

Handläggare
Eva Erikson

Datum
2014-11-13

Diarienummer
ALN-2014-0175.30

Äldrenämnden

Avtalsuppföljning Uppland Nursing Resurs AB - Hemvård

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktande av resultatet godkänna rapporten

Ärendet

En planerad avtalsuppföljning genomfördes av verksamheten i Uppland Nursing Resurs AB den 13 maj samt 25 maj 2014, bilaga 1. I anslutning till avtalsuppföljningen har en granskning skett av den sociala dokumentationen den 16 juni, bilaga 2.

Efter genomförd avtalsuppföljning bedömde kontoret att verksamheten ännu inte slutfört arbetet med att dokumentera verksamhetens arbets sätt i och styrdokument varvid en handlingsplan - med beskrivna åtgärder - begärdes in senast den 20 augusti. Granskning av den sociala dokumentationen visade också på brister.

Begärd handlingsplan samt rutiner har inkommit till kontoret vid två tillfällen, 2014-08-20 samt 2014-10-20. Däremellan har möte mellan ledningen och kontoret ägt rum i syfte att klargöra inom vilka delar en utveckling och revidering av rutiner krävs. Vid möte 2014-10-22 fördes en dialog kring reviderade dokument. Inom området Informationsöverföring och dokumentation saknas fortfarande en tillfredsställande rutin. Senast den 4 november ska denna inkomma.

Kontorets bedömning är att nyupprättade samt reviderade dokument visar på en utveckling i positiv riktning. Om verksamheten fortsätter bedriva sitt systematiska förbättrings- och utvecklingsarbete såsom det beskrivs vid möte den 22 oktober bedöms verksamheten uppfylla de krav som ställs. Därmed ser kontoret uppföljningen som avslutad.

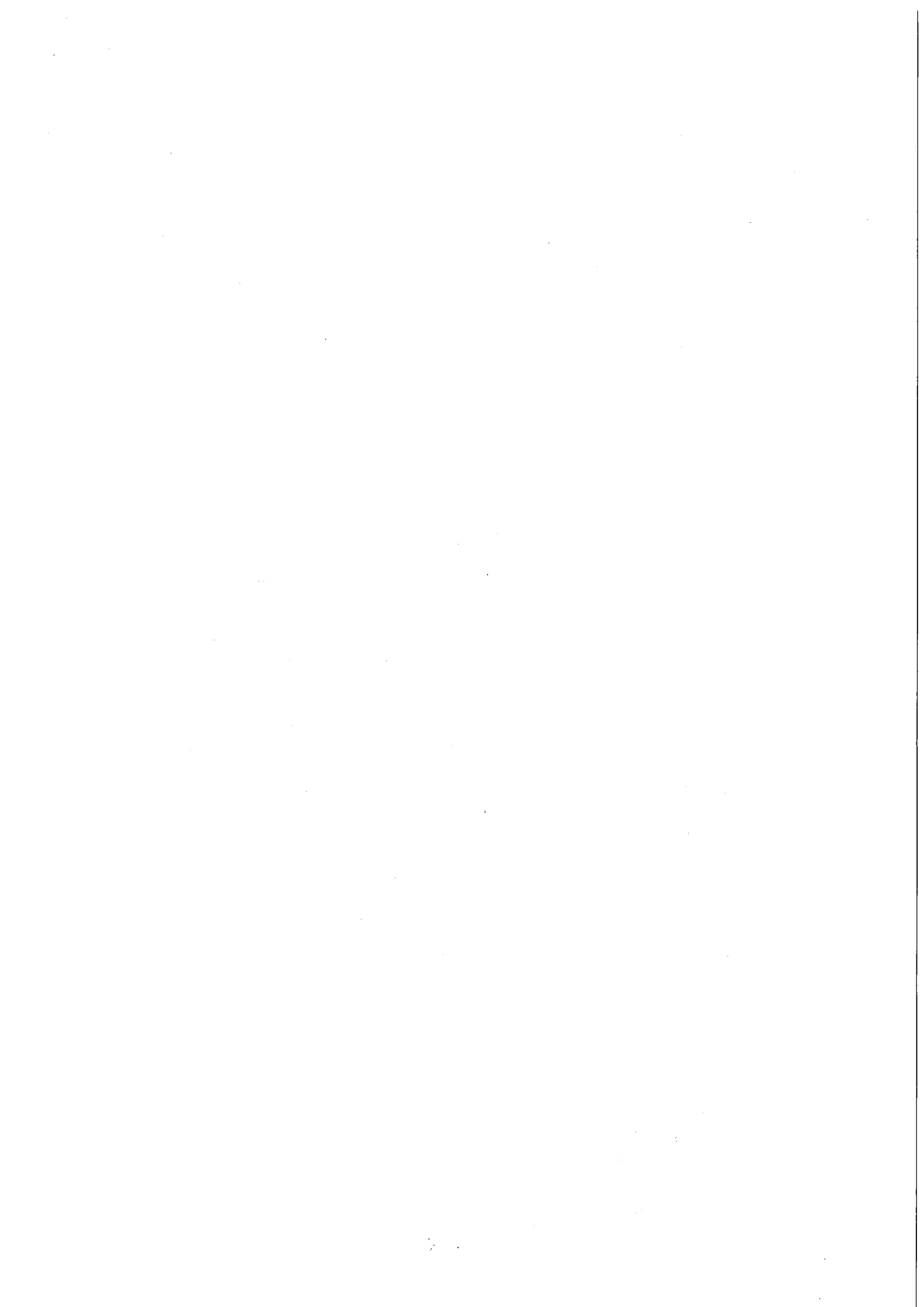
För kontoret för hälsa, vård och omsorg

Tomas Odin
T f direktör

Bilaga 1: Rapport från avtalsuppföljning

Bilaga 2: Journalgranskning

Bilaga 3: Handlingsplan, inkluderande komplettering och kommentarer från HVK



Handläggare
Eva EriksonDatum
2014-07-11Diarienummer
ALN-2014-0175

13

Uppland Nursing Resurs AB

**Avtalsuppföljning vid Uppland Nursing Resurs AB (UNR),
Hemvård (hemtjänst och hemsjukvård)****Beskrivning av den uppföljda verksamheten**

| | |
|---|--|
| Utförare och enhet | Uppland Nursing Resurs AB (UNR) |
| Adress | Salabacksgatan 58, 754 32 Uppsala |
| Verksamhetschef | Fatemeh Safaei |
| Telefon och mejladress till enheten | 073-822 37 68 fati.safaei@upplandnursing.se |
| Uppföljning utförd av | Thomas Karlsson och Eva Erikson |
| Vid uppföljningen medverkade från utföraren | Verksamhetschef Fatemeh Safaei, enhetschef Gun Gustavsson, sjukgymnast, arbetsterapeut samt två ur personalgruppen |
| Typ av verksamhet | Hemvård (hemtjänst och hemsjukvård) |
| Totalt antal brukare | Ca 27 |
| Avtal | ALN-2010-0197 |
| Avtalstid | 2013-06-01 – 2015-02-14 |
| Datum för uppföljning | 2014-05-13 och 2014-05-25 |

Utföraren bedrivit hemvård (serviceinsatser) sedan februari 2011 och från januari 2012 även har ett uppdrag att utföra omvårdnadsinsatser mellan klockan 07-22. Företaget har i dagsläget 26-27 kunder varav en av dem endast har hälso- och sjukvårdinsatser.

1 Sammanfattning

Nedanstående områden har varit fokusområden i den nu genomförda uppföljningen. Kontorets slutsatser sammanfattas i nedanstående punkter. För utförligare kommentarer se respektive område i rapporten.

Organisation, arbetsledning och bemanning

- I bifogad handlingsplan (*se bilaga 2*) vill HVK ta del av uppgifter som visar hur många timmar som utförts av timanställda under för årets fyra första månader samt personalomsättning för perioden.
- HVK begär i bifogad handlingsplan uppgift om när intern samverkan sker samt önskar ta del av rutin för teammöten där det ska framgå vilka professioner som deltar.
- HVK begär i bifogad handlingsplan uppgift om hur utföraren säkerställer att samtliga anställda, tim-, visstids och fastanställda har muntliga och skriftliga kunskaper i svenska språket.
- HVK begär i handlingsplan en redogörelse som visar hur kunders behov av arbetsterapeut och sjukgymnast identifieras.

Avvikelser, synpunkter och klagomålshantering

- Vissa rutiner i ledningssystemet har behov av en översyn/revidering. De rutiner som avses gäller synpunkter, klagomål, Lex Sarah, avvikelser hälso- och sjukvård samt informationsöverföring och dokumentation. Dessa ska enligt handlingsplanen delges HVK efter att en revidering har skett.
- Flera av de intervjuade saknade tillräcklig kännedom om det ledningssystem och de rutiner som finns i verksamheten. Samtlig personal i verksamheten måste på nytt informeras enligt bifogade handlingsplan.
- En beskrivning av hur samtliga anställda ska ges möjlighet till två dagars sammanhängande ledighet varje vecka ska bifogas handlingsplanen.

Kompetens och kompetensutveckling

- Kunskaper i svenska språket är ett förbättringsområde. HVK begär att i bifogade handlingsplan få information hur bristerna ska åtgärdas. (*se avsnitt 3.1*)
- HVK begär i handlingsplan information om samtliga medarbetare haft ett medarbetarsamtal under det senaste året och om individuella kompetensutvecklingsplaner tagits fram.

Kontaktmannaskap

- HVK noterar en viss osäkerhet hos personalen om det finns en rutin för kontaktmannaskap och önskar därför få ta del av denna.

Värdegrund, aktiv och meningsfull tillvaro, samvaro och samverkan

- HVK noterar att samtliga intervjuade lyfter ett gott bemötande som grunden till bra kontakt mellan kund och personal.
- Någon värdegrundsledare uppges inte finnas i verksamheten och HVK begär i handlingsplanen en beskrivning av hur kravet gällande äldrenämndens värdegrund och lokala värdighetsgarantier ska tillgodoses.

