Uppsala kommun

Vård- och omsogsförvaltningen
Tjänsteskrivelse till äldrenämnden

Datum:
2021-03-11

Diarienummer:
ALN-2021-00105

Handläggare:
Jesper Kyrk

Årsrapport avtals- och uppdragsuppföljning 2020

Förslag till beslut

Äldrenämnden beslutar

1. **att** godkänna rapporten,
2. **att** ge förvaltningen i uppdrag att utveckla effektivare och mer proaktiva avtals – och uppdragsuppföljningar, och
3. **att** förvaltningen återkommer till nämnden med förslag i ärendet på nämndsammanträdet i augusti**.**

Ärendet

Årsrapport 2020 för avtals- och uppdragsuppföljning är en sammanställning av förra årets uppföljningar på förvaltningen.

Året 2020 har präglats av pandemin. Förvaltningens verksamheter har behövt hantera pandemin på olika sätt och den har även haft inverkan på uppföljningarna och de enheter som följs upp. Under våren var uppföljningarna pausade, bland annat på grund av en hög belastning på verksamheter och besöksförbud. Därefter har uppföljningarna genomförts digitalt via Teams.

Trots anpassningar har det genomförts 34 uppföljningar under året, 17 på vård- och omsorgsboende och 17 inom hemtjänst och hemsjukvård. Öppna förebyggande insatser har till stor del varit pausade under året och har därför inte följts upp. Huvudsyftet med avtals - och uppdragsuppföljningar är att kontrollera att utförarna följer de avtal eller uppdrag som ligger till grund för den äldreomsorg som ska utföras. Ett avtal med en utförare inom hemtjänst och hemsjukvård har avslutats under 2020.

Postadress: Uppsala kommun, Postadress, 753 75 Uppsala
Besöksadress: Stationsgatan 12
Telefon: 018-727 00 00 (växel)
E-post: Email
www.uppsala.se

Förvaltningen anser att uppföljningar av avtal och uppdrag kan utvecklas till att bli effektivare och mer proaktiva genom att avtal och uppdrag än mer fokuserar på utförarnas egenkontroll samt genom att utveckla nya arbetssätt för hur uppföljningar kan genomföras.

Beredning

Ärendet har beretts av avdelningen för systemledning.

Ekonomiska konsekvenser

Inte aktuellt med föreliggande förslag till beslut

Beslutsunderlag

Bilaga. Årsrapport avtals- och uppdragsuppföljning 2020.

Vård- och omsorgsförvaltningen

Lenita Granlund

Förvaltningsdirektör

Äldrenämnden
Rapport

Datum:
2021-03-25

Diarienummer:
ALN-2021-00105

Handläggare:
Jesper Kyrk

Årsrapport avtals- och uppdragsuppföljning - 2020

Sammanfattning

Året 2020 har präglats av pandemin. Förvaltningens verksamheter har behövt hantera pandemin på olika sätt och den har även haft inverkan på uppföljningarna och de enheter som följs upp.

Under våren var uppföljningarna pausade på grund av bland annat en hög belastning på våra verksamheter och besöksförbud. Därefter har uppföljningarna genomförts digitalt via Teams. Trots anpassningar har det genomförts 34 uppföljningar under året, 17 på vård- och omsorgsboende och 17 inom hemtjänst och hemsjukvård. Öppna förebyggande insatser har till stor del varit pausade under året och har därför inte följts upp. Däremot följer en beskrivning om vad som hänt inom den öppna förebyggande verksamheten under året.

Under året har utförarna inom vård- och omsorgsboende och hemtjänst och hemsjukvård uppvisat brister på flera områden, både egen regi och privata utförare. Då brister har uppstått har utförarna fått åtgärdsredovisningar vilket de vid senare tillfälle har fått godkänd. Därav bör bristerna som uppkommit under året vara åtgärdade. Ett avtal med en utförare inom hemtjänst och hemsjukvård har blivit avslutat under 2020. Det är dock svårt att jämföra årets uppföljningar med tidigare år då året har präglats av pandemin vilken har påverkat situationen även för utförarna. En del av de brister som identifierats under 2020 kan delvis bero på en ansträngd situation.

Förvaltningen har identifierat utvecklingsmöjligheter i uppföljningarna som ett komplement till nuvarande arbetssätt, bland genom de fördjupade uppföljningarna av de utförare som har lett till hävning av avtal. Förvaltningen fortsätter att utveckla sitt arbetssätt med uppföljningarna.

Innehåll

1 Inledning 4
1.1 Särskilda händelser under året 4
1.1.1 Vård och omsorgsboende 4
1.1.2 Hemtjänst och hemsjukvård 5
1.1.3 Öppna förebyggande insatser 6
2 Uppföljningsmetod 6
2.1 Uppföljning vård och omsorgsboende 6
2.2 Uppföljning hemtjänst och hemsjukvård 7
2.3 Uppföljning öppna förebyggande insatser 7
2.4 Uppföljning under pandemin 7
3 Resultat 7
3.1 Resultat vård- och omsorgsboende och hemtjänst och hemsjukvård 8
3.1.1 Verksamhet, ledning och organisation 8
3.1.2 Värdegrund och värdighetsgarantier 9
3.1.3 Personal, bemanning, kompetens och kompetensutveckling 10
3.1.4 Samverkan, genomförande av uppdrag samt dokumentation 11
3.1.5 Hälso- och sjukvård och rehabilitering 13
3.1.6 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 14
3.1.7 Brand och säkerhet samt kris- och katastrofberedskap 15
3.1.8 Lokaler och miljö 17
3.1.9 Övriga iakttagelser 17
3.2 Öppna förebyggande insatser 18
3.2.1 Träffpunkter 18
3.2.2 Seniorrestauranger 20
3.2.3 Anhörigcentrum 21
3.3 Dagverksamhet 21
4 Diskussion 22
5 Förslag på åtgärder/utredningsförslag 23

1 Inledning

Äldrenämnden har som huvudman rätt till insyn i hur utförare utför sitt av kommunen fastställda uppdrag. Vidare har allmänheten rätt till insyn i hur verksamheten utförs (Kommunallagen, 1991:900; Socialtjänstlagen, 2001:453). Avtals- och uppdragsuppföljning är ett verktyg för äldreförvaltningen i Uppsala kommun att säkerställa att utförare inom äldreomsorgen utför sitt uppdrag i enlighet med de avtal som tecknats mellan privata utförare och kommunen och i enlighet med uppdrag som ges till kommunens egen regi. Uppföljningarna är också ett arbetssätt för äldreförvaltningen att säkerställa en god kvalitet i äldreomsorgen men också en metod för att kartlägga äldreomsorgens förbättrings- och utvecklingsområden. Således fungerar avtals- och uppdragsuppföljningar som verktyg för att kontrollera att utförarna följer avtal, säkerställa kvalitet i vård och omsorg samt som ett instrument för att ta fram framtidsstrategier och utvecklingsområden inom äldreomsorgen i Uppsala kommun.

Uppsala kommun har inom äldrenämndens ansvarsområde i nuläget 94 enheter inom fyra verksamhetsområden, vård- och omsorgsboende, hemtjänst och hemsjukvård, öppna förebyggande, dagverksamheter samt korttidsvård/växelvård. De är fördelade på:

- 36 enheter inom vård- och omsorgsboende varav 23 i egen regi,
- 2 enheter som bedriver hemtjänst i tjänsteområde 1,
- 24 enheter som bedriver hemtjänst och hemsjukvård i tjänsteområde 2, varav tolv i egen regi,
- 21 enheter inom öppna förebyggande insatser,
- 9 enheter som bedriver dagverksamhet, alla i egen regi
- 2 enheter för korttidsvård inklusive växelvård med sammanlagt 98 platser. Ytterligare 32 insprängda platser, inklusive direktplatser, är fördelade på totalt 9 vård- och omsorgsboenden varav samtliga är inom kommunens egen regi.

Antal enheter som följts upp under året är 34 varav 17 inom hemtjänst och hemsjukvård och 17 inom vård- och omsorgsboende.

