

Handläggare
Ana Perez

Datum
2016-02-17

Diarienummer
ALN-2015-0249

Äldrenämnden

Avtalsuppföljning vid Sävja Hemvård

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktandet av resultatet lägga rapporten till handlingarna.

Ärendet

Äldreförvaltningen genomförde den 12 och den 23 november 2015 en planerad avtalsuppföljning vid Sävja Hemvård. Av bifogad rapport (se bilaga 1) framgår resultat av uppföljningen.

Vid avtalsuppföljningen konstaterades ett antal brister och förbättringsområden inom områdena, samverkan, genomförande av uppdrag och dokumentation, hälso- och sjukvård inklusive hälsofrämjande arbetssätt och rehabilitering samt vad gäller rutiner i verksamhetens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete med sammanställning och analys av inkomna klagomål och synpunkter.

Förvaltningen bedömer nu att utföraren vidtagit tillräckliga åtgärder för att komma tillrätta med de påtalade bristerna (se bilaga 2). Förvaltningen avser att vid nästkommande avtalsuppföljning följa upp de åtgärder som beskrivits i handlingsplan och ser härmed detta ärende som avslutat.

Äldreförvaltningen

Gunn Henny Dahl
Direktör

Bilagor

Bilaga 1: Rapport från avtalsuppföljning

Bilaga 2: Godkänd handlingsplan från utföraren

Handläggare
Ana PerezDatum
2016- 01-21Diarienummer
ALN-2015-0249**Avtalsuppföljning vid Vård& Omsorg, Sävja Hemvård.****Beskrivning av den uppföljda verksamheten**

Utförare och enhet	Vård & Omsorg, Sävja hemvård
Adress	Västgötaresan 64
Enhetschef	Camilla Nystrand
Telefon och mejladress till enheten	018-7275534
Uppföljning utförd av	Ana Perez och Lena Söderman
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Verksamhetschef, planerare, sjuksköterska, arbetsterapeut, omvårdnadspersonal, kvalitet och utvecklingschef, kvalitetsutvecklare
Typ av verksamhet	Hemvård
Totalt antal [brukare/boende/arbetstagare]	Ca 90
Avtalstid	2018-05-02
Datum för uppföljning	12/11 och 23/11-2015

1 Sammanfattning

Äldreförvaltningen har genomfört en avtalsuppföljning vid Vård & omsorgs enhet Sävja Hemvård. Förvaltningens bedömning är att verksamheten är välfungerande på många sätt, dock har några förbättringsområden och enstaka brister i förhållande till krav i avtal konstaterats.

I detta kapitel sammanfattas såväl positiva iakttagelser som konstaterade förbättringsområden och brister.

Nedanstående områden har varit fokusområden i den nu genomförda uppföljningen. Förvaltningens slutsatser sammanfattas i följande punkter.

Värdegrund, värdighetsgarantier

- Förvaltningen konstaterar att äldrenämndens värdegrund är känd och att verksamheten har ett pågående värdegrundsarbete.
- Förvaltningen konstaterar att äldrenämndens lokala värdighetsgarantier är kända i verksamheten, men det systematiska arbetet kring dessa ser som ett förbättringsområde.

Personalbemanning, kompetens och kompetensutveckling

- Förvaltningen ser som ett förbättringsområde att alla tillsvidare anställda ska ha en kompetensutvecklingsplan
- Förvaltningen noterar att ungefär hälften av hemtjänstpersonalen saknar undersköterskeutbildning men att ledningen på olika sätt stimulerar till validering. Förvaltningen ser arbetet med att öka andelen undersköterskor som ett pågående förbättringsområde för verksamheten.

Samverkan, genomförande av uppdrag, samt dokumentation

- Förvaltningen bedömer att verksamheten delvis uppfyller krav i avtal, men konstaterar att det finns brister gällande genomförandeplaner och teamsamverkan.
- Förvaltningen begär i handlingsplan en beskrivning av hur verksamheten ska nå avtalsuppfyllelse gällande teamsamverkan mellan olika yrkeskategorier.
- Förvaltning begär i handlingsplan en beskrivning av åtgärder verksamheten kommer vidta för att upprätta och datera en genomförandeplan tillsammans med den enskilde/dess företrädare.

