

Handläggare
Eva Erikson
Maria Lindblom

Datum
2013-03-26

Diarienummer
ALN-2012-0048.30

Äldrenämnden

Planerad avtalsuppföljning vid Eriksdalsgården - vård- och omsorgsboende

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktande av resultatet godkänna rapporten

Föredragning

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK), genomförde en planerad avtalsuppföljning vid vård- och omsorgsboendet Eriksdalsgården den 15 oktober 2012.

Uppföljningen visade att verksamheten fungerar bra inom många områden, vilket framgår av rapporten samt sammanställning från dokumentationsgranskning (bilaga 1).

Brister påvisades dock inom följande fyra områden:

- verksamhet, organisation och bemanning
- kompetens och kompetensutveckling
- hälso- och sjukvård samt fallprevention
- bedömning av rehabiliteringsbehov och funktionsuppehållande förhållningssätt

Handlingsplan inkom till HVK den 25 februari 2013 (bilaga 2). Denna bedömdes som tillfredsställande då de brister som uppmärksammades vid avtalsuppföljningen åtgärdats. Ny dokumentationsgranskning kommer genomföras under hösten 2013.

Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Inga-Lill Björklund
Direktör

Handläggare
Eva Erikson
Maria Lindblom

Datum
2013-01-22

Diarienummer
ALN-2012-0048.30

Bilaga 1

Avtalsuppföljning
Vård & bildning – vård- och omsorgsboendet Eriksdalsgården
Uppsala kommun

Beskrivning av den uppföljda verksamheten

Utförare och enhet	Vård & bildning - Eriksdalsgården
Adress	Norrlandsgatan 2, 752 29 Uppsala
Verksamhetschef (VC)	Carolina Castillo
Telefon och mailadress	018-7278879 carolina.castillo@ uppsala.se
Uppföljning utförd av	Eva Erikson och Maria Lindblom
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Verksamhetschef, två sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast samt tre undersköterskor
Totalt antal kunder/platser	40 platser
Typ av verksamhet	Vård- och omsorgsboende -inriktning omvårdnad
Avtalstid	2010-10-13 – 2013-10-14 + tre år
Datum för uppföljning	2012-10-15

Vård- och omsorgsboendet drivs av Vård & bildning sedan 2010-10-13 och är upphandlad i konkurrens. Enheten är belägen på Norrlandsgatan 2. I huset finns 40 lägenheter för personer med omfattande omvårdnadsbehov.

1. Sammanfattning

Verksamheten drivs av Vård & bildning, division Vård & omsorg sedan 2010-10-13. Kontoret genomförde en planerad avtalsuppföljning vid enheten den 15 oktober 2012.

1.1. Kontorets kommentarer efter genomförd uppföljning

Nedanstående områden har varit fokusområden i den nu genomförda uppföljningen. Kontoret har följt upp hur utföraren uppfyller gällande avtal inom dessa områden.

Verksamhet, organisation och bemanning

Någon uttalad person med verksamhetschefsansvar enligt HSL finns inte och HVK vill ha ett förtydligande i bifogad handlingsplan hur detta säkerställs.

Kompetens och kompetensutveckling

HVK bedömer att det sker en kontinuerlig kompetensutveckling i verksamheten inom flera områden. HVK ser dock att det saknas en plan för hur de som har fast anställning men saknar undersköterskeutbildning ska få denna kompetens under avtalsperioden. HVK begär en beskrivning av detta i bifogad handlingsplan.

Kontaktmannaskap

Kraven i avtalet uppfylls.

Mat och måltider

HVK noterar att samtliga krav uppfylls.

Aktiv och meningsfylld tillvaro

HVK bedömer att verksamheten på ett aktivt sätt tillgodoser både grupp- och individanpassade aktiviteter i syfte att främja aktiv och meningsfull tillvaro.

Hälso- och sjukvård

HVK noterar att hälso- och sjukvården fungerar bra till stora delar.

Enligt SOSFS 2008:1 ska de medicintekniska produkterna vara registrerade. Uppföljning och utvärdering av de individuellt förskrivna hjälpmedlen ska ske årligen. Kontoret noterar att ingen av de legitimerade har ett särskilt ansvar för de medicintekniska produkterna och begär att utföraren utser en av de legitimerade, tar fram en rutin som tydliggör ansvarsfördelningen och därefter informerar HVK i bifogad handlingsplan.

Fallprevention, bedömning av rehabiliteringsbehov och funktionsuppehållande förhållningssätt

HVK noterar att arbetsterapeut och sjukgymnast tillgodoser omvårdnadspersonalens behov av praktisk handledning. I intervjuerna framkommer att bedömning av funktionsnivå och rehabiliteringsnivå inte alltid sker direkt vid inflyttning och att de legitimerade kontaktas när

ett behov har uppstått. HVK vill ta del av det informationshäfte som arbetsterapeut och sjukgymnast tagit fram som ett stöd för omvårdnadspersonalen i deras kontakter med arbetsterapeut och sjukgymnast.

