har utvecklats samt att det finns möjlighet att delta på möten via teams.

Bland utvecklingsområden som i stort gäller inom samtliga verksamheter är den sociala dokumentationen, öka förståelsen för vikten av att rapportera avvikelser som berör andra områden än häls- och sjukvårdsfrågor. Vidare behöver verksamheterna säkerställa att de boende ges större möjlighet till delaktighet i frågor som berör dem samt anpassa kommunikationen efter den enskildes kommunikationsförmåga.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

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

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

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

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

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

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

Bedömningsanvisningar

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 arbetsätt 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 2022	Resultat 2023
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven 44 (%)	● 4. Uppfyller kraven 67 (%)
	◆ 3. Uppfyller kraven delvis 33 (%)	◆ 3. Uppfyller kraven delvis 22 (%)
	■ 2. Påbörjat arbetet med att uppfylla kraven 22 (%)	■ 2. Påbörjat arbetet med att uppfylla kraven 11 (%)
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven 11 (%)	● 4. Uppfyller kraven 44 (%)
	◆ 3. Uppfyller kraven delvis 89 (%)	◆ 3. Uppfyller kraven delvis 56 (%)
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven 11 (%)	● 4. Uppfyller kraven 78 (%)
	◆ 3. Uppfyller kraven delvis 89 (%)	◆ 3. Uppfyller kraven delvis 22 (%)
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis 100 (%)	● 4. Uppfyller kraven 22 (%)
		◆ 3. Uppfyller kraven delvis 67 (%)
		■ 2. Påbörjat arbetet med att uppfylla kraven 11 (%)
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis 89 (%)	◆ 3. Uppfyller kraven delvis 89 (%)
	■ 2. Påbörjat arbetet med att uppfylla kraven 11 (%)	■ 2. Påbörjat arbetet med att uppfylla kraven 11 (%)
Självbestämmande och integritet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis 100 (%)	● 4. Uppfyller kraven 22 (%)
		◆ 3. Uppfyller kraven delvis 78 (%)
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven 67 (%)	● 4. Uppfyller kraven 78 (%)
	◆ 3. Uppfyller kraven delvis 33 (%)	◆ 3. Uppfyller kraven delvis 22 (%)
Mat och måltider	● 4. Uppfyller kraven 11 (%)	◆ 3. Uppfyller kraven delvis 100 (%)

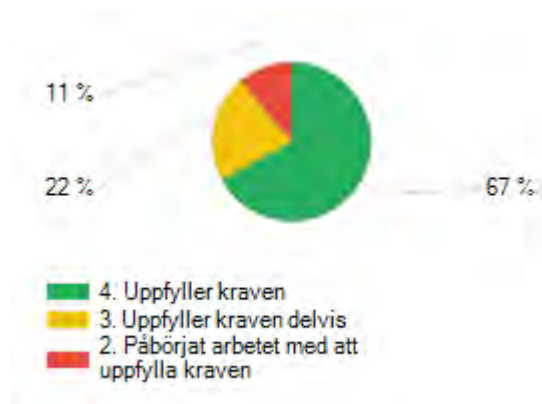
Område	Resultat 2022		Resultat 2023	
Aktiviteter och fritid	 3. Uppfyller kraven delvis	89 (%)		
	 4. Uppfyller kraven	11 (%)	 4. Uppfyller kraven	33 (%)
Säkerhet	 3. Uppfyller kraven delvis	89 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	67 (%)
	 4. Uppfyller kraven	56 (%)	 4. Uppfyller kraven	67 (%)
Ekonomisk kontroll	 3. Uppfyller kraven delvis	44 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	33 (%)
	 4. Uppfyller kraven	56 (%)	 4. Uppfyller kraven	78 (%)
	 4. Uppfyller kraven	44 (%)	 4. Uppfyller kraven	22 (%)

	Isoga	Hallen	Tryggheten	Björngården	Frösunda	Oskarero	Poihemsgården	Amsteben	Berga	Summa
Ledning & organisation	2	4	3	4	4	4	3	4	4	32
Personal & utbildning	3	3	3	3	4	4	3	4	4	31
Samverkan	4	4	3	4	4	3	4	4	4	34
Lednings-system för systematiskt kvalitetsarbete	3	3	2	3	3	4	4	3	3	28
Social dokumentation	3	3	2	3	3	3	3	3	3	26
Själv-bestämmande & integritet	4	3	3	3	3	3	3	3	4	29
Bemötande & anhörigstöd	4	3	3	4	4	4	4	4	4	34
Mat & måltider	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27
Aktiviteter & fritid	3	3	4	4	3	3	4	3	3	30
Säkerhet	3	4	3	4	4	4	4	4	3	30
Ekonomisk kontroll *	-	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Summa	32	33	29	35	35	35	35	35	35	

* För verksamheter i kommunal regi genomförs ej ekonomisk kontroll.

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

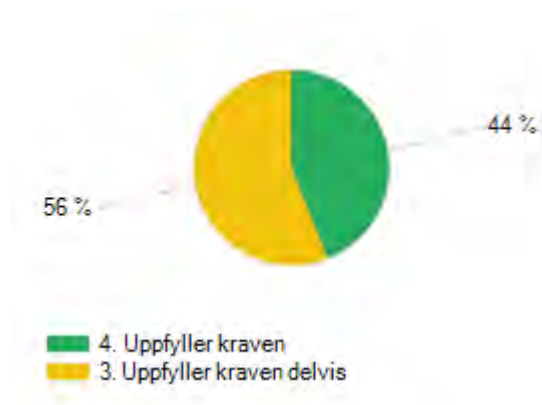
Ledning och organisation



Samtliga verksamheterna har en närvarande chef och en tydlig arbetsledning i det dagliga arbetet. Det har varit en del förändringar av verksamhetschefer men nu är alla på plats. Det finns fortfarande rekrytering av chef i en verksamhet. Två verksamhetschefer är inte anmälda hos inspektionen för vård och omsorg. Rutin finns för

ersättare vid verksamhetschefs frånvaro. En tydlig mötesstruktur finns i alla verksamheter. Agenda finns för alla möten, protokoll skrivs och finns tillgängliga i de flesta verksamheter och verksamheten har utökat tillgängligheten genom att öppna upp för medarbetarna att delta på teams.

Personal och utbildning

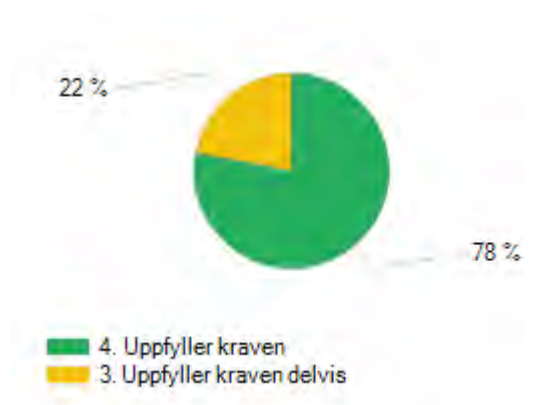


Verksamheterna har en hög andel tillsvidareanställda med undersköterskeutbildning och flera har ansökt och fått intyg på skyddad yrkestitel. Samtliga verksamheter har rutin för introduktion av nya medarbetare med checklista som stöd. Uppföljning av introduktion sker på ett strukturerat sätt.

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

Samtliga verksamheter har rutiner och arbetssätt för att säkerställa bemanningen, dels vid planerad, dels vid oplanerad frånvaro. Ombudens kompetens behöver säkerställas och det ska i större utsträckning skapas förutsättningar för att de ska kunna arbeta inom sina ansvarsområden.

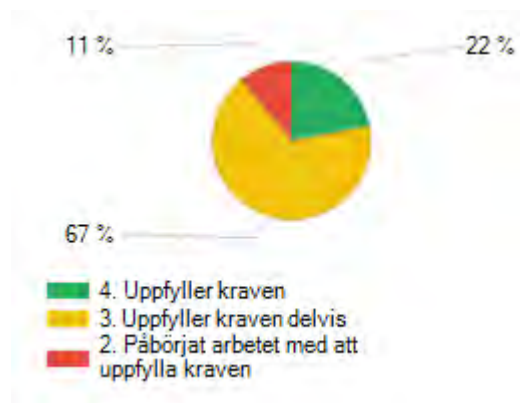
Samverkan



Rutin för extern samverkan finns i samtliga verksamheter.

Verksamheter har haft en god samverkan med vård- och omsorgsskolor samt högskolor under 2023 och har tagit emot både praktikanter från omvårdnadsprogrammet och sjuksköterskeelever. Verksamheterna beskriver i rutin hur den interna samverkan sker, gällande bland andra informationsöverföring och forum för möten med specificerat syfte. Verksamheterna behöver skapa förutsättning för medarbetarna som arbetar natt att bidra till en personcentrerad vård. Samverkan mellan dag- och nattpersonal har förbättrats men är fortsatt ett utvecklingsområde.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



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

I samtliga verksamheter finns ombud inom områden såsom, palliativ vård, kost, kvalitet och aktivitet och verksamheterna har arbetat med att utveckla rollen där medarbetare med intresse för området också är ombud. Ombuden erbjuds även utbildning och fördjupad kunskap för att kunna bidra till verksamhetsutveckling.

Samtliga verksamheter har till viss den en tydlig avvikelshanteringsprocess och kunskapen om vad som är en avvikelse behöver utvecklas. Flera av verksamheterna behöver utvecklas sitt arbete med framförallt avvikelser enligt socialtjänstlagen. Detta är ett förbättringsområde för alla verksamheter utom två.

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

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

Social dokumentation

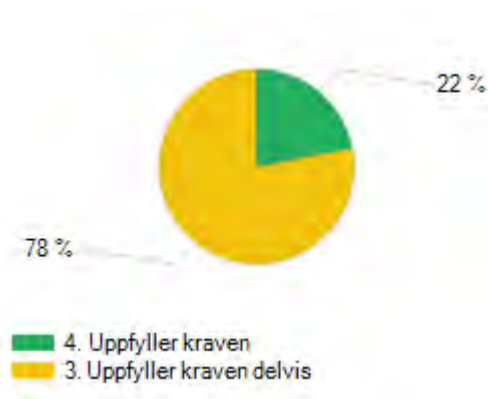


Samtliga verksamheter har IT-system för social dokumentation. I samtliga verksamheter utgår dokumentationen från individens behov i centrum. I de flesta verksamheter finns dokumentationsstödjare men bara i vissa fall har de tillräcklig kunskap för att kunna stötta sina kollegor. Webbaserad utbildning i social dokumentation finns tillgänglig i samtliga verksamheter. Byte av dokumentationssystem pågår i flera verksamheter vilket kan ha påverkat kvaliteten på innehållet.

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

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

Självbestämmande och integritet

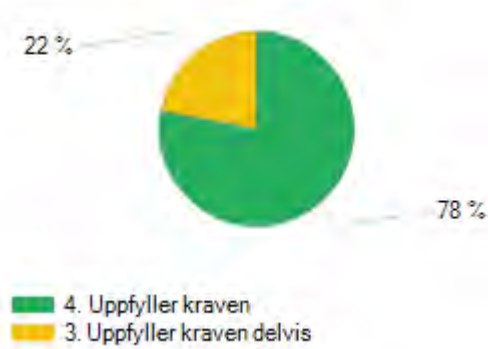


Kontaktmannaskapet är väl förankrat i alla verksamheterna utom en. De flesta verksamheter har utbildat medarbetarna i vad det innebär för ansvar att vara kontaktman. Alla verksamheter informerar om rätten att kunna byta kontaktman om den enskilde så önskar.

Samtliga verksamheter har förankrade rutiner för mottagande av nya boende och de flesta verksamheterna skickar månadsvis informationsbrev till anhöriga. Verksamheterna sätter även upp informationsbrevet på våningarna och i hissarna. Kommunikation och information om tillfälliga förändringar till de boende men särskilt till personer med kognitiv svikt behöver utvecklas. Generellt behöver samtliga verksamheter säkerställa att den enskilde ges större möjlighet till delaktighet i frågor som berör dem.

Arbetet med att anordna träffar där boende kan framföra synpunkter och önskemål om maten och aktiviteter har kommit igång i alla verksamheter.

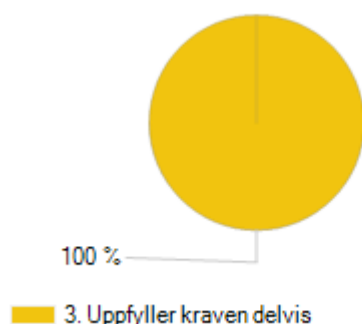
Bemötande och anhörigstöd



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

Skriftlig rutin för hur anhörigas behov av stöd ska identifieras och vilka stöd som kan erbjudas finns i de flesta verksamheterna. Verksamheterna har erbjudit anhörigträffar eller närstående råd fysiskt i verksamheten vilket är mycket uppskattat.

Mat och måltider

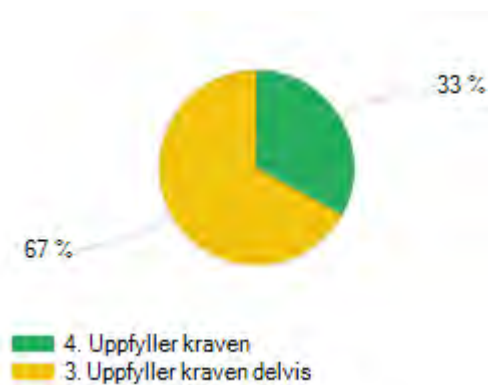


I de flesta verksamheterna erbjuds ett i förväg utvalt alternativ per måltid men det finns möjlighet att få annat om den enskilde meddelar i förväg. De flesta verksamheter utför eller planerar att utföra strukturerade måltidsobservationer i syfte att förbättra måltidssituationen för de boende. Flera verksamheter 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 arbetat strukturerat och har fått fördjupad kunskap för att kunna utföra sitt uppdrag. Verksamheterna behöver även framöver arbeta med miljön kring måltidsstödet och avsaknaden av samtal vid bordet. Nattmål och mellanmål erbjuds om den enskilde så önskar vilket i sin tur kan påverka en längre nattfasta.