Hälso- och sjukvård inklusive hälsofrämjande arbetssätt och rehabilitering

- Förvaltningen bedömer att verksamheten delvis uppfyller krav i avtal, men konstaterar att det finns förbättringsområde i arbetet med egenkontroll gällande hygien samt information och utbildning om rutiner vid vård i livets slutskede till all personal.
- Förvaltningen bedömer att dokumenterade och implementerade urvalskriterier för när arbetsterapeut och sjukgymnast ska kontaktas saknas. Åtgärder som verksamheten kommer vidta ska beskrivas i bifogad handlingsplan.
- Förvaltningen bedömer att implementerade rutiner vid introduktion av legitimerade personal saknas. Åtgärder som verksamheten kommer vidta ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

Ledningssystem för kvalitet

- Förvaltningen uppfattning är att det finns en implementerad rutin för avvikelshantering i verksamheten.
- Förvaltningen konstaterar att det saknas en metod för hur synpunkter och klagomål systematiskt ska dokumenteras, sammanställas och analyseras, för att de på så vis kunna bidra till en kontinuerlig utveckling och förbättring av verksamheten. Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan, där rutin för systematisk sammanställning och analys av klagomål och synpunkter beskrivs samt en förklaring av hur implementering ska ske ges.

1.1 Krav på åtgärder

Förvaltningen begär att Vård & Omsorg senast 2016-02-12 återkommer med en handlingsplan om hur konstaterade brister ska åtgärdas samt tidplan för detta. Handlingsplanen ska skrivas i av förvaltningen tillhandahållen mall, se bilaga.

Handlingsplanen ska skickas med e-post till aldreforvaltningen@uppsala.se och kommer då att diarieföras och registreras som offentlig handling.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Enligt äldrenämndens uppföljningsplan, beslutad 2010-03-31 ska äldreförvaltningens uppföljningsarbete säkerställa att beställande part, äldrenämnden, erhåller det resultat som förväntas utifrån tecknade avtal.

2.2 Syfte och avgränsningar

Syftet med uppföljningen är att kontrollera om utföraren uppfyller villkoren i avtalet.

Syftet med nämndens samlade uppföljning är att:

- Kontrollera avtalsuppfyllelse, och därmed kvaliteten i beställd verksamhet.
- Bidra till verksamhetsutveckling och kvalitetssäkring.
- Säkerställa att utveckling sker i enlighet med politiska beslut och viljeinriktningar.
- Säkerställa att den enskilde som beviljats insatser får dessa verkställda i enlighet med beslut och till förväntad kvalitet.

Resultatet av uppföljningen grundas på den information som framkommit vid samtal med de intervjuade och inlämnad statistik i tertial samt granskning av följande rutiner: rutin Lex-Sara, rutin introduktion nya medarbetare, rutin introduktion av omvårdnadspersonal, rutin kontaktmannaskap samt rutin introduktion hälso- och sjukvårdspersonal.

Förvaltningen har därmed inte granskat samtliga av utförarens dokumenterade rutiner i verksamhetens ledningssystem för kvalitet och övriga dokument.

Förvaltningens bedömning utgår således från den information som lämnats vid intervjutillfället och som återfinns i granskade dokument.

Förvaltningen har fokuserat på valda ska-krav men förutsätter att verksamheten följer samtliga krav i avtalet.

2.3 Metod

Uppföljningen genomfördes i form av intervjuer med verksamhetschef, legitimerade personal och omvårdnadspersonal. Vid intervjun med ledningen deltog även kvalitet och utvecklingschef samt kvalitetsutvecklare. Intervjuerna hölls separat med respektive yrkeskategori. Uppföljningen genomfördes genom besök hos Sävja Hemvård och intervjuer som hölls den 19 och 25 november 2015. Granskning har skett genom utvalda dokument. Från äldreförvaltningen deltog uppdragsstrategerna Ana Perez och Lena Söderman.