Vid uppföljningen framkommer också att rutin för fallprevention inte är implementerad i verksamheten. HVK begär i handlingsplan en beskrivning av när rutin för fallprevention är implementerad i verksamheten.

Informationsöverföring och dokumentation

HVK noterar att informationsöverföring internt och externt fungerar bra.

HVK noterar också att det inom området dokumentation finns flera delar som måste förtydligas och förbättras för att kraven ska kunna uppfyllas. Granskningens resultat (se bilaga) kan delvis bero på att dokumentation skett på olika ställen och med olika sökord i det nya journalsystemet Siebel och att granskarna därför inte funnit de noteringar som de sökt efter. Då det nya journalsystemet inte varit i bruk under särskilt lång tid och ingen systematisk uppföljning skett så ser HVK det som att ett ömsesidigt lärande pågår. Den sociala journalen samt hälso- och sjukvårdsjournalerna måste dock alltid innehålla de delar som föreskrivs enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5 och 2008:14).

Ny journalgranskning kommer att ske under hösten 2013.

Avvikelse och klagomålshantering

Enligt gällande avtal ska det finnas dokumenterade och implementerade rutiner för synpunkts- klagomåls- och avvikelshantering. HVK bedömer att kravet är uppfyllt.

HVK bedömer att utföraren är väl insatt i gällande författning kring Lex Sarah.

Se vidare under respektive område i rapporten.

1.2. Krav på åtgärder

Kontoret begär att utföraren senast den 25 februari 2013 återkommer med bifogad handlingsplan om hur konstaterade brister ska åtgärdas samt tidplan för detta.

Handlingsplanen ska skrivas i den bifogade mallen.

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

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Vård- och omsorgsboendet Eriksdalsgården drivs av Vård & bildning sedan 2010-10-13 och är upphandlad i konkurrens. Enheten är belägen på Norrlandsgatan 2.

2.2. Syfte och avgränsningar

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

2.3. Metod

Uppföljningen genomfördes i form av intervjuer med verksamhetschef, sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Intervjuerna hölls separat. Dokumentstudier av arbetsschema har genomförts. Dokumentationsgranskning av journaler har genomförts som en del av avtalsuppföljningen.

2.4. Närvarande och genomförande

Uppföljningen genomfördes 15 oktober 2012.

Närvarande från utföraren var verksamhetschef, två sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast och tre omvårdnadspersonal.

Närvarande från kontoret var uppdragsstrategerna Maria Lindblom och Eva Erikson.

3. Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

Under respektive rubrik följer en beskrivning av vad som framkommit under intervjuerna, kopplat till förfrågningsunderlagets ska-krav samt bedömning om ställda krav är uppfyllda eller inte. Observera att kommentarerna kan innehålla både positiva och negativa omdömen.

3.1. Verksamhet, organisation och bemanning

3.1.1 Iakttagelser

Verksamhetschefen (VC) berättar inledningsvis om utförarens satsning på etik, bemötande och värdegrund. De legitimerade berättar att värdeorden och deras innebörd ofta tas upp på arbetsplatsträffar (APT). En film med etiska frågeställningar och dialoger har t ex visats som grund för diskussionerna. Om svåra frågeställningar som är kopplade till de boende kommer upp så tas de vid särskild handledning. Arbetsättet känns levande. För att utveckla kontaktmannens uppdrag har de deltagit i utbildning kring etik och bemötande.

Samtliga intervjuade berättar att de ständigt reflekterar kring händelser i verksamheten. En effekt av detta är att den palliativa vården utvecklats mycket. ”Vi lyssnar på synpunkter från boende och anhöriga för att ta tillvara dessa i utveckling av verksamheten men också för att individanpassa insatserna”, enligt de legitimerade. Omvårdnadspersonalen framhåller att det är ”högt i tak”, att de är trygga med varandra i gruppen och att arbetsklimatet är bra.

VC berättar om utveckling av anhörigstödet där bemötande och förhållningssätt är viktiga områden. Enheten har nyligen anordnat en fest för anhöriga, vilken var mycket uppskattad, enligt VC. De legitimerade nämner dokumentationssystemet Siebel som ett utvecklingsområde där informationsöverföring mellan legitimerade och personalen är en utmaning. Omvårdnadspersonalen bekräftar detta och lyfter kommunikationen mellan alla på enheten som ett viktigt område att arbeta vidare med.

Totalt har VC ansvar för 33 omvårdnadspersonal. Två heltidsanställda sjuksköterskor finns på enheten. Arbetsterapeut och sjukgymnast delas med två andra vård- och omsorgsboenden vilket innebär att de finns tillgängliga cirka 33% av sin totala tid. Inledningsvis var de oroliga över arbetsättet att fritt disponera sin tid mellan 142 vårdtagare på tre boenden. Men ”det har fungerat mycket bra på grund av gott teamarbete”. De intervjuade framhåller att det är tydligt för samtlig personal när de är på boendet och de är dessutom lätta att nå via telefon. De deltar också på teamträffar som genomförs varannan vecka på respektive plan för genomgång av samtliga boenden. Under dag och kvällstid är personalen stationerad på ett hemmaplan. Nattetid finns två personal som hjälps åt i huset. Kvällar och helger används utförarens egen journalsjukvård för sjuksköterskeinsatser, vilken oftast fungerar bra, enligt de legitimerade.