Mat, måltider och nutrition

- HVK bedömer att ska-krav inom området till största del är uppfyllda.
- HVK noterar att personalens rätt till rast inte tillgodoses då det framkommer att de äter sin medhavda mat hemma hos kunden - såvida inte ett biståndsbeslut finns för insatsen.
- Kunderna erbjuds dock inte bedömning med bedömningsinstrumentet Mini Nutritional Assessment (MNA) i den omfattning som kravställs. Uppföljning av tidigare registrering sker inte heller i avsedd omfattning. Hur detta ska tillgodoses ska beskrivas i bifogad handlingsplan (*se avsnitt 3.8*).

Informationsöverföring och dokumentation

- HVK vill lyfta den risk som finns när annan person än den som utfört insatser hos kund är den som dokumenterar i den sociala journalen. De som dokumenterar uppges dessutom sakna utbildning i social journalföring. HVK begär i handlingsplan en beskrivning som visar hur utföraren säkerställer kompetens avseende social dokumentation inom verksamheten.
- HVK bedömer att en rutin saknas med syfte att säkerställa informationsöverföring före och efter ett arbetspass samt hur och när dokumentation i den sociala journalen ska ske. Enligt bifogad handlingsplan ska rutin tas fram som tydliggör dessa delar. Rutinen ska delges HVK.
- Vid intervjuerna framkommer att personalen inte har tillgång till verksamhetens lokal, vilket måste åtgärdas snarast. I bifogad handlingsplan ska åtgärderna framgå.

Hälso- och sjukvård inkl. rehabilitering

- HVK informeras att rutin för fallprevention finns. Denna ska bifogas handlingsplanen.
- HVK noterar att det saknas anhörigombud och rutin för anhörigvänlig omsorg. Hur detta ska tillgodoses ska beskrivas i bifogad handlingsplan.
- Dokumenterade urvalskriterier för när rehabpersonal ska tillkallas eller informeras saknas. Det uppges vara sjuksköterskorna som gör bedömningen. I handlingsplanen som bifogas ska framgå de urvalskriterier som tillämpas i verksamheten.
- Sjukgymnast och arbetsterapeut endast en gång i veckan i verksamheten. Hur ett flexibelt behov tillgodoses ska framgå av bifogad handlingsplan.
- Senior Alert används främst för riskbedömningar. Åtgärd eller uppföljning saknas ofta. Redogörelse hur arbetet kan förbättras ska framgå i bifogad handlingsplan (*se 3*).
- Uppföljning av ordinerad träning sker genom att rehabpersonalen ringer till personalen eller omvänt. Hur detta kan ske på ett säkrare sätt ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

1.1 Krav på åtgärder

Kontoret begär att Uppland Nursing Resurs AB senast 20 augusti 2014 återkommer med en handlingsplan om hur konstaterade brister ska åtgärdas samt tidplan för detta. Handlingsplanen ska skrivas i av kontoret tillhandahållen mall, *se bilaga 2*.

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

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Avtalsuppföljningen är en planerad uppföljning.

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, inlämnad statistik i tertial samt valda delar från utförarens ledningssystem. Kontoret har därmed inte granskat samtliga av utförarens dokumenterade rutiner i verksamhetens ledningssystem för kvalitet och övriga dokument. Kontorets bedömning utgår således från den information som lämnats vid intervjutillfället och som återfinns i granskade dokument.

Kontoret 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/sjuksköterska, enhetschef/sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast samt två omvårdnadspersonal på enheten. Intervjuerna hölls separat med respektive yrkeskategori.

Dokumentstudier har genomförts av följande dokument: *Processbeskrivning av vårt ledningssystem*, *Rutin för anmälan om missförhållanden enligt socialtjänstlagen*, *Avvikelsehantering*, *Synpunkter och klagomål*, *Rutiner kring evidensbaserade metoder och Händelsehanteringen*. Dokumentationsgranskning av journaler har också genomförts som en del av avtalsuppföljningen (se bilaga 1).

3 Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

3.1 Organisation, arbetsledning och bemanning

3.1.1 Iakttagelser

Tillsvidareanställd personal är, förutom VC, hennes ställföreträdare (tillika enhetschef). VC berättar att de båda är sjuksköterskor och har lång erfarenhet från arbete i kommun och landsting. Enhetschefen som sedan maj 2014 arbetar 75 % har vidareutbildning inom öppen hälso- och sjukvård samt psykiatri. VC informerar att hon arbetar dagtid mellan måndag till fredag samt att helger, jour/larmtelefon delas med enhetschefen. Förutom cheferna finns tre undersköterskor med tillsvidareanställning i verksamheten. VC informerar att hon vid nyanställning eftersträvar att anställa personal som har utbildning motsvarande undersköterska. I övrigt utgörs omvårdnadspersonalen av 26-27 visstidsanställda, som arbetar mellan 40-80%. Flertalet av dessa tjänstgör på schema med varierande längd. Diskussion förs utifrån Tertialrapport 3 2013 avseende timmar och kontinuitet. VC uppger att hon svarat på T1 2014. Angående kontinuitet hos kunderna informerar VC att kunderna har besök från en till tre olika personer.

Vidare informerar VC att de har tillgång till rehabpersonal, såväl sjukgymnast som arbetsterapeut vid behov på timmar. Teammöte med bl. a. rehabpersonalen sker varje vecka på onsdagar och därefter kan de kontaktas de vid behov.

VC är stolt över sin personal och framför att "det känns att de kommit igång". Personalen uppges trivas, det är lugnt och trivsamt, ingen oro. VC informerar vidare att ingen i personalgruppen vill sluta. Hon uppger sig vara stolt över att bidra till att arbetslösa och skilda mm kan få sin försörjning.

Ett område som VC och även de legitimerade identifierar som förbättringsområde är kunskap i svenska språket. De berättar att personalen kan uttrycka sig muntligt men att någon av dem behöver vara med när personalen ska dokumentera i journal för att säkerställa kvaliteten. Någon specifik utbildning gällande social dokumentation har varken VC eller EC. Vid nyanställning fokuseras särskilt på kunskaper i svenska språket. Detta sker genom att såväl intervjuer som introduktion sker på svenska. Någon dokumenterad rutin eller checklista för introduktion av nyanställd personal finns inte, men VC uppger bl.a. att nyanställd personal informeras av henne eller av EC om olika rutiner. Exempel på rutiner som nämns är hantering av telefon (där det även finns en checklista), delegering, läkemedel, klagomål och synpunktshantering m.fl. Någon uppföljning av introduktionen genomförs inte enl. VC. I dagsläget finns inga studenter i "verksamhetsförlagd utbildning" i verksamheten, men VC berättar att de tidigare under en två veckors period haft studerande från omvårdnadsprogrammet.

Samarbetet med biståndshandläggarna fungerar "ibland bra" enligt VC. Framförallt upplever hon svårighet att få biståndshandläggarna att förstå när någon av deras kunder behöver ytterligare insatser eller framförallt mer tid till en befintlig insats t ex social samvaro. "Det finns många ensamma åldringar" och VC upplever att det är relativt svårt att få kontakt med biståndshandläggare då det inte finns direktnummer utan "vi lämnar ett meddelande till deras gemensamma informationsgrupp". Det kan enligt VC ta upp till en månad innan hon blir

uppringd av en handläggare efter att meddelande lämnats. Många kunder med andra kulturer och språk uppges kontakta VC för att få hjälp med "allt". Vid diskussion om direkt och indirekt tid så uppskattar VC att den direkta tiden hos kund är cirka 70 % av tiden.

I intervju med de legitimerade berättar sjuksköterskan att hon är stolt över det kundfokus som man har i verksamheten och säger att "det bedrivs verkligen en kundanpassad hemvård". Hon informerar vidare att "ett fåtal personer besöker kunderna", som många gånger har en annan bakgrund eller kultur än den svenska. Vidare uppger hon att det finns en risk att personalen blir "för nära" kunden där gränsen till det professionella kan passeras. En del kunder ser personalen som "pigor", som ska göra "allting" och risk finns att personalen blir "utnyttjade". Sjuksköterskan i sin egenskap av EC arbetar tillsammans med VC för att tydliggöra uppdraget för personalen och vad som ingår i insatsen för kunderna. Detta upplevs som ett ständigt pågående förbättringsområde i verksamheten.

Samtliga intervjuade känner till att EC ersätter VC vid frånvaro. Någon dokumenterad ansvars- eller arbetsfördelning är inte uppräddad. Fördelning av arbetsuppgifter dem emellan sker vid i stort sett dagliga möten. EC uppger att hon är väl insatt i VC arbetsuppgifter.

Arbetsterapeut och sjukgymnast delar sjuksköterskans/EC beskrivning av verksamheten enligt ovan och säger att deras arbete "flyter på". Vidare informerar arbetsterapeuten att det är VC eller EC som "bedömer" fallrisk hos kund, och att de kontaktas via telefon eller får information då de är på kontoret, "när de är tveksamma". Hon informerar vidare att det oftast är VC eller EC som träffar kunden och fångar in ett behov av t ex rollator som därefter verkställs av arbetsterapeuten.

Sjukgymnasten berättar om sin introduktion då VC "gick igenom" verksamheten och de förväntningar som finns på hennes uppdrag. Sjukgymnasten uppger att hon fått möjlighet att berätta om sina egna förväntningar på arbetet och att hon utifrån sin legitimation och profession känner sig fri att agera när hon ser ett behov hos en kund.

Från omvårdnadspersonalen intervjuas två personer. De uppger att de är stolta över verksamheten, att chefen är bra, och att planering och organisation fungerar på ett bra sätt. De påpekar att i jämförelse med arbete i kommunen (egen regi) är det bättre ordning och lättare att lösa problem som uppstår. "Det är lätt att få kontakt med ledningen när man arbetar i små grupper i ett litet företag", och de jämför med tidigare tjänster som ledsagare och kontaktperson då de fått mycket lite stöd. Arbetet upplevs mer varierande än hos tidigare arbetsgivare och säger att de nu har möjlighet att växa i sin yrkesroll vid t ex delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift. Den goda kontakten mellan varandra i grupperna och med sjuksköterskan lyfts också fram.