3 Förvaltningens iakttagelser, kommentarer och slutsatser

3.1 Värdegrund, värdighetsgarantier.

Äldrenämnden har antagit en värdegrund som samtliga verksamheter inom nämndens ansvarsområde ska säkerställa en systematisk tillämpning av. Inom ramen för värdegrunden har nämnden antagit sex värdeord som ska prägla verksamheterna. Dessa är *trygghet, inflytande, tillgänglighet, oberoende, respekt och bemötande (TITORB)*.

I maj 2012 beslutade äldrenämnden om lokala värdighetsgarantier som ska gälla inom kommunens äldreomsorg med start 1 februari 2013. Utöver de kvalitetskrav som ställs på alla utförare lyfter de lokala värdighetsgarantierna fram några områden som särskilt ska följas upp. Inom hemvården ska den enskilde: *veta vilken personal som ska utföra tjänsterna i hemmet, bli kontaktad i förväg om någon annan än den som förväntas ska komma, bli kontaktad om personalen blir försenad, påverka tidpunkten för promenad eller annan utevistelse, om sådan ingår i hemtjänsten, få inskrivet i genomförandeplanen hur och när utevistelsen sker, få en årlig läkemedelsgenomgång (om hemvården hjälper den enskilde med läkemedel).*

3.1.1 Iakttagelser

Vid samtliga intervjuer framkommer att äldrenämndens värdegrund och värdighetsgarantier är kända i verksamheten. Ledningen och omvårdnadspersonalen beskriver att de på APT har informerat och arbetat med värdighetsgarantier.

De legitimerade personalen har en viss kännedom om värdighetsgarantier men arbetar inte systematiskt med dem.

Samtliga intervjuade lyfter fram att Sävja hemvård är på väg framåt. Stabilitet och kontinuitet i personalgruppen samt samarbete mellan omvårdnadspersonal och de legitimerade personal beskrevs som positivt.

Både ledning och personal beskriver att de arbetar systematiskt med bemötande i personalgruppen.

3.1.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen konstaterar att äldrenämndens värdegrund är känd och verksamheten har ett pågående värdegrundsarbete.

Förvaltningen konstaterar att äldrenämndens lokala värdighetsgarantier är kända i verksamheten, men det systematiska arbetet kring dessa ser som ett förbättringsområde.

3.2 Personalbemanning, kompetens och kompetensutveckling.

Av förfrågningsunderlaget framgår:

- För varje chef ska utföraren ha en namngiven ersättare vid frånvaro
- Utförarens ska ha den personalbemanning som säkerställer den kvalitet som framgår av verksamhetens ledningssystem
- Utförare ska tillse att nyrekryterad tillsvidareanställd vårdpersonal lägst har undersköterskeutbildning
- Utförare ska tillse att minst 75 % av tillsvidareanställd personal och minst 50 % visstidsanställd personal är utbildade undersköterskor
- Utföraren ska vid rekrytering av personal begära utdrag ur belastningsregistret
- Utföraren ska ge introduktion om ledningssystem, verksamhetsmål, förfrågningsunderlag och uppdrag till nyanställd personal
- Utförare ska aktivt verka för att tillsvidareanställd personal erbjuds validering/undersköterskeutbildning inom avtalsperioden

3.2.1 Iakttagelser

Ledningen informerar att det finns 30 anställda i Sävja hemvård. Av personalen är 60 % tillsvidare anställda och ca 40 % är timanställda. Vidare informerar ledning att de timanställda som arbetar i Sävja hemvård uppfattas som "rutinerad personal."

Gruppen med legitimerade personal upplevs som mera stabil än gruppen med omvårdnadspersonal, där omsättning varit större under året. Både ledning och övrig personal är överens om att den bemanning som finns i dag måste utökas då Sävja Hemvård har vuxit mycket på kort tid.

Verksamhetschefen (VC) är utbildad sjuksköterska och började sitt uppdrag i oktober i år. Det finns inte idag en namngiven ersättare när VC är ledig men både ledningen och övrig personal uppgav vid intervjutillfällena att de hade kännedom av det måste finnas en namngiven ersättare.