Måltidssituationen är ett fortsatt utvecklingsområde i flera verksamheter.

Aktiviteter och fritid



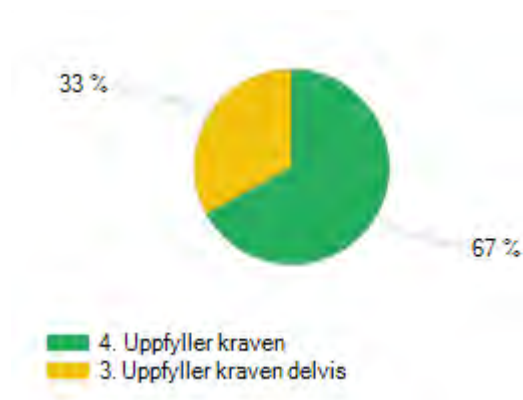
De flesta verksamheterna inhämtar de boendes önskemål om aktiviteter och dessa ligger till stor del till grund för de aktiviteter som erbjuds. Aktiviteter har erbjudits gemensamt, våningsvis eller individuellt under året och vikten av en meningsfull vardag och välbefinnande är viktigt för ett gott liv. Aktiviteter erbjuds både vardagar och helger.

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

Individuella aktiviteter, utevistelse och egentid erbjuds och verksamheten har utvecklat arbetsmetod för att säkra att den enskilde får sin egentid. Generellt önskar de boende större möjlighet till utevistelse/uteliv.

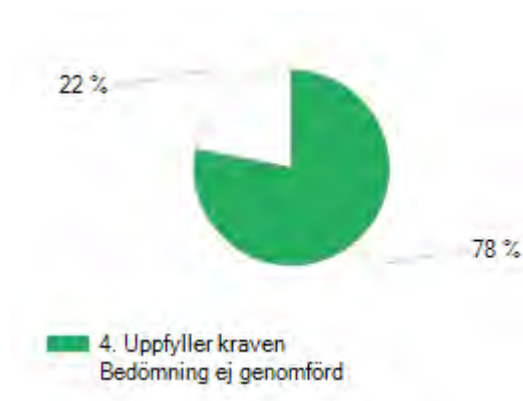
Verksamheterna har försatt att utveckla sitt systematiska arbete för att minska den besvärande ensamheten och flera använder den enkät som finns för att fånga upp personer i verksamheten. Verksamheten erbjuder riktade insatser och aktiviteter till personer som besväras av ensamhet.

Säkerhet



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

Ekonomisk kontroll



Samtliga verksamheter uppfyller kraven.

Avtalsuppföljning 2023

BERGA



Innehållsförteckning

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

Inledning

Verksamheten på Berga vård- och omsorgsboende har genomgått en rad förändringar under 2023. Verksamheten förvärvades av Forenade care våren 2023. Under hösten påbörjades stambyte i Hus A som ledde till att antalet platser minskades från 56 möjliga till 40 platser. Större delen av året har restaurangen Berga inte varit i drift, först på grund av renovering, senare med anledning av stambyte.

Hus B har fem våningar med åtta boende på varje våning. Tre våningar är avsedda för personer med demenssjukdom. 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.

2023 års avtalsuppföljning genomfördes under hösten. Uppföljningen har skett vid fem olika tillfällen, tre fysiska besök och två digitala. Detta för att skapa förutsättning till djupare dialog kring verksamhetens arbetssätt med utvecklingsområden.

Kvalitetsutvecklaren har använt sig av intervjuer samt observationer som metod. Uppföljning av verksamhetens utvecklingsplan för 2022, åtgärdsplan med anledning av brukarundersökningsresultat 2023, genomgång av verksamheternas arbete för att minska ensamhet och öka delaktighet för de boende, observation av måltidssituation och granskning av kvalitetsberättelsen 2023 har genomförts. Anbudsutfästelser har följts upp och täthetsschema för vecka 35 har begärts in och granskats. Under uppföljningsbesöket har ledningsgruppen, fyra boende och fyra medarbetare intervjuats.

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

Verksamheten ska presentera en utvecklingsplan utifrån denna uppföljning vid ett personligt möte för Omvårdnadsförvaltningen den 15 april 2024. Av planen ska det framgå tydligt vad, vem, när och hur arbetet med utvecklingsområden och anbudslöften ska fortgå under 2024.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har haft en del utmaningar under 2023. Företaget Ansvar o Omsorg AB förvärvades av Forenade care våren 2023. Stambyte startade under hösten 2023 som föranledde minskning av antalet platser och följaktligen uppsägning av personal. Restaurangen har hållits stängd större delen av 2023 med konsekvenser för medarbetare och de boende.

Trots dessa utmaningar har arbetet med utvecklingsplan 2022 fortlöpt enligt plan. Bergas resultat i brukarundersökningen förbättrades i en rad olika områden. 100% av de boende är nöjda med personalens bemötande och andel boende som inte besväras av ensamhet har ökat med 18 procentenheter sedan förra mätningen. (64 % 2023). Bergas medarbetare har deltagit aktivt i nätverksträffar och medverkat i projekt som Solna stad har bedrivit. Anhörigstödet har utvecklats. Samverkan mellan dag- och nattpersonal har förbättrats avsevärt.

Verksamheten har genomfört egenkontroll, riskanalyser och sett över mötesstrukturerna. Korta interna utbildningar har erbjudits varannan vecka.

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

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

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

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

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

behov

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

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

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

Bedömningsanvisningar

Bedömning av delområden

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

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

Bedömning av *områden*

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

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

Bedömning

Område	Resultat 2022	Resultat 2023
Ledning och organisation	■ 2. Påbörjat arbetet med att uppfylla kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Aktiviteter och fritid	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

- 4. Uppfyller kraven

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

Personal och utbildning

4. Uppfyller kraven

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten ska se till att de befattningar som har angetts i anbudet ska finnas i verksamheten.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska se till att snarast möjligt uppfylla kriterierna för Silviaomcertifiering.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Ombudens roll och ansvar ska förtydligas och förankras hos varje ombud.

Samverkan

4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver förbättra förutsättningarna för att stärka den tvärprofessionella samverkan.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

3. Uppfyller kraven delvis

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

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver fortsätta säkerställa att medarbetarna vill/får/kan delta i kvalitetsarbetet och frågor som berör dem.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska fortsätta arbeta för att öka medarbetarnas kännedom om hur, när och varför en avvikelser ska rapporteras.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Verksamheten ska säkerställa att rutin för hantering av muntligt framförda synpunkter är förankrad hos samtliga medarbetare.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Anbud: Verksamheten ska redovisa en plan för hur välfärdsteknik kan användas för att skapa ökad trygghet
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Anbud: Resultat från internrevision ska vara känd, åtgärdsplan ska tas fram och följas upp.

Social dokumentation

3. Uppfyller kraven delvis

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

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska säkerställa att uppföljning av händelser av vikt samt utvärdering av vidtagna åtgärder kopplas till den enskildes dagliga livsföring.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Verksamheten behöver förtydliga på vilket sätt den enskilde har varit delaktig i upprättande eller uppdatering av genomförandeplanen.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska verka för att löpande anteckningar och genomförandeplanen går hand i hand.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Den enskildes kommunikationsförmåga inklusive behov av hjälpmedel/förhållningssätt för att stärka den kommunikativa förmågan behöver förtydligas.

Självbestämmande och integritet

4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska säkerställa att det finns arbetssätt för att informera de boende om tillfälliga förändringar.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten ska redovisa en plan för hur diplomering av kontaktmän kan ske.
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska säkerställa att information om verksamheten delges de boende.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten ska inkomma med en plan för hur arbetssätt för anpassad kommunikation i enlighet med anbudet kan tillämpas.

Bemötande och anhörigstöd

4. Uppfyller kraven

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

Mat och måltider

3. Uppfyller kraven delvis

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

Status	Utvecklingsområden
⏸ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska hålla kostråd då boende kan framföra synpunkter.

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.	Anbud: Egentid två timmar i veckan ska erbjudas.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska förbättra den enskildes möjlighet till utevistelse.

Säkerhet

3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetsätt 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 all personal känner till vad sekretess innebär och hur/när den ska tillämpas.
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelser.	Verksamheten behöver kartlägga och minimera faktorer som kan leda till att larm inte besvaras skyndsamt.

Ekonomisk kontroll

4. Uppfyller kraven

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har med anledning av stambyte i Hus A fått minska antalet platser. Detta har i sin tur lett till stora ändringar i organisationen, som bland annat har påverkat mötesstrukturen och mötesfrekvenserna särskilt under våren.</p> <p>Verksamheten har sedan september upprätthållit mötena och mötesstrukturen har setts över, t.ex. kommer fler möten att förläggas på onsdagar samt kortare ombudsmöten för att använda tiden mer effektivt.</p> <p>Morgonmöten hålls varje dag där en personal från varje våning deltar samt de övriga professionerna och tar den information som gäller för dagen eller om det är någon annan viktig information som påverkar verksamheten. Personal som deltog i information tyckte att man behöver se över den information som ges på morgonmötena eftersom stor del av informationen inte är ny för dem som deltar.</p> <p>Teamforum hålls på tisdag varje vecka där kontaktman, boendeansvarig sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, enhetschef och verksamhetschef, där teamet träffas för information, planering samt uppföljning av vidtagna åtgärder.</p> <p>Nattmedarbetare turas om och deltar i möten och ansvarar för att vidarebefordra informationen till övriga kollegor. För att uppmuntra till deltagande har flera möten planerats efter varandra så att de deltar i flera möten. Exempelvis planeras APT och kvalitetsråd samma dag så att natten kan delta i båda.</p> <p>Med anledning av ägarbyte har det varit olika besked exempelvis kring var man kan hitta anteckningar och rutiner. Dessa har tidigare sparats i pärmar och sedan enbart på datorn och nu återigen i pärmar. Ledningen är medveten om detta men anser att förändringar är oundvikliga när det sker ägarbyte.</p> <p>Medarbetarna uppskattar att information om viktiga händelser upprepas på olika sätt för att nå alla, exempelvis via veckobrev, morgonmöten eller muntligen.</p>
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	<p>Omorganisationen som har genomförts med anledning av stambyte har påverkat ledningsstrukturen. Ledningen består av verksamhetschef och enhetschef.</p> <p>Verksamhetschef är lönesättande för samtliga medarbetare men det finns planer på att dela personalansvaret med enhetschefen. Just nu råder det osäkerhet bland personalen om vem man ska vända sig med sina frågor.</p> <p>Verksamheten förvärvades av Forenade care våren 2023. Ledningssystem, lönesystem och dokumentationssystem såsom schemasystem har inte bytts till de nya. Detta har medfört viss svårighet att planera för utbildningar eller utveckling av verksamheten under hösten.</p> <p>Företagsledning har regelbundna områdesträffar för verksamhetscheferna i syfte</p>

Delområde	Kommentar
	att stödja cheferna i verksamhetsstyrning samt att ge information från huvudkontor. Enligt anbud ska ledningen förstärkas med bland annat kvalitetshandledare som ska hjälpa ledningen med verksamhetsutveckling. Två kvalitetshandledare har utsetts. De har gått handledar- och ledarskapsutbildning. Kvalitetshandledare deltar i förbättringsprojekt som gäller hela huset, uppdaterar rutiner, stöttar ombuden i hur man driver ett kvalitetsarbete samt tar hand om studenter och elever. Medarbetarna kände inte till att det finns en kvalitetshandledare i verksamheten och i så fall vad denne har för ansvar. Enligt verksamhetschef har informationsflödet pga. förändringar och schemaändringar varit enormt på Berga vilket kan leda till att mindre väsentlig information selekteras bort av personalen.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	<p>Med anledning av stambytte och personalförändringar har Berga fått dispens för att pausa processen av Silviaomcertifiering. Reflektionsträffarna 1,5 per månad fortsätter dock att erbjudas. Nattpersonalen deltar i reflektionsträffarna kvällstid. 20 minuters-utbildningarna erbjuds i relevanta ämnen såsom begränsningsåtgärder och SBAR. Enligt medarbetarna kan utbildningarna upplevs som stressande då man behöver avbryta det man håller på med för att gå på utbildningarna. Stressen och faktum att man är trött efter en hel dags arbete försämrar inlärningsförmågan, menar medarbetarna som föredrar att få möjlighet att gå på längre utbildning utanför arbetsplatsen. Medarbetarna genomför årliga webutbildningar i basala hygienrutiner, palliativ vård via PKC, jobba säkert med läkemedel samt nollvision. Utbildning i demenssjukdomar, BPSD, har erbjudits under hösten eftersom antalet demensplatser har ökat.</p> <p>Verksamheten räknar med att införandet av det nya dokumentationssystemet Sekoia kommer att kräva omfattande utbildningssatsningar. Dessa utbildningar kräver tid och resurser för att administrera och planera.</p> <p>Medarbetarna uppskattar 20 minuters-utbildningarna men upplever att det ibland kan vara svårt att delta då kollegan behöver hjälp på avdelningen. De tycker att timanställda som arbetar på demensavdelningar oftast saknar kunskap i hur man bemöter demenssjukas behov.</p> <p>Berga har under hösten 2023 deltagit i projektet "Rätt person gör rätt sak" samt sjuksköterskans förlängda arm som Solna stad har bedrivit i syfte att skapa ett hållbart arbetsliv.</p> <p>Medarbetarna upplever att teammöten kan vara ett bra lärandeforum om de själva är aktiva och ställer frågor. Goda exempel lyfts på alla möten.</p> <p>Verksamheten planerar att under 2024, utifrån identifierade behov, satsa på handledarutbildning, medarbetarutbildning samt andra utbildningar som måste ske i samband med införande av det nya dokumentationssystemet Sekoia. Samtliga utbildningar riktar sig till all personal inklusive natt- och dagverksamhetspersonal. Omvårdnadspersonal har utbildats i begränsning-och skyddsåtgärder, kognitiv svikt hos äldre, utbildning i förflyttningskunskap, hörselutbildning, matkonsistens och sittställning, att manuellt ta puls och blodtryck, aktivitet och gemenskap och även utbildat BPSD-administratörer.</p> <p>Hälso- och sjukvårdspersonal har haft utbildningar i Läkemedelsbehandling av äldre, nutritionsbehandling vid tidig Alzheimers sjukdom, BPSD, VFU-dagen samt utbildning i diabetes.</p> <p>Verksamheten saknar språkbud men uppmuntrar medarbetarna till att vilja bli det under 2024.</p> <p>Andelen utbildade undersköterskor i verksamheten är 78 % varav fem har fått titeln skyddad yrkestitel. Ytterligare några har ansökt om och väntar på beslut. Intresset för att ansöka om skyddad yrkestitel är svagt bland medarbetare som kommer att gå i pension de närmaste åren.</p> <p>Av åtta specialistutbildade undersköterskor är fyra kvar i verksamheten, två inom multisjuka äldre och en i demenssjukdom samt en utbildad i välfärdsteknik. Dessa utbildade undersköterskor har vissa specifika arbetsområden som de får ansvara för och hjälpa till med för att förbättra i verksamheten.</p>
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Med anledning av stambytte i hus A har verksamheten behövt justera bemanningen och nya scheman har tagits fram. I samband med schemaändring sjukskrev sig en stor andel av medarbetarna. Enligt de boende har det varit stor



