



Dnr 2015/212

## **Sammanställning av uppföljning kring åtgärder och fokusområden på Kastanjens korttidsboende den 9 april 2015.**

**Närvarande:** Cecilia Bengtsson, verksamhetschef, Inger Brandell, utredare, Jenny Järf, utredare samt Eva Wahtramäe Carlsson, medicinskt ansvarig sjuksköterska.

I de olika avsnitten nedan finns de krav på åtgärder angivna som ställdes på verksamheten efter uppföljningen den 19 november 2012. Under dessa presenteras resultatet från uppföljningen av åtgärderna, den 9 april 2015.

### **Rutiner för riskanalys**

*Kastanjens korttidsboende bör ta fram rutiner och mallar för att förhindra missförhållanden för brukaren. Rutinerna och mallarna ska fungera ur ett omsorgsperspektiv. Viktigt att skilja på personalens arbetsmiljö och brukarens boendemiljö.*

Verksamheten har en skriftlig rutin för riskbedömning avseende brukarperspektivet, blanketten finns som en förlaga i Word. Rutinerna saknades när egen regi tog över verksamheten i början av 2012. Det handlar om att arbeta förebyggande och i detta arbete samverkar hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal.

Verksamhetschefen upplever att det är lättare att göra riskanalyser på äldreboendeavdelningen än på avdelningarna för korttidsplatserna där personerna vistas kort tid.

### ***Vidare åtgärd***

Verksamheten behöver hitta rutiner för riskanalys som är anpassade för enskilda personer som vistas på korttidsboendet, inte bara för personal/ arbetsmiljö.

---

#### **Socialförvaltningen**

Avdelningen för lednings- och verksamhetsstöd  
Jenny Järf, Utredare  
Telefon: 08- 580 293 79 (direkt)  
Fax: 08-580 302 17

Besöksadress: Vibblabyvägen 3 , 3 tr.  
Postadress: 177 80 JÄRFÄLLA  
Telefon växel: 08-580 285 00  
E-post: jarfalla.kommun@jarfalla.se Webbplats: www.jarfalla.se  
Organisationsnummer: 212000-0043 Postgiro: 30918-7 Bankgiro: 239-2082

## **Åtgärder kring att upprätta nya rutiner**

*Bakgrund: Vid uppföljningen 2012 var verksamhetschefen i en nystartsperiod och det saknades rutiner inom vissa områden vilket är förståeligt, hon var dock uppdaterad i vad som behövdes göras.*

Det har gjorts ett omfattande arbete för att få fram alla behövliga rutiner. Det finns en pärm på alla avdelningars expeditioner med de lokala rutinerna. Inga rutiner får plockas bort eller ändras utan detta görs av verksamhetschef.

## **Dokumentation**

*De brister som verksamhetschefen uppger ( vissa medarbetare dokumenterar och andra inte, det är svårt att följa ärenden via dokumentationen) ser vi även vid granskning av dokumentation. Verksamhetschefen kommer att vidta åtgärder för att det ska föras löpande journalanteckningar så att det går att följa ärenden.*

Verksamheten har arbetat vidare med att förbättra dokumentationen gällande löpande journalanteckningar. Verksamhetschefen upplever att det är lättare att följa ärenden via dokumentationen nu. Hon kan se en klar förbättring sedan starten 2012 men det kommer fortfarande synpunkter på att dokumentationen inte sker fullt ut. All personal måste dokumentera men det är fortfarande så att vissa dokumenterar och andra inte. Även timvikarier får behörighet till verksamhetssystemet. Verksamheten planerar att inom kort införa så kallade dokumentationsstödare. De ska fungera som stöd för sina kollegor avseende dokumentationsfrågor. Utvecklingsledare inom Vård och omsorg har fått i uppdrag att utbilda personal till dokumentationsstödare.

### ***Vidare åtgärder***

En brist är att det fortfarande är så att vissa medarbetare dokumenterar och andra inte. Verksamheten ska införa dokumentationsstödare som ska fungera som ett stöd och en resurs i det fortsatta utvecklingsarbetet av dokumentation.