Ett problem som uttrycks av både ledning och omvårdnadspersonal är rekrytering av omvårdnadspersonal med undersköterskekompetens. Verksamhetschefen beskriver att det uppmuntras till validering i verksamheten på flera olika sätt, exempelvis med anpassade schema.

Verksamhetschefen beskriver att det vid introduktion av nya medarbetare säkerställs att de har den kunskap och erfarenhet som krävs för att utföra arbetsuppgifterna. Vid intervjun med omvårdnadspersonal framkommer en liknande bild av tillvägagångssättet av introduktion som VC beskrivit. Tillvägagångssätt vid introduktionen av omvårdnadspersonal har enligt ledning varit att personal som blir anställd ska läsa mycket själv och att, man inte har använt sig av någon checklista. Den legitimerade personalen beskriver att det inte har funnits någon introduktion till HSL personal i Sävja Hemvård.

Gällande kompetensutveckling informerar ledningen att det under det senaste året har funnits tillfälle att gå utbildning om bl. a. förflytningsteknik och tracheostomivård.

Den intervjuade personalen styrker detta i sina beskrivningar, men beskriver att de inte har en kompetensutvecklingsplan.

Vid intervjun med den legitimerade personalen framkommer att det inte finns några utvecklingsplaner och att möjligheten är begränsad att delta i olika kurser. Enligt personalen beror det på kraven om registrering i Phoniro.

3.2.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen ser som ett förbättringsområde att alla tillsvidareanställda ska ha en kompetensutvecklingsplan samt att VC ska säkerställa att personalen får möjlighet till kompetensutveckling enligt vad som framgår i planerna.

Förvaltningen noterar att ungefär hälften av hemtjänstpersonalen saknar undersköterskeutbildning men att ledningen på olika sätt stimulerar till validering.

Förvaltningen ser arbetet med att öka andelen undersköterskor som ett pågående förbättringsområde för verksamheten.

3.3 Samverkan, genomförande av uppdrag, samt dokumentation.

Av förfrågningsunderlaget framgår:

- Rutin för samverkan finns i utförarens ledningssystem. Utförare ska ha rutin för och samverka med den enskilde, anhöriga, andra vårdgivare/utförare, organisationer/huvudmän och den ideella sektorn
- Rutin för social dokumentation finns i utförarens ledningssystem.
- Utföraren ska ha rutin för hur vård- och omsorg ges i trygga, väl samordnade och integrerade former i teamsamverkan med den enskilde
- Utförare ska upprätta och datera en genomförandeplan tillsammans med den enskilde/dess företrädare
- Utförare ska i löpande anteckningar/journal dokumentera upprättande- samt uppföljningsdatum av genomförandeplan
- Utförare ska i löpande anteckningar/journal dokumentera hur arbetet tillsammans med den enskilde utförs för att uppnå mål/delmål samt hur den enskilde varit delaktig i utförandet av insatser
- Utföraren ska kontakta biståndshandläggare om behovet ökar eller minskar hos den enskilde

3.3.1 Iakttagelser

Samtliga intervjuade beskriver att samarbetet med biståndshandläggare, rehabteamet och vårdplaneringsteamet fungerar bra. Det finns tydliga rutiner och tillvägagångssätt för samverkan i verksamheten inom området enligt de intervjuade.

Ledning lyfter som mycket positivt samverkan med biståndshandläggaren som ansvarar för Sävja hemvård. Ett samverkansmöte med biståndshandläggaren planeras ske varje månad där förändringar av brukarnas behov går igenom. Dessa hade inte vid intervjutillfället påbörjats.

Både ledning och övriga personal beskriver att den interna samverkan fungerar bra. Konkreta exempel beskrivs under intervjun med Trygghetsjouren, natthemsjukvård samt dagverksamheterna.

Samtliga intervjuade lyfter som ett förbättringsområde att återuppta teammötena i verksamheten. På verksamhetens teammöten deltar representanter från alla yrkesgrupper. Både frågeställningar kring enskilda kunder och generella diskussioner kring avvikelser, klagomål etc. förs vid dessa möten enligt uppgift från samtliga intervjuade. Enligt de intervjuade finns också andra mötesformer idag exempelvis Senior Alert möte, dagliga rapport, APT och möte för legitimerad personal.