Inom vård- och omsorgsboende består dessa 17 uppföljda av tolv enheter i kommunens egen regi samt fem enheter i privat regi vilket är samma för hemtjänst och hemsjukvård, tolv i egen regi samt fem i privat regi.

1.1 Särskilda händelser under året

1.1.1 Vård och omsorgsboende

Ett antal större händelser har under året inträffat inom verksamhetsområdet vård- och omsorgsboende. Under årets första månader annonserades en upphandling efter beslut av äldrenämnden där driften för Lundgården i Bälinge och Björklingegården i Björklinge skulle upphandlas av en extern utförare. Upphandlingen som annonserades var till fast pris och utvärdering skulle ske på kvalitet där den utförare som kunde

erbjuda den högsta kvaliteten för ersättningen skulle bli den som fortsatt skulle få driva verksamheterna. Under annonseringsperioden visade flera utförare intresse för verksamheterna men efter att tiden för att inkomma med anbud hade passerat hade ingen utförare valt att lämna anbud på driften av verksamheterna. Det ledde till att äldrenämnden fattade beslut om att avbryta upphandlingen och att inte annonsera den på nytt. En analys gjordes från förvaltningens sida över varför ingen valt att lämna anbud i upphandlingen och flera av intressenterna framhöll beläggningen på enheterna som en avgörande faktor till varför de avstod från att lämna anbud i upphandlingen. Efter upphandlingen och analys av utfallet fattades även beslut att avbryta de inplanerade upphandlingarna av driften av Dalbyhemmet, Hagundagården och Karl-Johansgårdarna då även de bedömdes kunna resultera i samma utgång. Samtliga verksamheter fortsätter således att drivas i nämndens egen regi.

Under året öppnade Attendo AB sitt femte vård- och omsorgsboende i Uppsala då verksamheten vid Kapellgärdet norra startades upp 2020-03-01. Verksamheten är nu det enskilt största vård- och omsorgsboendet i Uppsala med kapacitet på totalt 99 lägenheter.

Två nya ansökningar om att starta vård- och omsorgsboende inom LOV har inkommit till och godkänts av förvaltningen under året. Ersta diakoni ansökte om att bedriva verksamheten vid Juliahemmet med 69 platser som öppnades den 1 februari i år. Attendo AB inkom med ansökan om att starta sin andra verksamhet på kapellgärdet, Kapellgärdet södra, en verksamhet med 102 lägenheter som beräknas starta under 2021.

Under 2020 har det gjorts revideringar av förfrågningsunderlaget för särskilt boende inom LOV. Förändringarna innefattar bland annat förändringar i ansvar för hälso- och sjukvård nattetid, ersättning, förändringar i kompetenskrav och förändringar i ansökningsprocessen.

1.1.2 Hemtjänst och hemsjukvård

Under 2020 har en ny utförare ansökt om att få bedriva hemtjänst inom valfrihetssystemet. Dock fick företaget avslag på sin ansökan då företaget inte bedömdes uppfylla de krav som ställs på nya utförare.

En betydande händelse under året var att äldrenämnden 2020-06-04, efter förslag från förvaltningen, beslutade att häva avtalet med en av de privata hemtjänstutförarna inom kommunens valfrihetssystem. Det skedde som en följd av att förvaltningens uppföljningar av företagets verksamhet vid upprepade tillfällen påvisat stora brister i utförandet av insatser till sina kunder. Bristerna bestod bland annat i att företaget ej utfört insatser utifrån de biståndsbeslut som legat till grund för insatsen samt att företaget anställt anhöriga till sina kunder för utförandet av insatser. I samband med hävningen av avtalet erbjöds de kunder som nyttjade föreget som sin hemtjänstutförare att välja ny utförare inom valfrihetssystemet. Förvaltningens bedömning är att hävningen kunde ske utan större konsekvenser för företagets kunder eller förvaltningen.

Parallellt med äldrenämndens hävning hävde även omsorgsnämnden sina avtal med företaget efter att förvaltningarna gemensamt gjort en fördjupad uppföljning av samtliga avtal med utföraren.

Under 2020 har det gjorts revideringar av förfrågningsunderlaget för hemtjänst och hemsjukvård. Förändringarna innefattar bland annat förändringar i ansvar för hälso-

och sjukvård nattetid, ersättningsmodell, förändringar i kompetenskrav och förändringar i ansökningsprocessen.

1.1.3 Öppna förebyggande insatser

Året 2020 har varit annorlunda beträffande Öppna förebyggande insatser på grund av Covid-19. De olika verksamheterna har behövt anpassas för att följa rådande rekommendationer och för att bidra till minskad smittspridning. Beskrivning av vad som har hänt inom området öppna förebyggande insatser beskrivs i resultatdelen.

2 Uppföljningsmetod

Det skiljer sig något i hur förvaltningen genomför uppföljningar inom respektive verksamhetsområde. I stora drag innefattar uppföljningarna intervjuer med ledning och personal ute i verksamheten, analys och bearbetning av material, sammanställning av rapport och åtgärdsredovisning, där utföraren uppvisat brister, samt uppföljning av åtgärder beskrivna i åtgärdsredovisningen. Alla uppföljningar registreras och diarieförs. Metod för uppföljning beskrivs mer utförligt under varje verksamhetsområde.

2.1 Uppföljning vård och omsorgsboende

De uppföljningar som är planerade enligt förvaltningens årsplanering kallas föranmälda uppföljningar. En föranmäld uppföljning innebär ett heldagsbesök på berörd enhet med intervju av personal från de olika professionerna, intervju med ledning, en rundvandring i lokalerna och vid möjlighet samtal med den personal som vid tillfället arbetar och de brukare och eventuellt närstående som just då närvarar. Inför varje föranmäld uppföljning begärs skriftligt material in. Det kan exempelvis vara rutiner, utdrag ur kvalitetsregister, aktuella bemanningslistor/scheman.

En händelsestyrd uppföljning sker under ett antal timmar då förvaltningen specifikt granskar vissa utvalda områden. Händelsestyrda uppföljningar är inte föranmälda utan är oftast relaterade till ett flertal synpunkter från olika personer eller information från exempelvis biståndshandläggare som indikerar att det kan finnas brister i verksamhetens. En händelsestyrd uppföljning ligger ofta till grund för en kommande planerad heldagsuppföljning där utföraren kan visa att identifierade brister har blivit åtgärdade. Händelsestyrd uppföljning kan även ske för kontroll av att tidigare brister faktiskt har åtgärdats enligt åtgärdsredovisning.

Varje uppföljning renderar en rapport samt vid identifierade brister även krav på rättelse genom en åtgärdsredovisning. Som en del av den nya uppföljningsprocessen som Avtal och Marknad arbetar utifrån sedan 2019, görs bedömningar av åtgärderna som utförarna beskriver i åtgärdsredovisning på plats, genom en ny uppföljning. Uppföljning av åtgärderna på plats har säkerställt implementeringen av de redovisande åtgärderna och även lett till ökad närvaro av strategerna i verksamheterna.

Samma metod används vid uppföljning av boenden upphandlade enligt LOV och LOU som för kommunal egenregi.

2.2 Uppföljning hemtjänst och hemsjukvård

Metod för avtals-och uppdragsuppföljning av hemtjänst och hemsjukvård liknar den inom vård- och omsorgsboende med undantaget att förvaltningen under uppföljningarna inte gör observationer ute i verksamheterna. Arbetet inom hemtjänst och hemsjukvård är främst förlagd ute hos brukarna vilket begränsar möjligheterna för uppdragstrategerna för observation då det kräver samtycke från brukaren. Detta kräver en större samverkan med biståndshandläggarna som genomför individuppföljningar i brukarnas hem. Materialet för uppföljningen består således även av information från biståndshandläggarna.

2.3 Uppföljning öppna förebyggande insatser

Ingen uppföljning av öppna förebyggande insatser har genomförts under 2020 på grund av Covid-19.