VC har ett nära samarbete med övriga två verksamhetschefer vilket möjliggör att de vid behov kan ställa upp för varandra med extra personal. Personalsituationen är mer stabil nu än under det första året efter övertagandet. Bemanningstätheten bedöms som god, enligt omvårdnadspersonalen. De berättar också att det inte är några problem att få ta in extra vak vid t ex vård i livets slut. Under förmiddagen arbetar fyra personal på varje plan med 20 boende. Sjuksköterskorna anser också att bemanningen är tillräcklig.

Verksamhetschefen har en fyraårig utbildning i det sociala omsorgsprogrammet. Sedan utbildningen har hon arbetet som chef inom verksamhetsområdet på olika enheter under flera år. Någon uttalad person med verksamhetschefsansvar enligt HSL finns inte. Vid behov av råd och stöd i sin chefsroll så har hon ett nära samarbete med övriga verksamhetschefer på Tunåsen och Myrbergsgka. Om någon hälso- och sjukvårdsfråga skulle uppstå så kontaktas medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller VC på Tunåsen, enligt VC. Namngiven ersättare för VC är Lotta Forsén på Myrbergsgka. Vid akut behov under t ex helger så kontaktas utförarens organisation för arbetsledare jourtid.

De legitimerade berättar hur verksamheten arbetar med egenkontroll och en systematisk uppföljning av den enskildes behov och insatser. ”Vi har nyligen börjat jobba med det på allvar för att få bättre struktur”. Exempel som anges är att fallincidenter alltid tas upp på teamträffar. Arbetet med Senior Alert utvecklas också vidare för att t ex också ta fram åtgärdsplaner.

3.1.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK bedömer verksamheten som väl fungerande till stora delar. Bemanningstätheten bedöms som god och HVK ser positivt på den flexibilitet som nämns vid t ex vård i livets slut. Arbetsterapeuten och sjukgymnasten fördelar sin tjänstgöringstid mellan Eriksdalsgården och två andra vård- och omsorgsboenden och HVK ser därmed en risk att bedömning av funktionsnivå och rehabiliteringspotential samt uppföljning och dokumentation av dessa kan utebli. HVK noterar att dokumentation i systemet Siebel är ett pågående utvecklingsområde där de intervjuade ser informationsöverföring mellan legitimerade och personalen som en utmaning.

Någon uttalad person med verksamhetschefsansvar enligt HSL finns inte och HVK vill ha ett förtydligande i bifogad handlingsplan hur detta säkerställs.

3.2. Kompetens och kompetensutveckling

3.2.1 Iakttagelser

Enligt VC har alla med fast anställning en kompetensutvecklingsplan (= målkort) där individuella behov av kompetens framgår. I intervju med övriga framkommer att detta saknas för vissa men att de ska tas fram under hösten.

I gruppen med 33 omvårdnadspersonal är det 24 personer som har undersköterskeutbildning. En av de nio som saknar utbildning går undersköterskeutbildning just nu. Det relativt höga antal timmar som utförs av timanställda (enligt tertialrapport) beror enligt VC på vikarier för ordinarie personal som gått olika utbildningar. Sjuktalet är inte högre än på andra enheter, enligt VC.

Den introduktion som ges till ny personal upplevs av de intervjuade som tillfredsställande. Enligt VC sker avstämning efter två veckor. Detta bekräftas dock inte av övriga intervjuade.

De legitimerade har eget ansvar för omvärldsbevakning inom sina respektive områden. En av de legitimerade har uppdrag att bevaka nya rön inom palliativ vård. En annan att bevaka aktuellt inom förflyttningstekniken. Boendets läkare deltar ibland för att svara på frågor från personalen. De legitimerade informerar och utbildar omvårdnadspersonalen för att öka kunskap och medvetenhet kring bl a rehabfrågor och rehabiliterande synsätt. Omvårdnadspersonalen har inget uttalat ansvar för omvärldsbevakning.

Vid ledningsmöten inom affärsområdet tar VC själv del av nyheter och aktuellt från t ex affärsområdeschefen eller den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS). VC berättar också att hon tillsammans med kollegorna inom affärsområdet Boende äldre deltar i Socialstyrelsens värdegrundsbildning.

Övriga områden där kompetensutveckling skett under året har varit brandskydd, förflyttningsteknik och Siebel. Vissa i personalgruppen har också fått en tredagars demensutbildning och utbildning i taktil massage.

3.2.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK bedömer att det sker en kontinuerlig kompetensutveckling i verksamheten inom flera områden. HVK ser dock att det saknas en plan för hur de som har fast anställning men saknar undersköterskeutbildning ska få denna kompetens under avtalsperioden. HVK begär en beskrivning av detta i bifogad handlingsplan.

