

Handläggare
Christina Rosendahl

Datum
2014-02-26

Diarienummer
ALN-2013-0226.30

Äldrenämnden

Avtalsuppföljning i hemvårdsområde Sävja - Eget val

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktande av resultatet godkänna rapporten

Föredragning

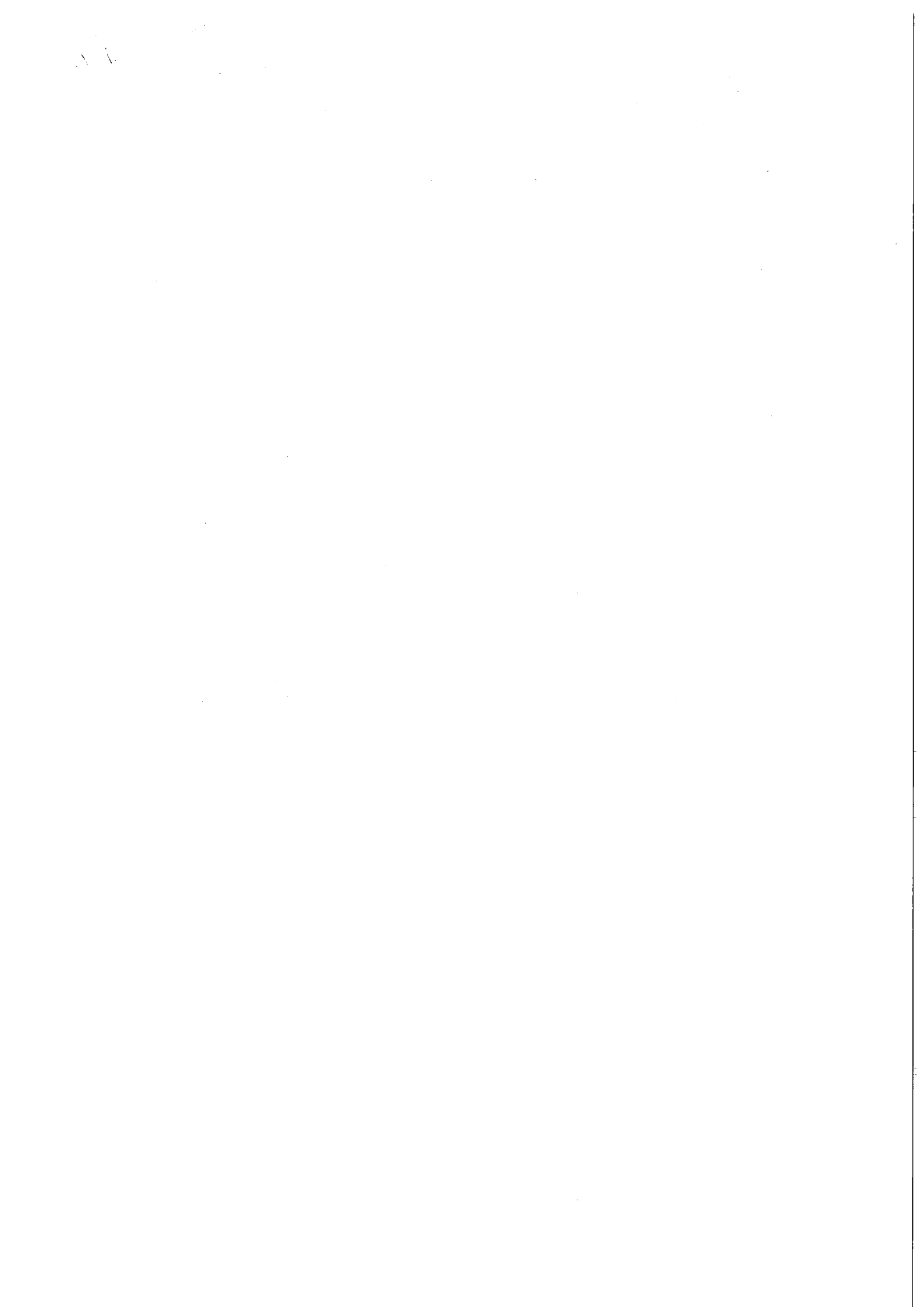
Sävja hemvård drivs av Vård & bildning och ingår i valfrihetssystemet Eget val. Kontoret har genomfört en planerad avtalsuppföljning. Uppdraget omfattar hemvård inklusive hemsjukvård, omvårdnad och service.

En handlingsplan med följande innehåll har inkommit till kontoret.

- Samverkan med ideella organisationer – åtgärder för att säkerställa kraven i avtalet
- Verksamhetschefens formella kompetens
- Tidsregistrering Phoniro
- Senior Alert – registrering och uppföljning

För kontoret för hälsa, vård och omsorg

Inga-Lill Björklund
Direktör



Handläggare
Christina Rosendahl
Eva Erikson

Datum
2013-09-25

Diarienummer
ALN-2013-0226

Avtalsuppföljning Vård & bildning, Sävja hemvård

Beskrivning av den uppföljda verksamheten

Utförare och enhet	Vård & bildning, Sävja hemvård
Adress	Västgötaresan 64
Verksamhetschef	Janette Olofsson
Tfn och mejladress	018-727 59 88 janette.olofsson@ uppsala.se
Uppföljning utförd av	Christina Rosendahl och Eva Erikson
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Verksamhetschef, utvecklingsledare för affärsområde hemvård inom Vård & bildning, två sjuksköterskor, en arbetsterapeut, en sjukgymnast, en driftledare samt två omvårdnadspersonal.
Totalt antal kunder	Ca 110
Typ av verksamhet	Hemtjänst och hemsjukvård
Avtalstid	2012-05-01—2015-05-01
Datum för uppföljning	2013-09-25

Sävja hemvård drivs av Vård & bildning på uppdrag av äldreutskottet. Verksamheten utför hemvård inklusive hemsjukvård, omvårdnad och service. I dagsläget har de ca 110 kunder, varav en tredjedel enbart har hälso- och sjukvårdsinsatser.