2.4 Uppföljning under pandemin

Under första delen av året, fram till mars, har uppföljningar genomförts som beskrivet ovan. När pandemin kom var avdelningen för Avtal och marknad tvungna, precis som många andra, att göra förändringar för att anpassa sig till situationen. Då det rådde besöksförbud i våra verksamheter under stora delar av året har de flesta uppföljningarna genomförts digitalt via Teams. Vid uppföljningar på vård- och omsorgsboende har det således inte kunnat göras observationer. Det är mer påfrestande att genomföra heldagsuppföljningar via Teams då deltagarna måste sitta framför en skärm med ibland dålig ljudkvalitet samtidigt som det finns risker att tekniken inte fungerar under uppföljningarna och att schemat då måste ändrats. Därav har uppföljningarna kortats ner för att ge mer flexibilitet. Således har vissa frågor som normalt ställts tagits bort från intervjuguiden, exempelvis värdegrund, och fokus har riktats mot frågor så som ledningssystem och vård och omsorg.

3 Resultat

Resultatet av 2020 års uppföljningar kommer att presenteras i enlighet med de områden som följs upp under våra uppföljningar och som utförarna arbetar utefter. Resultatet för vård och omsorgsboende och hemtjänst och hemsjukvård kommer att presenteras under samma rubrik för att tydligare kunna se likheter och skillnader dem emellan. Varje område avslutas med en kommentar från förvaltningen där resultatet av uppföljningarna diskuteras.

I nedanstående stycke presenteras resultatet från vård- och omsorgsboende och hemtjänst och hemsjukvård, därefter följer ett stycke där resultatet av övertagandeuppföljningar och uppföljningarna av korttidsboenden presenteras. En beskrivning av vad som har hänt inom öppna förebyggande verksamhet under året samt ett stycke om Dagverksamhet följer efter det.

3.1 Resultat vård- och omsorgsboende och hemtjänst och hemsjukvård

Vid uppföljningarna följer förvaltningen upp sju områden som är gemensamma för vård- och omsorgsboende och hemtjänst och hemsjukvård och som beskriver vad förvaltningen kräver av kommunens utförare. Vård- och omsorgsboende har även ett åttonde område som innefattar krav på lokaler. Vid de anpassade uppföljningarna som följdes av Covid-19 har fyra områden följts upp. Nedan beskrivs resultatet av våra uppföljningar utefter de ordinarie åtta områdena då förvaltningen hann med några uppföljningar innan de behövde anpassas.

Uppföljningar genomfördes på alla egenregis hemtjänst och hemsjukvårdsenheter. I privat regi genomfördes uppföljning av två utförare, Attendo och Diakoninstiftelsen. Följande enheter påvisade inte några brister, Ekeby hemvård (egen regi), Luthagen hemvård (egen regi) och Diakonistiftelsen Samariterhemmet hemvård (privat regi).

3.1.1 Verksamhet, ledning och organisation

3.1.1.1 Vård- och omsorgsboende

Området verksamhet, ledning och organisation handlar om att ha kunskap och kompetens kring uppdraget som utförare av särskilt boende. Under årets uppföljningar har förvaltningen identifierat två återkommande brister inom området. Den ena bristen bestod i att fyra verksamheter i egen regi saknade en utsedd hälso- och sjukvårdsansvarig medarbetare som ska stödja verksamhetschef inom hälso- och sjukvård när verksamhetschef inte innehar den formella kompetensen själv. Den andra bristen bestod i att verksamhetschef i tre verksamheter i egen regi saknar högskoleexamen vilket är ett av kompetenskraven i uppdragsbeskrivningen.

Förvaltningen ålade i samband med uppföljningarna verksamheterna att åtgärda bristerna.

Antal verksamheter med anmärkning inom området verksamhet, ledning och organisation är fem av 17 verksamheter, samtliga inom egen regi.

3.1.1.2 Hemtjänst och hemsjukvård

Området verksamhet, ledning och organisation handlar om att ha kunskap och kompetens kring uppdraget som utförare av hemtjänst och/eller hemsjukvård. Förvaltningen kan konstatera att inom hemtjänst och hemsjukvård uppfylls detta på alla enheter som följdes upp under året. Förvaltningen ser positivt på utförarnas arbete att implementera organisationen i alla led.

Under de planerade uppföljningar som gjorts under året på tolv enheter i egen regi och fem enheter i privat regi kan förvaltningen notera att ingen av verksamheterna har någon brist.

3.1.1.3 Kommentar till uppföljningsområdet

Inom området kan vi se att alla enheter inom hemtjänst och hemsjukvård som följdes upp håller sig till kraven i förfrågningsunderlag och uppdragsbeskrivningar och de flesta inom vård- och omsorgboende. Det verkar som att det överlag finns en tydlighet och struktur för hur organisationen ser ut hos våra utförare, både i egen regi och hos de privata utförarna.

3.1.2 Värdegrund och värdighetsgarantier

3.1.2.1 Vård- och omsorgsboende

Området värdegrund och värdighetsgarantier ingick endast på de planerade uppföljningarna under perioden januari-mars. På grund av pandemin krävdes ett förändrat arbetssätt vilket innebar anpassning av våra uppföljningar. Det resulterade i att alla områden inte kunde följas upp i samma utsträckning.

Förvaltningen genomförde tre uppföljningar där området värdegrund och värdighetsgarantier fanns inkluderat. Ingen av verksamheterna uppvisade några brister på området. Även fast området inte specifikt följdes upp resterande del av året har det vid flera av verksamheterna visat sig att det finns en värdegrund som är väl förankrad i verksamheten och att dess personal arbetar utifrån den på ett strukturerat sätt. Flera utförare är även väl medvetna och informerade om de värdighetsgarantier som äldrenämnden utfäst för sina brukare.

Antal verksamheter med anmärkning inom området värdegrund och värdighetsgarantier var noll av tre. Varav två i privat regi och en i egen regi.

3.1.2.2 Hemtjänst och hemsjukvård

Kännedom om äldrenämndens värdighetsgarantier saknades på två av enheterna inom egen regi och på en enhet i privat regi. Ofta bestod bristen i att värdighetsgarantierna inte är kända som just värdighetsgarantier trots att de arbetar på ett sätt som inkorporerar dem. Verksamheterna har ålagts att tydliggöra värdegrund och värdighetsgarantierna för personalen.

Antal enheter med anmärkning inom området värdegrund och värdighetsgarantier är två enheter i egen regi och en enhet i privat regi. Totalt tre av sju enheter inom hemtjänst och hemsjukvård (sex stycken egen regi och en enhet i privat regi) där området följdes upp uppvisade brister.

3.1.2.3 Kommentar till uppföljningsområdet

Avdelningen kan utifrån årets uppföljningar och dess förändrade förutsättningar inte få en fullständig bild av de uppföljda enheternas arbete med området värdegrund och värdegrundsgarantier.

Avdelningen kan dock konstatera att det inom hemtjänsten och hemsjukvården inte alltid är lätt att se huruvida nämndens värdighetsgarantier uppfylls då de inte är kända och kan formuleras av personalen i verksamheten. Personalen beskriver ofta att de arbetar utifrån ett sätt som ligger i linje med värdighetsgarantierna utan att de känner till att det just är Uppsala kommuns värdighetsgarantier de arbetar efter. Emellertid uppfylls värdighetsgarantierna även om personalen inte kan säga att det är just är värdighetsgarantierna de arbetar enligt.

Bristen på en väl förankrad och implementerad värdegrund i verksamheterna riskerar att ge upphov till andra brister avseende den vård och omvårdnad samt bemötande som brukaren ska ges. Även brukarens egna inflytande och medbestämmande riskerar att minska om ett aktivt värdegrundsarbete saknas i verksamheten. Det amma gäller nämndens värdighetsgarantier som ska vara kända och uppfyllas för att brukaren ska erhålla det stöd som nämnden utlovar brukaren. Det kan nämnas att det kan vara svårt för vissa verksamheter att implementera värdegrund och värdighetsgarantier hos en personalstyrka som i vissa fall präglas av förändringar i bemanningen och

förhållandevis stor andel vikarier. Problematiken försvåras ytterligare i hemtjänsten och hemsjukvården där personalen arbetar ute på fältet och således inte har lika mycket samvaro och samverkan med sina kollegor.