## **Dokumentation av fritids- och kulturaktiviteter**

*Personalen behöver dokumentera de insatser som erbjuds, om de utförs eller inte när det gäller aktiviteter och utevistelse.*

Verksamhetschefen uppger att personalen dokumenterar i den sociala journalen kring vilka aktiviteter den enskilde deltar i. Däremot finns ingen rutin kring att dokumentera om personen tackar nej till aktiviteter, om det blir inställt samt skäl till det. Rutinen idag är att personalen ska skriva avvikelser från genomförandeplanen. Verksamhetschefen är medveten om att detta är ett utvecklingsområde.

**Vidare åtgärd**

Verksamheten bör upprätta en rutin kring dokumentation av fritids- och kulturaktiviteter som erbjuds, när den enskilde tackar nej, om det blir inställt samt skäl till det.

**Fokusområde dokumentation av fritids- och kulturaktiviteter**

*Sammanställning av granskning av genomförandeplaner och tillhörande journalanteckningar. Granskningen genomfördes 150330. Frågor besvarade med hjälp av stickprov cirka 10 % av social journal & genomförandeplaner. 5 stycken. (40 boenden, tre från korttidsboende & två från särskilt boende).*

**Tas fritidsaktiviteter upp i genomförandeplanen?( individuella och gruppaktiviteter).**

I fyra av fem genomförandeplaner tas inte fritidsaktiviteter upp. I en genomförandeplan tas fritidsaktiviteter upp mycket kortfattat.

**Erbjuds aktiviteter efter den enskildes önskemål och behov?**

I fyra av fem ärenden blir denna fråga irrelevant (erbjuds aktiviteter utifrån enskildes önskemål), då man inte tagit upp fritidsaktiviteter i genomförandeplanen. I det sista ärendet går det inte att se av dokumentationen att aktiviteter har erbjudits utifrån den enskildes behov och önskemål.

**Erbjuds individuella aktiviteter?**

I tre av fem journaler är det inte dokumenterat att individuella aktiviteter har genomförts eller erbjudits.

**Dokumenteras det när utevistelse genomförs, när enskilde tackar nej eller när det blir inställt och skäl till det?**

I tre av fem journaler dokumenteras det inte när utevistelse genomförts eller när enskilde tackar nej eller när det blir inställt och skäl till det. I två av fem journaler kan man se att det dokumenteras när den enskilde har varit ute men det framkommer inte när den enskilde tackat nej eller när det blir inställt och skäl till det.

**Dokumenteras när aktiviteter genomförs, när den enskilde tackar nej eller när det blir inställt samt orsak till det?**

I fyra av fem journaler går det att se att den enskilde har deltagit på aktiviteter men inte när den enskilde tackat nej eller när det blir inställt och skäl till det.

**Hur ofta erbjuds individuella aktiviteter? (fråga ställdes vid uppföljningen)**

På korttidsboendet finns ingen rutin för hur ofta individuella aktiviteter erbjuds. Enligt verksamhetschefen genomförs individuella aktiviteter när det efterfrågas. De personer som vistas på korttidsboendet brukar vara på Mingla, mötesplatsen på nedre botten i huset. På äldreboendet är det varje kontaktperson som har ansvar för att de individuella aktiviteterna genomförs. De har en timme avsatt per vecka för detta. Verksamhetschefen uppger att det erbjuds individuella aktiviteter cirka två eller tre gånger per vecka. Exempel på individuella aktiviteter är att gå och handla, rulla hår, och skala potatis. På avdelningen för växelvård är det mer likt kring hur det är på äldreboendet avseende omfattningen av individuella aktiviteter.

**Hur ofta erbjuds gruppaktiviteter? (fråga ställdes vid uppföljningen)**

Gruppaktiviteter erbjuds två gånger dagligen för hela huset. Boendet har en aktivitetssamordnare på 75 %. Han arbetar måndag till fredag på ”Mingla”, ordnar aktiviteter och samarbetar med föreningar och musiker. På fredagar är det alltid ost och vin vilket är väldigt uppskattat. Någon gång i månaden går aktivitetssamordnaren upp och ordnar brunch på någon avdelning vilket också är mycket uppskattat.