En av de intervjuade är utbildad undersköterska sedan 2012. Hon har varit anställd i verksamheten i snart ett år och är nu tillsvidareanställd på 50 % samt visstidsanställd på timmar motsvarande ca 20 % varje månad. Den andra intervjuade personalen hade relativt nyligen påbörjat utbildning till undersköterska och har en visstidsanställning på ca 50 % vid sidan av studierna. De båda intervjuade uppger att det "alltid kommer nya" personer som ska arbeta i verksamheten. På relativt kort tid har totalt 8-9 nya personer rekryterats. Två personal har slutat under samma period. Båda uppger att de deltog i "rekryteringsarbetet" och genom sina privata kontakter försöker finna personer som kan exempelvis arabiska, för att tillgodose

kunders/verksamhetens behov. Krav på undersköterskeutbildning kan då inte alltid säkerställas. Enligt de intervjuade så finns en lista som används vid introduktion i "rutinpärmen". Deras uppfattning är att nyanställda får "gå dubbelt" två dagar eller vid fler tillfällen om det finns behov. I introduktionen ingår att få information om hur insatser ska utföras hos kunderna.

3.1.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Vid avtalsuppföljningen diskuteras den stora andel timanställda som redovisas i tertial 3 2013 (= 7500h). Enligt VC finns aktuella uppgifter i tertial 1 2014. Vid kontroll av HVK finns inga uppgifter inlämnade. HVK noterar att den beskrivna personalomsättningen inte ger utrymme för personalmedverkan vid framtagande av rutiner eller vid ett ständigt pågående systematiskt förbättringsarbete. I bifogad handlingsplan vill HVK ta del av personalomsättningen och det antal timmar som utförts av timanställda för årets fyra första månader.

VC uppger att teammöte med bl. a. rehabpersonalen sker varje vecka på onsdagar. Dessa uppgifter bekräftas inte av de legitimerade. HVK begär i bifogad handlingsplan uppgift om när intern samverkan sker samt önskar ta del av rutin för teammöten där det ska framgå vilka professioner som deltar.

HVK begär i bifogad handlingsplan uppgift om hur utföraren säkerställer att samtliga anställda, tim-, visstids och fastanställda har muntliga och skriftliga kunskaper i svenska språket enligt gällande krav i avtalet.

HVK begär i handlingsplan en redogörelse som visar hur kunderns behov av arbetsterapeut och sjukgymnast identifieras.

3.2 Avvikelse, synpunkter och klagomålshantering

3.2.1 Iakttagelser

VC berättar att hon tagit del av Socialstyrelsens Handbok *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*, men att det ändå inte är så lätt att förstå. Hon beskriver vidare hur de arbetar med systematiskt kvalitetsarbete för att garantera god kvalitet i arbetet. VC berättar vidare att det finns olika rutiner i verksamheten och att vissa av dem skickats in till HVK. Samtliga rutiner finns samlade i en pärm i lokalen för att vara lätt tillgängliga. Lång diskussion förs under intervjun om ledningssystemet och det behov av översyn/revidering av vissa rutiner som finns t ex de om avvikelser samt lex Sarah. VC framför att hon kommer skicka in en ny Patientsäkerhetsberättelse avseende 2013 till sektionen för medicinskt vård- och rehabiliteringsansvar då den tidigare inskickade gällde för 2012 års verksamhet.

VC informerar att hennes ställföreträdare (EC) hade planerat in en kurs i ledningssystem denna vecka men att detta inte blivit av. De intervjuade informerar om den rutin och blankett för synpunkter och klagomål som finns i verksamhetens ledningssystem. Samtliga berättar om blanketten som finns i en mapp hemma hos kunden. Övrigt som förvaras hemma hos kunden är "insatsplan, genomförandeplan, signaturlistor, blankett för avvikelse rapportering och kontaktuppgifter". VC är den som tar emot och hanterar eventuella klagomål samt återkopplar till den som framfört klagomålet. Några synpunkter har dock inte kommit in på verksamheten, enligt de intervjuade som säger att om så sker så är det viktigt att ta vara på informationen för

att höja kvaliteten i verksamheten. De intervjuade ur personalgruppen berättar om (och visar) verksamhetens pärm med rutiner och styrdokument för bl. a. avvikelser, synpunkter och klagomål. Personalen hade god kännedom om sin rapporteringsskyldighet både gällande lex Sarah och hälso- och sjukvårdsavvikelser. När de var nyanställda hade de dock upplevt att det var svårt att skriva ner en händelse och orsaken till denna på en blankett. Det var lättare att muntligen rapportera vad som hänt till VC eller EC. Att VC rapporterar de allvarligaste händelserna till kommunen (MAS) har de kännedom om.

Varken arbetsterapeut eller sjukgymnast har någon direkt kännedom om ledningssystemet eller om SOSFS 2011:9. En av dem är "nästan säker på att det finns en rutin avseende klagomål" i verksamheten. De informerar vidare att de inte har några problem med att kunna framföra synpunkter till ledningen och ser att de har god möjlighet att påverka verksamhetens utveckling.

Personalen framför att de alltid försöker fråga kunderna vad de kan göra bättre om någon inte är nöjd med insatsens utförande. Vidare uppger de att de visst haft kunder som de haft svårt att bemöta. Exempelvis hade de en kund som var mycket arg och ingen personal ville därför gå till denne. De försökte då att med ett bra bemötande göra kunden trygg och efter några månader fungerade besöken problemfritt och den sista tiden, innan kunden avled hade de fått en "våldigt nära" och bra relation till denne. "Mycket handlar om att göra kunden trygg", enligt de intervjuade.

Personalen uppger att de kan "ta upp allt" som de har behov av med VC. En av de intervjuade informerar att hon inte har fler än två till tre kunder för att kunna tillgoda en bra kontinuitet. Strävan efter kontinuitet har t ex lett till att en av de intervjuade fördelat sin arbetstid över sex dagar i veckan och endast hade lördagen som ledig dag. Vid förhinder att utföra insatsen enligt planering så kontaktas alltid kunden och man kommer överens med kunden om en ny tid. Det var inga problem, enligt de intervjuade i personalgruppen.

3.2.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK gör bedömningen att utförarens ledningssystem är ett förbättringsområde och att översyn/revidering av rutinerna behövs så att även ansvarsfördelningen tydligt framgår i dessa. Främst gäller det rutin för synpunkter, klagomål, lex Sarah samt avvikelser gällande hälso- och sjukvård. HVK begär att få ta del av reviderade rutiner enligt ovan.

HVK noterar att varken arbetsterapeut eller sjukgymnast har någon direkt kännedom om ledningssystemet eller om SOSFS 2011:9 och ser att VC omedelbart måste åtgärda detta.

Strävan efter kontinuitet har t ex lett till att en av de intervjuade fördelat sin arbetstid över sex dagar i veckan och endast hade en ledig dag per vecka. HVK ser ett behov av en schemaöversyn så att även visstids-/timanställd får möjlighet till veckovila enligt gällande lagstiftning.

3.3 Kompetens och kompetensutveckling

3.3.1 Iakttagelser

Medarbetarsamtal sker i samband med lönerevisionen, enligt VC, som informerar att det som regel sker en gång per år. I samtalet förs en dialog bl.a. om hur personen utfört sitt arbete och vilket behov kompetensutveckling som finns. En plan för detta uppges finnas för varje personal. En av de intervjuade informerar att hon validerats till undersköterska. VC informerar vidare om de interna utbildningar som genomförs i verksamheten. De intervjuade i personalen ger samma bild som VC. En av dem berättar om en nyligen avslutad kurs i psykisk hälsa för äldre och hur nöjd hon är över att ha fått tillfälle att delta. Enligt VC har några av kunderna demenssjukdom. Bland personalen är det framförallt undersköterkorna som har kunskap i området säger VC. Hon har nyligen läst Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom och informerat personalen om denna bl.a. vid en arbetsplatsträff. Personalen som intervjuas uppger inte att de har fått nya kunskaper i demenssjukdom. Däremot framför de gruppens behov av diabeteskunskap. VC berättar att hennes ställföreträdare kommer genomföra en heldagsutbildning i systematiskt kvalitetsarbete i Stockholm nästa vecka (v.21).

I intervju med EC framkommer åter igen att kunskaper i svenska språket hos flera i personalgruppen är ett förbättringsområde. Verksamheten har inget skriftligt språktest utan det är i samtalet med personal som man avgör om denne har tillräckliga kunskaper. Att skriva brukar vara ett större problem för personalen.

De legitimerade informerar att de inte fått uppdrag att bevaka några särskilda kunskaps- eller forskningsområden. Dock uppger de det egna intresset att bevaka och läsa facklitteratur. Vidare berättas att sjukgymnasten gått kurs i fysisk aktivitet på recept (FAR) samt att VC uppmuntrat rehabpersonalen att gå kurser som hjälpmedel i Uppsala län (HUL) erbjuder. En av de intervjuade har haft samtal med VC för att diskutera lön men det har inte uttryckts att det var ett medarbetarsamtal. Om samtalet dokumenterades är oklart liksom om en individuell kompetensutvecklingsplan tagits fram.

3.3.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

I intervjuerna framkommer att kunskaper i svenska språket hos flera i personalgruppen är ett förbättringsområde. Verksamheten har inget skriftligt språktest utan det är i samtalet med personen som språkkunskaperna avgörs. HVK begär att i bifogade handlingsplan få information hur brister mot krav i avtalet ska åtgärdas (*se avsnitt 3.1*).

HVK noterar att några intervjuade inte vet om de haft medarbetarsamtal och om kompetensutvecklingsplaner finns. HVK begär därför i handlingsplan information om samtliga medarbetare haft ett samtal under senaste året och om individuella kompetensutvecklingsplaner tagits fram.

3.4 Kontaktmannaskap

3.4.1 Iakttagelser

VC uppger att det finns en rutin i verksamheten för kontaktmannaskap. Kontaktmannen utses bland de som oftast går till en kund. Därefter informerar VC kunden om vem det är och vad

kontaktmannaskapet innebär. Kontaktuppgifter till kontaktmannen finns i den enskildes dokumentation/mapp i hemmet tillsammans med övrig information om ansvarig sjuksköterska och läkare m.fl. Enligt VC är kontaktmannaskapet känt bland personalen och de har kunskap om vad rollen som kontaktman innebär, exempelvis att gå på promenad med kunden och ha kontakt med anhöriga etc.