Hemvårdsområdet beskrivs som litet utifrån antal brukare. Det ger en bra översikt över de enskilda och deras behov, vilket bidrar till god kontinuitet i personalstödet enligt samtliga intervjuade.

Verksamheten har 14,8 årsarbetare fördelat på 20 personer varav två sjuksköterskor, en arbetsterapeut, en sjukgymnast och två administratörer.

1. Sammanfattning

Verksamheten drivs av Vård & bildning. Kontoret genomförde en planerad avtalsuppföljning vid enheten 2013-09-25.

1.1. Kontorets bedömning efter genomförd uppföljning

Uppföljda områden	Uppfyller kraven i avtalet	Uppfyller kraven i avtalet med förbättringsområden	Uppfyller delvis kraven i avtalet, brist förekommer
Avvikelse och klagomålshantering	✓		
Systematiskt förbättringsarbete och värdegrundsarbete	✓		
Samverkan	✓ Samverkan med anhöriga och aktörer som är viktiga för den enskilde.		✓ Avvikelse/handlingsplan Samverkan med ideella organisationer
Personalbemanning	✓		
Kompetens	✓ Hemtjänstpersonalens kompetens.		✓ Avvikelse/handlingsplan Verksamhetschefens formella kompetens
Kompetensutveckling	✓		
Tillgänglighet	✓		
Mat och måltider	✓		
Nyckelhantering			✓ Avvikelse/handlingsplan Tidsregistrering Phoniro.
Beställning och genomförande av uppdrag		✓ Beställning	
Förändring av brukarens behov gällande service och omsorg/oförutsedda behov	✓		
Hälso- och sjukvård samt rehabilitering	✓ God kvalitet på insatser inom hälso- och sjukvård samt rehabilitering.	✓ Tydliggöra kriterier när arbetsterapeut/sjukgymnast ska kontaktas.	✓ Avvikelse/handlingsplan Senior Alert- registrering och uppföljning
Dokumentation enligt hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen	✓ God kvalitet på HSL dokumentation.	✓ Dokumentation enligt SoL.	

1.2. Krav på åtgärder

Kontoret begär att Sävja hemvård senast 9 januari 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. Handlingsplanen ska skickas med e-post till halsavard-omsorg@ uppsala.se. Handlingsplanen kommer att diarieföras och registreras som offentlig handling.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Enligt äldrenämndens uppföljningsplan ska kontoret för hälsa, vård och omsorgs uppföljningsarbete säkerställa att beställande part, äldrenämnden, erhåller det resultat som förväntas utifrån tecknat avtal. Uppföljningen ska också visa på om gällande uppdrag, utifrån tillförda medel, styr i avsedd riktning.

2.2. Syfte och avgränsningar

Kontoret för hälsa, vård och omsorgs sammanlagda uppföljning syftar till att:

- Kommunfullmäktiges- och äldrenämndens beslut och viljeriktning följs.
- Äldrenämnden erhåller det som avtalats.
- Den enskilde erhåller beslutade insatser enligt socialtjänstlagen (SoL).
- Den enskilde erhåller vård som denne är i behov av, i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

2.3. Metod

Intervjuer med företrädare för verksamheten i form av öppna frågor och dialoger utifrån kraven i avtalet.

Dokumentationsgranskning av journalhandlingar inom lagrummen SoL och HSL samt granskning av tertiärrapport.

2.4 Läsförståelse

Rubrikerna i föreliggande rapport följer förfrågningsunderlaget för hemvård, eget val.

2.5 Resultat av uppföljning

Resultatet av uppföljningen grundas på den information som framkommit vid samtal med de intervjuade och inlämnad statistik i tertiär. Kontorets bedömning utgår således endast från den muntliga information som lämnats vid intervjutillfället samt den granskning som genomförts av aktuella lagrums dokumentation.

3. Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

3.1 Verksamhet och organisation

3.1.1 Iakttagelser

Sävja hemvård beskrivs av samtliga intervjuade som ett litet hemvårdsområde (utifrån antal brukare) där all personal har nära kontakt med den enskilde. Personalomsättningen är låg och kontinuiteten hög där brukare som är beviljad stöd flera gånger per dag, får besök av samma personal. När problem uppstår vidtas åtgärder omgående enligt ledningen och ger som exempel polisanmälan av stöld.

Ledningen berättar om det stora fokus verksamheten har på samverkan där fyra styrgrupper inom affärsområdet ansvarar för olika utvecklingsområden i syfte att nå ett enhetligt arbetssätt. Detta presenteras sedan för övriga grupper.

Den nya produktionsdirektören beskrivs som kunnig och jobbar på ett helt nytt sätt med höga krav, vilket ledningen ser att all personal mår bra av och sa att det inger förtroende.

Legitimerad personal berättar att de har en daglig kontakt med brukarna samt att personalen är duktiga på att rapportera/informera om det som händer. De berättar vidare att mycket positivt hänt efter att de fått ny verksamhetschef. Flera utvecklingsprojekt pågår samtidigt som innehållet i arbetet är mer nyanserat och mer inriktat på kvalitet till skillnad från tidigare då fokus låg på ekonomi. Detta har bidragit till att konflikter i personalgruppen lösts samt att de har en bra sammanhållning med personal som trivs.

En del av personalen har fått utbildning för att kunna introducera nya kollegor. Till sin hjälp har de en checklista.

Tre av de fyra legitimerade har anställts under det senaste året. De arbetar just nu med att skapa bättre struktur och rutiner för att hemvården ska utveckla sitt arbetssätt vidare.

Ledningen vill gärna utveckla samverkan med HVK genom fler dialoger och ger som exempel dialogen om värdegrund, vilken varit mycket positiv. De uppger också att en avtalsuppföljning som denna som genomförs i dialog mellan två parter är utvecklande för verksamheten. Tidigare uppföljningar med strukturerat frågebatteri kan, enligt ledningen, uppfattas som ett förhör.