Delområde	Kommentar
	<p>rotation på personal men detta har inte utgjort några problem.</p> <p>Medarbetarna upplever, till skillnad från tidigare, att schemaändringen genomfördes utan att ta större hänsyn till deras synpunkter och ett färdigt schema infördes med kort varsel. Verksamheten har därefter sett över schemat ytterligare en gång. Bland förbättringar kan nämnas färre långpass, mer överlappningstid på dagarna samt att tillmötesgå medarbetarnas önskemål att byta våning. Samtliga schemarader är bemannade med ordinarie personal/långtidsvikariat.</p> <p>Verksamheten har redovisat bemanningsschema för mån-sön vecka 35. Tätheten beräknats enligt samma mall som vid anbudstillfället men har omräknats eftersom antal platser har minskat. Berga uppfyller täthetskravet i enlighet med överenskommelse med omvårdnadsförvaltningen. Alla professioner och befattningar finns utifrån överenskommelsen. Berga har fått dispens att under stambytet inte ha dietist i verksamheten.</p> <p>Restaurangen på Berga är stängd på grund av renovering. Arbetsuppgifter som den tidigare kökspersonalen ansvarade för har överförts till omvårdnadspersonalen, vilket har ökat arbetsbelastningen, enligt medarbetarna.</p>

Samverkan

Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens externa samverkan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Nattpersonal, profilledarna och hörselombud deltar aktivt i nätverksträffarna som omvårdnadsförvaltningen håller i. Verksamhetschefen är ledamot i vård- och omsorgscollege Nordväst. Verksamheten har tagit emot 14 undersköterskeelever under 2023. De boende uppskattar att Berga tar emot undersköterskeelever. Elever blir ett friskt inslag i verksamheten, menar de boende.</p> <p>Verksamheten samverkar med skolor, förskolor, gymnasium och högskolor, kyrkan, pensionärsorganisationer, föreningar, Röda Korset, konstföreningar, kulturskolor och musikorganisationen. Berga bjuder in boende från andra verksamheter till utställningarna.</p> <p>Verksamheten samverkar med Tryggheten och andra verksamheter i Solna. Bergas medarbetare deltar aktivt i nätverksträffar som förvaltningen bjuder in till.</p>
<p>Verksamhetens interna samverkan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Berga har utvecklat samverkan mellan dag- och nattpersonalen. På teamkonferenser är både dag- och nattmedarbetare inbjudna att delta, fysiskt eller digitalt. Teamforum hålls varje tisdag i verksamheten då olika professioner deltar. För att främja samverkan mellan dag- och nattpersonal deltar numera en dagpersonal i nattmöten och kvalitetshandledaren från natten deltar på våningsmöten dagtid. En utsedd representant från natten deltar alltid på våningsmöten, APT och andra kvalitetsmöten dagtid. Berga har deltagit aktivt i nätverksträffar "Sätt ljus på natten" som förvaltningen har hållit i.</p> <p>Medarbetarna har fått utbildning i rapportering enligt SBAR och material har lämnats ut men enligt medarbetare tillämpas metoden delvis. Rapportering på teammötena utgår från SBAR. Medarbetarna känner sig osäkra i användandet av SBAR och därför planeras nya utbildningstillfällen varje termin.</p> <p>Medarbetarna kände inte till att det finns en kvalitetshandledare i verksamheten och i så fall vad denne har för ansvar. Enligt verksamhetschef har informationsflödet pga. förändringar och schemaändringar varit enormt på Berga vilket kan leda till att mindre väsentlig information selektas bort.</p> <p>Det finns uppdragsbeskrivning för alla ombudsroller. Ombudsroller har omfördelats efter omorganisationen. I samtal med medarbetarna framkom det att medarbetare hade tilldelats en ombudsroll utan att vederbörande hade tillräcklig kunskap i ämnet, vilket resulterade i att hen inte arbetade med sitt ombudsuppdrag. Enligt ledningen kommer ombuden att få det stöd de behöver för att klara av sina uppdrag.</p> <p>Dagplaneringen är en viktig del i kvalitetsarbetet/omvårdnadsarbetet, där ser man vem som ansvarar för vilka boende den specifika dagen samt planering för fem veckor framåt.</p>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
<p>Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Berga har utsett två kvalitetshandledare. Dessa har gått på ledarskaps- samt handledarutbildning.</p> <p>Av intervju med medarbetarna framkommer att det sker många förändringar i</p>

Delområde	Kommentar
	<p>verksamheten som har påverkat medarbetarnas arbetsmiljö negativt. Schemabyten, byte av våningsplan, kollegor som har slutat samt nya arbetsuppgifter som har tillkommit då vissa tjänster har försvunnit eller dragits ner på. Ledningens goda intention att förbättra verksamheten hinner inte alltid förankras hos medarbetarna och det känns som att förbättringsarbeten forceras vilket riskerar att skapa frustration istället för motivation, menar medarbetarna. Ombudsmöten har delvis kunnat hållas, bland annat med anledning av stambytet, men också schematekniskt sett är det svårt att delta i mötena då tiderna krockar med annat arbete på avdelningarna. Det finns en beskrivning av ombudsrollen och ansvaret som de skriver under. Möten planeras för hela året så att personalen kan se och planera för de möten de ska delta på.</p> <p>Medarbetarna önskar få större möjlighet att involveras i beslut som berör dem och att deras idéer och erfarenheter tas till vara i val av lösningar.</p> <p>Enligt anbud ska två medarbetare, en av dem tjänstgör nattetid, vara diplomerad kvalitetshandledare med fördjupade kunskaper i personcentrerade arbetssätt och ledningssystemets rutiner. En av nattmedarbetarna ska bli kvalitetshandlare för natten. Denna kommer då att vara med på mötena dagtid. Även om det saknas diplomerad kvalitetshandledare har verksamheten lyckats sy ihop ett utbildningspaket för att kvalitetshandledarna ska kunna arbeta så som det har lovats i anbudet.</p>
<p>Verksamhetens arbete med avvikelser</p> <p> 2. Delvis godkänd</p>	<p>Ledningen har tagit fram en lathund om varför man ska skriva avvikelse och om vad en avvikelse kan omfatta. Vikten av att skriva avvikelserapport och varför dessa ska skrivas påtalas på APT, kvalitetsråd, morgonmöten och vid våningsbesök. Enligt ledningen har fler avvikelserapporter skrivits. Legitimerad personal lägger in rapporterade avvikelser gällande fall och läkemedel digitalt i Safe doc. Övrig avvikelser skrivs på papper och lämnas till verksamhetschefen eller framförs muntligen till ledningen. En stor andel avvikelser och klagomål härleds till fastighetsfrågor, exempelvis trasiga hissar eller vitvaror.</p> <p>Avvikelser och klagomål tas upp och analyseras på kvalitetsråd där verksamhetsledning, HSL-personal och kvalitetsombud deltar. Förslag på åtgärder tas fram och kvalitetsombuden ser till att vidarebefordra informationen till sina kollegor på avdelningen.</p> <p>Verksamheten har en skriftlig, lokal rutin för hur muntliga synpunkter och klagomål ska hanteras. Blanketter finns tillgängliga både på våningar och i entré. Ledningen informera medarbetarna om vikten av att skriva ner klagomålen och frågar aktivt vid varje teamforum om något klagomål har framkommit. Klagomålen åtgärdas oftast på en gång och rapporteras inte eller så rapporteras de muntligen till ledningen. Under 2023 har det inkommit synpunkter på bl.a. inredning, belysning, bestick, hissar, bemötande samt att kvällsmål inte erbjuds. Verksamheten har åtgärdat och återkoppling av vidtagna åtgärder har skett till de boende.</p> <p>Med anledning av två allvarliga händelser som handlade om otillåtna begränsningsåtgärder har all personal gått på utbildning om begränsningsåtgärder samt ska årligen genomgå webutbildningen "Nollvision". Vidtagna skyddsåtgärder följs upp varje vecka på teammöten samt genom daglig observation.</p>
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p> 3. Godkänd</p>	<p>Internrevision genomfördes våren 2023 men verksamheten har av olika skäl inte använt resultatet i förbättringssyfte. Interna brukarundersökningar har inte genomförts under 2023.</p> <p>Resultat från brukarundersökningen 2023 har presenterats för medarbetare, boende och anhöriga samt kontaktpolitiker. Resultatet har analyserats och förbättringsåtgärder har tagits fram.</p> <p>Egenkontroller i bl.a. brandsäkerhet, livsmedelshygien, social dokumentation, larmsvar, utevistelser och aktiviteter har gjorts. Resultaten följs upp och vid behov vidtas åtgärder.</p> <p>Riskanalyser i samband med organisatoriska förändringar, bland annat med anledning av stambyte, har gjorts.</p> <p>Kontinuerligt under APT, kvalitetsråd, ombudsmöten och ledningsgrupp går ledningen igenom rutiner och riktlinjer, om vad som behöver revideras, förnyas eller åtgärdas.</p> <p>Verksamheten har under hösten deltagit i två projekt "Ett hållbart arbetsliv" och "Sjuksköterskans förlängda arm".</p>

Social dokumentation



Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Granskning av social journal visar att det förekommer brister gällande dokumentation av viktig och relevant information. Samtliga genomförandeplaner är uppdaterade.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Egenkontroll görs en gång i månaden eller oftare. Vid varje tillfälle väljs 10 journaler ut och granskas enligt en mall. Stickkontroller görs var tredje månad och en lista över plan som behöver uppdateras lämnas till kontaktmannen. Nattsjuksköterska säkerställer att nattpersonalen dokumenterar.

Självbestämmande och integritet


Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	Boråd erbjuds varje månad på somatik- och demensavdelningar. På demensvåningar tar man hjälp av personal för att fånga upp de boendes uttryck och känsla. Två gånger per termin erbjuds större boråd som alla boende bjuds in till. Protokoll från det övergripande boenderådet delas ut på våningarna. Boenderåd, både på våningarna och det större övergripande boenderådet, är forum för boendes delaktighet och för att kunna framföra sina synpunkter och även vara delaktiga i ett förändringsarbete. Vikten av att anpassa kommunikationen efter den enskildes förmåga lyfts i olika utbildningar. Enligt anbud ska verksamheten använda inläsningstjänster om den enskilde är synskadad, ha tillgång till information på lättläst svenska, pictogramsymboler eller bilder, anpassade kommunikationsverktyg (t.ex. surfplattor) samt anlita en kommunikationspedagog för att säkra delaktighet och inflytande över utformning och genomförande av aktiviteter och sysselsättningar. I verksamheten används surfplattor och vid behov hörsel förstärkare som stöd i kommunikation. Pärmar för pictogrambilder har tagits fram och finns på alla våningar. Fysioterapeut och arbetsterapeut har lärt upp personalen i hur bilderna kan användas. Bilderna har använts med gott resultat. Aktivitetsscheman har kompletterats med bilder i syfte att göra det enklare för boende att förstå vilken typ av aktivitet som erbjuds. Fysioterapeuten har skapat pictogram på andra språk i syfte att underlätta kommunikationen med boende som inte talar svenska och lärt personal att använda Google translate etc. Kommunikationspedagog i enlighet med anbudet har inte anlåtats.
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Utbildning i kontaktmannaskap finns i två moduler, steg I och Steg II. De flesta har gått steg II utbildningen men många behöver göra om utbildningarna. Verksamhetschefen följer upp vilka som har deltagit och vilka som inte har klarat av utbildningarna. Varje boende har en kontaktman och en vice. Enligt medarbetarna behöver timanställdas kunskap kring kontaktmannaskap säkerställas. Stambytet har påverkat kontinuiteten. Det finns skyltar i boendes lägenhet med namn på kontaktman, vice kontaktman samt omvårdnadsansvarig sjuksköterska.
Tillgänglighet och information ◆ 2. Delvis godkänd	Enligt verksamhetschef skickas månadsbrev till alla våningar och de som vill ha eget brev får det. Personalen kände inte till att alla boende får eget brev. De boende som intervjuades kände inte till informationsbrevet. Enligt verksamhetschef har information gått ut till samtliga medarbetare men att det händer att informationsbrevet inte delges de boende. De boende upplevde att de får välja när de vill lägga sig på kvällen och komma upp på morgonen och kände sig trygga med sitt boende. Enligt brukarundersökningen 2023 upplever 50 % att de får information om tillfälliga förändringar. (45 % för år 2022). Ledningen arbetar ständigt med den frågan och påminner medarbetarna dagligen till att informera de boende om tillfälliga förändringar. Informationsbrev som skickas ut till närstående och även till våningarna. Vi bjuder in i små grupper att diskutera tex. brukarundersökning. Bolltäckor används för att minska oron nattetid, LED-belysning används för de som har behov och dämpad belysning i korridor finns nattetid. Elektronisk kalender med markerad dag och natt saknas.