De intervjuade ur personalgruppen känner inte till om det finns en rutin inom området men de berättar att det finns en som är huvudansvarig för en kund och en ersättare för denne vid frånvaro.

3.4.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK noterar en viss osäkerhet hos personalen om det finns en rutin för kontaktmannaskap och önskar därför få ta del av denna.

3.5 Värdegrund, aktiv och meningsfull tillvaro, samvaro och samverkan

3.5.1 Iakttagelser

I intervjun berättar VC att hon har kännedom om äldrenämndens värdegrund (TITORB). Hon lyfter specifikt fram vikten ett bra bemötande och respekten för kunderna för att dessa ska kunna känna sig trygga. Information och diskussion om detta förs bland annat vid arbetsplatsträffar. Någon värdegrundsledare uppges inte finnas i verksamheten, men VC kommer skicka personal på en sådan utbildning när tillfälle ges till detta. VC informerar vidare att hon frågar kunderna om de har några speciella önskemål om hur de vill ha sina insatser utförda. Hon framför att kunderna önskar att det endast är ett fåtal personal (1-3 personer) som utför besöken hos dem och att de uppges vara mycket nöjda med detta. EC Informerar att hon känner till TITORB och att hon nyligen gått en kurs i värdegrund. Hon uppger också att hon därefter spridit kunskapen vidare i organisationen. I samtalen med personalen är det ett återkommande ämne att diskutera, speciellt förhållningssätt och bemötande. VC och EC informerar att de försöker uppmuntra kunderna att delta i olika sociala aktiviteter såsom träffpunkter, seniorrestauranger m.m. Som exempel nämns att några av kunderna besöker Iranska föreningen och träffpunkten Bozorgan regelbundet.

De legitimerade har ingen direkt kommentar angående värdegrundsarbetet, men de uppger att dialogen med kunden är viktig, samt att vara lyhörd för deras önskemål och behov. Vidare påtalar de vikten av att utifrån sin profession kunna "rekommendera en viss insats" men att de aldrig genomför insatser som är emot kundens egen vilja. Dock är det viktigt att motivera kunden och ibland även anhörig. De lyfter särskilt vikten av att lyssna på kunden (och anhörig) för att skapa tillit och för att få kunden nöjd. Det går som regel alltid att komma fram till lösning som kunden blir nöjd med. Rehabpersonalen framför angående sociala kontakter att "en del kunder är ensamma människor, som inte vill besvara". De brukar därför tipsa om aktiviteter som kan ske tillsammans med personal som t ex promenader, besöka bibliotek, en träffpunkt eller restaurang.

Personalen uppger att de pratat om värdegrunden vid något möte. Vidare berättar personalen hur de går tillväga när de får en ny kund, att det är biståndsbeslutet som är styrande för vilka insatser som skall utföras. De påtalar vikten av att fråga kunden hur denne vill ha sina insatser utförda. Första mötet med kunden handlar mycket att presentera vilka de är, vilket land de

kommer ifrån och vilket språk de talar. Eftersom insatser ofta innehåller sysslor av privat natur så frågar de alltid kunden "tillåter du att ..." Varje besök därefter blir lättare ju bättre de lär känna varandra personalen och kunden.

Samverkan med biståndshandläggarna sker inte så ofta enligt EC, vilket främst sker när de träffas hemma hos kunden. Kontakter har också tagits med Äldreombudsmannen vid något tillfälle.

3.5.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK noterar att samtliga intervjuade lyfter ett gott bemötande som grunden till bra kontakt mellan kund och personal. Någon värdegrundsledare uppges inte finnas i verksamheten och HVK begär i handlingsplan en beskrivning av hur kravet gällande äldrenämndens värdegrund och lokala värdighetsgarantier ska tillgodoses.

3.6 Mat, måltider och nutrition

3.6.1 Iakttagelser

VC informerar att rutinen för mat och måltider är känd i hennes verksamhet. De arbetar gemensamt med bedömningar i Senior Alert, men det är EC/sjuksköterskan som ansvarar för bedömningsinstrumentet Mini Nutritional Assessment (MNA). Personalen har, enligt VC uppdrag att uppmärksamma kundernas intag av mat och dryck och rapportera till henne eller till EC när problem uppstår.

Det framkommer i intervjun med VC att några kunder som inte har så bra aptit kan få sällskap vid måltiden genom att personalen äter sin medhavda mat tillsammans med kunden (om denne vill det). Kunderna upplever detta som positivt. VC beskriver att "invandrarna inte är så intresserade att gå och äta lunch på restaurang" men uppger samtidigt att till en av kunderna hämtas (varannan dag) nylagad mat/lunch på restaurangen vid Svartbäcksgatan. Personalen värmer sedan maten hos kunden. En lunchlåda iordningsställs och förvaras i kylskåpet till dagen efter. VC uppger vidare att man i verksamheten i övrigt inte hanterar någon mat, förvarar i kylskåp o.s.v.

Sjuksköterskan berättar att bedömningsinstrumentet MNA i Senior Alert är känt men om det rutinmässigt används och erbjuds kunderna är tveksamt. Det handlade mer om att när sjuksköterskan fick en signal om att en kund inte har så god aptit så användes instrumentet.

Riktlinjer för mat, måltider och nutrition finns enligt personalen i rutinpärmen. Om en kund inte äter eller äter "dåligt" noteras detta på "ett papper" som lämnas till VC. Vidare framkommer att de kan tillhandahålla/leverera mat för personer med särskilda behov, ex kunder som har svårigheter att tugga eller har diabetes. Av biståndsbeslutet framgår vad den enskilde ska ha hjälp med. De intervjuade berättar att biståndsbeslutet konkretiseras i en genomförandeplan där det framkommer hur den enskilde vill ha sin matsituation. Personalen berättar vidare att de frågar kunderna hur de vill ha det, vilket kan innebära att de lagar mat till kunden i dennes bostad. Ytterligare framförs att personalen genomför inköp/handlar varor tillsammans med den enskilde eller efter en inköpslista som man gjort efter kundens önskemål. Man förvarar ingen mat i verksamhetens kylskåp, men det har hänt att man förvarat kunders dricka i kylskåpet.

3.6.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK bedömer att ska-krav inom området till största del är uppfyllda.

Det framkommer under intervjun att personalen äter sin medhavda mat hemma hos vissa kunder med behov av sällskap och stöd. HVK noterar att personalens rätt till rast inte tillgodoses med denna lösning såvida inte ett biståndsbeslut finns för insatsen.

Kunderna erbjuds inte bedömning med bedömningsinstrumentet Mini Nutritional Assessment (MNA) i den omfattning som kravställs, enligt uppgifter från utvecklingsledaren i Senior Alert. Uppföljning av tidigare registrering sker inte heller i avsedd omfattning. HVK begär i handlingsplan en beskrivning av hur kravet ska tillgodoses.

3.7 Informationsöverföring och dokumentation

3.7.1 Iakttagelser

En lång diskussion förs vid uppföljningen med VC gällande informationsöverföring *inför* ett arbetspass. Personalen uppger att de går direkt hemifrån till kunderna - utan att först gå till kontoret för att ta del av dokumentation eller annat som kan ha inträffat hos kunden sedan de senast besökte denne. VC beskriver att kunderna "berättar själva om de kan". Ibland kontaktas VC under besöket om behov uppstår. Vidare informerar hon att personalen inte dokumenterar i journalen (Siebel) *efter* ett arbetspass. De kommer till lokalen ca en gång i veckan för att dokumentera om inte behov finns av att dokumentera särskilt viktiga händelser. Ovanstående arbetsordning bekräftas av sjuksköterskan och intervjuade i personalgruppen som också berättar att någon från ledningen sitter med personalen "för att kvalitetssäkra vad och hur man skriver". Diskussion om vikten av att dokumentera följer. Under denna dialog framkommer att personalen åker direkt hemifrån till sina kunder och att restiden mellan kunderna inte är betald arbetstid. Det är oklart om det finns någon rutin för social dokumentation. De intervjuade uppger dock att utförda insatser signeras på signeringslistor.

VC berättar vidare att vid upprättandet av genomförandeplanen används biståndsbeslutet som grund. Det är som regel VC, hennes biträdande och anhörig som deltar vid upprättandet. Därefter lämnas en kopia till kunden och till biståndshandläggaren. I genomförandeplanen beskrivs hur kunden vill ha sina insatser utförda. Datum för när planen ska följas upp framgår, enligt VC som också informerar att personalen använder genomförandeplanen i det dagliga arbetet. På frågan hur utevistelse tillgodoses så svarar VC att det utförs om det finns med i biståndsbeslutet, "det är inget som ordinerar av sjukgymnast eller arbetsterapeut". Diskussion förs om möjligheten för omvårdnadspersonalen att läsa en delad anteckning från sjuksköterskan med sökord Vårdrelation i Siebel. Funktionen används inte i dagsläget.

Ett problem som framkommer vid intervjuerna är att personalen inte har tillgång till verksamhetens lokal. EC berättar att problemet kan komma att lösas genom att installera ett kodlås så att personalen kan komma in när ledningen inte är där. VC och EC delar på dygnet och någon av dem är alltid i tjänst, på kontoret eller via telefon. Arbetssättet fungerar så länge verksamheten inte är större, enligt sjuksköterskan som också berättar att man i verksamheten diskuterat möjligheten att skapa teammöten men att det ännu inte har blivit av. Endast vid ett tillfälle har de haft ett möte liknande ett teammöte. Sjuksköterskan berättar att om Natthemsjukvården kontaktats angående en kund så får de rapport via fax på morgonen.

Hennes uppfattning är att varken natthemsjukvården eller nattpatrullen dokumenterar i verksamhetens journaler.

Rehabpersonalen informerar att rapportering ofta sker via telefon eller när de varit inne i verksamhetens lokaler "gången innan". En av de intervjuade uppger dock att de passar på att informera varandra och de som finns på plats då de träffas "informellt" på kontoret.