3.2 Krav på tjänstens utförande

3.2.1 Iakttagelser

Avvikelse och klagomålshantering

Vid intervjutillfället med ledningen framkommer att personalen rapporterar när de uppmärksammar avvikelser. De kontaktar verksamhetschef eller legitimerad personal där avvikelsernas karaktär och allvarlighetsgrad är avgörande för vem som kontaktas. Återkoppling sker omgående till brukaren och personalen. Genom att dokumentera, analysera och

sammanställa det som hänt, avhjälpa brister och diskutera i personalgruppen är ledningens erfarenhet att det leder till utveckling av verksamheten.

Verksamhetssystemet TES (system för optimal planering av insatser inom hemtjänsten) säkerställer att alla kunder får sina insatser utförda vilket är anledningen till att de inte haft några uteblivna insatser enligt samtliga intervjuade. När kunden har önskemål om att ändra tiden för insatsens utförande, diskuterar personalen alltid med den enskilde och de kommer överens om en lösning.

Legitimerad personal beskriver rutinen kring avvikelshantering. Sjuksköterskan gör en första bedömning och vid fallrapporter överlämnas avvikelser till sjukgymnast och arbetsterapeut. Diskussioner om avvikelser förs på teammöten en gång i veckan där legitimerad personal, driftledare och hemtjänstpersonal deltar. Därutöver diskuteras två kundärenden som de legitimerade valt ut, mer ingående som led i ett lärande.

Personalen uppger att händelsen dokumenteras i avvikelserapport. Klagomål överlämnas till verksamhetschef eller driftledare. Återkoppling till brukaren sker samma dag och till personalen på APT och/eller morgonmöten. De berättar att även små avvikelser rapporteras men de intervjuade ser detta som ett område där de kan bli ännu bättre.

Personalen uppger att de ges möjlighet att påverka utvecklingen på arbetsplatsen bl.a. genom att driftledaren överlämnar visst ansvar för den dagliga planeringen till gruppen.

Samverkan

Förutom individuell kontakt med den enskilde sker samverkan med anhöriga vid behov och efter medgivande från den enskilde enligt ledningen. Legitimerad personal berättar att vissa anhöriga tar eget initiativ till kontakt och framför önskemål som kan vara svåra att tillgodose. De ser anhöriga som en resurs och samtidigt är den enskildes vilja styrande och måste respekteras. Lokalfrågan utgör i dagsläget ett hinder för att verksamheten ska kunna erbjuda anhörigråd. Verksamheten planerar för att komma igång inom ett år, enligt kvalitetsutvecklaren då en mer lämplig lokal förhoppningsvis finns för ändamålet.

Samverkan med vårdplaneringsteamet fungerar bra. Samtidigt anser ledningen att brukare skrivs ut från sjukhuset för tidigt, vilket de anser beror på att Akademiska sjukhuset dragit ner på antalet platser. Kulturombud, palliativt ombud och hygienombud finns på enheten. Ledningen berättar vid intervjutillfället att det i dagsläget inte sker någon samverkan med frivilliga organisationer beroende på att det inte finns någon efterfrågan.

Ledningen berättar att ökat behov av utevistelse kan tillgodoses både som biståndsbedömd insats och som en ordination från legitimerade.

Personalen uppger att de informerar brukarna om olika verksamheter bl.a. träffpunkt och seniorrestaurang. När någon har behov av mer social samvaro stöttas den enskilde till att kontakta öppna verksamheter såsom träffpunkt, seniorrestaurang och anhörigcentrum. En broschyr med denna information delas ut till samtliga kunder.

Systematiskt förbättringsarbete och värdegrundsarbete

Fem verksamhetschefer inom Vård & bildning går chefsutbildning på Ersta Sköndal där fokus ligger på utveckling av det systematiska förbättringsarbetet med inträffade avvikelser. Resultatet av studierna kommer att presenteras vid en workshop på högskolan och därefter ska det nya arbetssättet spridas inom Vård & bildning.

Ledningen uppger att värdegrundsarbetet utifrån den nationella värdegrunden kommer att pågå flera år. Två personal från varje enhet ingår i en referensgrupp och ses som värdegrundsledare. Från Sävja hemvård deltar två undersköterskor. Syftet med värdegrundsarbetet är att samtlig personal ska ha en bred värdegrund att stå på och få en bättre struktur med fokus på att lyssna in brukarna och bra bemötande. De berättar vidare att det kan ses som en nystart av deras arbetssätt.

Den personal som deltar i referensgruppen för värdegrund beskriver de positiva åsiktsutbyten som sker när gruppen träffas.

3.2.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Avvikelse och klagomålshantering – Samtliga intervjuade kan på ett strukturerat sätt beskriva verksamhetens arbete med avvikelse och klagomålshantering, samsyn råder. Kontoret bedömer att verksamheten i denna del arbetar i enlighet med kraven i avtalet.

Samverkan – Verksamheten samverkar med anhöriga efter överenskommelse med den enskilde. De samverkar också med landstinget, biståndshandläggare och andra aktörer som är viktiga för den enskilde. Vid avtalsuppföljningen framkom att verksamheten inte samverkar med ideella organisationer p.g.a. att det inte finns någon efterfrågan. Kontoret bedömer att verksamheten till viss del uppfyller kraven i avtalet men konstaterar brister när det gäller samverkan med ideella organisationer samt att volontärombud saknas. Kontoret begär en handlingsplan där verksamheten ska beskriva hur de ska arbeta för att uppfylla kraven i avtalet.

Systematiskt förbättringsarbete och värdegrundsarbete – Samtliga intervjuade beskriver på ett tydligt sätt hur de arbetar för att utveckla verksamheten. Kontoret bedömer att verksamheten i denna del arbetar i enlighet med avtalet på ett föredömligt sätt.