3.1.3 Personal, bemanning, kompetens och kompetensutveckling

3.1.3.1 Vård- och omsorgsboende

Vid uppföljningarna inom särskilt boende har det konstaterats att majoriteten av enheterna inte hade några större brister gällande personal, bemanning, kompetens eller kompetensutveckling.

Avseende bemanning noterades dock brister på två enheter i egen regi. I de fallen rörde det sig om att personal stundtals lämnade en demensavdelning obemannad nattetid för att hjälpa till på en annan avdelning.

Vid en enhet i egen regi uppmärksammades brister vid introduktion av nyanställd personal. Enheten har en framtagen checklista som ska användas vid introduktion av ny omvårdnadspersonal. Checklistan användes dock inte alltid vid introduktionen, utan ibland skedde introduktionen istället efter personalens ”egna erfarenheter”. På en enhet i privat regi samt på en enhet i egen regi saknades individuella kompetensutvecklingsplaner för medarbetare på enheten.

Förvaltningen ålade i samband med uppföljningarna enheterna att åtgärda bristerna.

Antal enheter med brister inom Personal, bemanning, kompetens och kompetensutveckling, fyra av 17, varav en i privat regi och tre i egen regi.

3.1.3.2 Hemtjänst och hemsjukvård

Vid uppföljningarna inom hemtjänst och hemsjukvården konstaterades det att majoriteten av enheterna inte hade några större brister gällande personal, bemanning, kompetens eller kompetensutveckling.

Vid uppföljningar på fyra enheter i egen regi påpekades brister gällande rutiner för introduktion av personal, långsiktig planering av bemanningen vid frånvaro samt genomförande av förflyttningsutbildning till personal.

Vid uppföljningen av en enhet i privat regi visade det sig att antalet undersköterskor understeg den andel som nämnden ställt krav på, att det fanns brister i svenska språket hos personal och att det fanns brister i egenkontroll vid matleverans.

Förvaltningen ålade i samband med uppföljningen enheten att åtgärda bristerna.

Antal enheter med anmärkning inom området Personal, bemanning, kompetens och kompetensutveckling är fyra enheter i egen regi och en enhet i privat regi. Totalt fem av 17 enheter inom hemtjänst och hemsjukvård.

3.1.3.3 Kommentar till uppföljningsområdet

Förvaltningen kan konstatera att svårigheterna för enheterna att anställa undersköterskor kvarstår, detta beror på att det fortfarande är en brist på personal inom den professionen. Det är en problematik som mest troligt kommer att förvärras framöver. Nämnden och förvaltningen bör ha bevakning på utveckling av personalkompetens och agera därefter, antingen genom att anpassa kraven i uppdrag

och förfrågningsunderlag eller genom att genomföra utbildnings- och arbetsmarknadssatsningar för att säkerställa behovet av exempelvis undersköterskor.

Introduktion och handledning från den legitimerade personalen till omvårdnadspersonalen är viktig för fungerande teamsamverkan och är ännu mer betydande för personal som inte är vårdutbildade.

Avsaknaden av en systematisk och kontinuerlig uppföljning av arbetsbelastning inom enheten, för att säkerställa att brukare får den vård och omsorg de behöver, försvårar förvaltningens uppföljning när det gäller kontroll av bemanning på enheterna och huruvida den ska bedömas som tillräcklig. Det går att göra genom exempelvis vårdtyngdsmätningar på enheter inom vård- och omsorgsboende.

Vissa enheter har även uttryckt att schemaläggningen av bemanning på vård- och omsorgsboenden har försvårats i och med införande av heltid som norm i den egna regins verksamheter. Det försvårar även förvaltningens uppföljning då det vid avsaknaden av vårdtyngdsmätningar i samband med heltid som norm kan finnas oklarheter i om det ska kunna anses vara en brist då temporär frånvaro eller vakanta tjänster inte till fullo täcks upp av vikarier.

3.1.4 Samverkan, genomförande av uppdrag samt dokumentation

3.1.4.1 Vård- och omsorgsboende

Under årets uppföljningar såg förvaltningen att flera enheter har regelbundna mötesformer för extern och intern samverkan. Under rådande pandemi har enheterna varit kreativa och flexibla i utövandet av såväl interna som externa mötena. Exempelvis uppgavs det på en del enheter att de höll möten digitalt medan andra uppgav att de samlades i mindre grupper med social distansering.

En form av extern samverkan är brukarråd som ska hållas två gånger per år. Fem enheter, fyra i egen regi och en i privat regi, genomförde inte några brukarråd under 2020 och kunde inte heller uppvisa hur de under rådande pandemi ändå säkerställde boendes delaktighet och inflytande i de frågor som normalt diskuteras vid brukarråden.

Vad gäller intern samverkan mellan de olika yrkesprofessionerna hade de flesta enheterna dagliga möten i form av kortare rapporter där legitimerad personal, rehabiliteringspersonal och omvårdnadspersonal deltog. Flera enheter användes även arbetsplatsträffar och teammöten för att skapa intern samverkan. På två enheter i egen regi saknades lokal rutin för intern samverkan som reglerar hur den ska ske, vilka mötesformer som ska finnas, hur respektive möte ska genomföras samt vilka som ska delta på respektive möte.

Förvaltningen konstaterade att de flesta enheterna hade väl fungerande rutiner och arbetssätt för social dokumentation i enlighet med socialtjänstlagen. Endast en enhet, egen regi, saknade rutin och arbetssätt för att säkerställa informationsöverföring mellan personal i journalsystemet Siebel.

Varje enskild boende ska ha en genomförandeplan som ska vara upprättad och inskickad till biståndshandläggare inom fjorton dagar efter det att de flyttat in. Genomförandeplanen ska utformas med den enskildes delaktighet och inflytande. Flera enheter hade rutiner för att skapa och hålla genomförandeplanerna aktuella och kända. Tre enheter, två i egen regi och en i privat regi, uppgav att de inte upprättar och skickar in genomförandeplanen inom fjorton dagar.

På sex enheter, fyra i egen regi och två i privat regi, uppgavs att boendes rätt till så kallad ”egen tid” med sin kontaktman minst en timme per vecka inte alltid genomfördes. På en enhet uppgavs att de inte dokumenterade utförd respektive icke utförd ”egen tid” i den boendes journal vilket medför att det på enheten inte kan följas upp om insatsen utförts eller inte.

På en enhet inom egen regi uppmärksammades att de inte erbjöd något fullgott måltidsalternativ till den eller de boende som av någon anledning inte kunde eller ville ha det middagsmål som serveras. En annan enhet i privat regi fick nerslag på att kravet om att servera tre rätter under två dagar på helgen inte uppfylldes. Vid samma enhet uppmärksammade förvaltningen även att flertalet boende har en dygnsfasta som överstiger elva timmar per dygn.

Vid tre enheter inom egen regi noterade förvaltningen att intervjuad personal saknade kännedom om den uppdragsbeskrivning som ligger till grund för utförande av uppdraget.

En enhet i egen regi fick nerslag på att dagliga aktiviteter för de boende saknades och enbart anordnades sporadiskt på enheten. Samma enhet fick även nerslag på att kunskapen hos en del av omvårdnadspersonalen vad gäller vård och omsorg är bristfällig.

Vid en enhet i egen regi uppmärksammade äldreförvaltningen att omvårdnadspersonalen i vissa fall använde sig av egna lösningar i uppkomna situationer istället för att utgå ifrån gällande rutiner och ordinationer. Avvikelserapportering enligt gällande rutin för avvikelsehantering av dessa avsteg gjordes inte heller alltid, vilket kan äventyra patientsäkerheten men även försvåra ett systematiskt förbättringsarbete på enheten.

En enhet i egen regi saknade rutin för informationsöverföring till arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut vid inflytt av ny boende, vilket kan fördröja att nödvändiga hjälpmedel kommer på plats så snart som möjligt vid inflyttning och även innebära olägenheter både för den enskilde och personalen. Förvaltningen uppmärksammade också att enheten saknade rutiner för kartläggning och bedömning av boendes rehabiliteringspotential i samband med inflytt. Förvaltningen ålade i samband med uppföljningarna enheterna att åtgärda bristerna.