3.3. Kontaktmannaskap

3.3.1 Iakttagelser

VC berättar att det under det senaste året - generellt hos utföraren - satsats mycket på kontaktmannaskapet med särskild inriktning mot etik, bemötande och värdegrund. Ämnet tas ofta upp på APT. VC framhåller vikten av att de boende vet att de har en kontaktman, vem det är och att de boende genom denna känner att de kan påverka sin vardag. Viktigt är också bemötande och förhållningssätt till de anhöriga. Varje vecka avsetts cirka 30 minuter för uppdraget som bl a innebär att prata igenom "hur de vill ha det och vad som kan erbjudas", enligt en av de intervjuade. Om personkemin inte skulle stämma så sker ett byte av kontaktman.

3.3.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kraven i avtalet uppfylls.

3.4. Mat och måltider

3.4.1 Iakttagelser

I intervjuerna framkommer att äldrenämndens riktlinje för mat, måltid och nutrition är känd och implementerad. MUMS projektet har genomförts i verksamheten. Sjuksköterskan och måltidsombudet har ett gemensamt ansvar för mat och måltider i verksamheten. Individuella bedömningar av hur det fungerar med maten sker tre gånger per år. Bedömningsinstrumentet Mini Nutritional Assessment (MNA) används.

De boende motiveras att äta måltiderna gemensamt med övriga boende. De legitimerade berättar att personalen är observant på små signaler - som om någon vill äta på sitt rum, om det finns något som måste utredas vidare av sjuksköterskan eller om någon vill/behöver byta plats. Två alternativa maträtter serveras till lunch. Vid uppföljningen var det ca tre personer som behövde hjälp med maten på varje plan. Vid behov av extra måltid under natten så kan t ex mjölk och smörgås erbjudas. Ett kostombud finns på varje plan.

3.4.2. Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK noterar att samtliga krav uppfylls.

3.5. Aktiv och meningsfylld tillvaro

3.5.1 Iakttagelser

På varje plan finns en tavla där aktivitetsansvarig noterar vilka aktiviteter som är aktuella innevarande vecka. Vissa aktiviteter återkommer varje vecka om stort intresse finns, andra mer sällan. Exempel på gruppaktiviteter kan vara bingo, högläsning, sittgympa eller filmvisning. Utvärdering har gjorts och man försöker anpassa och hitta aktiviteter efter önskemål, enligt arbetsterapeuten.

Ett matråd där några av de boende deltar hålls ca en gång/termin. I verksamheten finns ett aktivitetsråd som planerar och anordnar gemensamma aktiviteter för de boende en gång/termin. Anhörigträffar anordnas två gånger per år. Omvårdnadspersonalen känner inte till om det finns några övriga sammanhang där de boende kan utöva inflytande och självbestämmande i syfte att kunna påverka sin vardag. De uppger dock att de boendes intressen fångas upp vid vårdplaneringar, vilket också bekräftas vid granskning av den sociala journalen. VC framhåller svårigheten i att även dokumentera de aktiviteter som sker i vardagen.

Arbetsterapeuten har tagit fram en pärm med knep och knåp övningar och andra klurigheter eftersom det har efterfrågats aktiviteter inom fler områden än de fysiska. Efter implementering av arbetsterapeuten har omvårdnadspersonalen tagit över ansvaret för dessa aktiviteter. Om särskilt intresse och behov finns så erbjuds ett deltagande i hundgrupp eller ett åttaveckors träningsprogram. Grupperna görs om efter ca 4-6 veckor för att öka variationen i aktivitetsutbudet. Omvårdnadspersonalen berättar också om spontana aktiviteter, t ex dans eller stickning, som förekommer på båda avdelningarna,

Enligt VC har kontaktmannen en viktig funktion i att fånga upp vilka aktiviteter som är intressanta för respektive person. På särskild tid för kontaktmannaskapet ska man t ex kunna åka till Gränby centrum.

Utevistelse kan ske utifrån önskemål, enligt samtliga intervjuade. Ideella verksamheter som t ex kyrkan och Röda korset hjälper till vid promenader. Enligt VC sker ett aktivt arbete av frivilligombuden för att utöka dessa kontakter då det särskilt under sommaren behövs fler medföljare när många vill gå ut. Under den kalla årstiden väljer många av de boende att stanna inne trots erbjudande. Övriga intervjuade känner inte till om det finns frivilligombud i verksamheten. "Det är så många ombud". Att kulturombud finns känner de dock till.

3.5.2. Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK bedömer att verksamheten på ett aktivt sätt tillgodoser både grupp- och individanpassade aktiviteter i syfte att främja aktiv och meningsfull tillvaro.

3.6. Hälso- och sjukvård

3.6.1 Iakttagelser

Under kvällar och helger finns en väl fungerande verksamhet för sjuksköterska att tillgå i den centralt organiserade joursjukvården, vilket samtliga intervjuade framhåller.

Medicinsk vårdplanering tillsammans med läkare erbjuds vid fastställda tillfällen men även vid behov. Samarbetet med boendets läkare fungerar bra. Läkemedelsgenomgångar med symtomsskattningsskala sker kontinuerligt och oftast vid varje rondtillfälle och vid medicinsk vårdplanering.