3.3. Förutsättningar för att bedriva uppdraget

3.3.1 Iakttagelser

Personalbemanning

Vid intervjutillfället med ledningen framkommer att enheten har 14,86 årsarbetare samt två administratörer, två sjuksköterskor, en arbetsterapeut och en sjukgymnast. Enheten har timanställd personal som vid enhetens behov kan övergå till månadsanställning.

Vid verksamhetschefens frånvaro går annan verksamhetschef in som ersättare alternativt utvecklingsledaren enligt samtliga intervjuade.

Kompetens

Verksamhetschefen har ingenjörsexamen inom fysik och har läst på läkarlinjen under ett år. Därutöver har hon gått utbildningen ledare i förändring. Hon har tio års erfarenhet i arbetsledande ställning.

Könsfördelningen är jämn i personalgruppen. Nio (7,2 årsarbetare) av hemvårdspersonalen har vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå och fem (3,4 årsarbetare) saknar utbildning.

Kompetensutveckling

Flera ur personalgruppen är medvetna om vikten av utbildning för att få en anställning och har därför valt att validera till undersköterska enligt ledningen. Den som tagit examen får 1000 kronor mer i lön per månad. Ledningen berättar vidare att Vård & bildning beviljar tjänstledighet för studier men har inte ekonomiska förutsättningar att betala ut lön under studietiden.

Samtlig personal genomgår ett introduktionsprogram med checklista vid nyanställning vilket även erbjuds timvikarier. Centralt inom Vård & bildning pågår ett utvecklingsarbete, "att vara ny på jobbet", där informationen fokuseras på kundens behov. De utgår från den egna metoden LUS (lyssna, utveckla, sympatisera och aldrig gå i polemik med kunden). Introduktionen kan sträcka sig över flera månader. Denna utbildning är uppskattad av personalen och planeringen är att alla ska erbjudas den.

Den legitimerade personalen uppger att det finns bra och gemensamma rutiner för introduktion på Insidan. Samtliga nyanställda berättar att de fått en bra introduktion genom dubbelgång och mentor från kollega i ett annat hemtjänstområde, MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska), professionsutvecklare eller underleverantör för sjukgymnast och arbetsterapeut. Samtliga ser att det hade varit bättre att få introduktion av sin företrädare. Det har inte varit möjligt för all legitimerad personal p.g.a. att berörda personer redan slutat sin tjänstgöring.

Ledningen uppger att den legitimerade personalen har nära samarbete med hemtjänstpersonal vid t.ex. handledning i ordinärt boende och att de är angelägna om att bygga bestående rutiner. De berättar vidare att de är stolta över personalgruppen som är engagerad och har brukarna i fokus.

Målkortssamtal (medarbetarsamtal) har genomförts och samtliga anställda har en kompetensutvecklingsplan. Demenskunskapen kartläggs vid medarbetarsamtalen. Vissa undersköterskor har utbildning i demensvård där utbildningen är lite grundare för dem som validerat. Vid nyanställning krävs omvårdnadsprogrammet och därigenom förutsätter ledningen att kunskaper i svenska språket finns. Det förekommer att personal först anställs på timmar innan en tillsvidareanställning blir aktuell. På så vis upptäcks eventuella brister.

Legitimerad personal berättar att de tar "stora kliv" framåt. Sjuksköterskorna är anmälda till en utbildning kring egenvård med syftet att bli säkrare i sin bedömning. En av

sjuksköterskorna går en utbildning i nutrition samt tandvårdsutbildning och den andra sjuksköterskan är palliativt ombud, läkemedelsansvarig, hygienombud samt förskrivare av trycksårsmadrasser. En av sjuksköterskorna har kompetensutvecklats inom demensvård. Arbetsterapeut och sjukgymnast omvärldsbevakar utifrån respektive profession.

Personalen berättar att de kommer att få en djupare information gällande Senior Alert samt en ny utbildning i Siebel.

Tillgänglighet

Personalen berättar att de har bra kontakt med brukarna som framför sina åsikter. När personalen ser en "planeringsmiss" så har de mandat att ändra planeringen och meddela driftledaren i efterhand. Personalen beskriver en stor flexibilitet inom insatsen. Samtlig personal tar ansvar för att planeringen fungerar utifrån kundens önskemål och behov.

Legitimerad personal berättar att hela teamet tillsammans gör hembesök. De berättar vidare att den enskilde ges stort inflytande vid genomförandet av insatserna.

Samtliga brukare har en kontaktman som oftast är den som besöker kunden. Varje personal är ansvarig för ca 6 brukare. När personer har omfattande behov utses två kontaktmän.

Mat och måltider

Sjuksköterskan berättar att kontaktmannen erbjuder MNA (bedömningsinstrument som kan användas för att identifiera äldre personer som löper risk för undernäring) till samtliga brukare med omvårdnadsbehov. Vid behov kontaktas dietist som föreslår åtgärder tillsammans med sjuksköterska och den enskilde.

Sjukgymnast och arbetsterapeut uppger att de har få kontakter med brukare som har nutritionsproblem men att de kan bli bättre på att identifiera när arbetsterapeut och sjukgymnast ska kontaktas i dessa sammanhang.

Ledningen berättar att de samverkar med företaget Sodexo när det gäller brukarens önskemål om olika typer av mat och de kan tillgodose nästan allt. Brukarens önskemål om flexibla måltider kan tillgodoses enligt personalen.

Personalen beskriver mathantering och de egenkontroller som genomförs. Verksamheten har registrerat sin mathantering hos miljökontoret.

Nyckelhantering

Bristande kommunikation mellan lås och telefon är ett dagligt problem för samtlig personal i verksamheten som använder systemet Phonirol. Vid larm förloras dyrbar tid när personalen inte kommer in med telefonen utan behöver hämta nycklar för att komma in hos den enskilde. Ett annat exempel som beskrivs av de intervjuade är de risker som uppstår när den enskilde försöker skynda sig till dörren för att öppna.