Delområde	Kommentar
-----------	-----------

Bemötande och anhängstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande  3. Godkänd	<p>De boende var nöjda med personalens bemötande, dock kunde det ske missförstånd och i dessa fall tas det inte upp av de äldre. Brukarundersökningen resultat visade på 100% nöjdhet i bemötande.</p> <p>Verksamheten har en kurator som vid behov handleder personalen. Etikforum hålls vid sex tillfällen under året där både värdegrund och etiska dilemman diskuteras.</p> <p>Värdegrundsombud finns i verksamheten som ger stöd i etiska dilemman som kan uppstå. Värdegrundsombud har tillsammans med kurator diskuterat vissa frågor som de sedan fått i uppdrag att prata med arbetskollegor om. Implementering av Forenede Cares värdegrund: Ansvar, Engagemang och Omtanke startades i december.</p> <p>Ny personal går alltid runt till de boende och presenterar sig.</p>
Stöd till närstående  3. Godkänd	<p>Anhöriga bjuds in till att fira högtider, såsom sommarfest och adventsfika, med sina närstående. Anhöriga bjuds in till anhörigträff fyra gånger om året eller oftare vid behov. Under våren har det hållits informationsmöte varje månad eftersom det var många frågor gällande stambytet och dess påverkan på hela Berga. Under 2023 har verksamheten startat en träffpunkt för anhöriga. Detta startade i projektform men har nu implementerats i verksamheten. Genom "BEN", Bergas Enastående Närstående, får anhöriga möjlighet att kunna lära känna varandra, byta erfarenhet och lära av varandra. Exempelvis har anhöriga hållit i föreläsning i taktill massage, teknik samt föredrag för både boende och anhöriga om "Döda Fallet".</p>

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider  2. Delvis godkänd	<p>Med anledning av stambyte och neddragning av antal platser kunde verksamheten inte upprätthålla tjänsten som dietist. Däremot kan tjänsten anlitas vid behov och Solna stad faktureras. Under hösten har dietist inte anlåtats. Ett av verksamhetens mål under 2023 var att förbättra maten och måltidssituationen. Med tanke på att restaurangens öppnande sköts upp pga. renovering och stambyte har förbättringsarbetet inte kunnat genomföras fullt ut. I början på året anlätade verksamheten en matleverantör som de boende inte var nöjda med. Leverantören byttes och numera lagas maten till viss del på våningarna, vilket boende uppskattar.</p> <p>I samband med uppföljningen observerades måltidssituation på omvårdnadsavdelningen. Två personal arbetade på avdelningen och fem personer åt vid två olika bord i matsalen. Val av bordsplacering hade gjorts med stor omsorg för individer och vissa ändringar hade nyligen införts. Personalen förklarade för samtliga om anledningen till den nya bordsplaceringen. I samband med detta röjdes till viss del en boendes individuella behov, vilket strider mot sekretessbestämmelser.</p> <p>Den boende som behövde hjälp med matning fick professionell hjälp. Maten serverades i små skålar vilket kan i värsta fall uppfattas som att det är brist på mat. De boende tog lite mat förmodligen för att det skulle räcka till alla även om personalen berättade att det fanns mer mat. Det serverades endast ett dryckesalternativ.</p> <p>På en skala 0-10 gav de boende 6-8 på matens smak. De upplevde att maten har blivit sämre. De berättade t.ex. att kycklingfilé delas i små bitar vilket gör att rätten känns ovant.</p> <p>Personalen berättade att de skalar och kokar potatisen själva vilket kan ta upp till 40 minuter innan den är färdigkokt. Tidigare har kökspersonalen ansvarat för detta.</p> <p>Personalen framför inte de boendes synpunkter gällande mat vidare till kostansvariga då ingen återkoppling på åtgärder, förbättring eller förändring sker, enligt medarbetarna. Innan restaurangen stängde hölls kostråd regelbundet där boende, kostombud, kökschef och verksamhetschef har deltagit. Med anledning av stambyte har kökschefen slutat och det blir därmed oklart vem som ska föra fram synpunkterna till Dafgård. Enligt verksamhetschef ansvarar vaktmästaren för</p>


Delområde	Kommentar
	<p>att framföra synpunkter som kommer upp på kostrådet till Dafgård. Vaktmästaren beställer maten från Dafgård. Kostråd har hållits varje månad och det är sjuksköterskor som leder mötet.</p> <p>Det är enbart en maträtt som serveras. Enligt rutin ska de boende ha möjlighet att välja mellan ris och potatis. Det är oklart varför vissa avdelningar frångår denna rutin.</p> <p>Medarbetarna medger att deras kunskap i matlagning brister och att det åläggs dem att baka eller göra gratänger som de aldrig har gjort förr. Det har exempelvis hänt att fiskrätt som ska serveras kallt har värmts i ugnen.</p> <p>Enligt rutin ska kvällsfika erbjudas, men det händer att nya medarbetare inte känner till rutinen eller frångår rutinen av andra skäl.</p> <p>Verksamheten har haft ett antal avvikelser på maten. Exempelvis har det saknas rätt antal portioner eller att leverantör blandat ihop beställningar från våningar och det tagit tid att reda ut beställningen.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2023 tycker 46 % av de boende att maten smakar bra (75 % år 2022) och 54 % upplever att måltiderna är en trevlig stund (52 % år 2022).</p>

Aktiviteter och fritid



Delområde	Kommentar
<p>Aktiviteter inne och ute</p> <p>2. Delvis godkänd</p>	<p>Aktiviteter inomhus och utevistelse har erbjudits och cykeltaxi har använts under sommaren. Leva livet-inspiratörerna gör egenkontroll av dokumentation om aktiviteter, utevistelse och egentid. De bevakar även att "Tovertafel" som är inköpt till demensvåningarna, används.</p> <p>De boende berättade att det händer att aktiviteter ställs in någon gång i veckan med anledning av flytt från dagterapi till restaurangen. De önskade få möjlighet till utevistelse oftare. De boende som vill, har möjlighet att delta i aktiviteter som dagverksamheten anordnar. Två boende hade nyttjat cykeltaxin under sommaren, vilket var uppskattat. De boende som önskar får ett eget program. Det finns även bildstöd i programmet för att underlätta för boende att förstå vilken typ av aktivitet det är. Aktivitetsschemat var inte tillgängligt för de boende vid uppföljningsbesöket men det brukar finnas på bordet, berättade de boende.</p> <p>Det har rapporterats ett flertal avvikelser på att boende inte kunnat delta i aktiviteter då personal inte har planerat in aktiviteter i dagplaneringsboken. Ledning har med hjälp av en tydlig dagplaneringsmall för varje dag förenklat planeringen och vikten av att bevaka boendes önskan om aktiviteter. Leva livet-inspiratörerna följer också upp arbetet med att planera inför dagens aktiviteter med våningarna.</p> <p>Verksamhetens kurator och Leva livet-inspiratörer har handlett omvårdnadspersonalen i hur de kan ställa frågor om ensamhet. Kurator deltar på teamforum där ensamhet tas upp och åtgärder föreslås och följs upp.</p> <p>Brukarundersökningen 2023 visade att 64% av de boende inte besvärades av ensamhet, vilket är en förbättring med 18 procentenheter jämfört med föregående mätning.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2023 är 67 % av de boende nöjda med aktiviteterna (61% år 2022) och 33 % upplever att möjligheten att komma ut är bra (39% år 2022).</p> <p>Det finns smart-TV på våningarna som möjliggör för de boende att se det program som de önskar när de så önskar. De används också i aktivitetssyfte.</p> <p>Verksamhetens specialist inom välfärdsteknik är delaktig i införande och användning av olika teknik. För att uppmuntra medarbetarna hålls små tävlingar i exempelvis mest trivsamma balkongen, bästa höstdekorationen, finaste pepparkakshus eller bäst dukade nyårsbord.</p> <p>Helgungdomar från musikskolan spelar och sjunger alla helger på våningarna. Ibland har de extra konserter i restaurangen för alla boende vid olika högtider.</p>

Säkerhet

Delområde	Kommentar
<p>Larm</p> <p>2. Delvis godkänd</p>	<p>Egenkontroll av larmsvar sker systematiskt flera gånger i månaden samt vid avvikelser. Natttid går alla larm till sjuksköterska.</p> <p>Larmombud kontrollerar en gång i månaden att armbandslarmen fungerar och lämnar resultatet till verksamhetschefen.</p>

Delområde	Kommentar
	Det har kommit ett fåtal klagomål om att hjälp har dröjt när boende har larmat. Alla larmavvikelser utreds och kontrolleras i loggen. Som mest har boende väntat 14 minuter på att få hjälp. De boende berättade att svar på larm kan dröja upp till halvtimme och ingen återkoppling sker under tiden de väntar.
Tystnadsplikt och sekretess  2. Delvis godkänd	I samband med måltidsobservation uppmärksammades det att kunskap om sekretessbestämmelser behöver förbättras.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar						
Kreditvärdighet  3. Godkänd	Rating 94						
Skattekontroll  3. Godkänd	<p>Organisationsnummer 556535-5400</p> <p>Namn: Förenade Care AB</p> <p>Registrerad för F-skatt: Ja</p> <p>Registrerad för moms: Ja</p> <p>Registrerad för arbetsgivaravgift: Ja</p> <p>Beslutade arbetsgivaravgifter</p> <table> <thead> <tr> <th>PERIOD</th> <th>BELOPP (SEK)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2023-12-01</td> <td>24 865 554,00</td> </tr> <tr> <td>2024-01-01</td> <td>27 918 736,00</td> </tr> </tbody> </table>	PERIOD	BELOPP (SEK)	2023-12-01	24 865 554,00	2024-01-01	27 918 736,00
PERIOD	BELOPP (SEK)						
2023-12-01	24 865 554,00						
2024-01-01	27 918 736,00						

Avtalsuppföljning 2023

TRYGGHETEN



Innehållsförteckning

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

Inledning

Verksamheten Tryggheten förvärvades av Forenede care våren 2023. 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.

2023 års avtalsuppföljning genomfördes under hösten. Uppföljningen har skett vid fem olika tillfällen, tre fysiska besök och två digitala. Detta för att skapa förutsättning till djupare dialog kring verksamhetens arbetssätt med utvecklingsområden.

Kvalitetsutvecklaren har använt sig av intervjuer samt observationer som metod. Uppföljning av verksamhetens utvecklingsplan för 2022, åtgärdsplan med anledning av brukarundersökningsresultat 2023, genomgång av verksamheternas arbete för att minska ensamhet och öka delaktighet för de boende, observation av måltidssituation och granskning av kvalitetsberättelsen 2023 har genomförts. Anbudsfästelser har följts upp och täthetsschema för vecka 35 har begärts in och granskats. Under uppföljningsbesöket har ledningsgruppen, sju boende och tre medarbetare intervjuats.

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

Verksamheten ska presentera en utvecklingsplan utifrån denna uppföljning vid ett personligt möte för Omvårdnadsförvaltningen den 15 april 2024. Av planen ska det framgå tydligt vad, vem, när och hur arbetet med utvecklingsområden och anbudsloften ska fortgå under 2024.

Sammanfattande bedömning

Tryggheten har förbättrat sina resultat i brukarundersökning i flertal områden. 100 % av de boende är nöjda med personalens bemötande och 85 % är nöjda med möjligheten att komma ut.

Under 2023 har verksamheten arbetat delvis med utvecklingsplanen. Arbeta med att leva upp till anbudsutfästelser har delvis drivits.

Verksamheten behöver säkerställa att ett utvecklingsarbete sker på ett systematiskt sätt och att dessa dokumenteras fortlöpande. Bland andra förbättringsområden är att höja medarbetarnas medvetenhet kring vikten av att rapportera avvikelser, dokumentation, öka medarbetarnas delaktighet i verksamhetsutveckling samt bedriva en strategisk kompetensutveckling.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

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

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

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

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

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

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

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

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

Bedömning av områden

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

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

Bedömning

Område	Resultat 2022	Resultat 2023
Ledning och organisation	■ 2. Påbörjat arbetet med att uppfylla 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	■ 2. Påbörjat arbetet med att uppfylla kraven
Social dokumentation	■ 2. Påbörjat arbetet med att uppfylla kraven	■ 2. Påbörjat arbetet med att uppfylla kraven
Självbestämmande och integritet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Mat och måltider	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Aktiviteter och fritid	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ekonomisk kontroll	— Bedömning ej genomförd	● 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 slutförd.	Företaget ska se till att verksamheten inte påverkas negativt vid ändringar i ledningsgruppen.
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver skapa forum och upprätthålla nödvändiga möten för att främja verksamhetsutvecklingen.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Protokoll från möten ska vara tillgängliga för medarbetarna.

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.	Anbud: Verksamheten ska inkomma med en plan på hur anbudslöften gällande kompetensutveckling kan genomföras, t.ex. diplomering av kontaktman, tillgång till kvalitetshandledare samt införande av kompetenstrappan.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver följa upp introduktion av nya medarbetare på ett strukturerat sätt.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver komma igång med rekrytering av tjänster och under rekrytering se till att kompetensen finns tillgänglig i verksamheten.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Enligt anbud ska det finnas Kvalitetshandledare med särskilt ansvar för handledning i verksamheten.
⊖ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver utveckla arbetssätt för att erbjuda utbildningar kan omvandlas i praktik.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver ta fram en generell plan för att uppmuntra medarbetarna till vidareutbildning.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver utveckla förutsättningarna för att medarbetarna ska lära av varandra på jobbet.