Samtliga intervjuade uttrycker att det finns förutsättningar för att ta del av muntlig och skriftlig information inför varje arbetspass.

Vidare beskriver ledningen och omvårdnadspersonalen arbetet med genomförandeplaner som ett förbättringsområde. Det är inte alla brukare som har en upprättad genomförandeplan och att det är planerare som idag skriver genomförandeplaner tillsammans med den enskilde.

Ledningen informerar att de arbetar med kontaktmannaskap i verksamheten men ser det som ett förbättringsområde. Detta uppger ledningen beror på att Sävja hemvård har fått många nya kunder vilket gör att rutiner och arbete med kontaktmannaskap måste ses över.

3.3.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen bedömer att verksamheten delvis uppfyller krav i avtal, men konstaterar att det finns brister gällande genomförande planer och teamsamverkan.

Förvaltningen begär i handlingsplan en beskrivning av hur verksamheten ska nå avtalsuppfyllelse gällande teamsamverkan mellan olika yrkeskategorier.

Förvaltning begär i handlingsplan en beskrivning av åtgärder verksamheten kommer vidta för att upprätta och datera en genomförandeplan tillsammans med den enskilde/dess företrädare.

3.4 Hälso- och sjukvård inklusive hälsofrämjande arbetssätt och rehabilitering.

Av förfrågningsunderlaget framgår:

- Rutin för förebyggande arbete finns i utförarens ledningssystem.
- Utförarens arbetsterapeut(-er) ska tillgodose behovet av bedömning, åtgärd, överlåtelse av arbetsuppgift/delegering och handledning vid hinder i aktivitetsutförande hos den enskilde

- Utförarens sjukgymnast(-er) ska tillgodose behovet av bedömning, behandling, delegering och handledning vid hinder i rörelse- och fysisk förmåga hos den enskilde
- Utföraren ska systematiskt utvärdera effekten av omvårdnads- och rehabiliteringsåtgärder
- Urvalskriterier för när arbetsterapeut och sjukgymnast kontaktas ska finnas, tillämpas och vara väl kända av all personal.
- All personal ska få handledning och ha ett rehabiliterande och funktionsuppehållande förhållnings- och arbetssätt
- Utföraren ska vid behov guida den enskilde till aktiviteter och kontakter i den enskildes närområde som främjar hälsa och välbefinnande.
- Utförare ska tillse att omvårdnad i livets slut sker med värdighet och respekt för den enskilde.
- Rutin för specifik omvårdnad finns i utförarens ledningssystem.
- Utföraren ska ansvara för att delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter är förenliga med säkerheten för den enskilde.
- Utföraren ska tillse att namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska finns för varje brukare.
- Utföraren ska tillse att läkemedelsgenomgång årligen erbjuds alla brukare.
- Utföraren ska systematiskt utvärdera effekten av omvårdnads- och rehabiliteringsinsatserna.

3.4.1 Iakttagelser

Den legitimerade personalen lyfter fram det goda samarbetet mellan sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnaster som positivt. Vidare beskriver sjuksköterskorna att deras samarbete har möjliggjort en bättre kännedom av alla kunder i området, då de känner varandras kunder. Som ett utvecklingsområde framkom att tillgång till utbildningar också bör gälla timanställda.

Vid intervjun uppgav ledning och den legitimerade personalen att det fanns två sjuksköterskor som arbetade 85 %, en arbetsterapeut anställd på 60 % och två sjukgymnaster på 100 %. Vid intervjun med sjuksköterskor framkom att de upplever bemanningen som otillräcklig relaterat till områdets storlek och antal nya kunder.

De intervjuade sjuksköterskorna berättar att samtliga aktuella kunder har en namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska. De beskriver att alla som är inskrivna i Äldrevårdsenheten får läkemedelsgenomgångar minst en gång per år och för dessa personer görs skattningar av läkemedelsrelaterade symptom i Phase 20. Sjuksköterskorna betonar komplexiteten gällande värdighetsgarantin att alla som beviljats hemvård ska få en årlig läkemedelsgenomgång, då många kunder har ansvarig läkare (husläkare) på vårdcentralen.