Samtlig personal har fått utbildning i munhälsa under 2011. Ny utbildning sker senare under hösten 2012. Årlig munhälsobedömning erbjuds alla boende.

En av sjuksköterskorna är utsedd till palliativt ombud. Vid behov av extravak informeras först VC som tillsammans med sjuksköterskan ser över behovet och fattar beslutet.

Omvårdnadspersonalens upplevelse är att det sker så ofta det finns behov. I verksamheten finns de resurser som behövs för att kunna möta närstående i kris. För att öka kunskapen om vård i livets slut har VC bjudit in palliativa rådgivningsteamet till kommande APT.

Ingen av de legitimerade har ett särskilt ansvar för de medicintekniska produkterna. Någon rutin för hur ansvaret är fördelat finns inte och är ett förbättringsområde enligt VC.

En sjuksköterska är utsedd till hygienombud och har utbildat övrig personal inom området. En av sjuksköterskorna samt två undersköterkor har fått särskild utbildning i vårdhygien.

I verksamheten finns tre personer med behov av syrgaskoncentrator och tre personer som är ordinerade insulin för sin diabetes. Viss skötsel av koncentratorerna har delegerats till omvårdnadspersonalen. Några av de boende har fått träning ordinerad av sjukgymnasten vilken utförs av delegerad omvårdnadspersonal. När ordination har utförts ska detta signeras på signeringslista. Vid tillfällen då ordinationen inte utförts har inte någon avvikelserapport skrivits, berättar sjukgymnasten, som ska ta upp denna avvikelse mot gällande rutin på kommande APT.

Registrering i Senior Alert fungerar bra, enligt VC.

3.6.2. Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK noterar att hälso- och sjukvården fungerar bra till stora delar.

Enligt SOSFS 2008:1 ska de medicintekniska produkterna vara registrerade. Uppföljning och utvärdering av de individuellt förskrivna hjälpmedlen ska ske årligen. Kontoret noterar att

ingen av de legitimerade har ett särskilt ansvar för de medicintekniska produkterna och begär att utföraren utser en av de legitimerade, tar fram en rutin som tydliggör ansvarsfördelningen och därefter informerar HVK i bifogad handlingsplan.

3.7 Fallprevention, bedömning av rehabiliteringsbehov och funktionsuppehållande förhållningssätt

3.7.1 Iakttagelser

Omvårdnadspersonalen berättar att de vanligen kontaktar arbetsterapeut och sjukgymnast via telefon eller e-post. Vid tre fasta tillfällen per vecka besöker de enheten. Personalens upplevelse är att de får snabb återkoppling.

Vid inflyttning av ny boende sker oftast en bedömning av funktionsnivå och rehabiliteringsbehov. Bedömning av fallrisker med tillhörande åtgärdsplan sker med Downtons fallriskindex, enligt Senior Alert. Den centralt framtagna rutinen för fallprevention hos utföraren har inte implementerats.

De legitimerade kontaktas när ett behov har uppstått, enligt VC, vilket kan vara vid behov av t ex hjälpmedel, hjälp vid förflyttningar, förändring eller försämring av allmäntillstånd. Som stöd för personalen har arbetsterapeut och sjukgymnast tagit fram ett informationshäfte om när de ska kontaktas. Omvårdnadspersonalen tar del av de rehabiliteringsplaner som arbetsterapeut och sjukgymnast tar fram och följer mål och delmål i ett rehabiliterande förhållningssätt, t ex i lägningsproceduren.

Arbetsterapeuten och sjukgymnasten berättar att de arbetat mycket med förflyttningar, överflyttning och att variera positioner som t ex sittställningar, vilket varit mycket positivt för den enskilde. De framhåller också vikten av att de boende, för att behålla självständigheten, ska göras delaktiga i små detaljer som t ex att kamma håret själv och att sätta på vattenkranen. Omvårdnadspersonalen berättar om den praktiska handledning de får som t ex hur en sele ska placeras och hanteras.

Vid teamträffar var annan vecka går deltagarna igenom samtliga boende. De legitimerade framhåller att teamträffarna behöver utvecklas ytterligare. Idag har sjuksköterskan en viktig roll som länk mellan omvårdnadspersonalen och arbetsterapeut och/eller sjukgymnast.

3.7.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK noterar att arbetsterapeut och sjukgymnast tillgodoser omvårdnadspersonalens behov av praktisk handledning. I intervjuerna framkommer att bedömning av funktionsnivå och rehabiliteringsnivå inte alltid sker direkt vid inflyttning och att de legitimerade kontaktas när ett behov har uppstått. HVK vill ta del av det informationshäfte som arbetsterapeut och sjukgymnast tagit fram som ett stöd för omvårdnadspersonalen i deras kontakter med arbetsterapeut och sjukgymnast.

Vid uppföljningen framkommer också att rutin för fallprevention inte är implementerad i verksamheten. HVK begär i handlingsplan en beskrivning av när rutin för fallprevention är implementerad i verksamheten.