De intervjuade i personalgruppen uppger att samtliga kunder har en genomförandeplan. En rutin för upprättandet finns i rutinpärmen. De berättar att genomförandeplanen "skrivs tillsammans med kunden och/eller anhörig". Exempelvis kan det framgå att en kund ska ha hjälp med dusch och vem av personalen som ska hjälpa kunden. Enligt personalen skriver man inte alltid hur insatsen ska utföras. Vidare framkommer att personalen "samtalar med varandra i respektive språkgrupp" om den enskilde och vad/hur insatsen ska utföras. De informerar också att de ofta ringer varandra eller VC för att rapportera om det hänt något speciellt. Vilket kan inträffa om t ex kundens hjälpbehov varit större än förväntat och inte tiden har räckt till. VC kan då godkänna att personalen stannar ytterligare en stund. Det händer att de påtalar ett utökat behov av insats/tid för de anhöriga så att de kan ansöka om detta hos biståndshandläggaren. Att tiden inte räcker till uppges vara ett relativt vanligt problem. Biståndshandläggaren kontaktar VC ibland för att få en förklaring till varför de varit hos kunden längre tid än vad som är beviljat.

3.7.2. Kontorets kommentarer och slutsatser

Enligt tidigare översänt dokument från granskning av den sociala dokumentationen (2014-06-16) uppfylls inte kraven utifrån 11 kap 5§ SoL samt SOSFS 2006:5. Utföraren förväntas omedelbart åtgärda bristerna (*se bilaga 1*). Dokumentationen kan åter komma att granskas

HVK vill påpeka den risk som finns när annan person än den som utfört insatser hos kund är den som dokumenterar i den sociala journalen. De som dokumenterar uppges dessutom sakna utbildning i social dokumentation. HVK begär i handlingsplan en beskrivning som visar hur utföraren säkerställer kompetens avseende social dokumentation inom verksamheten.

HVK bedömer att det saknas en rutin med syfte att säkerställa informationsöverföring före och efter ett arbetspass samt hur och när dokumentation i den sociala journalen ska ske. Utföraren uppfyller inte kraven i avtalet och inte heller SOSFS 2006:5 och 2011:9. Enligt bifogad handlingsplan ska rutin tas fram som tydliggör dessa delar. Rutinen ska delges HVK.

Vid intervjuerna framkommer att personalen inte har tillgång till verksamhetens lokal, vilket måste åtgärdas snarast. I bifogad handlingsplan ska åtgärderna framgå.

3.8 Hälso- och sjukvård inkl. rehabilitering

3.8.1 lakttagelser

VC berättar att det i dagsläget finns en kund som endast har hälso- och sjukvårdsinsats. Hon informerar också att det främst är hantering av läkemedel som delegeras omvårdnadspersonalen. Någon gång har arbetsterapeut och sjukgymnast delegerat gångträning. Signeringslistor (journalhandling) vid utförandet används vid delegering. Sjuksköterskorna (VC och ställföreträdande) har utbildning i inkontinensvård och

förskrivningsrätt av inkontinenshjälpmedel. VC informerar att den andra sjuksköterskan är utsedd att vara palliativt ombud. Vidare säger hon att de inte har någon anhöriganställning, men att en personal enligt sitt schema besöker sin mor vid några tillfällen i veckan. Det framkommer också i intervjun att det saknas anhörigombud och rutin för anhörigvänlig omsorg.

VC informerar att de bedömningsinstrument som finns i Senior Alert används på nya kunder. Hennes kollega har ett särskilt ansvar enligt en fördelning som finns. Efter samtycke kontrolleras nya kunders vikt, längd, blodtryck mm. Vidare gör man riskanalyser i form av ex. fallriskbedömning. VC uppfattning är att alla uppgifter registreras. Det berättas också om den uppföljning som sker var sjätte månad eller efter behov. De båda sjuksköterskorna försöker uppmuntra personalen att motivera kunderna till deltagande i sociala aktiviteter och att de genom ett rehabiliterande förhållningssätt kan behålla kundens olika förmågor. Såväl arbetsterapeut och sjukgymnast handleder personalen vid behov. Några urvalskriterier för när rehabpersonal ska tillkallas eller informeras uppges inte finnas utan det är sjuksköterskorna som gör bedömningen. VC informerar vidare att sjukgymnast och arbetsterapeut finns en gång i veckan i verksamheten eller vid behov, t ex för att skriva något intyg. Personalen har, enligt VC uppmanats att uppmärksamma förändring i allmäntillstånd hos kunderna. De ska därefter kontakta någon av sjuksköterskorna för åtgärd. VC berättar vidare att någon registrering i palliativa registret inte förekommit under 2013 då ingen kund avlidit.

Rehabpersonalen berättar att de ibland kontaktas av Akademiska sjukhuset tämligen "akut" när en kund vid hemgång till bostaden behöver deras hjälp. Vidare framförs att personalen själva kontaktar dem för frågor om kunder, vilket kan resultera i att en rehabiliteringsplan upprättas. De berättar vidare att det finns en rutin för fallprevention i verksamheten och att det i höstas genomförts fallriskbedömningar och ADL bedömningar på samtliga kunder. Sjuksköterskan berättar att de har mycket kontakt med anhöriga till kunderna, såväl make, maka som barn. "Kunderna har en annan kultur än den svenska och man tar hand om sina gamla". De intervjuade berättar vidare att de ofta i mötet med kunderna och deras anhöriga behöver "lirka" och att de i samtalet löser det mesta när problem uppstått. Samarbetet med anhöriga uppges fungera bra, "men vissi finns det anhöriga som är väldigt svåra att bemöta".

Rehabpersonalen berättar om två fallincidenter där de vid uppföljning av händelsen hos kunden rekommenderat att ta bort mattorna. Diskussion följer om rehabpersonalen anser sig kunna tillgodose kundernas behov när de så pass sällan arbetar i verksamheten. De menar dock att det går att utöka tiden om en kund har ett "ordentligt behov", vilket kan ske om en kund kommer hem till bostaden från sjukhuset och behöver tillgång till exempelvis ett gåbord. Är det bråttom kan VC ordna detta, vilket fungerat bra enligt de legitimerade.

Enligt arbetsterapeut och sjukgymnast finns endast muntliga urvalskriterier för när de ska kontaktas i nuläget. De kommer därför dokumentera dessa och skicka det till HVK. Vidare berättar de om hur de som regel arbetar med handledning/instruktion av personalen. De går igenom kundens träningsprogram (skriftligt och muntligt) med personalen, visar hur ett hjälpmedel fungerar och hur det ska användas. De handleder bl. a i förflyttningsteknik. Personalen uppmuntras att höra av sig när de behöver hjälp. Vid behov av specifik träning med kund ordinerad av sjukgymnasten så planeras först arbetet innan kunden introduceras och en test av träningen sker. Ibland tar hon med sig personal som kan vara behjälplig med språket. Till sist går de igenom träningsprogrammet med berörd personal. Personalen berättar

att det ofta finns bilder på hur de ska träna med kunden i dennes bostad. När de tränat med kunden så dokumenteras detta oftast i journalen. Uppföljning av träningen sker genom att rehabpersonalen ringer till personalen eller omvänt.

Personalen informerar att de delegerats uppgifter i form av att ge läkemedel och insulin och att ta blodsocker på kunder och därefter signera på särskild lista. En kund har egenvård för sin läkemedelsbehandling. Personalen uppges ändå ha viss kontroll så att kunden tar sina läkemedel då det inträffat att denne glömt detta. Om kunden glömmet att ta sin medicin meddelar de någon av sjuksköterskorna om händelsen. De informerar också att en av sjuksköterskorna träffar kunderna för utprovning av rätt inkontinensmedel. Omvårdnadsansvaret för olika kunder uppges vara uppdelat mellan de båda sjuksköterskorna.

Vidare berättar personalen att om t ex en kund ramlat flera gånger på grund av en matta i dennes bostad så försöker de alltid åtgärda problemet direkt på plats tillsammans med kunden och dennes anhörige. Ibland när det är ”mer komplicerat” tar de hjälp av VC eller EC som då tar över kontakterna. Vid behov kontaktas även arbetsterapeuten av cheferna men det förekommer även att personalen på eget initiativ kontaktar arbetsterapeut eller sjukgymnast, ex när en kund har ont i ryggen, i en arm, eller behöver hjälp med en tröskel i bostaden m.m. Arbetsterapeuten hade informerat personalen och lämnat sitt telefonnummer så att personalen direkt kunde kontakta henne vid behov. Om personalen inte får kontakt med rehabpersonal så meddelar de detta till VC. Vidare framkommer att rehabpersonalen vid möte informerat om deras olika professioner och roller, samt vad de kan hjälpa till med. Rehabpersonal har också varit med hos kunder för att visa/handleda personalen exempelvis hur de ska göra när det är trångt hos en kund. Inte bara för personalens skull utan även för att det blir säkrare för kunden. Oftast kontaktar personalen någon av sjuksköterskorna som i sin tur kontaktar rehabpersonalen vid behov. Personalen uppger dock att de själva även har den möjligheten. Några urvalskriterier för när rehab personal ska kontaktas känner de inte till.

Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK informeras att rutin för fallprevention finns. Denna ska bifogas handlingsplanen.

HVK noterar att det saknas anhörigombud och rutin för anhörigvänlig omsorg. Hur detta krav tillgodoses ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

Dokumenterade urvalskriterier för när rehabpersonal ska tillkallas eller informeras saknas i verksamheten. I dagsläget uppges det vara sjuksköterskorna som gör bedömningen. I handlingsplanen som bifogas ska framgå de urvalskriterier som tillämpas i verksamheten.

Sjukgymnast och arbetsterapeut finns som regel endast en gång i veckan i verksamheten. Hur ett flexibelt behov tillgodoses ska framgå av bifogad handlingsplan.

Senior Alert används främst för riskbedömningar. Åtgärder eller uppföljningar saknas ofta. Hur kravet ska tillgodoses ska beskrivas i handlingsplan som bifogas.