Antal enheter med brister inom området Samverkan, genomförande av uppdrag samt dokumentation är tolv av 17, åtta i egen regi och fyra i privat regi.

3.1.4.2 Hemtjänst och hemsjukvård

Av de enheter som förvaltningen följde upp under 2020 tillhör alla tjänsteområde 2 (hemtjänst och hemsjukvård).

Vid tre av uppföljningarna på enheter i egen regi påpekades brister gällande rutiner för teamsamverkan och informationsöverföring i Siebel. Samma brister uppmärksammades vid uppföljning på en enhet i privat regi.

Vid uppföljningen av en annan enhet i egen regi uppvisades brister i dokumentationen.

Förvaltningen ålade i samband med uppföljningarna av enheterna att åtgärda bristerna.

Antal enheter med anmärkning inom området Samverkan, genomförande av uppdrag samt dokumentation är fyra enheter i egen regi och en enhet i privat regi. Totalt fem av 17 enheter inom hemtjänst och hemsjukvård.

3.1.4.3 Kommentar till uppföljningsområdet

Teamsamverkan mellan olika professioner är central för att bedriva en god vård och omsorg. Inom hemtjänst och hemsjukvård kan förvaltningen se att de enheter som inte har en fungerande teamsamverkan också uppvisar fler brister även på andra områden. Vi kan även konstatera att teamsamverkan har påverkats av pandemin som begränsat samverkan mellan professionerna där till exempel närvaro av legitimerad personal vid rapportmöten eller strukturerade teammöten varit nästintill obefintligt. Vi har förståelse för de förändrade förutsättningarna och att enheterna har prioriterat om, och anpassat efter situationen. Dock har förvaltningen påtalat att de måste planera för den strukturerade teamsamverkan och återuppta denna för att säkerställa en god och säker vård.

3.1.5 Hälso- och sjukvård och rehabilitering

3.1.5.1 Vård- och omsorgsboende

Inom området hälso- och sjukvård och rehabilitering noterades överlag god följsamhet till lagar, författningar och styrdokument. Uppföljningarna påvisade dock några områden där ett flertal enheter uppvisar liknande brister.
Sju enheter hade brister i registrering och/eller kvalitetsuppföljning utifrån nationella kvalitetsregister.

Vidare noterades vid sju enheter att följsamhet till ordination av sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut brast hos omvårdnadspersonalen där de ibland inte fullt ut utför det som ordinerats. Egenkontroll saknas alternativt fungerar inte tillfredsställande vilket innebär att enheterna inte alltid kunde svara på hur stor denna brist faktiskt är. I flera fall där ett system för egenkontroll faktiskt upparbetats saknades det då istället följsamhet till det. Det är dock inte specifikt för området hälso- och sjukvård utan kan skönjas i fler av de uppföljda områdena.

Antal enheter med brister inom området hälso- och sjukvård och rehabilitering var elva av 17 varav nio i egen regi och två inom privat regi.

3.1.5.2 Hemtjänst och hemsjukvård

Majoriteten av de identifierade bristerna hos de uppföljda enheterna gäller avsaknad av hygienombud och palliativt ombud samt brister i omvårdnadspersonalens signering av ordinationer från sjukgymnast/fysioterapeut.

I övrigt handlade bristerna om att den legitimerade personalen inte var delaktiga i introduktionen av nyanställd omvårdnadspersonal, bristande informationsöverföring mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal, avsaknad av handledning från legitimerad personal till omvårdnadspersonal i omvårdnad och i ett hälsofrämjande arbetssätt samt arbete med kvalitetsregistret Senior Alert. Bristerna uppmärksammades vid uppföljningar av enheter i egen regi.

Vid uppföljning av enheter i privat regi uppmärksammades brister gällande hälsofrämjande arbetssätt hos omvårdnadspersonalen, avsaknad av hygienombud och palliativt ombud samt att rutin för vård i livets slut saknades.

Förvaltningen ålade i samband med uppföljningarna enheterna att åtgärda bristerna.

Antal enheter med anmärkning inom området hälso- och sjukvård är sex enheter i egen regi och en enhet i privat regi. Totalt sju av 17 enheter inom hemtjänst och hemsjukvård.

3.1.5.3 Kommentar till uppföljningsområdet

Förvaltningen kan konstatera att centraliseringen av hälso- och sjukvårdspersonalen, inom hemtjänst och hemsjukvård, ställer krav på en god och kontinuerlig samverkan mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal samt mellan ledningen för respektive område. Under uppföljningarna noterades att det finns olika arbetssätt och att närvaron av legitimerad personal skiljer sig mycket mellan olika enheter. För att säkerställa en god samverkan mellan professionerna är det viktigt att alla enheterna följer överenskomna rutiner mellan hemtjänst och hemsjukvårdsorganisation. Under förvaltningens uppföljningar har vi sett olika grader av implementering och följsamhet av dessa rutiner.

Vidare har förvaltningen uppmärksammat att ett hälsofrämjande arbetssätt inte genomsyrar enheterna i den utsträckning som efterfrågas. Upplevelsen från omvårdnadspersonalen är att de inte alltid har tiden som behövs för att arbeta utifrån ett hälsofrämjande arbetssätt. Vid de genomförda uppföljningarna kan förvaltningen också konstatera att handledning från fysioterapeut och arbetsterapeut i ett hälsofrämjande arbetssätt inte är en självklar del i introduktionen för omvårdnadspersonal. Det saknas även möjlighet på enheterna för att ge ett fortlöpande stöd i arbetssättet som personalen behöver i det dagliga arbetet.

I likhet med kommentar ovan kan det identifieras vinster med legitimerad personals närvaro i det dagliga arbetet vilken går förlorad när legitimerad personal centraliseras. Även om de olika professionerna träffas genom möten så minskar den informella vägledningen, den som sker i korridoren, från legitimerad personal.

Vidare kan nämnas att ett hälsofrämjande arbetssätt åsidosätts när personalen är tidspressade. Att arbeta med ”händerna på ryggen” och exempelvis låta den enskilde knäppa knapparna i sin skjorta själv tar längre tid än om personalen skulle göra det, en tid som personalen uppger att de inte har.

3.1.6 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

3.1.6.1 Vård- och omsorgsboende

Bristande systematik vad gäller kvalitetsarbete har varit återkommande på flera enheter. Kvalitetsledningssystem finns men rutiner för systematisk analys och återkoppling saknades eller följdes inte. Kvalitetsutvecklande arbete utifrån såväl synpunkter som egna noterade avvikelser saknades och delområdet genererar totalt tolv noterade brister fördelat på sex enheter.

Vid uppföljningarna noterades att egenkontroll saknades eller hanterades inte enligt rutin även vad gäller andra områden där den vanliga bristen är underlåtelse i att fylla i signeringslistor av olika slag.

Antal enheter med brister inom området ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är nio av 17 varav sju inom egenregin och två inom extern regi.

3.1.6.2 Hemtjänst och hemsjukvård

Brister som har identifierats på hälften av enheterna var i arbetet med systematiskt kvalitetsarbete, med synpunkter och klagomål samt avvikelser.

På fem enheter i egen regi saknades arbete med en samlad analys av synpunkter, klagomål och avvikelser på aggregerad nivå, där mönster och trender som inte framkommer i enskilda utredningar av synpunkter, klagomål och avvikelser kan synliggöras. En enhet inom egen regi uppvisade kunskapsbrister i avvikelsehantering.

Vidare identifierade förvaltningen att två enheter i privat regi inte hade kunskap om deras skyldighet att anmäla enligt Lex Sarah/Lex Maria, vilket förvaltningen ser som en allvarlig brist.

Förvaltningen ålade i samband med uppföljningarna av enheterna att åtgärda bristerna.

Antal enheter med anmärkning inom området Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är sex enheter i egen regi och två enheter i privat regi. Totalt åtta av 17 enheter inom hemtjänst och hemsjukvård.