3 ~~Ø~~ 8 Informationsöverföring och dokumentation

3 ~~Ø~~ 8.1 Iakttagelser

Arbetsterapeut och sjukgymnast anser att information och rapport från sjuksköterskorna är bra och ger en god överblick. Sjuksköterskorna upplever att det finns tillräckligt med tid för att både inhämta och överlämna information internt i verksamheten men även externt med t ex journalsjukvården. Omvårdnadspersonalen berättar att de har ca 30 minuters överlappning mellan passen. Tiden fördelas mellan muntlig rapport och tid för att läsa i dokumentationen/Siebel. Både före och efter nattpasset ges rapport på varje avdelning.

Alla boende har en genomförandeplan som tas fram tillsammans med den enskilde och eventuellt närstående. Det förekommer att även SoL ombud (övergripande dokumentationsansvarig) och kvalitetsombudet deltar. Enligt VC ske det finnas både mål och delmål. Kontaktmannens namn ska också framgå. Omvårdnadspersonalen är osäker på om delmål finns. Genomförandeplanen följs upp minst en gång per år och dessutom vid behov. Att detta sker är kontaktmannans ansvar.

I sammanställning från dokumentationsgranskning den 2012-10-23 (bilaga), framgår att det i verksamheten finns åtta förbättringsområden gällande dokumentation inom både hälso- och sjukvårdsområdet (inklusive rehabilitering) och socialtjänstens område.

3.8.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK noterar att informationsöverföring internt och externt fungerar bra.

HVK noterar också att det inom området dokumentation finns flera delar som måste förtydligas och förbättras för att kraven ska kunna uppfyllas. Granskningens resultat (se bilaga) kan delvis bero på att dokumentation skett på olika ställen och med olika sökord i det nya journalsystemet Siebel och att granskarna därför inte funnit de noteringar som de sökt efter. Då det nya journalsystemet inte varit i bruk under särskilt lång tid och ingen systematisk uppföljning skett så ser HVK det som att ett ömsesidigt lärande pågår. Den sociala journalen samt hälso- och sjukvårdsjournalerna måste dock alltid innehålla de delar som föreskrivs enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5 och 2008:14).

Ny journalgranskning kommer att ske under hösten 2013.

3.9 Avvikelser och klagomålshantering

3.9.1 Iakttagelser

Samtliga intervjuade ger en samstämmig bild av rutin och arbetssätt med synpunkter och klagomål samt avvikelser. De berättar att blanketter för anmälan av synpunkter och klagomål finns på anhörigtavlan och att de anmälningar som kommer in tas upp på APT eller på teamträffar. Om muntligt klagomål inkommer så skrivs det ner på en blankett och lyfts in i det systematiska förbättringsarbetet. Om händelsen gäller hälso- och sjukvård eller fallincidenter så kontaktas alltid sjuksköterskan först för åtgärd. Därefter lämnas rapporterna gällande fallincidenter till arbetsterapeut eller sjukgymnast för åtgärd på teamträffarna.

VC berättar om affärsområdets ledningsmöten där åsikter och synpunkter diskuteras i syfte att förbättra och revidera t ex övergripande rutiner.

Omvårdnadspersonalen säger avslutningsvis att de uppfattar sjuksköterskorna som arbetsledare under dagtid.

De intervjuade känner till de nya bestämmelserna kring Lex Sarah.

3.9.3² Kontorets kommentarer och slutsatser

Enligt gällande avtal ska det finnas dokumenterade och implementerade rutiner för synpunkts- klagomåls- och avvikelshantering. HVK bedömer att kravet är uppfyllt.

HVK bedömer att utföraren är väl insatt i gällande författning kring Lex Sarah.

Kontorets avslutande kommentar

Då avvikelser mot förfrågningsunderlaget konstaterats i vissa delar av de uppföljda områdena förefaller det som att utföraren inte implementerat uppdraget i alla dess delar hos den nu uppföljda enheten.

Efter inkommen informationsbroschyr (enligt punkt 3.7) och handlingsplan avser kontoret göra ny bedömning om uppdraget implementerats fullt ut.

Uppsala 2013-01-22



Tomas Odin
Avdelningschef



Eva Erikson/Maria Lindblom
Uppdragsstrateger

Bilaga 1 Sammanställning från dokumentationsgranskning 2012-10-23
Bilaga 2 Handlingsplan

Handläggare
Eva Erikson

Datum
2013-01-22

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN

Uppföljningsobjekt: Eriksdalsgården
Verksamhetschef: Carolina Castillo
Handlingsplan HVK tillhanda senast: 25 februari

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 i wordformat 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: Eriksdalsgården

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
3.1 VEC HSL					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2 Plan för USK utbildn					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.6 Rutin Ansvarfördelning MTP					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.7 Rutin Fallprevention					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datum 2012-10-29

Sammanställning från dokumentationsgranskning vid Eriksdalsgårdens vård- och omsorgsboende 2012-10-23, i samband med avtalsuppföljning**Bakgrund**