Uppföljning av ordinerad träning sker genom att rehabpersonalen ringer till personalen eller omvänt. Hur detta kan ske på ett säkrare sätt ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

4 Kontorets avslutande kommentar

Då avvikelser mot förfrågningsunderlaget konstaterats i delar av de uppföljda områdena förefaller det som att utföraren inte implementerat uppdraget tillräckligt i verksamheten. HVK vill dock framhålla det fokus på den enskilde som präglar personalens förhållnings- och arbetssätt.

Uppsala 2014-07-11



Eva Erikson
Uppdragsstrateg



Thomas Karlsson
Uppdragsstrateg

Handläggare
Eva-Lena Tverå
Mati Larsson

Datum 2014-06-25

Granskning av social dokumentation vid Upplands Nursing AB, hemvård 2014-06-16.

Bakgrund

I samband med att avtalsuppföljning genomförs i verksamheten sker även en granskning av den sociala dokumentationen 2014-06-16.

Syfte

Syftet med granskningen var att se att dokumentationen förs utifrån gällande riktlinjer, lagar och avtal.

Metod

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har begärt att få ta del av brukares dokumentation i personakt/journal i samband med dokumentationsgranskning. Verksamhetschef ombads att inhämta samtycke från samtliga brukare i verksamheten. 12 brukare/legal företrädare har samtyckt till att HVK får ta del av personakt/journal. Granskning har genomförts i 12 akter/journaler.

Resultat

Samtycke

- Samtyckesblankett underskriven av brukare/legal företrädare *finns*.
- Notering i journal att brukare/legal företrädare lämnat samtycke till att HVK får ta del av personakt/journal *saknas* i samtliga journaler

Beställning

Utförandet ska ha utgångspunkt i det beslut/beställning som brukaren beviljats från biståndshandläggaren.

- 6 beställningar har giltiga beslutsdatum.
- 6 beställningar har giltighetstid utgått.

Kontaktman

- Namngiven kontakman *saknas* i samtliga journaler

Genomförandeplan

- Genomförandeplan finns.
Flera av genomförandeplanerna stämmer inte med beställning
- Upprättandedatum *finns*.
En genomförandeplan har upprättandedatum efter att beställning utgått.
- Uppföljnings/utvärderingsdatum *saknas* i de flesta genomförandeplanerna
- Mål/delmål är inte individuellt formulerade.
Målen beskrivs "ha rena kläder", ha lägenheten ren, ha mat hemma, få i sig mat."
- Hur brukaren önskar att hjälp/stöd ska utföras framgick i en genomförandeplan.
- I flertalet planer framgick hur delvis eller inte alls.
- När stöd/hjälp ska utföras beskrivs generellt.
Exempel " 1-2 gånger per vecka, varannan vecka, var 14:e dag, "
- Brukarens/legal företrädarens delaktighet i upprättandet av genomförandeplanen framkommer genom underskrift.

Journal

- Datum för upprättande av genomförandeplan *saknas* i samtliga journaler.
- Uppföljning/utvärdering av genomförandeplan *saknas* i samtliga journaler.
- Uppföljning/utvärdering av mål/delmål *saknas* i samtliga journaler.
- I dokumentationen ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av insatser utifrån beslut detta *saknas*.
- Att personalen utför insatsen som är noterad i genomförandeplanen *framgick* i journalerna.

Kommentar

SoL-pärmen innehåller register med:

signaturförtydligande,

beslut/genomförandeplan

läkemedelslista/epikriser

omvårdnadsplan, bt, puls, viktkontroll

kunduppgift, övrigt.

I brukarens SoL-pärm förvarades inte HSL- dokument under specifik HSL-flik.

I någon journal fanns lista PK-prov med ordination av läkemedel Waran under rubrik beslut/genomförandeplan.

I någon journal fanns läkarintyg samt e-post gällande brukarens hemtjänstavgift under rubrik beslut/genomförandeplan.

I dokumentationen framkom personals ifrågasättande av brukarens uppgifter gällande läkarbesök-tandläkarbesök.

I flera av journalerna framkom att personal tillbringar tid framför TV tillsammans med brukaren. Framkom inte om detta är i överens med beställning social aktivitet.

I dokumentationen framkom språk/skrivsvårigheter vilket innebar svårigheter att utläsa sammanhang i löpande text.

I några journaler framgick en del anteckningar rörande information personal emellan.

I journalerna framgick många anteckningar av HSL- karaktär

I några journaler fanns få journalanteckningar gjorda sedan januari 2014.

Ca 15 anteckningar mellan perioden januari-juni

Samverkan/Nätverk

Samverkan/kontakt inom verksamheten *framgick.*

Social dokumentation under genomförande

I 11 kap 5 § Sol och 21 a § LSS framgår att dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

Dokumentationen är beviset på den hjälp samt den omvårdnad som planerats och genomförts samt på de effekter som uppnåtts utifrån planeringen tillsammans med den enskilde.

I dokumentationen ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut. Det ska framkomma samverkan både inom och utanför verksamheten gällande den enskilde.

I socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2006:5, 6 kapitlet finns beskrivet hur dokumentationen bör se ut i samband med utförande av beslut.

Bedömning

Den sociala dokumentationen i personakter/journaler gällande den löpande texten bedöms *inte* uppfylla kraven utifrån 11 kap 5 § Sol och 21 a § LSS samt SOFS 2006:5.

Åtgärds punkter

Samtycke

- Att i journal dokumentera att brukare/legal företrädare lämnat samtycke till att HVK får ta del av personakt/journal.

Kontaktman

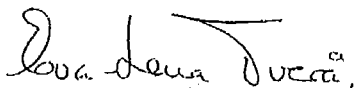
- Att tydligt dokumentera kontaktman.

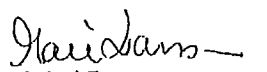
Genomförandeplan

- Att dokumentera uppföljnings/utvärderingsdatum.
- Att upprätta individuella mål/delmål för brukaren.
- Att tydligt beskriva Hur brukaren önskar att hjälp/stöd ska utföras.
- Att tydligt beskriva När stöd/hjälp ska utföras.

Journal

- Att dokumentera datum för upprättande av genomförandeplan.
- Att dokumentera datum för uppföljning/utvärdering av genomförandeplan.
- Att dokumentera uppföljning/utvärdering av mål/delmål
- Att dokumentera ett fortlöpande resultat av genomförande av insatser utifrån beslut.


Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare


Mari Larsson
Biståndshandläggare

*Sammanställningen har skickats till:
Verksamhetschef Fati Safaei
Uppdragsstrateg Eva Erikson*

Handläggare
Eva Erikson

Datum
2014-07-11

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med ÄLN

Uppföljningsobjekt: Uppland Nursing Resurs AB
Verksamhetschef: Fatemeh Safaei
Handlingsplan HVK tillhanda senast: 2014-08-20

Av uppföljningsrapporten framgår inom vilka områden avvikelser mot gällande avtal konstaterats. Om flera brister förekommer inom samma område finns i handlingsplanen en rad för respektive avvikelse. Utföraren ska kortfattat beskriva hur konstaterade avvikelser/brister ska åtgärdas, ansvarig för åtgärd, tidplan samt uppföljning för respektive avvikelse. Detta ska göras i den av HVK tillhandahållna mallen. Om utföraren vill hänvisa till bilaga ska det tydligt framgå i handlingsplanen till vilken bilaga, alternativt sidhänvisning i bilaga. De grå fälten i mallen fylls i av HVK.

Åtgärder som vidtas ska fokusera på förändring i verksamheten för att godkännas av HVK. Om utföraren hänvisar till förändringar i ledningssystem för kvalitet ska det tydligt framgå hur dessa förändringar kommer att implementeras i verksamheten.

Utföraren ska vid begäran presentera innehållet i handlingsplanen för HVK, Lokföraren, Stationsgatan 12.

Handlingsplanen ska skickas med e-post till halsa-var-d-omsorg@ uppsala.se. Ange det diarienummer som finns på uppföljningsrapporten i mejlet. Handlingsplanen kommer att diarieföras och registreras som offentlig handling.

Uppföljningsobjekt:

| Område (se rapport) | Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas) | Ansvarig | Tidplan | Uppföljning/Egenkontroll | Godkänd Ja/Nej | Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar |
|---|------------------------------------|----------|---------|--------------------------|----------------|---|
| 3.1 Delge antal timmar av timanställda T1 2014 Personalomsättning T1 2014 | | | | | | |
| 3.1 Delge rutin för intern samverkan (teammöten) där det framgår vilka som deltar | | | | | | |
| 3.1 Säkerställa kunskaper i svenska språket hos samtlig personal | | | | | | |
| 3.1 Identifiera kunders behov av arbetsterapeut och sjukgymnast | | | | | | |
| 3.2 Delge reviderade rutiner i | | | | | | |

| Område (se rapport) | Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas) | Ansvarig | Tidplan | Uppföljning/Egenkontroll | Godkänd Ja/Nej | Ev. krav på ytterligare åtgärd/kommentar |
|--|------------------------------------|----------|---------|--------------------------|----------------|--|
| ledningssystemet (synpunkter, klagomål, lex Sarah, avvikelser hälso- och sjukvård samt informationsöverföring och dokumentation) | | | | | | |
| 3.2 Personalens kännedom om ledningssystemet | | | | | | |
| 3.2 Anställdas möjlighet till två dagars ledighet varje vecka | | | | | | |
| 3.3 Information om medarbetarsamtal och individuella kompetensutvecklingsplaner | | | | | | |
| 3.4 Delge rutin för kontaktmannaskap | | | | | | |
| 3.5 Äldrenämndens värdegrund, värdegrundsledare, | | | | | | |

| Område (se rapport) | Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas) | Ansvarig | Tidplan | Uppföljning/Egenkontroll | Godkänd Ja/Nej | Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar |
|--|------------------------------------|----------|---------|--------------------------|----------------|---|
| och lokala värdighetsgarantier | | | | | | |
| 3.7 Kompetens avseende social dokumentation inom verksamheten | | | | | | |
| 3.7 Delge HVK rutin för informationsöverföring - före och efter ett arbetspass samt hur och när dokumentation i den sociala journalen ska ske. | | | | | | |
| 3.7 Tillgång till lokalerna för samtlig personal | | | | | | |
| 3.8 Delge HVK rutin för fallprevention | | | | | | |
| 3.8 Säkerställ att anhörigombud finns och delge rutin för | | | | | | |

| Område (se rapport) | Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas) | Ansvarig | Tidplan | Uppföljning/Egenkontroll | Godkänd Ja/Nej | Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar |
|---|------------------------------------|----------|---------|--------------------------|----------------|---|
| anhörigvänlig omsorg | | | | | | |
| 3.8 Delge urvalskriterier för när rehabpersonal ska tillkallas eller informeras | | | | | | |
| 3.8 Flexibel tillgång till sjukgymnast och arbetsterapeut | | | | | | |
| 3.8 Uppföljning av ordinerad träning | | | | | | |
| 3.8 Bedömning, åtgärder samt uppföljning enligt Senior Alert | | | | | | |