3.3.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Personalbemanning – Med stöd av vad som framkommit vid intervjuer med samtliga bedömer kontoret att kraven i avtalet är uppfyllda i denna del.

Kompetens – Verksamhetschefen har tio års erfarenhet i arbetsledande ställning och ingenjörsexamen. Enligt kraven i avtalet ska chefen för verksamheten ha relevant högskoleexamen. Kontoret begär en handlingsplan där utföraren klargör sin bedömning av ”relevant” högskoleexamen för verksamhetschefen.

I dagsläget har drygt hälften av hemtjänstpersonalen vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå. Kontoret bedömer att verksamheten vid tiden för uppföljningen delvis uppfyller kraven. Då flera ur personalgruppen validerar förutsätter kontoret att ska kravet ”75 % av tillsvidareanställd personal” har vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå senast vid 2014 års utgång.

Kompetensutveckling – Samtliga intervjuade beskriver tydligt verksamhetens arbete med introduktion och kompetensutveckling. Kontoret bedömer att villkoren i avtalet är uppfyllda i denna del.

Tillgänglighet – Vid avtalsuppföljningen framkom att samtlig personal tar ansvar för att planeringen fungerar utifrån den enskildes behov samt att personalen beskrev stor flexibilitet vid utförandet av insatsen. Samtliga brukare har en kontaktman. Kontoret bedömer att kraven i avtalet är uppfyllda i denna del.

Mat och måltider – Verksamheten erbjuder MNA till samtliga brukare med omvårdnadsbehov. Varierad kost erbjuds och flexibla mattider kan tillgodoses. Mathanteringen beskrivs och egenkontroller genomförs. Verksamheten har registrerats för mathantering hos miljökontoret. Kontoret bedömer att kraven i avtalet är uppfyllda i denna del.

Nyckelhantering – I Uppsala kommun används digitala låsvred (Phoniro) hos de brukare som har lämnat ifrån sig dörrnyckel och som kan ha behov av hjälp med att öppna ytterdörren. Vid genomgång av tidsregistreringen i Phoniro framkom att endast 3 % av besöken är korrekt registrerade. Stora problem med Phoniro beskrevs av samtliga intervjuade med konsekvenser som fallrisk för den enskilde samt att dyrbar tid förloras när personalen inte kommer in.

Kontoret ser allvarligt på de risker som beskrivs utifrån bl.a. patientsäkerheten samtidigt som användandet av systemet är en förutsättning för att bedriva uppdraget, vilket framgår av förfrågningsunderlaget för hemvård. Utföraren ska sörja för att teknisk support finns för egen utrustning samt anpassa sin utrustning så de möter de av Uppsala kommun ställda tekniska kraven. Genom tidsregistrering i Phoniro säkerställer verksamheten att både debiteringsunderlag (krävs för utbetalning av ersättning) och kundfaktura blir korrekta.

För att säkerställa kraven i avtalet begär kontoret en handlingsplan där verksamheten ska beskriva rutiner för fungerande teknisk utrustning och korrekt tidsregistrering samt beskriva rutiner för samverkan med Phoniro support och kontorets It grupp.

3.4. Uppdrag

3.4.1 Iakttagelser

Beställning och genomförande av uppdrag från myndighet

Ledningen berättar vid intervjutillfället att den enskilde, driftledare och kontaktman deltar vid upprättande av genomförandeplanen. De berättar vidare att kraven som ställts vid dokumentationsgranskning på inflytande för den enskilde inte stämmer överens med den faktiska vardagssituationen. Verksamheten utgår från att den enskildes inflytande ska säkerställas varje dag vilket medför att de inte kan detaljreglera i genomförandeplanen och t.ex. skriva att den enskilde vill duscha på onsdag eftermiddag. Ledningen uppger att mallen för genomförandeplanen behöver revideras för att bli mer ändamålsenligt. De beskriver vikten av övergripande mål med tydliga delmål. Utvecklingsledaren kommer att fortsätta lyfta frågan och skissa på en mer ändamålsenlig genomförandeplan.

Förändring av brukarens behov gällande service och omsorg/oförutsedda behov

Samtliga intervjuade beskriver samverkan med biståndshandläggarna som välfungerande och vid förändrade behov hos kunden sker handläggningen skyndsamt. Kontakten med biståndshandläggare sker främst via driftledaren och den uppbyggda strukturen fungerar "jättebra" enligt personalen.

3.4.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Beställning och genomförande av uppdrag från myndighet – Ledningen uppfattar inte genomförandeplanen som ändamålsenlig och utvecklingsledaren har idéer om hur den kan utvecklas vidare. Resultaten av dokumentationsgranskningen påvisar att verksamheten har förbättringsområdet att tydligare formulera mål/delmål samt när och hur insatser ska utföras utifrån den enskildes önskemål i genomförandeplanen. Genom att verksamheten dels planerar för och dels kan beskriva idéer för utveckling av genomförandeplanen har kontoret fullt förtroende för att verksamheten fullföljer detta arbete och kommer därmed inte att begära handlingsplan i denna del. Kontoret poängterar dock att det ska finnas genomförandeplan för samtliga brukare.

Förändring av brukarens behov gällande service och omsorg/oförutsedda behov -

Verksamheten har byggt upp en tydlig och välfungerande struktur. Kontoret bedömer att villkoren i avtalet är uppfyllda i denna del.

3.5 Hälsa- och sjukvård samt rehabilitering

3.5.1 Iakttagelser

Ledningen och sjuksköterskorna uppger inledningsvis att verksamheten har ett palliativt ombud. De berättar också att sjukvårdsteamet och palliativt centrum varit ett bra stöd vid vård i livets slut och i samband med dödsfall. Ytterligare stöd ges av Hemvårdsenheten där brukare

med komplexa behov ofta är inskrivna. Samverkan med nämnda enheter har fungerat bra. Diskussioner förs regelbundet på APT i syfte att ventilera frågor och funderingar från personalgruppen. Arbetet med Senior alert fungerar bra enligt ledningen. Enligt rapporterade uppgifter i tertialen påvisas alltför få avslutade registreringar. Det kan förklaras av att slutmomentet vid registreringen missats.