3.1.6.3 Kommentar till uppföljningsområdet

Förvaltningen kan även detta år konstatera att enheterna har implementerade rutiner för individuell återkoppling av synpunkter, klagomål och avvikelser. Dock saknas ofta en sammanställning och analys av synpunkter, klagomål och avvikelser till hela arbetsgruppen, vilket gör att det inte sker något lärande på enhets- eller utförarnivå. Det systematiska kvalitetsarbetet syftar dels till att lyfta upp enstaka problem till hela personalgruppen, vilket är särskilt viktigt inom hemtjänst och hemsjukvården där personalen arbetar längre ifrån varandra, för att förebygga att sådant sker igen. Vidare syftar systematiskt arbete att sammanställa brister för att se mönster och därigenom påbörja ett arbete för att exempelvis minimera risken att det återupprepas. Ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete är en grund för att förebygga återkommande brister men också ett verktyg för utvecklingsarbete vilket förvaltningen bedömer som bristande i många av de verksamheter som arbetar med äldreomsorg.

Avdelningen ser ett behov av att öka kunskapen hos personalen när det gäller Lex Sarah och Lex Maria samt att rapporteringsskyldighet och dess syfte blir en självklar del i det återkommande kvalitetsarbetet i verksamheten.

Vidare kan förvaltningen notera en skillnad mellan dokumenterade rutiner och deras överföring till arbetet. Flera rutiner finns dokumenterade men personalen har ibland inte kännedom om dem. Frågan är då om de rutinerna kan anses vara implementerade i verksamheten?

3.1.7 Brand och säkerhet samt kris- och katastrofberedskap

3.1.7.1 Vård- och omsorgsboende

Ett område som följts upp vid samtliga enheter är om det på enheten finns en dokumenterad och implementerad plan och rutin(er) för hur brand samt andra kriser ska hanteras. Rutiner ska beskriva hur situationer ska avhjälpas och vilka som ska kontaktas vid akuta ärenden för att minimera risken för skada och för att avhjälpa en akut situation. Utöver rutin för brand innebär det att det ska finnas implementerade rutiner för hur personalen ska agera vid exempelvis avbrott i el-, värme- eller

vattensystem. Under året har det noterats att en majoritet av de uppföljda boendena har haft en sådan rutin. Det har dock vid två enheter uppmärksammats att det fanns brister i planen avseende de lokala rutinerna för de specifika enheterna. Det har då rört sig om att vissa kontaktuppgifter har saknats för de funktioner som den specifika enheten ska vända sig till i händelse av exempelvis el- eller vattenavbrott.

Även det systematiska brandskyddsarbetet följs till viss del upp av förvaltningen vid uppföljningarna. Bland annat kontrolleras det om det finns ett namngivet och känt brandombud på enheten samt att personalen känner till de rutiner som finns för händelse av brand.

Antal enheter med brister inom området Brand och säkerhet samt kris- och katastrofberedskap är två av 17 varav båda inom egenregin.

3.1.7.2 Hemtjänst och hemsjukvård

Fyra enheter i egen regi och två enheter i privat regi har uppvisat brister gällande framtagandet av en lokal rutin för extraordinära händelser inom hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Resultatet visar vidare att en enhet i privat regi inte heller hade kännedom om gällande riktlinje inom området. En annan enhet i privat regi samt en enhet i egen regi arbetade ej med riskbedömning i form av brandchecklista som ska erbjudas alla brukare i Uppsala kommun.

Förvaltningen ålade i samband med uppföljningarna av enheterna att åtgärda bristerna.

Antal enheter med anmärkning inom området Brand och säkerhet samt kris- och katastrofberedskap är fyra enheter i egen regi och två enheter i privat regi. Totalt sex av 17 enheter inom hemtjänst och hemsjukvård (tolv inom egen regi och fem enheter i privat regi).

3.1.7.3 Kommentar till uppföljningsområdet

Den nya riktlinjen gällande brandskydd och säkerhet för äldre är inte känd på alla enheter och kunskapen varierar mellan enheterna. Checklistan som ingår i riskbedömningen används på flera av enheterna men det saknas kunskap om det fortsatta arbetet.

Förvaltningen har även uppmärksammat att det inom hemtjänst och hemsjukvård behövs en tydligare kommunikation mellan utförare. Inom hemtjänst och hemsjukvård kan den enskilde ha två utförare som utför olika insatser. Här krävs det en tydligare ansvarsfördelning om vem av de utförarna som ska ansvara för exempelvis riskbedömningar gällande brand.

I likhet med området ovan kan vi se en skillnad mellan rutiner på olika nivåer. Även om det finns en övergripande rutin för utföraren så krävs det lokala rutiner och även att personalen känner till dem för att de ska kunna användas. Även om enheterna är lika varandra på en övergripande nivå kan det finnas lokala skillnader, exempelvis lokalutformning, som kräver att rutinerna förs ned till lokal enhetsnivå för att kunna användas.

3.1.8 Lokaler och miljö

3.1.8.1 Vård- och omsorgsboende

Vid varje uppföljning inom vård- och omsorgsboende genomförs i normalfallet en rundvandring på enheten där en genomgång av lokalerna utifrån en checklista genomförs. Vid denna genomgång iakttas inte bara lokalerna och miljön på boendet utan rundvandringen ger även förvaltningen en viss insyn i hur arbetet fortlöper på enheten och vilken atmosfär som råder på boendet samt i interagerandet mellan de boende och personalen i på enheten. Av denna anledning försöker förvaltningen förlägga denna rundvandring i samband med måltidssituationen för att kunna observera och för att få en möjlighet att samtala med de boende.

Årets uppföljningar har dock på grund av pandemi i huvudsak utförts på distans varför detta moment inte genomförts förutom vid de fyra uppföljningar som utfördes innan besöksförbud vid äldreboende meddelades. Resultatet kan således inte jämföras med resultat från tidigare år.

Under året har det påvisats vid tre av uppföljningarna att kemikalier förvarats på ett otillbörligt sätt då de förvarades lättåtkomligt eller i olåsta utrymmen där det kan kommas åt av de boende. Olämplig förvaring av kemikalier kan utgöra en fara, särskilt vid avdelningar där personer med demenssjukdom bor.

Två enheter fick även anmärkning på att sekretessuppgifter förvarats på otillbörligt sätt i exempelvis olåsta utrymmen eller att information om brukare kan ses på anslagstavlor på expeditioner via insyn från utsidan genom fönster/glasdörr.

En enhet fick anmärkning på otillåten inlåsning i det avseendet att huvudutgången från avdelningen var utrustad med kodlås utan att koden var uppsatt på ett synligt sätt.

Antal enheter med brister inom området lokaler och miljö är tre av 17 varav en inom egenregi och två inom privat regi.

3.1.8.2 Hemtjänst och hemsjukvård

Området ingår inte i uppföljningen av hemtjänst och hemsjukvård då verksamheten utförs ute hos brukarna i deras egna hem.

3.1.8.3 Kommentar till uppföljningsområdet

Då kemikalier förvaras på otillbörlig plats utgör de en fara för de boende. Även att sekretessuppgifter förvaras där obehöriga kan komma åt dem kan utgöra en risk för de boende. De boendes hälsa och rätt till privatliv är av högsta prioritet inom äldreomsorgen och det här är ett viktigt förbättringsområde inom vård- och omsorgsboende.

3.1.9 Övriga iakttagelser

Nedan följer iakttagelser som inte följer direkt från avdelningens uppföljningsrapporter men som har beröring till uppföljningar och kring den verksamhet som utförs inom ramen för äldreomsorgen i Uppsala kommun.

Utöver det som identifierats under de planerade uppföljningarna har det även framkommit vissa brister inom ramen för tidsregistreringssystemet Phoniro.