Exempel på hälso- och sjukvårdsuppgifter som delegeras av sjuksköterska är att ge läkemedel, insulingivning, att ge injektion med blodförtunnande medel, att linda ben och omläggning av

sår. Arbetsterapeut och sjukgymnast delegerar i dagsläget inga hälso- och sjukvårdsuppgifter, däremot tar de fram instruktioner samt instruerar personalen.

Handledning till hemtjänstpersonalen i vardagssituationer sker i den enskildes bostad. Vid intervjun med den legitimerade personalen framkommer vidare att det finns rutiner för delegering av omvårdnadspersonalen. Gällande instruktioner från sjukgymnaster framkommer att personalen signerar dåligt.

Ledningen beskriver att det finns lokala rutiner i verksamheten gällande kontakt med sjukgymnast och arbetsterapeut. Enligt ledningen de framtagna rutiner som finns i ledningssystem är inte kända och används inte idag.

Verksamhetens teamträffar beskrivs vara de tillfällen då det huvudsakligen säkerställs att all personal har ett rehabiliterande och funktionsuppehållande arbetssätt. Samtliga intervjuade beskriver vikten av att teammötena börjar igen. Ledningen beskriver att teammötena upphörde vid omorganisationen i Sävja hemvård, när både verksamhetschef och driftledare slutade.

Vid intervjun med omvårdnadspersonal framkom att de har arbetat med ett rehabiliterande arbetssätt och att de ”tar vara på det som varje kund gör och kan”. Vid senare intervju med sjukgymnast framkom att det inte finns någon systematisk handledning till personalen, men att handledning dock sker i vardagssituationer i den enskildes bostad.

Gällande rutiner för hur arbetet kring vård vid livets slut ska utformas beskriver samtliga intervjuade personal att det är sjuksköterskor som ansvarar för att rutinen efterföljs samt handleder personalen i verksamheten. Vidare framkommer att personalen inte har gått någon utbildning gällande allmän palliativ vård.

Den legitimerade personalen beskriver i intervjun att det är en av sjuksköterskorna som är utsedd till tandvårdsansvarig, hygienombud samt ansvarig för medicinteknikprodukter. Den legitimerade personalen ser som ett förbättringsområde hantering av arbetskläder i verksamheten. De upplever att antalet arbetskläder som finns idag inte räcker för att kunna byta om varje dag.

3.4.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen bedömer att verksamheten delvis uppfyller krav i avtal, men konstaterar att det finns förbättringsområde i arbetet med egenkontroll gällande hygien samt information och utbildning om rutiner vid vård i livets slutskede till all personal.

Förvaltningen bedömer att dokumenterade och implementerade urvalskriterier för när arbetsterapeut och sjukgymnast ska kontaktas saknas. Åtgärder som verksamheten kommer vidta ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

Förvaltningen bedömer att implementerade rutiner vid introduktion av legitimerad personal saknas. Åtgärder som verksamheten kommer vidta ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

3.5 Ledningssystem för kvalitet.

Av förfrågningsunderlaget framgår:

- Utföraren ska följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Utföraren ska identifiera, beskriva samt fastställa (dokumentera) verksamhetens processer på ett överskådligt sätt
- Utföraren ska utifrån identifierade processer beskriva samt fastställa (dokumentera) varje delprocess/aktivitet i en eller flera rutiner
- Utföraren ska i rutinen beskriva hur aktiviteten utförs och hur ansvaret är fördelat
- Utförare ska ha rutin som beskriver hur rapporter, synpunkter och klagomål tas emot, utreds, åtgärdas, sammanställs och analyseras
- Utförare ska ha rutin och tillse att medborgare, brukare, anhöriga och personal ges möjlighet att lämna synpunkter och klagomål både skriftligt och muntligt
- Utförare ska rapportera till äldreövervakningsnämnden efterfrågade uppgifter kring synpunkter och klagomål
- Utförare ska ha rutin som beskriver hur avvikelser tas emot, utreds, åtgärdas, sammanställs och analyseras
- Utförare ska rapportera till äldreövervakningsnämnden efterfrågade uppgifter kring avvikelser
- Utföraren ska ha dokumenterade rutiner och varje tertiäl rapportera till äldreövervakningsnämnden vidtagna åtgärder eller förslag till åtgärder för hantering av utebliven insats
- Utföraren ska följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt upprätta rutiner kring utbildning, rapportering och anmälan enligt Lex Sarah
- Utföraren ska ha rutin för det systematiska förbättringsarbetet för att säkra verksamhetens kvalitet
- Utförare ska garantera att varje brukare har en kontaktman/kontaktperson hos utföraren och att den enskilde har möjlighet att byta kontaktperson