**Utvecklingsområden avseende dokumentation av fritids- och kulturaktiviteter**

- Av journalanteckningarna ska det tydligt framgå om aktiviteterna är individuella eller sker i grupp. Journalanteckningarna ska utgå från genomförandeplanen.
- All personal ska dokumentera när aktiviteter och utevistelse genomförs, när den enskilde tackar nej eller när det blir inställt och skäl till det. Det blir ett underlag för att se om aktiviteterna anpassas efter den enskildes behov och önskemål.

***Vidare åtgärder***

I fyra av fem genomförandeplaner tas inte fritidsaktiviteter upp, varken individuella eller gruppaktiviteter. I en genomförandeplan tas fritidsaktiviteter upp mycket kortfattat. Verksamheten måste säkra och följa upp att aktiviteter finns med i genomförandeplanen. I den ska det stå vilka individuella- och gruppaktiviteter som den enskilde önskar delta i samt när, var och hur detta ska ske.

Korttidsboendet saknar rutiner för att genomföra individuella aktiviteter vilket äldreboendeavdelningen och växelvårdsavdelningen har genom att kontaktpersonen avsätter en timme i veckan för det.

**Genomförandeplan**

***Genomförandeplanerna saknar målsättning vilket är viktigt där målsättningen är att komma vidare relativt snabbt från ett korttidsboende eller där det framgår vad syftet är med vistelsen växelvård. Genomförandeplanerna kan även utvecklas och beskriva på ett tydligare sätt ”hur” insatsen ska utföras.***

Personalen upprättar fler genomförandeplaner nu på korttidsboendet i jämförelse med föregående uppföljning 2012. Verksamheten har arbetat vidare med att beskriva hur olika insatser ska utföras. Man pratar om frågan på arbetsplatsträffar och har genomförandeplaner som ett lönekriterium men det är fortfarande ett utvecklingsområde. Verksamheten har också arbetat vidare med att sätta mål i genomförandeplanerna men målsättning och syfte med vistelsen behöver fortsätta utvecklas både hos beställaren och utföraren. Svårigheterna är att personerna vistas på kort tid, och att uppdragen inte alltid innehåller aktuell information.

Verksamhetschefen ser vikten av mer uppdaterade uppdrag från biståndshandläggarna.

### ***Vidare åtgärder***

Utveckling av målformuleringar bör göras av både beställare och utförare. Att formulera mål för vistelsen är viktigt för att utföraren ska ha ett riktmärke att utgå ifrån i vården och omsorgen om den enskilde. Utföraren ska utgå från beställarens mål. Utföraren efterfrågar tydligare mål från beställaren.

Verksamheten ska införa dokumentationsstöd som ska fungera som ett stöd och en resurs i det fortsatta utvecklingsarbetet av dokumentation.

## **Fokusområde granskning av innehåll i genomförandeplaner och tillhörande journalanteckningar**

*Sammanställning av granskning av genomförandeplaner och journalanteckningar. Granskningen genomfördes 150330. Frågor besvarade med hjälp av stickprov cirka 10 % av social journal & genomförandeplaner. 5 stycken. (40 boenden, tre från korttidsboende & två från särskilt boende).*

### **Framkommer det hur insatserna ska utföras för att nå målen?**

I fyra av fem genomförandeplaner dokumenteras vad den enskilde behöver hjälp med men det är sällan beskrivet hur det ska genomföras. De två genomförandeplanerna avseende särskilt boende är utförligare. I en av dessa finns en tydlig och detaljerad beskrivning av hur insatser ska utföras.