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.	Anbud: SBAR vid överrapportering mellan samtliga yrkeskategorier ska införas enligt anbud.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

2. Påbörjat arbetet med att uppfylla kraven

Tryggheten

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 utvecklingsplanen används som underlag för förbättring av verksamheten.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Intern revision ska göras årligen.
⊖ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver säkerställa att det bedrivs ett kvalitetsarbete för att säkerställa god vård och omsorg.

Status	Utvecklingsområden
ⓘ 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
⊖ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Det tvärprofessionella samarbetet behöver utvecklas.
⊖ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten behöver säkerställa att omvårdnadspersonal deltar i kvalitetsråd och att information delges övriga kollegor.

Social dokumentation

2. Påbörjat arbetet med att uppfylla kraven

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

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

Självbestämmande och integritet

3. Uppfyller kraven delvis

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

Status	Utvecklingsområden
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Verksamheten behöver förtydliga de processer som leder till ökad delaktighet för de äldre (delaktighetsgaranti enligt anbud).
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska ta fram en rutin för hur information om tillfälliga förändringar ska ges.
⊖ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: kontaktmännens 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.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska säkerställa att kommunikation med synskadade ska vara behovsanpassad.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver säkerställa att månadsinformation delas ut till de boende.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Hjälpmedel och kommunikation ska individanpassas och digitala hjälpmedel ska användas.

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.	Närståendemöte behöver hållas regelbundet.
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud: Kontaktmännen ska diplomeras.

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.	Anbud: Konceptet Matglädje ska implementeras i verksamheten.
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska säkerställa att tillbehör till maten finns tillgänglig vid måltiderna.
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten behöver se till att medarbetarna har god kunskap i matlagning.

Aktiviteter och fritid

4. Uppfyller kraven

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

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

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.	Verksamheten ska säkerställa att larmets funktionalitet kontrolleras regelbundet.

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov 2. Delvis godkänd	Med anledning av hög personalomsättning har ombudsrollerna setts över och omfördelats vilket fördröjer kvalitetsarbetet i verksamheten. Ny mötesstruktur kommer att presenteras under sep-okt. Teammöten hålls veckovis och APT en gång i månaden. Kvalitetsråd erbjuds en gång i månaden då man går igenom avvikelser, fall, mediciner, mat, synpunkter och klagomål samt larm. Övriga möten har inte kunnat hållas i verksamheten enligt plan. Protokoll från APT, kvalitetsråd och boråd skrivs men saknas för övriga möten. Medarbetarna upplever att viktig information delges i god tid och på olika sätt. Information sparas i en pärm som all personal har tillgång till.
Verksamhetens organisation och ledning 3. Godkänd	Verksamhetens ledningsgrupp består av verksamhetschef, samordnare, paramedicinare och sjuksköterska. Dessa har möte en gång i månaden. Verksamhetschef arbetar 100 %. Verksamhetschefen upplever att han får ett gott stöd från företagsledningen sedan Forenede care har tagit över. Verksamhetschef och samordnare har deltagit i Ledarskapsutbildning som omvårdnadsförvaltningen har anordnat.
IVO-tillstånd 3. Godkänd	

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare Ej genomförd	
Kompetensutveckling 2. Delvis godkänd	Solna stads webbaserade utbildning i Lågaffektivt bemötande och Hörsel har erbjudits i grupp och kombinerats med workshops och frågestund. Tryggheten deltar i hörselprojektet som Solna stad bedriver i syfte att ta fram arbetssätt för att förbättra hörselvården för de boende. Verksamheten saknar språkbud men vill satsa på att utbilda några under 2024. Utbildningar i social dokumentation, lex Sarah och lex Maria har inte hunnits med enligt plan. Teammöten användas i större utsträckning som lärandeforum. Medarbetarna upplever att de kan ställa frågor om de undrar över mediciner eller hjälpmedel men för övrigt sker inte aktivt lärande genom kollegor på arbetsplatsen. Enligt anbud ska all personal vara diplomerade kontaktmän samt att utbildning erbjuds inom olika nivåer; kunna, driva och leda. Dessa löften har inte infriats. Verksamheten har inte i sin kvalitetsberättelse lämnat statistik över andel undersköterskor under 2023.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning 2. Delvis godkänd	Under 2023 har 13 medarbetare valt att avsluta sin anställning. Enligt verksamhetschef är bl.a. lönen eller närhet till hemmet den främsta orsaken till att de söker sig till andra arbetsplatser. Det gjordes inte någon medarbetarundersökning 2023 men det planeras att genomföras en under våren 2024. Chefen planerar att göra egna medarbetare- och brukarundersökningar. Det finns tre vakanta rader som bemannas med timanställda eller vikariat. Tjänsterna är inte på heltid därför blir det svårare att tillsättas med tillsvidarepersonal. Vid nyrekrytering rekryteras enbart undersköterskor. Förutom tre har övriga medarbetare undersköterskeutbildning. Verksamheten har redovisat bemanningsschema för mån-sön vecka 35 men eftersom det under den veckan var flera som var frånvarande pga. sjukdom eller

Delområde	Kommentar
	semester begärdes det in ytterligare schema för v. 38 som granskades på plats. Tätheten beräknats enligt samma mall som vid anbudstillfället. Verksamheten har en minimibemanning som lever upp till avtalet. Under sommaren har det förekommit att vissa pass har varit underbemannade med anledning av oförutsedda händelser, berättade medarbetarna.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har tagit emot 10 elever/studerande under 2023, haft flera praktikanter från arbetsförmedlingen samt erbjudit ungdomar sommarjobb via Solna stad. Verksamheten har delvis deltagit i nätverksträffar som Solna stad bjudit in till. Deltagandet från vårt vård- och omsorgsboende i projektet "Rätt person gör rätt saker" och "Sjuksköterskans förlängda arm" samt "Hörselprojekt".
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamhetens överskott mellan olika yrkeskategorier vid skiftbyte sker enligt rutin och utifrån samtal med medarbetarna finns tillräcklig tid avsatt i schemat. SBAR som överskottsverktyg var delvis känd hos medarbetarna. Natten är inbjudna till APT men deltagandet är fortsatt lågt. Verksamhetschef träffar nattpersonalen en till två gånger per vecka. Nattmöte erbjuds 2 gånger per termin. Verksamhetschef har separata möten med nattmedarbetarna. Nattpersonalen har delvis deltagit i nätverksträffen som Solna stad hållit i. Ledningen har erbjudit medarbetarna intern handledning för att förbättra samarbetet och som stöd för konflikthantering på arbetsplatsen. Det finns en kurator i verksamheten som handleder personal och ledning.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	Medarbetarna ska genom ombudsuppdrag påverka/delta i verksamhetsutveckling. Uppdragsbeskrivning för ombuden har presenterats i oktober 2023 och en tidsplan för alla möten finns. Flera ombudsroller såsom kostombud och palliativa ombud har varit aktiva och haft regelbundna träffar och arbetat i enlighet med sitt uppdrag medan andra inte hade kommit igång med detta eller har precis börjat. Enligt en redovisad lista finns 18 olika ombudsroller på Tryggheten. Detta innebär att varje medarbetare kan ha flera ombudsroller. Med tanke på att det finns vakanta rader så saknas ombud i vissa områden. Det finns ett strukturerat schema för ombudsträffar med tydlig agenda för varje möte men detta har inte använts. Medarbetarna berättar att omvårdnadspersonal inte får inbjudan till kvalitetsrådet där bl.a. avvikelser, synpunkter och klagomål diskuteras. De visste inte om att dessa möten har hållits de senaste månaderna. Generellt upplever de att alla möten handlar om att få information och att det är svårt att ta till sig all information som ges. Det har dessutom varit otidlig information som har gjort att man frångår rutiner och exempelvis planerar dagen på annat sätt än på dagplaneringsblanketten. Det är en känsla av oreda och att det är allmänt rörigt, beskriver medarbetarna. Det finns en utsedd kvalitetshandlare i verksamheten men oklart vad den personen har för ansvar. Enligt verksamhetschef deltar två undersköterskor på kvalitetsråden.
Verksamhetens arbete med avvikelser ■ 1. Ej godkänd	Enligt verksamhetschef diskuteras och analyseras avvikelser på kvalitetsrådet och åtgärder vidtas och följs upp. Protokoll från kvalitetsråd har begärts in och granskats. Protokollet saknar beskrivning av åtgärder, uppföljning av dessa och hur och när återkoppling till boende eller anhöriga ska ske. Detta kommer att ses över till nästa år. I verksamhetsberättelsen har verksamheten redogjort för synpunkter och klagomål som har inkommit under 2023 men däremot saknas redogörelse av antal SOL avvikelser som medarbetarna har rapporterat in. Under 2023 har det inkommit synpunkter på fördröjd svarstid på morgonlarm samt mat och måltider och att det har varit kallt i lägenheterna. Anledning till klagomål har utretts och återkoppling har skett. Enligt medarbetarna ansvarade dietisten för att ta emot synpunkter på maten men det är oklart vem som ska ta emot synpunkterna numera eftersom rollen saknas i verksamheten. Enligt verksamhetschef har boende och medarbetare fått



Delområde	Kommentar
	information om att alla synpunkter och klagomål ska rapporteras till verksamhetschefen. I kvalitetsberättelsen saknas beskrivning av statistik över antal avvikelser, typ av avvikelser och hur dessa har använts för att utveckla verksamheten.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ■ 1. Ej godkänd	Resultat från brukarundersökningen 2023 har delgetts boende, anhöriga och medarbetare. Boendes nöjdhet inom områdena bemötande, förtroende, aktivitet och utemiljö/utevistelse är mellan 80–100 %. Bland områden som verksamheten behöver utveckla kan information om vart man kan vända sig vid synpunkter samt klagomål och information om tillfälliga förändringar, nämnas. Åtgärdsplaner har tagits fram tillsammans med medarbetarna. Intern revision dvs. fördjupad granskning av verksamhetens systematiska arbete har inte genomförts under 2023. Verksamheten genomför egenkontroller men resultat av dessa och vilka utvecklingsområden som har uppmärksammats och arbetats med redovisas delvis i kvalitetsberättelsen. Riskanalyser med anledning av värmebölja, brand, bedrägeriförsök mot äldre har gjorts. Kvalitetsberättelsen har lämnats in, granskats och följts upp tillsammans med verksamhetschef och regionchef. Kvalitetsberättelsen i sin helhet uppfyller inte de uppställda kraven i enlighet med anvisningen eller SOSFS 2011:9. Bland annat saknas analys av resultat från egenkontroller samt hur verksamheten har arbetat under året med utvecklingsområden för att säkerställa en vård av god kvalitet. Efterfrågad statistik t.ex. på antal avvikelser samt andel undersköterskor saknas. Utifrån resultat av avtalsuppföljningen har verksamheten lämnat in utvecklingsplan med planerade åtgärder i mars 2023. Verksamheten fick komplettera planen ytterligare för att resultat av åtgärderna skulle framgå. Av den redovisade planen framgår det inte vilka åtgärder har vidtagits samt vilka resultat som har uppnåtts. Resultat av brukarundersökningen har delvis analyserats och konkreta plan har delvis redovisats.

Social dokumentation



Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ■ 1. Ej godkänd	
Social journal ■ 1. Ej godkänd	
Egenkontroll social dokumentation ■ 1. Ej godkänd	Verksamhetschefen gör egenkontroll av innehållet i den sociala journalen men upplever att dokumentationen inte har utvecklats under 2023. Verksamheten fick ett nytt dokumentationssystem, Epsilon, under våren 2023. Införandet gjordes utan större förankring, förberedelse eller stöd från företaget. Forenade care tog över verksamheten strax efter införandet. Företaget har ett annat dokumentationssystem, Sekoia, som ska användas fr.o.m. våren 2024. Detta minskar motivationen att lära sig hantera Epsilon. Enligt verksamhetschef anger medarbetarna tidsbrist, bristande kunskap i det nya systemet, bristande stöd samt bristande tillgång till datorer som anledning till att de inte dokumenterar. Verksamhetschefen kommer att se till att öka antal datorer så att personal lättare kan dokumentera. Medarbetarna upplever att det fortfarande är krångligt att navigera sig i Epsilon. Det finns en dokumentationsstödare som i mån av tid kan stötta dem. De får däremot inte feedback på hur de dokumenterar därför är det svårt att förbättra sin dokumentation.