3.5.1 Iakttagelser

Vid intervjutillfällen uppgav samtliga intervjuade att de hade kännedom om ledningssystemet. Personalen beskriver att de får tillgång till rutiner via "lathundar" som finns tillgängliga i personalens lokal. Dessa beskrivs vara uppdaterade.

Ledningen beskrevs att det finns dokumenterade rutiner för klagomåls-, synpunkts- och avvikelshantering i verksamheten. Samtliga intervjuade beskrev att de känner till och kan beskriva rutinen för avvikelser.

Vidare uttrycker ledningen att det inte finns någon tydlig och implementerad metod för att systematiskt analysera klagomål och synpunkter på en mer övergripande och generell nivå i verksamheten. Den intervjuade personalen berättar att de alltid muntligt hänvisar till verksamhetschef och/eller planerare vid inkomna synpunkter och klagomål, men känner inte till om dessa dokumenteras, sammanställs eller analyseras.

3.5.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

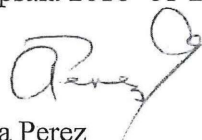
Förvaltningens uppfattning är att det finns en rutin för avvikelshantering i verksamheten. Förvaltningen konstaterar att det saknas en metod för hur synpunkter och klagomål systematiskt ska dokumenteras, sammanställas och analyseras, för att de på så vis kunna bidra till en kontinuerlig utveckling och förbättring av verksamheten. Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan, där rutin för systematisk sammanställning och analys av klagomål och synpunkter beskrivs samt en förklaring av hur implementering ska ske ges.

4 Förvaltningens avslutande kommentar

Äldreförvaltningen har genomfört en avtalsuppföljning vid Sävja Hemvård. Förvaltningens bedömning är att verksamheten är välfungerande på många sätt, dock har några förbättringsområden och enstaka brister i förhållande till krav i avtal konstaterats. Förbättringsområdena lyfts fram i rapporten och förvaltningen förutsätter att dessa åtgärdas omgående. För ändamålet krävs att utförare beskriver hur bristerna ska åtgärdas i bifogad handlingsplan.

Förvaltningen ser positivt på det stora engagemang som samtliga intervjuade visar och det utvecklingsarbete som pågår i verksamheten.

Uppsala 2016- 01-21



Ana Perez
Uppdragsstrateg



Lena Söderman
Uppdragsstrateg

Svara senast
2015-02-12

Skicka ifylld handlingsplan till
aldreforvaltningen@uppsala.se

Diarienummer
ALN-2015-0249

Handlingsplan för Sävja Hemvård

Verksamhetschef
Camilla Nystrand

Handlingsplanen kommer att diarieföras och registreras som offentlig handling.
Utföraren ska vid begäran presentera innehållet i handlingsplanen hos äldreförvaltningen.