Handläggare
Eva Erikson

Datum
2014-09-19

Diarienummer
ALN-2014-0175

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med ÄLN

Uppföljningsobjekt: Uppland Nursing Resurs AB

Verksamhetschef: Fatemeh Safaei

Handlingsplan HVK tillhanda senast: 2014-10-20

Av uppföljningsrapporten framgår inom vilka områden avvikelser mot gällande avtal konstaterats. Om flera brister förekommer inom samma område finns i handlingsplanen en rad för respektive avvikelse. Utföraren ska kortfattat beskriva hur konstaterade avvikelser/brister ska åtgärdas, ansvarig för åtgärd, tidplan samt uppföljning för respektive avvikelse. Detta ska göras i den av HVK tillhandahållna mallen. Om utföraren vill hänvisa till bilaga ska det tydligt framgå i handlingsplanen till vilken bilaga, alternativt sidhänvisning i bilaga. De grå fälten i mallen fylls i av HVK.

Åtgärder som vidtas ska fokusera på förändring i verksamheten för att godkännas av HVK. Om utföraren hänvisar till förändringar i ledningssystem för kvalitet ska det tydligt framgå hur dessa förändringar kommer att implementeras i verksamheten.

Utföraren ska vid begäran presentera innehållet i handlingsplanen för HVK, Svartbäcksgatan 44.

Handlingsplanen ska skickas med e-post till halsa-var-d-omsorg@ uppsala.se. Ange det diarienummer som anges på detta dokument. Handlingsplanen kommer att diarieföras och registreras som offentlig handling.

Uppföljningsobjekt:

| Område (se rapport) | Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas) | Ansvarig | Tidplan | Uppföljning/Egenkontroll | Godkänd Ja/Nej | Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar |
|--|--|-----------|---|---------------------------------|----------------|--|
| 3.1 Delge antal timmar av timanställda T1 2014 Personalomsättning T1 2014 | 7711 timmar 26 personal. | Fati | Klar | Var 4:e månad | Nej | |
| <i>Delge HVK personalomsättning mellan maj-augusti (T2 2014)</i> <i>Vilken planering finns för fast anställning av visstidsanställda?</i> | Maj: 25 anställda Juni: 26 anställda Juli: 29 anställda Augusti: 29 anställda Endast en anställd slutade under denna period. 3 personal som utbildar sig till Undersköterska i nu läget. För att få en fast anställning kräver vi en Undersköterske utbildning. | | Undersköters kors pågående utbildning avslutas 2015 | | Ja | <u>Information 22 oktober:</u> = Totalt antal anställda |
| 3.1 Delge rutin för intern samverkan (teammöten) där det framgår vilka som deltar | Rutin finns, medskickas som Bilaga nr.1 | Fati, Gun | Aktuell | Vid förändringar i verksamheten | Nej | Förbättringsområde |

| Område (se rapport) | Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas) | Ansvarig | Tidplan | Uppföljning/Egenkontroll | Godkänd Ja/Nej | Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar |
|--|--|-----------|----------|-------------------------------|-------------------|---|
| <i>Delge HVK reviderad rutin för teamsamverkan</i> | | | | | Ja | |
| 3.1 Säkerställa kunskaper i svenska språket hos samtlig personal | Vi påtalar/uppmuntrar ständigt personalen, vikten av att läsa/studera Svenska (som är "nyckeln" in till samhället) vilket många redan gör. | Fati, Gun | Pågående | Vid APT och medarbetarsamtal. | Nej | Enligt SOSFS 2011:12 och tillhörande meddelandeblad |
| <i>Hur uppfylls intentionerna i SOSFS 2011:12?</i> | I samband med anställningsintervju och introduktion gör vi ett språkkunskaps-test för personal som inte är svensk födda. Dessutom läggs stor vikt på personalens grundläggande kunskaper avseende ex. värdegrund, kost, åldrande och sjukdomar m.m. Vi har utvärderat språk förståelsen mellan svenska kunder och utlandsfödda, och det har hittills inte varit några problem vare sig för kund eller närstående. Som vi tidigare nämnt tar vi upp sättet att kommunicera på ett professionellt anpassat sätt gentemot kunden, vid introduktion och på våra APT-möten. Personalen dokumenterar självständigt i | | Pågående | Daglig uppföljning vid behov. | Ja | |

| Område (se rapport) | Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas) | Ansvarig | Tidplan | Uppföljning/Egenkontroll | Godkänd Ja/Nej | Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar |
|---|--|---|----------|---|-------------------|--|
| | Siebel. Vi behov finns stöttning för språkvård. | | | | | |
| 3.1 Identifiera kunders behov av arbetsterapeut och sjukgymnast | Genom Prator eller telefonkontakt får vi rapport från arbetsterapeut och sjukgymnast (hemrehab) om vilka insatser som krävs efter sjukhusvistelse. | Fati, Gun Sjukgymnast, Arbetsterapeut | Pågående | SG / AT + ssk. via Hembesök ,kontrollerar utförda ordinerade träningar/Ordinationer Signeringslista för ordinerat träningsprogram. | Nej | Förbättringsområde |
| <i>Delge HVK en reviderad rutin med kriterier för hur kunders behov av arbetsterapeut och sjukgymnast ska kunna tillgodose</i> <i>Beskriv arbetet med Senior Alert</i> | Ht-personal, kunden själv eller anhöriga kan påtala behov. Behov identifieras också i samband med genomförandeplan eller vid direkt iakttagelse hemma hos kunden. Sjuksköterska identifierar ett förväntat behov och rapporterar detta till Rehabpersonalen som gör egna bedömningar i alla ärenden. Detta tas upp på teammötet, där Senior Alert är en stående punkt. Arbete med Senior Alert: Vid ny besök får kunden först ge sin tillåtelse att bli registrerad i Senior Alert . Därefter kontrolleras längd, vikt och blodtryck , puls samt mun hälsa. Detta görs av en ansvarig Sjuksköterska. Kost vanor, risk | Gun | | Vår och Höst | Ja | |

| Område (se rapport) | Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas) | Ansvarig | Tidplan | Uppföljning/Egenkontroll | Godkänd Ja/Nej | Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar |
|--|--|------------------|----------------|---|-------------------|--|
| | <p>för undernäring och fallrisk bedöms vid inledande samtal. Alla uppgifter registreras och följs upp regelbundet vår och höst och vid behov. Arbetsterapeut och sjukgymnast är delaktiga och ansvariga för bedömning och förebyggande åtgärder i alla ärenden. Senior Alert tas upp en gång i veckan på teammöte. Beslut från teammötet dokumenteras i journal.</p> | | | | | |
| <p>3.2 Delge reviderade rutiner i ledningssystemet (synpunkter, klagomål, lex Sarah, avvikelser hälso- och sjukvård samt informationsöverföring och dokumentation)</p> | <p>Rutiner finns, medskickas som Bilaga nr. 2 och 3</p> | <p>Fati, Gun</p> | <p>Aktuell</p> | <p>Årlig revidering av rutiner, Vid förändringar i verksamheten eller anvisningar från Socialstyrelsen och Tertial rapport till Kommunen.</p> | <p>Nej</p> | |
| <p><i>Delge HVK rutin för informationsöverföring och dokumentation</i></p> | <p>Utbildning i social dokumentation sker fortlöpande. Personalen dokumenterar regelbundet i Siebel utifrån kundens genomförandeplan, status och psykiskt välbefinnande. Personal som</p> | | | | <p>Ja</p> | <p><u>Information 22 oktober:</u> Såknas Enligt överenskommelse ska denna inkomma inom en vecka. Inkom 4 november</p> |

| Område (se rapport) | Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas) | Ansvarig | Tidplan | Uppföljning/Egenkontroll | Godkänd Ja/Nej | Ev. krav på ytterligare åtgärd/kommentar |
|---|--|---|---------------|-----------------------------|-------------------|---|
| | <p>genomgått dokumentationsutbildning blir avsedda att coacha de som är mer ovana. Kontaktmanen har ett extra övergripande ansvar. Daganteckningarna ska underlätta överrapportering, revidering av genomförandeplan, uppföljning och utvärdering samt kunna ge en helhetsbild av kundens tillstånd och sociala innehåll över tid.</p> <p>Informationsöverföring (ej akut) mellan HSL-personal och vårdpersonal skall ske skriftligt i "Information till/från HSL"-pärm.</p> | HSL-personal ansvarar för upprättande av pärm. Gemensamt ansvar för upprätthållande av rutin. | November 2014 | Utvärdering i februari 2015 | | |
| 3.2 Personalens kännedom om ledningssystemet | <ol style="list-style-type: none"> 1. Info vid första arbetsintervju 2. Arbets information check lista för påskrift 3. Teammöte 1ggr/v och APT 1ggr/mån 4. Delegeringstillfället | Fati, Gun | Pågående | Vid behov/vid förändring | Nej | Förbättringsområde |
| Delge HVK rutin för systematiskt förbättringsarbete | Bilaga: nr 4 | | | | Ja | |