Självbestämmande och integritet


Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ◆ 2. Delvis godkänd	Kostråd och boenderåd erbjuds åtta gånger per år där ensamhet, aktiviteter, planering för utflykter, mat- och måltidssynpunkter och eventuella klagomål tas upp och diskuteras. Information om förändringar och återkoppling av vidtagna åtgärder delges på boenderådet. I samband med besöket samtalade kvalitetsutvecklaren med åtta boende. Flera av de boende som deltog i samtal hade synnedsättning och tyckte att personalens kunskap behöver förbättras. Det händer att personalen flyttar runt på saker vilket

Delområde	Kommentar
	<p>gör det svårt för en synskadad att hitta. Personal berättar inte heller alltid vad de ska göra, vilket de boende upplever som obehagligt och i vissa fall kränkande. Flera medarbetare saknade namnskylt vilket har efter uppföljningsbesöket åtgärdats. De boende önskade att de hade namnskylt särskilt i de fall namnen är ovanliga och svåra att komma ihåg. En boende nämnde också språket som en utmaning men hon tillade att man kan skratta åt konstiga ordval men det händer också att det kan bli missförstånd.</p> <p>Informationsbrev skrivs och skickas till anhöriga. Brevet ska delges även de boende. Medarbetarna kände inte till att de boende ska få brevet och var inte säker på att de tagit del av breven. Efter uppföljningsbesöket har detta åtgärdats. Skyddsåtgärder följs upp och utvärderas på teammöten och kvalitetsmöten.</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. Vidare ska verksamheten med stöd av digitaliseringens möjligheter kvalitetssäkra insatserna för de boende nattetid via sensorer, nattkameror och olika typer av mobila enheter. Dessa har inte genomförts då Tryggheten saknar wifi i de boendes lägenheter.</p> <p>Enligt anbud ska flera åtgärder vidtas för ökad tillgänglighet och trygghet. Enligt anbud ska det erbjudas elektronisk kalender med markerad dag och natt och andra assisterande eller kompenserande tekniska hjälpmedel vid nedsatt syn. Dessa finns inte i verksamheten idag trots att behov av synhjälpmedel finns. Talenheter som omvårdnadsförvaltningen har köpt in för att öka tryggheten används inte.</p>
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	Enligt medarbetarna har alla en kontaktman och en vice. De boende kände till att de kan byta kontaktman om de inte är nöjda. Av olika skäl har planeringen för att genomföra diplomering av kontaktman enligt anbud inte hunnits med.
Tillgänglighet och information  2. Delvis godkänd	De boende tar del av månadsinformationen. Varje fredag delas menyn och aktivitetsschemat i boendes brevlåda. Enligt de boende händer det att aktiviteter ändras/ställs in och att menyn inte stämmer utan att de får information om det. Några boende upplevde att det ibland tar mer en halvtimme att få hjälp. Särskilt lång tid tar det på morgonen. Det händer ofta att det är ny personal och de vet inte vilket hjälpbehov de boende har. Enligt brukarundersökningen 2023 upplever 31 % att de får information om tillfälliga förändringar. (42 % år 2022).

Bemötande och anhörigstöd


Delområde	Kommentar
Bemötande  3. Godkänd	De boende var generellt mycket nöjda med personalens bemötande särskilt i de fall personal är engagerad och tar eget initiativ. De boende angav personalbrist som en trolig orsak till att fel och brister uppkommer. Handledningstillfällen med kurator erbjuds kontinuerligt till både medarbetare och ledningsgruppen. Handledning genomförs både i grupp och individuellt vid behov. Enligt brukarundersökningen 2023 tycker 100 % att de får bra bemötande från personalen.
Stöd till närstående  2. Delvis godkänd	Det finns en skriftlig rutin för hur stöd till anhöriga ska utformas. Det finns en kurator i verksamheten som erbjuder samtal vid behov. Anhöriga får varje månad information om verksamheten. Det har erbjudits ett anhörigmöte under våren men inget under hösten.

Mat och måltider


Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider  2. Delvis godkänd	I samband med uppföljningsbesöket observerades måltidssituationen. Tre medarbetare hjälptes åt och serverade maten vid tre olika bord. De boende som behövde hjälp fick hjälp. Maten presenterades. Kryddor fanns på bordet. Personalen satt och bidrog till socialsamarvaro. Förkläde användes vid servering. Personalens bemötande var professionellt. Det erbjuds endast ett alternativ till lunch och ett till middag. Ris och potatis kan man välja mellan. De boende som inte gillar maten kan få soppa och smörgås.

Delområde	Kommentar
	<p>De boende önskade mer grönsaker, sallad och salladsdressing. De tyckte att det ofta händer att de serveras saftsoppa som efterrätt. Överlag är det inget fel på ingredienserna men de förstörs av felaktig hantering, t.ex. kan laxen bli för torr eller potatisen överkokt. Det händer ofta att tillbehör saknas. Det är för lite lax i Laxpuddingen. De gånger maten är god är portionerna små. De har önskat att få äta oftare på den stora balkongen men det har endast hänt två gånger. En boende berättade att det händer att det dröjer med morgonhjälp och då äter hon frukost sent vilket resulterar i att det blir för tätt mellan frukost och lunch. Kvällsfika erbjuds endast om man frågar efter det. Medarbetarna berättar att de alltid frågar men behöver påminna nyanställda/timanställda att också göra det.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2023 tycker 62 % av de boende att maten smakar bra (50 % år 2022) och 43 % upplever att måltiderna är en trevlig stund (58 % år 2022).</p> <p>Enligt anbud ska konceptet Matglädje implementeras i verksamheten. Detta har inte genomförts och kostombuden har inte fått utbildning i näringslära.</p>


Aktiviteter och fritid


Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute  3. Godkänd	<p>Verksamheten har två aktivitetsansvariga. Under hösten 2023 har en av dessa på prov arbetat varannan helg. Projektet ska utvärderas.</p> <p>Enligt verksamhetschef har utevistelse erbjudits och cykeltaxi har använts. Ibland fikar de boende på gården. Promenadschema finns. Utflykter med anknytning till profilen Natur har erbjudits till bl.a. Kungsträdgården, Ulriksdals slotsträdgård och Bergianska trädgården.</p> <p>En rullande kioskvagn säljer önskade produkter, och "PUB-vagnen" skapar en trevlig fredagskänsla genom försäljning av drycker och godis.</p> <p>Enligt de boende erbjuds inte alltid aktiviteterna enligt schemat. Det händer ofta att aktiviteterna ställs in. Utevistelse erbjuds inte så ofta och cykeltaxi har inte använts mer än ett par gånger under sommaren. Balkongerna ser inte inbjudande ut, ingen plantering i krukorna annat än döda växter. Vissa var nöjda med utevistelsen och vissa önskade komma ut oftare. De boende ombeds att komma med förslag på aktiviteter men de upplevde att deras röster inte alltid hörsammats. De önskar mer musik. Filmvisningen på söndagar som står i aktivitetsschemat blir inte av då personal inte vet hur tekniken fungerar. Tid för högläsning ändras vilket gör att de boende missar den ibland. Någon information om tidsändringen ges inte i förväg. Ensamhet diskuteras på APT, Kvalitetsmöte, Boenderådet, avdelningsmöten och temamöten.</p> <p>Aktiviteter erbjuds både i grupp men också individuellt till de som inte vill delta i gruppaktiviteter. Under 2023 genomfördes en intern undersökning med frågor kring områdena ensamhet, måltider, aktiviteter, boendemiljö, bemötande och omvårdnad.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2023 är 83 % av de boende nöjda med aktiviteterna (70 % år 2020 och 85 % upplever att möjligheten att komma ut är bra (82 % år 2022) och 43 % anger att de inte besväras av ensamhet vilket är en förbättring sedan förra mätningen (33 %).</p> <p>Två timmars egentid i enlighet med anbud har inte kunnat erbjudas.</p>

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Larm  2. Delvis godkänd	<p>Samordnaren ansvarar för att förse alla med trygghetslarm så fort man flyttat in. Larmets funktionalitet kontrolleras inte regelbundet utan bara om boende reagerar på att batteriet är svagt och behöver bytas. Kontroll av larmsvar genomförs däremot regelbundet.</p>

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet  3. Godkänd	Rating 94

Delområde	Kommentar						
Skattekontroll  3. Godkänd	<p>Organisationsnummer 556535-5400</p> <p>Namn: Förenade Care AB</p> <p>Registrerad för F-skatt: Ja</p> <p>Registrerad för moms: Ja</p> <p>Registrerad för arbetsgivaravgift: Ja</p> <p>Beslutade arbetsgivaravgifter</p> <table data-bbox="499 501 1402 620"> <thead> <tr> <th data-bbox="499 501 957 530">PERIOD</th> <th data-bbox="965 501 1402 530">BELOPP (SEK)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="499 542 957 571">2023-12-01</td> <td data-bbox="965 542 1402 571">24 865 554,00</td> </tr> <tr> <td data-bbox="499 582 957 611">2024-01-01</td> <td data-bbox="965 582 1402 611">27 918 736,00</td> </tr> </tbody> </table>	PERIOD	BELOPP (SEK)	2023-12-01	24 865 554,00	2024-01-01	27 918 736,00
PERIOD	BELOPP (SEK)						
2023-12-01	24 865 554,00						
2024-01-01	27 918 736,00						

Avtalsuppföljning 2023

HALLEN



Innehållsförteckning

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

Inledning

Verksamheten på Hallen vård- och omsorgsboende drivs av Forenede 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 består av 7 avdelningar fördelat på 4 våningsplan varav 3 avdelningar har somatisk inriktning och 4 avdelningar är för boende med demenssjukdom. Totalt har Hallen 58 platser på vård – och omsorgsboende. På grund av minskad efterfrågan på korttidsplatser har den avdelningen varit stängd under 2021-2023.

2023 års avtalsuppföljning genomfördes under hösten. Uppföljningen har skett vid fem olika tillfällen, tre fysiska besök och två digitala. Detta för att skapa förutsättning till djupare dialog kring verksamhetens arbetssätt med utvecklingsområden.

Kvalitetsutvecklaren har använt sig av intervjuer samt observationer som metod. Uppföljning av verksamhetens utvecklingsplan för 2022, åtgärdsplan med anledning av brukarundersökningsresultat 2023, genomgång av verksamheternas arbete för att minska ensamhet och öka delaktighet för de boende, observation av måltidssituation och granskning av kvalitetsberättelsen 2023 har genomförts. Anbudsfästelser har följts upp och täthetsschema för vecka 35 har begärts in och granskats. Under uppföljningsbesöket har ledningsgruppen, fem boende och fyra medarbetare intervjuats.

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

Verksamheten ska presentera en utvecklingsplan utifrån denna uppföljning vid ett personligt möte för Omvårdnadsförvaltningen den 15 april 2024. Av planen ska det framgå tydligt vad, vem, när och hur arbetet med utvecklingsområden och anbudsloften ska fortgå under 2024.

Sammanfattande bedömning

Den nya verksamhetschefen började den 1 juni 2023. Arbetet med utvecklingsplanerna har därför delvis skjutits upp till hösten 2023. Först under hösten har verksamheten fått de personella resurserna för att arbeta med kvalitetsfrågor. Verksamheten har bedrivit ett systematiskt kvalitetsarbete för att förbättra aktiviteter och möjlighet till utevistelse, mat och måltidssituationer och den sociala dokumentationen.

Verksamheten behöver i större utsträckning erbjuda medarbetarna möjlighet till kompetensutveckling och delaktighet i frågor som de berörs av. Vidare behöver verksamheten fortsätta förbättra den sociala dokumentationen och öka medarbetarnas kunskap kring vikten av avvikelserapportering. Utevister och aktiviteter under helger behöver också säkerställas.

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

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

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

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

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

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

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


bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

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

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

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

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

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

Bedömning av områden

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

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

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

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

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

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

Bedömning

Område	Resultat 2022	Resultat 2023
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	◆ 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	— Bedömning ej genomförd	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska säkerställa att mötesforum som är viktiga för utveckling av verksamheten, upprätthålls.

Personal och utbildning

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

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

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Upprätta kompetensutvecklingsplan för samtliga medarbetare.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver strukturera uppföljning av introduktionen.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska möjliggöra kompetensutveckling utifrån identifierade behov.
! Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Anbud: Verksamheten ska se till att skapa förutsättning för kompetensutveckling i enlighet med anbudet. Bl.a. 7 dagars utbildning per medarbetare/år, extern handledning för HSL-personal samt inreda ett rum avsett för utbildning.
! Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Anbud: Extern handledning till hälso- och sjukvårdspersonal ska erbjudas.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten ska iordningsställa ett utbildningsrum med datorer för att främja kompetensutveckling.

Samverkan

4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska fortsätta utveckla samverkan mellan dag- och nattpersonal för att skapa en individbaserad omsorg över dygnet.

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.	Anbud: Oanmänt besök natttid ska utföras.
! Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Anbud: resultat som är under riksgenomsnitt ska analyseras och åtgärdsplan ska tas fram.
! Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Anbud: Extern revision av oberoende part och intern revision ska göras för att säkerställa att verksamheten arbetar enligt lagar och föreskrifter.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Rutin för hantering av muntligt framförda klagomål ska förankras. Vidare ska verksamheten säkerställa att rutinen följs.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver säkerställa att medarbetarna (inom samtliga professioner) är delaktiga i kvalitetsutvecklingsarbetet.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska fortsätta öka medarbetarnas medvetenhet om vikten av att rapportera avvikelser.
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Verksamheten ska säkerställa att forum för att öka medarbetarnas delaktighet kan upprätthållas.
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Fem varför-metoden ska användas vid analys av rapporterade avvikelser.
⚠ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Utbildade kvalitetshandledare och internrevisor ska finnas i verksamheten.

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 enligt plan.	Verksamheten behöver säkerställa att information om tillfälliga förändringar ges och är anpassad efter den enskildes kommunikationsförmåga.
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Verksamheten behöver ta fram en plan för hur kommunikation med personer med kognitiv svikt kan ske utifrån anbudet.
! Aktiviteten avbruten eller har inte startat.	Anbud: utbildning i musik och sång ska erbjudas till medarbetare som arbetar på demensheterna.
ⓘ Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Qualid som verktyg ska användas för att på ett strukturerat sätt mäta livskvalitet för den enskilde med svår demenssjukdom
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Individuell värdegrundsplan ska tas fram.

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

Mat och måltider

3. Uppfyller kraven delvis






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

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten behöver säkerställa att de boendes synpunkter på mat och måltidssituation fångas upp och åtgärderna återkopplas.
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Anbud: Dietist ska finnas tillgänglig för att utbilda personal i mat och näringslära.
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska säkerställa att kvällsmål alltid erbjuds.

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 med avvikelse.	Verksamheten ska förbättra de boendes möjlighet till utevistelse.
 Aktiviteten pågår med avvikelse.	Anbud: Utflyktsbussen som enligt avtal skulle finnas i verksamheten en vecka i månaden ska säkerställas
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamheten ska se till att de boende har en meningsfull tillvaro och känner välbefinnande alla dagar- även under helger.
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamheten ska kartlägga orsaker till varför promenader inte erbjuds för att främja förutsättningen för medarbetarna att erbjuda utevistelse.

Säkerhet

4. Uppfyller kraven


Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde.