Fördelning mellan direkt och indirekt tid diskuteras och ledningen ser en utveckling mot en högre andel direkt tid, vilket de ser som positivt. Den legitimerade personalen påpekar att en ökning av indirekt tid sker "då det är lugnt i verksamheten". De säger bl.a. att "det är mycket som ingår i indirekt tid - som beställning av hjälpmedel, dokumentationen och lägga upp en plan för kunden. Vi skulle kunna vara mer hos kunden med mer teknik, som handdator etc". De beskriver dock att de tillgodoser den enskildes behov men skulle kunna ge mer handledning i hemmet vid t.ex. svåra förflyttningar.

Tydliga kriterier för när hemtjänstpersonalen ska kontakta arbetsterapeut och/eller sjukgymnast är ett förbättringsområde som de legitimerade kommer att arbeta vidare med. Personalgruppen lyfter också upp detta förbättringsområde men framhåller att arbetsterapeut och sjukgymnast är snabba med insatser så snart de efterfrågas. Ibland kan det dock vara svårt att veta vilken profession som har den rätta kompetensen.

Teammötena har utvecklats efter att Senior alert har införts vilket lett till att arbetsterapeut och sjukgymnast i högre utsträckning deltar i arbetet med att sätta ett realistiskt mål med vardagsrehabiliteringen.

Sjuksköterskan berättar att läkemedelsgenomgångar genomförs med stöd av PHASE 20 (symtomskattningsskala i syfte att identifiera symtom hos äldre som kan ha samband med läkemedelsbehandling, till exempel biverkningar eller interaktionseffekter).

Exempel på hälso- och sjukvårdsuppgifter som delegeras av sjuksköterska är att ge läkemedel i Apodos, insulin och att ge injektion med blodförtunnande medel samt att linda ben och lägga om en del sår. Sjuksköterskan berättar att en delegering nyligen dragits tillbaka då hantering av smärtstillande plåster inte utfördes på ett säkert sätt. Arbetsterapeut och sjukgymnast delegerar i dagsläget inga hälso- och sjukvårdsuppgifter däremot tar de fram instruktioner samt instruerar personalen. Handledning till hemtjänstpersonalen i vardagssituationer sker i den enskildes bostad.

3.5.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontorets samlade bedömning efter genomförd uppföljning är att verksamheten har en god kvalitet när det gäller insatser för hälso- och sjukvård samt rehabilitering. Det finns en stor medvetenhet om arbetet med direkt/indirekt tid där verksamheten visar på klara ambitioner att eftersträva mer direkt tid med kund i kundens bostad vilket kontoret ser mycket positivt på. Verksamheten uppfyller villkoren i avtalet till stor del men kontoret konstaterar brister mot avtalet när det gäller arbetet med registrering och uppföljning i Senior Alert. Kontoret begär en handlingsplan där verksamheten ska beskriva arbetet för att säkerställa registrering och uppföljning i Senior Alert.

Kontoret ser att verksamheten har ett förbättringsområde att arbeta vidare med när det gäller tydliga kriterier för när hemtjänstpersonalen ska kontakta arbetsterapeut och sjukgymnast.

3.6 Dokumentation enligt hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen

3.6.1 Iakttagelser

Rapporttid och dokumentation ingår i schemalagd arbetstid för samtlig personal enligt ledningen. Sjuksköterskan deltar vid morgonrapporten där en personal informerar muntligt om ärenden där dokumentation skett utifrån särskild rapporthänvisningspärm. Vid skiftbyte sker muntlig överrapportering via möte eller via telefon. Överrapportering från kväll till natt sker via telefon. Arbetsterapeut och sjukgymnast deltar vid morgonrapporten en dag i veckan.

All dokumentation sker i Siebel. Svårigheten att följa flödet i Siebel i kombination med att överblick saknas, medför risken att viss dokumentation förbises av misstag enligt de intervjuade. Systemet uppfattas som långsamt. Vissa funktioner är skiftlägeskänsliga såsom sorteringsfunktionen med felnavigering som följd. De beskriver svårigheter när dokumentation sker under olika sökord. När det gäller rehab, saknas sökord.

Resultaten av dokumentationsgranskningen påvisade att driftsstoppärmar innehöll social dokumentation för flera kunder. Detta har åtgärdats enligt ledningen och nu finns enskild akt för samtliga brukare.

Dokumentationsgranskning visade på följande förbättringsområden:

- **Att** upprätta genomförandeplaner för samtliga kunder.
- **Att** i genomförandeplanerna tydligare formulera mål/delmål samt när och hur insatser ska utföras utifrån den enskildes önskemål.
- **Att** i omvårdnadspersonalens löpande text dokumentera hur den enskilde varit delaktig i planeringen samt utförandet av insatser utifrån genomförandeplan samt måluppfyllelse av utförda insatser.
- **Att** upprätta enskilda akter enligt socialtjänstlagen på varje kund.

Se vidare bilaga 1. *Sammanställning från dokumentationsgranskning.*

3.6.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen är föredömlig för samtliga legitimerade, vilket den genomförda dokumentationsgranskningen påvisar. När det gäller den sociala dokumentationen visade granskningen på vissa förbättringsområden som kan förklaras av det tidigare beskrivna arbetssättet där fokus finns på flexibilitet. Kontoret poängterar dock att den enskildes inflytande/delaktighet alltid ska framgå i den löpande texten och ser detta som ett förbättringsområde.

4 Kontorets avslutande kommentar

Kontoret får en bild av en verksamhet som fungerar väl inom de flesta områden. Det finns höga ambitioner i utvecklingsarbetet och ett stort engagemang hos samtliga intervjuade.