Förvaltningen har tidigare upptäckt att vissa utförare har misskött sin registrering i Phoniro vilket har varit delorsaker till hävning av avtal med utförare. Bristerna som identifierats har främst bestått av felregistreringar, justerade besök och överlappning av besök. När manuella registreringar och justerade besök är mellan 15-20 procent av de besök som genomförs under en månad är det svårt för förvaltningen att säkerställa att brukaren får de insatser den är beviljad och det är även svårt att avgöra om den registrerade tiden är den planerade eller den faktiskt utförda tiden.

Vid uppföljning av en utförare inom hemvården identifierades tecken på felaktigheter av tidsregistrering vilket medförde en systematisk granskning av aktuell utförares registreringar i Phoniro och en skriftlig redogörelse över felaktigheterna är begärd.

Det finns dock svagheter i Phoniro som gör det svårt att avgöra när felaktigheter som uppstår är uppsåtliga eller om det faktiskt är systemets fel. Bland annat kan tekniken krångla vilket medför att inte personalen kan registrera tiden när de är på plats hos brukare och måste således registreras i efterhand genom manuella registreringar.

Vidare har inte alla brukare Phonirolås vilket också medför att personalen inte kan registrera tid på plats hos brukaren. Registreringen genomförs då med hjälp av en så kallad blåtandsknapp som kan flyttas utan att systemet uppmärksammar det. Registreringar kan därmed göras utan att personalen har varit hos brukaren.

För att identifiera brister inom ramen för Phoniro krävs en djupare och riktad uppföljning just mot det.

3.2 Öppna förebyggande insatser

Även de öppna förebyggande insatserna har under 2020 varit tvungna att genomföra anpassningar av sin verksamhet. På grund av pandemin har delar av verksamheten varit tvungen att stänga ner eller göra förändringar av verksamheten utifrån det rådande läget i Uppsala och rekommendationer från bland annat Folkhälsomyndigheten.

3.2.1 Träffpunkter

Träffpunktsverksamheten har tidvis varit helt pausat eller har anpassats utefter rådande läge och utefter de rekommendationer som givits. Största möjliga riskminimering har vidtagits vid de aktiviteter som pågått under 2020, se mer under *Anpassad verksamhet på grund av Covid-19*. Utöver anpassningar på grund av pandemin har det genomförts förändringar och utveckling av verksamhetsområdet träffpunkter.

Sammanslagning av träffpunkt Hassellunden och träffpunkt Årsta

Under 2020 lades träffpunkten vid Hassellunden ner och flyttades till träffpunkt Årsta. Anledningen till sammanslagningen var att Hassellundens lokaler inte var anpassade efter den profil och de aktiviteter som träffpunkterna eftersträvar. Det fanns exempelvis få möjligheter till fysisk aktivitet då den låg i en lägenhet. Flytten till Årsta passade bra i förhållande till avtalet för lokalen samt till personalavgångar på grund av pension.

Sammanslagning av träffpunkt Café Mona och träffpunkt Bozorgan

Under året har även Café Mona flyttat in i Bozorgans lokaler i Gottsunda. Orsakerna är liknande de som vid Hassellunden med lokaler som inte är anpassade till träffpunktsverksamhet. Sammanslagningen ingår i en plan att slå samman de tre träffpunkterna som ligger i Gottsunda, Café Mona, Bozorgan och Treklangen.

Inflytt av fritidsklubb på träffpunkt Orstenen.

Under 2020 har ett projekt genomförts för att flytta in Eriksbergs fritidsklubb i Träffpunkt Orstenen och seniorrestaurang Porfyrens lokaler. Fritidsklubben var i behov av nya lokaler samtidigt som seniorrestaurang Porfyrens kök var i behov av renovering. För att kunna flytta in fritidsklubben har det gamla köket rivits och gett plats till en ny matsal och i samband med den har ett mottagningskök anlagts. Den gamla matsalsdelen har blivit fritidsklubbens hemvist samtidigt som delar av träffpunktens ytor samnyttjas dels genom delande av aulan och dels genom delande av ett nytt Temarum. Fritidsklubbens personal har flyttats in i befintliga kontor och personalmatsal samnyttjas av personalen. Fritidsklubben flyttade in i sina lokaler i november 2020. Då träffpunktens och seniorrestaurangens verksamhet mestadels har legat nere under 2020 har ännu inte lokalerna börjat samnyttjas. Hur samnyttjande av lokalerna fungerar kommer kunna utvärderas först när verksamheten för äldre är i gång, förhoppningsvis så snart som möjligt under 2021.

Uppstart av projekt: Mobila träffpunkter

Under våren 2020 planerades det för ett pilotprojekt att införa mobila träffpunkter. Projektet innebär att personal från träffpunkterna åker ut och håller i aktiviteter på platser där det idag inte finns några träffpunkter, främst på landsbygden. Områden identifierades och ett arbete med att se över eventuella lokaler att hålla aktiviteter i undersöktes, exempelvis hembygdsgårdar och föreningslokaler. Det var dessvärre så långt som hanns med innan träffpunkterna stängdes på grund av Covid-19. Projektet pausades därför och väntas återupptas vid tillfälle. Under pandemin har träffpunkterna hållit mycket aktiviteter utomhus med bra resultat (läs mer nedan). Det kan inkorporeras i projektet då det återupptas då det visar att vi inte är lika beroende av att hitta lokaler utan att aktiviteter även kan hållas utomhus.

Anpassad verksamhet på grund av Covid-19

Verksamheterna på Träffpunkterna har under 2020 varit dels stängda och dels anpassade till de rekommendationer som kommit från nationellt och lokalt håll. Många av besökarna på träffpunkten ingår i riskgrupp då de är äldre och därför har det varit centralt för träffpunkterna att anpassa sin verksamhet för att minska smittspridning. Det har dock varit viktigt att genomföra aktiviteter i den mån det gått då det finns andra risker med att personer sitter hemma och är mer inaktiva. Det har därför varit fokus på att åtminstone hålla igång de fysiska aktiviteter som finns på träffpunkterna. För att kunna genomföra dem men samtidigt hålla sig till rekommendationer har träffpunktsaktiviteterna flyttat utomhus. Aktiviteter så som gympa har hållits i närheten av träffpunktens lokaler och de har anpassats för att deltagarna ska kunna hålla avstånd till varandra och till personalen. Personalen har också varit uppmärksamma på när avstånd inte hållits och sagt till vid behov. Vid toalettbehov har deltagarna använt träffpunktens lokaler men har då följts av personal som har spritat toaletten efter besök. Utöver det har det endast bedrivits utomhusaktiviteter. Överlag har det fungerat bra och aktiviteterna har varit välbesökta. Personalen beskriver att även andra än de vanliga deltagarna har lockats då aktiviteterna har hållits utomhus och därmed blivit mer synliga. Det har även funnits inslag av social aktivitet då deltagarna träffas under de fysiska aktiviteterna samt att

träffpunkterna anordnat fika där deltagarna har tagit med egen fikakorg och fikat tillsammans vid öppen eld.

Under året har träffpunkternas deltagande minskat. Dels har det varit stängt under perioder men aktiviteterna har inte kunnat hållas i den utsträckning som normalt. Vid aktiviteter har det krävts två personal, en som hållit i aktiviteten och en som har sett till att rekommendationer och avstånd hållits. Två personal som normalt hade kunnat genomföra två aktiviteter har därför behövts till en aktivitet. Under hösten har också aktiviteter hållits för endast åtta deltagare (inklusive personal) enligt då gällande rekommendationer. Förutom det så har en del besökare inte velat komma då de har varit oroliga för att smittas vid umgänge med andra.

Det ska nämnas att även om träffpunkterna har haft anpassad verksamhet och minskat antal aktiviteter med ett minskat antal deltagare så har den verksamhet som kunnat hållas varit mycket uppskattad. Det ska också nämnas att, så vitt vi vet, så har ingen smittspridning skett under träffpunktens aktiviteter, vare sig hos personal eller deltagare.

3.2.2 Seniorrestauranger

Seniorrestaurangerna har mestadels varit stängda under året på grund av Covid-19. Innan det så rullade verksamheten på i vanlig ordning. Tre händelser under 2020 är värda att lyftas.