### **Är det beskrivet hur den enskilde vill ha det genom hela genomförandeplanen?**

I en av genomförandeplanerna avseende särskilt boende finns önskemål och behov beskrivet genomgående i hela genomförandeplanen. I tre av fem genomförandeplaner framträder den enskildes önskemål och behov under en del rubriker och under andra inget. Det är då endast beskrivet mycket kortfattat. I den sista genomförandeplanen finns ingen beskrivning alls kring den enskildes behov och önskemål.

### **Finns målsättningar uppsatta för insatser?**

I fyra av fem genomförandeplaner finns inga mål under de olika huvudrubrikerna/områdena där behov beskrivs. I en genomförandeplan avseende särskilt boende finns mål under de flesta huvudrubriker. Målen är då övergripande.

### **Framgår det när insatsen som helhet och/eller när olika aktiviteter som ingår i insatsen ska följas upp?**

Av genomförandeplanerna framkommer inte när olika insatser ska följas upp, utan när hela planen ska följas upp.

### **Är det relevant information i journalanteckningarna?**

Journalanteckningarna innehåller delvis relevant dokumentation som en del händelser av vikt etc. Det finns anteckningar när aktiviteter genomförts. Inte i någon journal är det dokumenterat när genomförandeplanen har upprättats eller uppdaterats. Många händelser dokumenteras överlag som ej avviker från genomförandeplanen bland annat att den enskilde har duschat och vad den enskilde har ätit.

### **Övrigt**

Det framgår inte av någon genomförandeplan eller journalanteckning om den enskilde har varit delaktig eller ej vid upprättandet. De genomförandeplaner som upprättats på särskilt boende är överlag mer genomarbetade än de tillhörande korttidsboendet. Det är bland annat utförligare beskrivet hur man ska arbeta kring den enskildes behov, intressen och andra vanor.

### **Utvecklingsområden avseende innehåll i genomförandeplaner och tillhörande journalanteckningar**

- Det går att utveckla beskrivningen av hur olika insatser och aktiviteter ska utföras samt vad den enskilde kan göra själv och vad han eller hon behöver hjälp med.
- Personalen måste arbeta med att ska synas att den enskilde är delaktig vid upprättandet av genomförandeplanen.
- Att sätta datum för när olika aktiviteter ska följas upp i genomförandeplanen. När man har utvecklat arbetet med att sätta mål kan också denna del bli mer aktuell.
- I journalen måste det dokumenteras när genomförandeplanen har upprättats eller uppdaterats samt vad som avviker från planen.

### ***Vidare åtgärder:***

Verksamheten måste arbeta med att formulera mål för olika behov i genomförandeplanen.

Det framgår inte av någon genomförandeplan eller journalanteckning om den enskilde har varit delaktig eller ej vid upprättandet. I genomförandeplanen måste det kryssas i en ruta om den enskilde varit delaktig vid upprättandet. Har den enskilde inte varit delaktig ska detta dokumenteras i journalen. Personalen behöver få information om hur den enskildes delaktighet i genomförandeplanen ska hanteras.

Genomförandeplanerna avseende korttidsboende behöver utvecklas överlag så att beskrivningen av hur stöd och hjälp ska genomföras blir tydligt. De genomförandeplaner som upprättats på särskilt boende är mer genomarbetade än de som finns för korttidsboendet.

## **Samverkan**

*Verksamhetschefen och personal är medvetna om att de måste upprätta rutiner. De rutiner som ska upprättas beträffande samverkan behöver göras i samverkan med berörda parter, bland annat myndigheten.*

Det har upprättats skriftliga rutiner mellan äldreheten och korttidsboendet. Det finns också muntliga rutiner för samverkan mellan leverantören och avdelningschef på förvaltningen. Det finns en planering för att ses regelbundet på så kallade dialogmöten. Samverkan finns bland annat med anhörigkonsulent, demenssjuksköterska, läkarorganisationen samt gode män och anhöriga. Samverkan sker också med bland annat kyrkan, skolor och musiker.

De flesta av dessa är inte skriftliga rutiner utan verksamheten tar de kontakter som behövs för att de boendes behov ska tillgodoses. Verksamhetschefen upplever att rutinerna fungerar tillfredställande.