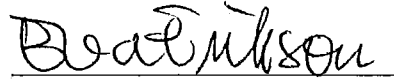
Utvecklingsarbete pågår inom flera områden på ett organiserat och genomtänkt sätt med en tydlig ansvarsfördelning.

Uppsala 2013-12-18



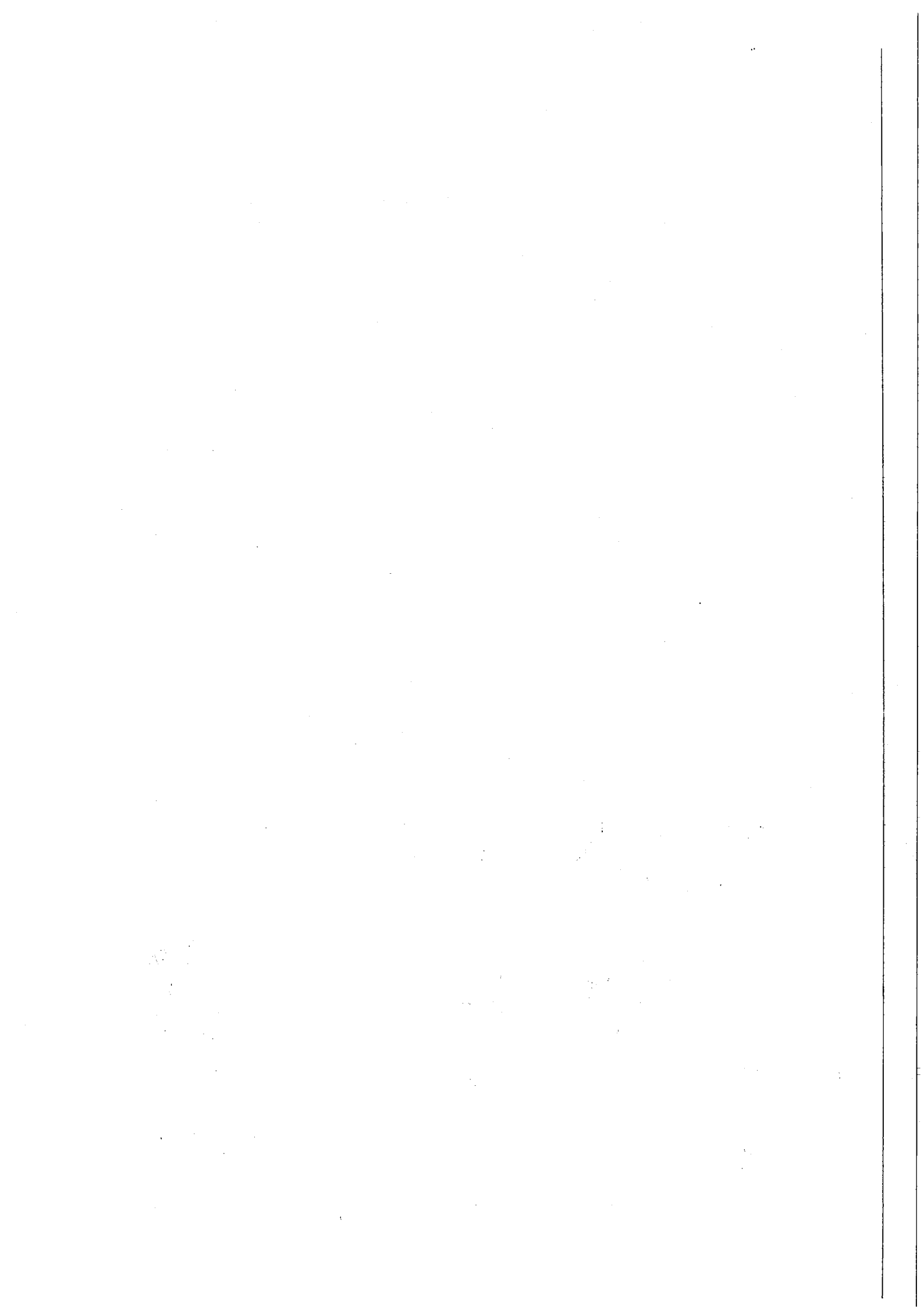
Christina Rosendahl

Uppdragsstrateg



Eva Erikson

Uppdragsstrateg



Datum 2013-09-12

**Sammanställning från dokumentationsgranskning vid Sävja/Danmark hemvård
2013-09-04, i samband med avtalsuppföljning.****Bakgrund**

Dokumentationen är beviset på den 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, 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 Sävja/Danmark hemvård. Syftet med granskningen var att se om dokumentation utförs utifrån gällande riktlinjer, lagstiftning och avtal.

Metod

Verksamhetschef ombads att inhämta samtycke till dokumentationsgranskning från ett slumpmässigt urval av 27 kunder inom verksamheten. Samtycke gavs av 21 kunder. Granskning utfördes i samtliga 21 journaler.

Resultat

Utifrån urvalet fanns 14 journaler i Siebel upprättade av arbetsterapeut. Samtliga journaler var strukturerade och beskrev en sammanhållen vårdprocess. Information fanns i anamnes och status. Individuella rehabiliteringsplaner innehållande bedömning, mål och insatta/utförda åtgärder samt uppföljningar/utvärderingar av dessa kunde ses. Samverkan med övriga professioner/aktörer kunde ses i ett flertal journaler. Noteringar om driftstoppsutskrifter saknades.

Utifrån urvalet fanns 13 journaler i Siebel upprättade av sjukgymnast. Samtliga journaler var strukturerade och beskrev en sammanhållen vårdprocess. Information fanns i anamnes och status. Individuella rehabiliteringsplaner innehållande bedömning, mål och insatta/utförda åtgärder samt uppföljningar/utvärderingar av dessa kunde ses. Samverkan med övriga professioner/aktörer kunde ses i ett flertal journaler. Noteringar om driftstoppsutskrifter saknades.