| Område (se rapport) | Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas) | Ansvarig | Tidplan | Uppföljning/Egenkontroll | Godkänd Ja/Nej | Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar |
|--|--|-------------|--|--------------------------|-------------------|--|
| <p><i>Delge HVK vilka personalgrupper som deltar i systematiskt förbättringsarbete</i></p> | <p>Vi är fortfarande ett litet företag, och detta innebär att ALL personal är delaktiga i det pågående förbättringsarbetet. Detta diskuteras vid varje APT. Vi är medvetna om att det kommer ta tid för att på bästa sätt implementera det nya ledningssystemet enligt SOFS 2011:9.</p> <p>Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse skrivs årligen av verksamhetschef och delges berörd personal.</p> <p>Hygein ombud, utsedd 2 personal. Socialdokumentation utbildning 23/10. Utsedd 2 personal. Anhöring ombud utsedd. Kontaktmannaskaps utbildning på gång. Kompetensutbildning fortlöpande en gång i månad vid APT</p> | | <p>Målsättning är att vara klara inom 6 månader.</p> | <p>Om 6 månader.</p> | <p>Ja</p> | |
| <p>3.2 Anställdas möjlighet till två dagars ledighet varje vecka</p> | <p>Vi följer Arbetsmiljöverkets rekommendation för sammanhållen 36 timmar dygnsvila.</p> | <p>Fati</p> | <p>Aktuell</p> | <p>Aktuell</p> | <p>Ja</p> | <p><u>Information 22 oktober:</u> Korrigerig – ska vara 36 timmars veckovila</p> |

| Område (se rapport) | Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas) | Ansvarig | Tidplan | Uppföljning/Egenkontroll | Godkänd Ja/Nej | Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar |
|--|---|----------|------------------------------|--|-------------------|--|
| 3.3 Information om medarbetarsamtal och individuella kompetensutveckling splaner | Ny mall är utformad och ska tas i bruk under hösten. Utifrån uppkomna behov utformas planeringen av kompetensutvecklingen. Dessutom vid APT 1ggr/mån, efter specifika /aktuella önskemål/ämnen från personalen + konkret handledning i tex lindaben, ta på stödstupor 1:a hjälpen | Fati,Gun | Aktuell/pågående Klar | Vid behov/vid förändringar | Ja | |
| <i>Delge HVK den nyligen utformade mallen</i> | Bilaga: nr.5 | | | | Ja | |
| 3.4 Delge rutin för kontaktmannaskap | Kontaktman utses och kontrakt för åtagande av uppgift skrivs under. I kontrakt framkommer att kontaktmannen är medvetan om gällande rutiner. | Fati,Gun | | | Nej | Förbättringsområde |
| <i>Delge HVK rutin för kontaktmannaskap</i> | Bilaga nr. 6 | | | | Ja | |
| 3.5 Äldrenämndens värdegrund, värdegrundsledare, och lokala värdighetsgarantier | Värdegrund och bemötande är en stående punkt på APT. Vi jobbar efter Uppsala kommuns framtagna riktlinje: TITORB | Fati,Gun | Aktuell | Planerar att implementeras till hösten samt utbilda personalen vid APT med bokad föreläsare. | | Förbättringsområde |
| <i>Beskriv hur de lokala värdighetsgarantierna implementeras i</i> | Vi har tät kontakt och dialog med kund och personal. Vid minsta tecken på missnöje tar vi | | | | Ja | <u>Information 22 oktober:</u> Muntlig information lämnades vid mötet |

| Område (se rapport) | Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas) | Ansvarig | Tidplan | Uppföljning/Egenkontroll | Godkänd Ja/Nej | Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar |
|--|---|-------------------------------|--|--|----------------|--|
| verksamheten | upp detta direkt och reder ut problemen. Ny personal informeras om att läsa Uppsala kommuns riktlinjer och är en stående punkt på APT. | | | | | |
| 3.7 Kompetens avseende social dokumentation inom verksamheten | Kontroll av ev. kursutbud + att detta ämne är en stående punkt på team mötelgg/v. och APT-1ggr/mån. | Gun | | Klart | | Förbättringsområde |
| Delge HVK när person från hemtjänstpersonalen ska få utbildning i social dokumentation | | Fati | 23/10-14 heldag Masoumeh Moshfeghi | | Ja | <u>Information 22 oktober:</u> Namngiven person ska utbildas till undersköterska under 2015 |
| 3.7 Delge HVK rutin för informationsöverföring före och efter ett arbetspass samt hur och när dokumentation i den sociala journalen ska ske. | Rutin finns. Personalen kan komma till lokalen(Kodlås finns) och dokumentera direkt efter en inträffad händelse eller förändring i kundens status. Desutom dokumenteras fortlöpande mellan 1ggr/v. eller var 14:e dag. allt utifrån insatsens omfattning eller kundens status. All personal har inloggning till Siebel. | HSL-personal och SOL-personal | Finns, men ska utvecklas till fullo under hösten 2014. | Kontrolleras genom signerings pärmsom finns i lokalen. | Nej | |
| Delge HVK rutin för informationsöverföring och dokumentation | Det faktum att det oftast är samma personal som går till en kund flera besök om dagen, blir behovet av information | | | | Ja | <u>Information 22 oktober:</u> Saknas. Enligt överenskommelse ska denna inkomma inom en |

| Område (se rapport) | Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas) | Ansvarig | Tidplan | Uppföljning/Egenkontroll | Godkänd Ja/Nej | Ev kräv på ytterligare åtgärd/kommentar |
|--|--|------------------|---------|---|-------------------|--|
| Beskriv syftet med "avsedd pärm" | överföring inte lika stort. Vid förändringar i kundens status kontaktas alltid Sjuksköterska direkt, plus att personalen skriver i journalen. Senaste anteckningar i Siebel läses under sökord SOL-Journal eller delad HSL-journal, "Avanserad sökning" där datum from och tom anges. Vi har tagit bort den "avsedda pärmen" och vi kontrollerar regelbundet skrivna SOL-journaler i Siebel. | | | | | vecka Inkom 4 november |
| 3.7 Tillgång till lokalerna för samtlig personal | Kodlås är installerat | Fati | Utfört | | Ja | |
| 3.8 Delge HVK rutin för fallprevention | Rutin finns, medskickas som | Fati, Gun, rehab | Klar | Ständig nära kontakt med personal som meddelar om ev förändringar hos kunden. | Nej | Förbättringsområde |
| Delge HVK reviderad rutin för fallprevention | Bilaga nr. 7 | | | | Ja | |
| 3.8 Säkerställ att anhörigombud finns och delge rutin för anhörigvänlig omsorg | En personal är utnämnd för uppdraget, hon har varit till anhörig centrum och fått information om vad som förväntas av uppdraget. | Fati | | | Nej | |

| Område (se rapport) | Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas) | Ansvarig | Tidplan | Uppföljning/Egenkontroll | Godkänd Ja/Nej | Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar |
|---|---|-------------------------|--------------|--|-------------------|--|
| <i>Delge HVK rutin för anhörigvänlig vård och omsorg</i> | Rutin finns, medskickas som Bilaga nr. 8 | | | | Ja | |
| 3.8 Delge urvalskriterier för när rehabpersonal ska tillkallas eller informeras | | Fati | Pågår | Fortlöpande | | Förbättringsområde |
| <i>Delge HVK reviderad rutin för kontakt mellan hemtjänstpersonal och at/sg</i> | Bilaga nr.9 | | | | Ja | |
| 3.8 Flexibel tillgång till sjukgymnast och arbetsterapeut | Flexibel tillgång finns. Dom kommer 1ggr/vek + vb vid efterfrågan. SG och AT har en arbetsmobil där de är nåbara. Rehab har utformat en arbetsbeskrivning gällande, hur och vem som är ansvarig för ex. träning i hemmet. | Fati, Gun, Reha bteamet | Pågår/Utfört | Vid förändring av antal kunder eller behov av ändring av rutin. | | Förbättringsområde |
| <i>Ska framgå i rutin enligt ovan</i> | | | | | Ja | |
| 3.8 Uppföljning av ordinerad träning | Finns speciell signeringslista som all personal har kännedom om att signera på efter utförd träning. Detta efter att först blivit instruerade av Sjukgymnast hemma hos | HSL-personal | Pågår | SG och AT följer upp, utvärderar träningen/effekt hos kunden och tittar på att sign.listan blivit ifylld och svarar på ev. frågor. | Nej | Förbättringsområde |

| Område (se rapport) | Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas) | Ansvarig | Tidplan | Uppföljning/Egenkontroll | Godkänd Ja/Nej | Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar |
|--|---|---|----------|-------------------------------|-------------------|--|
| | kunden. Sjukgymnasten utvärderar träningen och påtalar vikten av att den utföres enligt ordination. Hur ofta och i vilken omfattning uppföljningen ska ske bedöms individuellt av Sjukgymnast. | | | | | |
| <i>Delge HVK rutin för uppföljning av ordinerad träning</i> | Sjukgymnast följer upp ordinerad träning, via signeringlista som finns hos kunden. Utvärderar med kund och kontaktman hur träningen fungerar och resultat av träningen samt planerar fortsatt träning. Frekvensen av uppföljning sker individuellt utifrån sjukgymnastens bedömning. | Sjukgymnast alternativt arbetsterapeut. | Pågående | Enligt individuell bedömning. | Ja | |
| 3.8 Bedömning, åtgärder samt uppföljning enligt Senior Alert | Varje ny kund registreras (efter samtycke av kund) i Senior Alert. Vi brukar som rutin ta upp detta vid GP, då längd/vikt och BT registreras. Mer fokus på MNA och eventuell malnutrition görs. Vikt kontroll 2 ggr/år och vb. Risker och Åtgärder registreras och följs upp av Rehabteamet som gör egna bedömningar i alla ärenden och som vi träffar | HSL-personal | Pågår | Fortlöpande | Ja | |

| Område (se rapport) | Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas) | Ansvarig | Tidplan | Uppföljning/Egenkontroll | Godkänd Ja/Nej | Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar |
|---------------------|--|----------|---------|--------------------------|-------------------|---|
| | regelbundet 1 ggr/vek i teammötet eller via Arbetsmobil. Specifik åtgärd av brist eller risk, implementeras hos Kontaktman som deltar i mötet. | | | | | |