Dokumentationen är beviset på vård som planerats och genomförts samt på de effekter som uppnåtts av hjälpen och vården av den enskilde. Legitimerad personals dokumentation skall vara strukturerad och beskriva en sammanhållen vårdprocess, problem ska identifieras, mål, åtgärd, resultat, uppföljning och utvärdering ska beskrivas. Innehållet i dokumentationen ska beskriva individuellt planerad vård för att garantera kontinuitet och säkerhet för den enskilde. I omvårdnadspersonalens dokumentation ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut. Innehållet i dokumentationen ska visa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för den enskilde. En av förutsättningarna för att den enskilde ska hjälpas och vårdas utifrån ett rehabiliterande synsätt är att professionerna i teamet samverkar, vilket bör framgå i samtliga professioners dokumentation

Syfte

Som en del i avtalsuppföljning genomfördes dokumentationsgranskning vid Eriksdalsgårdens vård- och omsorgsboende. Syftet med granskningen var att se om dokumentation utförs utifrån gällande riktlinjer, lagstiftning och avtal.

Metod

Av verksamhetens 40 kunder gjordes ett slumpmässigt urval på 30 %. Detta resulterade i ett underlag på 12 kunder. Underlaget lämnades till verksamhetschef som ombads inhämta samtycke från kunderna inför dokumentationsgranskningen. Bortfall av två kunder (en avliden och en som inte gav sitt samtycke). Dokumentation som granskades var journaler i Siebel.

Resultat/sammanställning

Det fanns nio journaler upprättade av arbetsterapeut.

I en av journalerna fanns en kortfattad anamnestisk uppgift. I övriga journaler saknades anamnes helt.

I två av journalerna fanns kortfattade noteringar i status. Övriga journaler saknade status helt. I åtta av journalerna fanns upprättade rehabiliteringsplaner innehållande någon form av insatt åtgärd (deltagande i "hundgrupp" eller "aktivitetsgrupp" och/eller någon form av hjälpmedelsåtgärd). Bakomliggande bedömning till insatt åtgärd fanns beskrivet i två av journalerna och var då av övergripande karaktär.

Mål med insatt åtgärd fanns beskrivet i två av journalerna. Utvärdering/måluppfyllelse av insatta åtgärder återfanns i löpande text i fyra av journalerna.

Viss samverkan med omvårdnadspersonal kunde ses i tre journaler, samtliga gällde handhavande av hjälpmedel.

En sammanhållen vårdprocess kunde inte ses i arbetsterapeutens dokumentation.

Det fanns tio journaler upprättade av sjukgymnast.

I två av journalerna fanns totalt tre kortfattade anamnestiska uppgifter, i övriga journaler saknades anamnes helt.

I tre av journalerna fanns noteringar i status (två kortfattade status och ett mer utförligt), i övriga saknades status helt.

I samtliga journaler fanns upprättade rehabiliteringsplaner innehållande någon form av insatt åtgärd. Dessa åtgärder gällde träning enligt program i rehab lokal och/eller deltagande i sittgymnastik i grupp. Det fanns också notering om åtgärder gällande hjälpmedel i tre av journalerna. Bakomliggande bedömning och mål med insatt åtgärd återfanns i sex journaler och var av övergripande karaktär medan övriga journaler saknade detta helt. Kortfattad individuell utvärdering återfanns i löpande text i två av journalerna. I tre av journalerna framkom att insatta åtgärder avslutats på grund av förändringar i verksamhetens arbetssätt (begränsning av träningsperiod till åtta veckor).

Någon synlig samverkan med övriga professioner framkom inte i dokumentationen.

En sammanhållen vårdprocess kunde inte ses i sjukgymnastens dokumentation.

I sjuksköterskans journaler fanns anamnes och status. Det fanns ingen notering om vem som hade läkemedelsansvaret i någon journal. I fyra journaler fanns individuella vårdplaner som bilagor, varav i tre av dessa journaler rörde sig bilagorna om signeringslistor för läkemedelsgivning samt för såromläggning. I en journal fanns upprättade individuella vårdplaner som rörde hud, diabetes, läkemedel och samordning där problem och åtgärd var noterat. I löpande text fanns noteringar gällande rond, smärta, andning/cirkulation och vikt där problem och åtgärder var noterade. Hur kundernas välbefinnande var kunde inte utläsas. Vikt med uppföljning var utfört på samtliga kunder. Det fanns notering om att en kund hade fallrisk men någon åtgärdsplan för detta kunde inte ses. Samverkan med övriga professioner inom verksamheten framkom inte i dokumentationen. En sammanhållen vårdprocess kunde inte ses i sjuksköterskans dokumentation.


I omvårdnadspersonalens dokumentation fanns genomförandeplaner med målformulering samt kontaktman för samtliga boende. I den löpande texten framkom inte en individuellt planerad vård utifrån den enskildes behov. Hur den enskilde kunnat utöva inflytande och självbestämmande avseende planering och utförande framkom inte i dokumentationen. Individuella samt gemensamma aktiviteter var noterat i samtliga journaler. Samverkan mellan professionerna inom verksamheten gick att utläsa samt nätverk utanför verksamheten framkom.

Kommentar

Genomförandeplanerna saknade en individuell utformning utifrån den enskildes behov.