Utifrån urvalet fanns 15 journaler upprättade av sjuksköterska. I samtliga journaler fanns allmänna uppgifter och relevant information i anamnes och status. Det fanns upprättade individuella vårdplaner beträffande läkemedel, sår, provtagning, elimination och samtycke. I löpande daganteckningar framgick den vård som planerats, genomförts och de effekter som uppnåtts om den enskildes omvårdnadsbehov. Läkemedelsansvaret framgick tydligt i journalerna. Skattningsskalan Phase 20 hade använts inför läkemedelsgenomgång. Där fallrisk förelåg var fallriskbedömning utförd. I flertalet av journalerna fanns notering om att Senior Alert var utfört. Samverkan med övriga professioner kunde ses i dokumentationen. Notering om driftstoppsskrift fanns.

I omvårdnadspersonalens dokumentation fanns genomförandeplaner i nio journaler. Upprättande-/uppföljningsdatum fanns noterat i flertalet av dessa. Kontaktman fanns angiven i sju genomförandeplaner. Mål/delmål samt hur kund önskar att insatsen ska utföras saknades i flertalet av dem. När insatser ska utföras var ofta generellt beskrivet, till exempel 1gång/2veckor. Flertalet journaler innehöll få anteckningar. De anteckningar som fanns beskrev oftast när kund tackat nej till insats eller när kund inte mått fysiskt bra, till exempel "har feber", "har kräcks". Den enskildes inflytande/delaktighet över utförande av planerade insatser utifrån genomförandeplan, eller måluppfyllelse av utförda insatser, framgick inte i den löpande texten. Samverkan med övriga professioner kunde ses i den löpande texten. Noteringar om driftstoppsskrifter saknades.

Kommentar

Driftstoppsspärmar innehöll social dokumentation för flera kunder. *(En pärm innehöll till exempel kunder mellan A-C).*

Förbättringsområden

- **Att** upprätta genomförandeplaner för samtliga kunder.
- **Att** i genomförandeplanerna tydligare formulera mål/delmål samt När och Hur insatser ska utföras utifrån den enskildes önskemål.
- **Att** i omvårdnadspersonalens löpande text dokumentera hur den enskilde varit delaktig i planering samt utförandet av insatser utifrån genomförandeplan samt måluppfyllelse av utförda insatser.
- **Att** upprätta enskilda akter enligt socialtjänstlagen på varje kund.

Eva Andersson

Eva Andersson
Hälso- och sjukvårdscontroller

Karin Eriksson

Karin Eriksson
Hälso- och sjukvårdscontroller

Eva-Lena Tverå

Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare

Mari Larsson

Mari Larsson
Biståndshandläggare

Sammanställningen har skickats till:

Verksamhetschef: Janette Olofsson Sävja/Danmark hemvård
Uppföljningsstrateg: Christina Rosendahl Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Handläggare
Christina Rosendahl, Eva Erikson

Datum
2013-12-18

Diarienummer
ALN-2013-0226

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med ALN

Uppföljningsobjekt: Vård & bildning, division VoO, Sävja hemvård

Verksamhetschef: Janette Olofsson

Handlingsplan HVK tillhanda senast: 2014-01-09

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: Sävja hemvård

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar	
					Ja	Nej		
Samverkan med ideella organisationer: Beskriv åtgärder för att säkerställa kraven i avtalet.	Utse volonontärombud	Verksamhetschef utser ombud	Utses på APT 16/1			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Enhetens volontärombud kontaktar Centrum för ideellt arbete för information & samarbete	Volontär-ombud	Senast 28/2	Uppföljning sker på APT i mars			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verksamhetschefens formella kompetens: Klargör bedömningen av relevant högskoleexamen för verksamhetschefen	Verksamhetschefen har en 4-årig teknisk linje med kemi inriktning samt 80 p ingenjörsutbildning i fysik samt neuroanatomi ,diverse interna ledarutbildningar bl.a. FARAX. Tidigt i yrkeslivet gick hon en Intensiv omvårdnads-teknisk utbildning via NIVA och HIVA. Den formella kompetensen tillsammans med den samlade yrkeserfarenheten; 10 år dokumenterad ledare i Uppsala Kommun samt arbetat som föreståndare på en omvårdnadsavdelning (Uppsala kommun), arbete på NIVA, HIVA, infektionsklinik avdelning gör att vi anser att hon väl uppfyller de	Johan Steinbrecher Affärsområdes chef				<input checked="" 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	
	<p>krav som ställs på en verksamhetschef.</p> <p>Enhetens styrs genom en enhetsledning där bl.a. sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast ingår.</p> <p>Inom affärsområdet och divisionen finns stödfunktioner (utvecklingsledare, chefssjuksköterska m.fl.) som verksamhetschefen använder sig av</p>						
<p>Tidsregistrering Phoniro: Beskriv verksamhetens rutiner för fungerande teknisk utrustning och korrekt tidsregistrering samt rutiner för samverkan med Phoniro support och kontorets It grupp.</p>	<p>De telefoner som används ska vara kompatibla med Phoniro, HVK informerar oss om vilka telefoner vi kan använda. Vi köper in nya telefoner löpande.</p> <p>Vi uppdaterar telefonerna på anmodan av HVK.</p> <p>HVK ansvarar för kontakterna med Phoniro eftersom HVK är systemägare. Vi felanmäler dels till Phoniro och dels till Teknik & service samt HVK beroende på felets art.</p> <p>Vi informerar personalen dagligen både skriftligt och muntligt om</p>	<p>Driftledaren ansvarar för kontakterna med HVK, Phoniro samt Teknik & service</p> <p>Driftledaren</p>	<p>Sker vid behov</p> <p>Dagligen tills det görs</p>	<p>Registreringen i Phoniro följs upp dagligen på enheten samt centralt</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>HVK förutsätter att en successiv förbättring sker under året så att kraven i avtalet uppfylls. HVK kommer att genomföra stickkontroller vid flera tillfällen under året för att följa utvecklingen.</p>