Ekonomisk kontroll

4. Uppfyller kraven

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov  3. Godkänd	En mötesplanering för 2023 har tagits fram. Planerade möten för 2023 som är igång sedan juni 2023 är HSL-möte, SSK-möte, rehabmöte, APT, avvikelseråd, kvalitetsråd, avdelningsmöte, teammöte, boenderåd, anhörgmöte och reflektionsträffar. Ombudsträffar upprätthålls regelbundet sedan oktober 2023. Det finns en fast agenda för mötena som följs. Under hösten 2023 har det tagits ett omtag gällande ombudsroller. De ombudsgrupper som inte var aktiva under 2023 har inventerats och startat upp. Protokoll från mötena finns tillgängliga för medarbetarna via samarbetsytan i teams som startades upp under hösten 2023

Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	<p>Den nya verksamhetschefen började den 1 juni 2023. Ledningsgruppen består av två enhetschefer, biträdande verksamhetschef samt verksamhetschef. Ledningen har möte en gång i veckan.</p> <p>En av enhetscheferna går utbildning i ledarskap inom äldreomsorg. Enhetscheferna har gått utbildning via RFSL om HBTQ-frågor inom äldreomsorg samt Silviautbildning för chefer. En av enhetscheferna går utbildning i ledarskap inom äldreomsorg.</p> <p>De medarbetarna som deltog i intervjun upplever att ledningen är tillgänglig och synlig upp till flera gånger per dag. De kände en markant förbättring avseende arbetsmiljön och att generellt sett är alla mycket gladare. Det var dock fortfarande oklart i vilka frågor man ska i första hand vända sig till verksamhetschefen, biträdande chef eller enhetschefen.</p> <p>Enhetschefer ansvarar för medarbetarsamtal och lönesamtal med omvårdnadspersonal. Det är tydligt beskrivet vad enhetschefer har för ansvar. Biträdande verksamhetschef började 1 maj och hade fram till december fokus på HSL-frågor och handlingsplan. Framöver kommer det att göras annan planering med andra arbetsuppgifter för biträdande verksamhetschef, som innebär även personalansvar.</p>
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Nuvarande verksamhetschef är godkänd.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ◆ 2. Delvis godkänd	Uppföljning av introduktion av nya medarbetare kommer att utvecklas under 2024. Det finns planer på att intervjua de nyanställda eller genom utvärderingsenkät ta reda på de nyanställdas upplevelse av introduktionen. Det finns planer på att strukturera introduktionen för att säkerställa en god och effektiv introduktion.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	<p>82 % av de tillsvidareanställda medarbetarna har en undersköterskeutbildning. Två personer som har ansökt om bevis och lämnat det till arbetsgivare. Undersköterskor som söker timanställning som inte har ansökt om bevis anställs som vårdbiträde. Av två medarbetare med specialistundersköterskekompetens finns en kvar i verksamheten.</p> <p>Medarbetarna ser fram emot att gå på utbildningar och önskar utbildning i Palliativ vård och datoranvändning. De upplevde att HSL-personal var ett bra stöd i det dagliga arbetet, är tillgänglig och att teammöten var ett lärande forum. Två medarbetare hade inte fått information om möjligheten att kunna studera på arbetstid med bibehållen lön.</p> <p>Webbaserade utbildningar, delegering, demens-ABC, hygien, munvård, brand och musik i vården har erbjudits. Det finns ett schema för månadens utbildningar som ska genomföras.</p> <p>Utbildning i palliativ vård via PKC, BPSD, hörsel samt förflyttningsteknik har erbjudits. Hallens demensavdelningar och demensdagverksamhet är Silviaomcertifierade. Reflektionsträffar erbjuds 1,5 timme varje månad och två nya reflektionsledare har utbildats. Två medarbetare går på Språkambudsutbildning under hösten 2023. Chefer går på tvådagars kurs via Silviahemmet hösten 2023. Kompetensutvecklingsplan för 2023, 2024 kommer att tas fram med fler interna och externa utbildningar. En gemensam utbildningsplan finns och ledningsgruppen planerar utbildningarna utifrån medarbetarsamtal och verksamhetens behov. Medarbetarna gör webbaserade utbildningar i undersköterskeexpeditionen och använder samma dator som övriga kollegor dokumenterar i. För att skapa lite lugnare lärmiljö ska, enligt anbud, ett rum utrustas med datorer så att man lättare kan gå ifrån. Ett rum med datorer iordningsställdes i december 2023.</p> <p>Planeringsdagar har inte erbjudits på flera år. Planer finns att erbjuda all omvårdnadspersonal planeringsdag under våren 2024. HSL ska ha planeringsdag hösten 2023.</p> <p>Anbud: Verksamheten behöver säkerställa att medarbetarna får sju dagars utbildning enligt anbud. I dagsläget kan verksamheten inte säkerställa att så är fallet. Extern handledning till hälso- och sjukvårdspersonal har inte erbjudits.</p>
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamheten har under våren haft svårt att bemanna med sjuksköterskor. Just nu finns alla HSL-tjänster tillsatta med tillsvidareanställda. Det finns inga vakanta rader, däremot vissa medarbetare som är föräldralediga, sjukskrivna och därför finns vikarie på fåtal rader.



Delområde	Kommentar
	<p>Verksamheten har redovisat bemanningsschema för måndag-söndag vecka 35. Tätheten beräknats enligt samma mall som vid anbudstillfället. Hallen uppfyller krav på bemanning i enlighet med anbudet.</p> <p>Enligt anbud ska det finnas administrativ personal varje helg. Detta saknas idag i verksamheten, däremot har ledningen förstärkts med två enhetschefer. I dagsläget är sjuksköterska bemanningsansvarig på helgerna. I bemanningsplanering tas hänsyn till att vikarier och ersättare i möjligaste mån ska arbeta på samma våningsplan för att uppnå bästa kontinuitet. Grupsammansättning utifrån kompetens och erfarenhet har setts över och en omflyttning av personal har gjorts.</p>

Samverkan

Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens externa samverkan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Under 2024 kommer flera medarbetare att gå steg 1 och 2 i handledarutbildning samt steg 3 för att kunna handleda handledarna.</p> <p>Medarbetarna deltar i nätverksträff för natten. Leva livet-inspiratör har inte varit på plats delar av året men en ersättare har deltagit i nätverksträffar för profilledare. Verksamheten är aktiv ledamot i vård- och omsorgscolleges lokala styrgrupp. Verksamheten har tagit emot 16 elever och praktikanter under 2023. Verksamheten har deltagit i projekten "Sjuksköterskans förlängda arm" samt "Rätt person gör rätt saker."</p>
<p>Verksamhetens interna samverkan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Nattpersonalens deltagande i möten är fortsatt lågt men de har tillgång till gemensam mapp där samtliga protokoll ligger. Verksamhetschef har regelbundna möten med ansvarig sjuksköterska nattetid och dessa deltar i mötena dagtid. Särskilt APT hålls för nattpersonalen varannan månad. Sjuksköterskan ansvarar för arbetsfördelning nattetid och detta regleras tydligt i arbetsbeskrivningen. Medarbetare från Hallen har deltagit i nätverksträff för natten och i nätverk för profilledarna. Verksamhetschef har tät dialog med nattgruppen.</p> <p>Teammöte hålls varannan vecka. Teamet går igenom samtliga patienter på avdelningen gällande förändringar i patienternas allmäntillstånd, eventuella behov av förändringar samt daglig status hos patienterna.</p> <p>Verksamhetschef skriver veckobrev till alla medarbetare. Veckobrevet innehåller information om kommande aktiviteter, möten, utbildningar samt om det är något särskilt som är i fokus nästkommade vecka. Informationsbreven var uppskattade av medarbetarna.</p> <p>Tid och rutin för överrapportering finns. Medarbetarna berättar att om det är något som är av vikt skriver sjuksköterska ut anteckningen och lämnar till omvårdnadspersonalen. Dessutom skrivs en anteckning om det i Safe doc. Sjuksköterska är med på morgonrapporten. Medarbetarna var nöjda med det stöd som HSL-personal ger men önskade mer stöd när det finns omvårdnadskrävande boende på avdelningen.</p> <p>Medarbetarna berättade att de saknade beskrivning över vad varje ombud ska göra samt att vissa ombud inte hade haft regelbundna ombudsträffar.</p>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
<p>Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Medarbetarna upplevde att ombuden inte har en tydlig arbetsbeskrivning och har inte haft regelbundna ombudsträffar. För övrigt upplevdes teamarbetet mycket bättre och att de kände sig gladare på arbetsplatsen.</p> <p>Verksamheten har under hösten haft stort fokus på övergripande kvalitetsarbete. Verksamhetschef och enhetschefer och i viss mån omvårdnadspersonal har systematiskt arbetat med områden såsom patientsäkerhet, hygien, dokumentation, avvikelshantering, mat & måltider, information till boende och närstående och medarbetare och kontinuitet av personal. Inom dessa områden har skapat handlingsplaner och vidtagit åtgärder.</p> <p>Kvalitetsprocesser diskuteras på avdelningsmöte, avvikelseråd, ledningsgrupp, kvalitetsråd samt APT. Omvårdnadspersonal deltar på avvikelserådet där orsak till avvikelser analyseras. Medarbetare tar del av protokoll i samarbetsytan i teams alternativt läser dem i pärmen som finns vid stämpelklockan.</p> <p>Enligt anbud ska det finnas en internrevisor per enhet och en kvalitetsansvarig per 30 boende i verksamheten. Dessa ska få diplom efter en särskild utbildning. Internrevisorer finns i verksamheten men dessa har inte varit aktiva då de ännu inte har diplomerats och kvalitetsansvarig saknas i verksamheten. Enhetschefer ansvarar för att revidera rutinerna.</p>


Delområde	Kommentar
	<p>Under kommande år ska det göras en större genomlysning av lokala rutiner och det arbetet kommer ske tillsammans och delvis av Halléns internrevisorer. All personal ska vara delaktig i kvalitetsarbetet med bland annat egenkontroll, riskanalys, uppföljning, avvikelser och kvalitetsregister. Exempel på egenkontroller som utförs av omvårdnadspersonal är måltidsobservation, hygienobservation, kontroll och efterlevnad av basala hygienrutiner samt nattfastemätning,</p>
<p>Verksamhetens arbete med avvikelser</p> <p> 2. Delvis godkänd</p>	<p>Medarbetarna och ledningen är eniga om att det skrivs fler avvikelser både inom SOL och HSL.</p> <p>Det finns rutin för hantering av klagomål och synpunkter och man arbetar aktivt med feedback som kommer.</p> <p>Avvikelser tas upp och analyseras på avvikelserådet. Avvikelseråd leds av verksamhetschef och omfattar representanter från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal. Avvikelseråd skapar ett forum för att i grupp hantera och bearbeta rapporterade händelser och tillbud samt arbeta med åtgärder. Återkoppling sker även till samtliga medarbetare på arbetsplatsträffar. På teammöten, avdelningsmöten och arbetsplatsträff, APT, informerar ledningen om de avvikelser som skett på hela enheten under föregående månad, detta sker under stående punkt "kvalitet och avvikelser" och har som syfte att enheten och verksamheten skall lära av de avvikelser som skett. Avvikelser dokumenteras i avvikelsemodule i Safe doc samt i den boendes journal.</p> <p>Enligt anbud ska alla avvikelser analyseras enligt 5 Varför-metoden, vilket inte görs.</p> <p>Verksamheten har redovisat 7 SoL-avvikelser under 2023. Avvikelser handlade om hantering/felhantering av inkontinensskydd samt om rörelselarm. Med anledning av avvikelserna har utbildningssatsning erbjudits, rutiner uppdaterats och tätare uppföljningar har gjorts.</p> <p>Bland inkomna klagomål kan posthantering, lång svarstid på larm, för lite utevistelse samt matens smak och konsistens nämnas. Samtliga klagomål har åtgärdats och återkoppling har skett. I vissa fall har personal utbildats.</p> <p>Under 2023 har en händelse utretts och bedömts som missförhållande.</p>
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p> 3. Godkänd</p>	<p>Under 2023 har oanmäلت besök nattetid inte genomförts.</p> <p>Halléns resultat i brukarundersökningen 2023 har förbättrats i jämförelse med året innan men är fortsatt under riksgenomsnittet i flera områden. Enligt anbud ska verksamhetens resultat av brukarundersökning ligga 1 % över riksgenomsnittet. Anhöriga och boende har informerats skriftligt om resultatet från brukarundersökningen. Resultatet har också presenterats på boenderåd och anhörigrträff där de har fått information om förbättringsområden som verksamheten arbetar med.</p> <p>Riskanalys har gjorts i samband med förändringar i verksamheten, exempelvis organisationsförändringar, sommar- och vintersemestrar, införande av nytt dokumentationssystem (januari 2024) eller öppnandet en ny avdelning.</p> <p>Verksamheten gör riskbedömningar och riskanalys. Egenkontroller har gjorts inom Basala hygienrutiner, nattfasta, social dokumentation och måltidsmiljö.</p> <p>Hallén har deltagit i projekten "Sjuksköterskans förlängda arm" och "Rätt person gör rätt saker". Verksamheten fortsätter att utveckla arbetssätten utifrån lärdomar från dessa projekt.</p> <p>Företaget ska göra minst en extern och en intern revision per år för att säkerställa att ledningssystemet är implementerat och att rutinerna är kända av medarbetarna. I samband med revision intervjuas både boende och medarbetare och rutiner genomgås. Intern revision är genomförd. Extern revision av oberoende part är ännu inte genomförd (bortsett från hygienrond samt apoteksgranskning som skedde i våras av oberoende aktör).</p> <p>Biträdande verksamhetschef tillika sjuksköterska har gått igenom HSL-rutiner och ansvarar för egenkontroller inom HSL-området. Egenkontrollerna visade bl.a. på brist på dokumentation i kvalitetsregister och brist på följsamhet till att använda beslutsstöd Visam.</p> <p>Enligt anbud ska det finnas en diplomerad intern revisor/enhet och en kvalitetsansvarig/30 boende i verksamheten som deltar i implementeringen av kvalitets-, miljö-, och arbetsmiljöledningssystemet.</p>