Förbättringsområden

- Att man i arbetsterapeutens och i sjukgymnastens dokumentation ska kunna se relevant information i anamnes och i status.
- Att det i arbetsterapeutens och i sjukgymnastens dokumentation ska finnas upprättade individuella rehabiliteringsplaner innehållande bedömning, mål, planerade och utförda behandlingar/åtgärder samt att uppföljning och utvärdering av insatta behandlingar/åtgärder ska kunna följas.
- Att det i sjuksköterskans dokumentation ska finnas upprättade individuella vårdplaner där problem, mål, åtgärd, uppföljning och utvärdering ska kunna följas.
- Att upprätta genomförandeplaner som visar en individuell utformning tillsammans med den enskilde eller dess företrädare
- Att upprätta målformuleringar som påvisar en individuell utformning för den enskilde
- Att innehållet i omvårdnadspersonalens dokumentation ska visa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för den enskilde.
- Att man i dokumentationen ska kunna följa att man i verksamheten arbetar aktivt med fallprevention.
- Att man i dokumentationen ska kunna se samverkan mellan professionerna inom verksamheten



Eva Andersson
Hälso- och sjukvårdscontroller



Karin Eriksson
Hälso- och sjukvårdscontroller



Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare

*Sammanställningen har skickats till:
Verksamhetschef Carolina Castillo
Uppföljningsstrateg Eva Eriksson*



Handläggare
Eva Erikson

Datum
2013-01-22

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN

Uppföljningsobjekt: Eriksdalsgården
Verksamhetschef: Carolina Castillo
Handlingsplan HVK tillhanda senast: 25 februari

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 i wordformat 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: Eriksdalsgården

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
3.1 VEC HSL	Om det är någon enskild ledningsuppgift som VEC inte har tillräcklig kompetens för, så har en utsedd legitimerad personal på Eriksdalsgården fått uppdraget. När det t ex gäller ansvar för HSL dokumentationen, ansvarar MAS för granskning. Därefter sker överlämning av resultatet och förslag till åtgärder. VEC har dessutom ett nära och regelbundet samarbete med MAS gällande patientsäkerhet.	Margareta Hellqvist leg. Ssk	Februari 2013 Pågående arbete	Rapport om patientsäkerhet skrivs tillsammans med utsedd leg personal. Avstämning sker per tertial för att följa upp avvikelser och se över utvecklingsmål i verksamheten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2 Plan för USK utbildn	Sedan övertagandet av Eriksdalsgården i oktober 2011 har det skett en utökning från ca 45% av utbildade medarbetare till 67%. Detta är ett arbete som pågår ständigt där de individuella utvecklingsplanerna och målkortssamtalen är viktiga redskap. En del i vår satsning när det gäller kompetensutveckling är att delta i de utbildningstillfällen som vi kan ta del av via HVK samt att uppmuntra våra medarbetare att utbilda sig på egen hand och med stöd av oss som arbetsgivare. En del i satsningen är tex vår informations kväll med CVL, där vi och	Verksamhetschef	Pågående arbete Mars 2013	Följs upp varje tertial samt vid målkortssamtalen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	CVL kommer att informera om hur man kan lägga upp valideringsutbildning . Alla nyrekryteringar som görs tillsätts med utbildad personal.						
3.6 Rutin Ansvarfördelning MTP	Rutinen för ansvarsfördelningen av MTP har tagits upp i samband med enhetsledningsmöte (där leg. personal, teamledare och verksamhetschef deltar) samt vid APT med övrig personal. Inventering av medicinsk tekniska produkter på boendet.	Verksamhetschef Leg personal (ssk, AT, samt Sjg)	Januari 2013 Januari 2013	Uppföljning sker i samband med nätverksmöten som äger rum var fjärde månad där VEC samt leg personal från de samarbetande boendena träffas och diskuterar rutiner för rehab personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.7 Rutin Fallprevention	Gällande rutin för fallpreventionsarbetet inom vård & bildning har återupptagits av all personal på Eriksdalsgården. När en ny boende flyttar in gör varje enskild yrkeskategori sin bedömning, om möjligt inom två veckor. Ett gemensamt teammöte genomförs där sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och kontaktman/omvårdnadspersonal redogör för sin bedömning. Om möjligt deltar verksamhetschef. Den gemensamma bedömningen leder fram till om hög eller låg fallrisk föreligger. Dessutom kartläggs vilka riskfaktorer som finns.	Leg personal tillsammans med övrig personal.	Arbetet påbörjades i december 2012 och pågår under våren 2013.	Åtgärdsplanen följs upp tills alla punkter är åtgärdade. I anslutning till ett fall diskuteras händelsen i teamet och åtgärdsplanen revideras med förslag till nya åtgärder. Om bedömning inte är gjord tidigare, genomförs den nu. Om personens tillstånd förändras genom t ex skada eller sjukdom görs en ny bedömning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	Därefter går man vidare till åtgärd. Detta arbete registreras i Senior alert.			Dessa rutiner diskuteras också vid nätverksmötena.			