Fylls i av utföraren Använd en rad per avvikelse/brist. Lägg till fler rader vid behov. Det går att hänvisa till bilaga, till exempel rutin eller instruktion i ledningssystem. Tänk på att hänvisningen ska vara tydlig (vilken bilaga och vilken sida).					Fylls i av äldreförvaltningen	
Område Se rapport	Åtgärd Vad utföraren ska förändra för att åtgärda bristen	Ansvarig för åtgärd	Tidplan för åtgärd	Uppföljning/Egenkontroll När och hur utföraren kommer att följa upp att bristen är åtgärdad	Godkänd Ja/Nej	Krav på ytterligare åtgärd/kommentar
Samverkan, genomförande av uppdrag, samt dokumentation Åtgärder som verksamheten kommer vidta gällande teamsamverkan mellan olika yrkeskategorier.	Vi kommer att schemalägga teammöten en gång/månad. Närvarande vid dessa möten ska vara SSK, Rehab samt omvårdnadspersonal. Rapport tid på eftermiddagarna kommer att ändras för att HSL personal ska kunna närvara.	Verksamhetschef och Driftledare	Påbörjas februari 2016. Ska vara färdigt 13/5-2016.	13/5-2016. Kontrollera att det finns planerad tid för detta i planeringssystemet, samt kontrollera att HSL personal fått kännedom om de ändrade rapporttid.	Ja	
Samverkan, genomförande av	Steg 1: Genomgång av	Steg 1 Driftledare.	Steg 1 påbörjades i januari 2016,	1/3 – 2016 Utse en dokumentations- ansvarig,	Ja	

uppdrag, samt dokumentation Åtgärder som verksamheten kommer vidta så att samtliga kunder har en upprättad genomförandeplan där det framgår mål och delmål för insatsen samt hur den enskilde ges möjlighet att delta i framttagandet av genomförandeplanen	samtliga biståndsbeslut som finns, genomföra hembesök hos samtliga kunder och då upprätta genomförandeplaner. Steg 2: Vid samverkan med biståndshandläggare, som sker 1 gång varje månad – uppdatera genomförandeplaner där beslut/behov har förändrats.	Steg 2: Verksamhetschef, driftledare, kontaktperson.	beräknas vara klart 31/8-2016. Steg 2: påbörjades i november 2015 – kommer fortsätta under hela 2016.	där en av arbetsuppgifterna är att bevaka att genomförandeplaner upprättas/uppdateras vid förändring. Detta görs genom dokumentationsgranskning 4 ggr/år – mars, juni, sep, dec. Steg 2: följs upp vid varje möte utifrån den mötesagenda som tagits fram.		
Hälso- och sjukvård inklusive hälsofrämjande arbetssätt och rehabilitering Åtgärder som verksamheten kommer vidta gällande introduktion till nyanställd hälso- och sjukvårdspersonal.	Ny organisation för hälso-och sjukvårdspersonal startade 1/2-2016, där samtlig HSL personal i hemvården kommer få samma introduktion. Nyanställd HSL personal kommer alla ha en och samma chef – vilket leder tydligare rutiner.	HSL chefen.	Genomgång och eventuell revidering av befintliga rutiner gällande introduktion.	Enkät/utvärderingsblankett av introduktionen som nyanställda får fylla i och lämna åter till HSL Chef. Vilken kan sammanställas vid årsskiftet 2016/2017.	Ja	

Hälsö- och sjukvård inklusive hälsofrämjande arbetssätt och rehabilitering Åtgärder som verksamheten kommer vidta gällande implementering av rutin för när arbetsterapeut och sjukgymnast ska kontaktas	Genomgång av befintlig rutin med var och en i personalgruppen.	Sjukgymnast/arbets-terapeut.	Färdigt 30/4-2016	Signaturlista där personalen signerar när de fått informationen/gått igenom rutinen. Lista lämnas till verksamhetschef 2/5.	Ja	
Ledningssystem för kvalitet Åtgärder som verksamheten kommer vidta för systematiskt arbete med sammanställning och analys av inkomna klagomål och synpunkter .	Den första vardagen i nästkommande månad sammanställs de synpunkter/klagomål som inkommit. Vilken typ av synpunkt? Vad är den bakomliggande orsaken till synpunkten? Vilka åtgärder har vidtagits? Finns det något samband mellan de olika synpunkterna?	Verksamhetschef	Start 1/4-2016.	Använd framtaget dokument för sammanställning. Ha det som en stående punkt på APT för att inte glömma bort. Följ upp 21/9 – kontrollera apt protokoll att uppgifterna finns med.	Ja	