### **Vidare åtgärd**

Verksamheten bör upprätta skriftliga rutiner för intern samverkan. Verksamheten bör också upprätta nödvändiga skriftliga rutiner för extern samverkan men det behöver göras tillsammans med berörda samverkanspartners.

## **Personal**

*Det är bra att översyn gällande hur bemanningen bäst kan anpassas efter verksamhetens behov genomförs och att åtgärder vidtas beträffande det. Verksamheten bör även uppdateras gällande brandövning om det inte genomförts nyligen*

Alla scheman är omgjorda sedan Järfälla vård och omsorg tog över efter Carema. Förändringar som har gjorts är att verksamheten har förhandlat bort kuratorn. En undersköterska kunde tas bort på natten (2013). I dag har man tagit tillbaka bemanningen av undersköterskor på natten.

En brandövning genomfördes 2013. Två gånger om året informeras personal om rutiner på arbetsplatsträffar.

### **Klagomål och synpunkter**

*De åtgärder som behöver vidtas är att göra informationen och blanketterna lättillgängliga för brukaren och dennes anhöriga/gode män.*

Verksamheten använder sig av Järfälla kommuns rutin för klagomålshantering. Information finns tillgänglig på boendet. En broschyr om information avseende klagomålsrutinen finns/har funnits i en pärm i varje boendes rum. Verksamhetschefen uppger att dessa broschyrer börjar ta slut och efterfrågar nya av beställaren.

#### ***Vidare åtgärd***

Beställaren behöver ta reda på om och i så fall vart leverantören kan få tag på nya broschyrer.

### **Fokusområde Lex Sarah och klagomål**

*Dialog kring hur verksamheten arbetar kring detta för att utveckla verksamheten.*

Under 2014 har två klagomål inkommit. Verksamheten har två pågående Lex Sarah utredningar. Verksamhetschefen trycker mycket på att personalen ska skriva rapporter och avvikelser överhuvudtaget. Verksamhetschefen visar ett dokument som personalen kan använda som stöd för avvikelshantering.

Vi diskuterar kring Lex Sarah utredningarna under 2014 som är två stycken. Dessa utredningar har lett till olika typer av åtgärder, bland annat disciplinåtgärd och nya rutiner.

### **Uppföljning av åtgärder kring mötesplatsen Mingla**

*Gällande mötesplatsen "Mingla" fyller det inte fullt ut den funktion som är tanken med att vara en "öppen mötesplats", vilket bör följas upp under andra kvartalet 2013 när verksamheten varit i drift i egen regi ett tag. Det är bra att översyn görs över flödet till och från korttidsboendet.*

För information blev Mingla en öppen mötesplats genom beslut fattat av socialnämnden under våren 2013, efter att mötesplatsen på Tallbohovs äldreboende stängdes.

Verksamhetschefen upplever att mötesplatsen inte fungerar som en öppen mötesplats fullt ut. Information om denna mötesplats sprids bland annat av anhängarkonsulent och av personal till de som bor på korttidsboendet att de är välkomna tillbaka efter vistelsen, men oftast kommer de inte åter. Ett problem kan vara att det inte är så lätt att ta sig till Mingla kommunalt. Det finns ingen vinkbuss som stannar utanför. Någon översyn över flödet till och från korttidsboendet har inte genomförts.



### **Uppföljning av åtgärder kring brukarinflytande**

*Utveckla former för att fånga in brukarnas upplevelser/synpunkter som även tas tillvara för att utveckla verksamheten. Årliga brukarundersökningar är inte en optimal metod för en korttidsverksamhet*

Verksamheten har en egen enkät som lämnas ut vid hemgång. Det är dålig svarsfrekvens. En svårighet är att fånga upp svar från personer med demens. Verksamhetschefen har tagit upp denna problematik kring att de vill hitta ett bra sätt att mäta kvalitén på korttidsboendet. Diskussioner har bland annat förts med utvecklingsledare och driftchef inom Vård och omsorg.