Social dokumentation



Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Fortsatt utvecklingsområde.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Fortsatt utvecklingsområde.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	<p>Under 2023 har medarbetare fått utbildning av chefer i det nya journalsystemet Sekoia. Varje avdelning har dokumentationshandledare och dessa har varit behjälpliga i samband med övergången i dokumentationssystem samt när omvårdnadspersonal som känner sig osäker ska skriva.</p> <p>Egenkontroll SOL-dokumentation under hösten visar att boende har aktuella genomförandeplaner och att medarbetare fortsatt arbetar bra med dokumentation av avvikelser samt med löpande dokumentation.</p> <p>Dokumentation i SOL har varit ett förbättringsområde på Hallen. Det som utmärkande har förbättrats är att boende är delaktiga vid upprättande av genomförandeplaner samt att omvårdnadspersonal dokumenterar i vad – hur – när och vem. Enhetschefer har arbetat med täta kontroller, uppföljningar och med att stötta personal. Journalgranskning under 2023 har dels genomförts genom stickprov och dels genomförts utifrån mall och formulär avsett för journalgranskning. Våren 2023 visade granskning också att omvårdnadspersonal arbetar bra med genomförandeplaner samt bättre med löpande dokumentation, vilket medarbetare också bekräftar vid uppföljningsbesöket. I samband med APT, avvikelseråd samt avdelningsmöten lyfts viken av dokumentation. Egenkontroll SOL-dokumentation under hösten visar att boende har aktuella genomförandeplaner och att medarbetare fortsatt arbetar bättre med dokumentation av avvikelser samt löpande dokumentation. Dokumentation är dock fortsatt ett utvecklingsområde för vissa medarbetare som upplever det svårare att arbeta med datorer och att prioritera dokumentation.</p>

Självbestämmande och integritet



Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	<p>Verksamhetschef, Leva livet-inspiratör samt enhetschefer träffar tillsammans boende för boenderåd varannan månad. I samband med boenderåd har det framkommit många viktiga synpunkter och önskemål. Det innebär bland annat inköp av kortlekar på avdelningar, tips på aktiviteter, kryddor på borden och annat frukostbröd och pålägg. De boende som deltog i samtal tyckte inte att det har erbjudits boråd regelbundet och att de inte fick informationsbrevet utan att det satt på anslagstavla, vilken man inte passerade varje dag. Enligt verksamhetschef får alla boende sedan juni en egen kopia av månadsbrevet till sig. Brevet kallas "veckans aktiviteter". Boenderåd som begrepp används inte, vilket kan förklara varför boende inte känner till begreppet.</p> <p>De boende upplevde inte att språk utgjorde att hinder i kommunikation. Däremot nedsatt hörsel kunde vara ett problem.</p> <p>För att på ett strukturerat sätt fånga upp de demenssjukas upplevelse har Qualid använts sporadiskt i verksamheten.</p> <p>Verksamheten uppger att de arbetar enligt den nationella värdegrunden för äldreomsorgen samt Forenade Cares värdegrund. Verksamheten har planerat för värdegrundssamtal och utbildning av profilledare.</p> <p>Enligt anbud ska den enskilde kort efter inflytt erbjudas möjlighet att skriva en Individuell värdegrundsplan, vad är viktigt för mig som det ser ut idag. Vid ankomstsamtal i samband med inflyttning tas frågan upp. Individuell värdegrundsplan saknas.</p> <p>Enligt anbud ska kommunikationshjälpmedel, tex. pictogram på platta användas. Personalen på demensenheter ska utbildas inom "Mötas i musik" från Demenscentrum och musikombud utses som utvecklar arbetssätt för att arbeta med strukturerade insatser med musik och sång i omvårdnaden runt personer med kognitiv sjukdom/svikt. Dessa har delvis genomförts. Verksamheten utbildar hörselombud under hösten. Hörselombudsgrupp kommer ledas av profilledare som har erfarenhet av att arbeta med bildstöd och med hörselskadade. Det finns planer att framöver i större omfattning arbeta med bildstöd på demensavdelningar.</p>
Kontaktmannaskap ◆ 2. Delvis godkänd	Den enskilde informeras om möjligheten att byta kontaktman. Utbildning i kontaktmannaskap har inte erbjudits.

Delområde	Kommentar
Tillgänglighet och information  2. Delvis godkänd	Verksamhetschef skriver månadsbrev samt ger ut skriftlig och muntlig information vid förändringar. Information till personer med demenssjukdom är inte anpassad. Information skickas till anhöriga. De boende berättade att det ibland kan dröja en lång stund innan de kan få hjälp men det fanns en förståelse för att de med större hjälpbehov behöver prioriteras. Vad beträffar timanställda upplevde de boende att de behöver få mer tid att lära sig rutinerna men annars fungerar det bra om det finns en kontinuitet. Enligt brukarundersökningen 2023 upplever 27 % att de får information om tillfälliga förändringar. (17 % 2022). I samband med boenderåd har boende informerat att de ibland saknat information i god tid när det blir förändringar i menyn, förändringar i aktiviteter eller vid rekryteringar. Verksamheten kommer under kommande år att fokusera och belysa vikten av daglig information från omvårdnadspersonal till boende, t.ex. om kontaktperson ska gå på semester, tid för måltider, dagens meny, aktiviteter och annat som sker i verksamheten.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande  3. Godkänd	De boende var mycket nöjda med personalens bemötande. Enligt brukarundersökning 2023 uppger 94 % att de får bra bemötande från personalen (87 % 2022). Bemötande diskuteras i samband med reflektionsmöten, men också avdelningsmöten, enskilda samtal med chefer, APT och i veckobrev. Till stöd för att värdegrundsarbetet ska tydliggöras används Individuell värdegrundsplan vid inflyttning – vad är viktigt för den enskilde idag, levnadsberättelse – den enskildes historia samt genomförandeplan. Personlig bemötandeplan upprättas vid behov. Enligt anbud ska all personal (inklusive timanställda) få Värdegrundsutbildning där "meningsfull vardag" ingår. Detta har inte erbjudits.
Stöd till närstående  2. Delvis godkänd	Under 2023 har närståendemöte hållits en gång. Informationsbrev skickas till anhöriga och de boende minst en gång i månaden.

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien  Ej genomförd	
Möjligheter att påverka mat och måltider  2. Delvis godkänd	Ett av verksamhetens fokusområde har varit mat och måltider. Arbetet med mat och måltidssituation tog fart under hösten då den nya Leva- livet- inspiratör/aktivitetsansvarig tillträdde sin tjänst. Under oktober - december 2023 har verksamheten arbetat fokuserat på att vidta åtgärder för att förbättra måltidsupplevelsen. Bland annat serveras ett flertal olika sallader till varje måltid, kryddor och olivolja och vinäger på borden samt inspirationsbilder på frukostar. Samtliga medarbetare har erbjudits utbildning om mat och måltider samt handledning genom besök på alla avdelningar vid flertal dagar. Måltidsobservation genomförs i form av kollegial granskning två gånger per år. Resultat visar att boende har en lugn och trivsamt måltidsmiljö där tv och radio är avstängda, salt, peppar, smör och bröd finns på bordet, men däremot finns inte karottsystem på samtliga avdelningar, vilket blir ett förbättringsområde för 2024. Generellt upplever de boende att maten och måltidssituationen har förbättrats men det förekommer synpunkter kring hur maten tillagas och att maten inte alltid smakar bra. Medarbetarna som genomför observationerna upplevde att de inte hinner reflektera över resultatet och önskade få en gemensam stund efteråt för att lära av varandra. Enligt brukarundersökning 2023 tycker 50 % av de boende att maten smakar bra (44 % 2022) och 58 % upplever att måltiderna är en trevlig stund (44 % 2022) Kostombud tar in synpunkter från boende och presenterar på kostmöte som hålls varannan månad men även på boenderåd. I samband med uppföljningen observerades måltidssituation på en omvårdnadsavdelning. Maten kommer färdiglagad och värms på avdelningarna. Sex boende åt vid två olika bord och två medarbetare arbetade. Medarbetarna använde förkläde vid serveringen. Flera dryckesalternativ erbjöds. Personalen hade ett professionellt bemötande. Den boende som behövde hjälp med maten fick vänta en lång stund och serverades därmed halvljummen mat.

Delområde	Kommentar
	<p>Maten var fint upplagd på tallriken. Meny satt på kylskåpet. Vid 10-tiden informerar personalen om vad det är för mat som serveras till lunch och frågar de boende om de vill ha ris eller potatis. På den aktuella avdelningen samverkade personalen över hela planet kring förberedelse av maten men riktigt så är det inte överallt i huset, berättade medarbetarna. Det doftade nybakat på avdelningen, vilket de boende uppskattade.</p> <p>Kvällsmål erbjuds om man frågar efter det. De boende berättade att det händer att man tar kvällsmackan och spar till morgonen eftersom det kan dröja innan man får frukost. De boende berättade att det serveras ofta falukorv och att synpunkter om maten inte efterfrågas. För övrigt var de boende nöjda med personalens bemötande och uppskattade att de var glada, pigga och skojade.</p>

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
<p>Aktiviteter inne och ute</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Det har gjorts en intern undersökning kopplad till ensamhet och upplevd delaktighet under hösten. Svaren synliggjorde vilka tider de boende mest besvärades av ensamhet, att aktiviteter till viss del kan lindra känslan av ensamhet samt att många boende upplever en känsla av ensamhet då de saknar närstående som de tidigare bott och haft tätare kontakt med. Med anledning av resultatet har verksamheten bl.a. sett över tider för aktiviteter samt informerat de boende om vart de kan vända sig om de önskar enskilda samtal. I samband med att en boende avlider anordnas det en minnesstund på avdelningen där man tänder ett ljus och talar om minnen och tankar för stunden.</p> <p>Promenadgrupp har bildats under sommaren men det har inte alltid fungerat enligt schema. Rehabgruppen har promenad varje vecka. Leva livet-inspiratör dokumenterar samt följer upp vilka boende som är med på respektive aktivitet och promenad. Verksamheten arbetar aktivt med att tillgodose och att hitta individuella aktiviteter för de boende som inte vill vara med på större aktiviteter.</p> <p>Om en boende tackar nej till erbjuden promenad eller aktiviteter ska detta dokumenteras och följas upp. Det görs nog inte alltid av alla medarbetare i dagsläget. Medarbetarna påminns om det på avdelningsmöten. Genom det kommande dokumentationssystemet, Sekoia, finns möjlighet att registrera utförda insatser och följa upp uteblivna insatser.</p> <p>Fr.o.m. hösten har en aktivitetsansvarig utsetts även under helger. Det har gjorts en planering med aktiviteter för varje våningsplan med tider och agenda. Följsamheten behöver förbättras.</p> <p>Utflyktsbussen har använts några gånger under våren. Ett hinder är att det saknas parkeringsplats med laddning för bussen.</p> <p>Bland aktiviteter som har erbjudits under 2023 kan vinprovning, musikunderhållning med olika artister, clownbesök, samverkan med flertal skolor (bland annat kulturskolan) och förskola för sång- och dansuppträdanden, samt utflykter till kyrkan och konstbesök, nämnas.</p> <p>Enligt brukarundersökning 2023 är 60 % av de boende nöjda med aktiviteterna (36 % 2022) och 47 % upplever att möjligheten att komma ut är bra (38 % 2022). 50 % anger att de inte besvärades av ensamhet, vilket är en förbättring med 25 procentenheter jämfört med föregående mätning.</p> <p>De boende önskar mer utevistelse. Cykeltaxi har använts sparsamt. De boende hade framfört önskemål att åka buss men detta hade inte hörtsammats. De saknade aktiviteter under helger. Medarbetarna framförde att utevistelse kan krocka med andra arbetsuppgifter, vilket försvårar planeringen samt att det borde finnas lämpliga promenadskor för personal för att underlätta utevistelsen.</p>

Säkerhet

Delområde	Kommentar
<p>Larm</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>En gruppchef ansvarar för att kontrollera svarstiden dagligen. I de fall en boende har väntat länge på att få hjälp görs en utredning och en tätare kontroll under en begränsad period. Medarbetarna informeras om synpunkter och klagomål via månadsbrevet. Återkoppling sker till de boende och uppföljning av vidtagna åtgärder sker vid nästa boenderåd. Enligt verksamhetschef har det inte varit några klagomål eller synpunkter på detta i närtid.</p> <p>För att öka den boendes trygghet har omvårdnadsförvaltningen under 2019 köpt in och delat ut talenheter till verksamheterna. Talenhet är ett komplement till trygghetslarmsystem. Den enskilde kan via detta system få kontakt med personalen efter att man har påkallat hjälp. Talenheterna har inte använts på</p>

Delområde	Kommentar
	Hallen.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har sett över nyckelhanteringsrutinen och har numera en välfungerande rutin.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar						
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Rating 94						
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<p>Organisationsnummer 556535-5400</p> <p>Namn: Förenade Care AB</p> <p>Registrerad för F-skatt: Ja</p> <p>Registrerad för moms: Ja</p> <p>Registrerad för arbetsgivaravgift: Ja</p> <p>Beslutade arbetsgivaravgifter</p> <table> <thead> <tr> <th>PERIOD</th> <th>BELOPP (SEK)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2023-12-01</td> <td>24 865 554,00</td> </tr> <tr> <td>2024-01-01</td> <td>27 918 736,00</td> </tr> </tbody> </table>	PERIOD	BELOPP (SEK)	2023-12-01	24 865 554,00	2024-01-01	27 918 736,00
PERIOD	BELOPP (SEK)						
2023-12-01	24 865 554,00						
2024-01-01	27 918 736,00						