Seniorrestaurang Bernadotte öppnas

Vid början av året invigdes en ny seniorrestaurang på vård- och omsorgsboendet Bernadotte i Valsätra. Den ersatte restaurang Björngården som låg i närheten av Gottsunda centrum. Anledning till flytten var att Björngårdens kök behövde rustas upp samtidigt som det inte fanns några andra verksamheter för äldre i den byggnaden. Restaurangen på Bernadotte hann inte drivas särskilt länge innan seniorrestaurangerna behövde stängas men enligt rapporter var besökare, restaurangpersonal och personal på vård- och omsorgsboendet nöjda med restaurangen. Förhoppningsvis kan restaurangen återöppnas under 2021.

Nya restauranglokaler på Porfyren

I och med Fritidsklubbens inflytt i Orstenen så har seniorrestaurangens lokaler flyttats och ställts om för att ge rum för Fritidsklubben. Restaurang Porfyrens kök hade drabbats av fuktskador och mögel och var tvungen att renoveras, i samband med det fick äldreförvaltningen förfrågan om att erbjuda lokaler för Eriksbergs fritidsklubb (se ovan vid träffpunkter). Den renoverade restaurangen har inte tagits i drift ännu på grund av Covid-19 men förväntas startas upp under 2021.

Pilotprojekt: Seniorluncher på skolor

I februari 2020 lanserades ett projekt för att kunna erbjuda äldre seniorluncher i några av kommunens skolor. Tre skolor deltog i projektet, Almunge skola, Gåvsta skola och Nannaskolan. Projektet syftade till att utöka antalet platser där det serveras seniorluncher och främst att erbjuda seniorluncher på landsbygden. Under skolmatsalens ordinarie öppettider öppnades det således även upp för personer 65 år och äldre att äta lunch tillsammans med barnen och ungdomarna. Projektet var tänkt att sträcka sig över februari och mars men var tvunget att pausas på grund av Covid-19

redan efter några veckor och därav har ingen utvärdering kunnat genomföras. De indikationer som givits från skolorna har varit nästan uteslutet positiva med exempelvis lugnare måltidsmiljö med fler vuxna i skolan. Projektet har också möjliggjort möten över generationer och vissa fall har mor- och farföräldrar kunnat äta lunch med sina barnbarn. Även de äldre som har ätit där har varit mycket positiva till möjligheten att äta sina luncher på skolan. Förhoppningen är att projektet kan återupptas då läge ges i förhållande till pandemin och därefter utvärderas.

3.2.3 Anhörigcentrum

Anhörigcentrums verksamhet har även den påverkats av pandemin. Under pandemin har inte personliga möten med kontakterna kunnat genomföras på plats på Anhörigcentrum och möten har därmed anpassats för att följa rekommendationer och riktlinjer. Bland annat har alla stödsamtal erbjudits via telefon då det saknats verktyg för att genomföra dem via videosamtal, det krävs att både konsulenter och kontakten har möjlighet till det. Det har också erbjudits ”walk and talk” vilket ger möjligheten att erbjuda samtal utomhus via promenader, under sommaren har också samtal kunnat genomföras på avskild parkbänk. Anhöriggrupper har helt fått ställas in, på grund av brist på digitalt säkert verktyg.

Anhörigcentrum hann ha några programpunkter under våren, innan de fick ställa in allt. I augusti hade de en föreläsning på Biblioteket som livesändes, samt hölls fysiskt i en ”smittsäkrad” lokal. Vissa kunde därmed delta på plats samtidigt som möjligheten fanns att kunna se det live via nätet och även upp till 2 veckor efter, via Bibliotekets youtubekanal.

Anhörigdagen sändes live via nätet. Inga fysiska besökare var tillåtna. Sändningen kopplades även ihop med en nationell sändning, med bland andra Mark Levengood och Lena Hallengren, som NKA stod för. I Anhörigcentrums regi föreläste psykolog Camilla Von Below från St Lukas om knep för hur man kan försöka må bra som anhörig, med lättförståeliga Powerpointbilder som hon delade på skärmen och som var enkla för tittarna att följa.

Må bra-gruppen har kunnat fortsätta träffas utomhus hela tiden, alltid utifrån vilka riktlinjer som gäller enligt Folkhälsomyndigheten, mestadels promenader tillsammans.

Egentidsstödet har kunnat fortsätta om familjerna velat det, med visir och Covidanpassade arbetssätt. Vid bättre väder har konsulenter och kontakter kunnat ses utomhus i trädgården eller via promenader för de som klarar det.

Rekreationstillfällena för anhöriga har dessvärre behövts ställas in.

Dessvärre har inflödet av kontakter minskat under pandemin, sett till år 2020 enligt statistik från ASK. Det är ungefär samma antal unika ”ärenden”, men inflödet har gått ner. Det gäller för både anhörigkonsulenter och demensvårdkonsulenter.

3.3 Dagverksamhet

Inom området dagverksamhet har det under året 2020 och början på 2021 genomförts en utredning av dagverksamheterna. Istället för ordinarie uppföljningar där vi besöker verksamheten har det genomförts intervjuer med personer på flera delar av förvaltningen, biståndshandläggare, personal på dagverksamheterna samt ledning för dagverksamheterna. Till det kommer annat material så som ekonomiskt underlag och

observationer av lokaler. I skrivande stund analyseras materialet och rapport kommer presenteras under våren 2021.

4 Diskussion

I resultatdelen har det redovisats huruvida de utförare som har fått brister tillhör egen regi eller privata utförare. Under 2020 har det genomförts fler uppföljningar hos egen regi än hos privata utförare (se stycke 1 Inledning) vilket bidrar till en snedfördelning i resultatet. Det går således inte dra några tydliga analyser av huruvida det finns fler brister hos egen regi eller hos privata utförare. Under 2021 har fördelningen av uppföljningar hos egen regi respektive privata utförare gjorts mer jämlik.

Även om resultatet av uppföljningarna visar på brister hos utförare av äldreomsorg i Uppsala kommun så bör det tilläggas att samtliga enheter som uppvisat brister och därmed fått en åtgärdsredovisning har genomfört insatser för att åtgärda dem. Samtliga som har hunnits följas upp i sin helhet innan årsskiftet har fått godkända åtgärdsredovisningar. Trots att uppföljningarna visar på brister så bidrar de till en förbättring hos utförarna. I vissa fall kan förvaltningen notera att brister redan har börjat åtgärdas vid uppföljning av nästa enhet hos samma utförare. Vidare kan noteras att det inte har genomförts några ytterligare sanktioner, förutom åtgärdsredovisning, under 2020 vilket ytterligare visar på att bristerna blir åtgärdade och att uppföljningarna ger effekt och bidrar till att säkra kvalitet inom äldreomsorgen.

Det bör nämnas att 2020 inte har varit ett normalt år för utförarna. På samma sätt som andra delar av samhället har det inom äldreomsorgen vidtagits åtgärder för att minska smittspridning, exempelvis kohortvård och användning av skyddsutrustning, samtidigt som utförarna har behövt hantera en större sjukfrånvaro av personal än vanligt. Att det under de omständigheterna framkommer brister måste anses vara logiskt. Både enheterna och dess personal har upplevt större tidspress än vanligt då de exempelvis haft sjukfrånvaro, och ibland med kort varsel, samtidigt som det tar tid att hantera skyddsutrustning. Det bidrar till att exempelvis teammöten och sammanställning och återkoppling av synpunkter och klagomål behövts nedprioriterats för att ägna sig åt den direkta vården och omsorgen. Även om situationen har varit svår så har inte bristerna förbisetts vid uppföljningarna men det är värt att notera att det under 2020 finns förklaringar till att vissa brister har uppstått och att det har varit mer krävande att åtgärda dem. Hur hanteringen av pandemin har hanterats har inte varit fokus för uppdrags- och avtalsuppföljningarna utan en utvärdering av hanteringen av pandemin hanteras i särskild ordning.

Emellertid har det noterats positiva följder av pandemin. Under året har avtal och marknad behövt anpassa sina uppföljningar bland annat genom att göra dem digitalt på distans. Även om ett anpassat arbetssätt vid uppföljningarna har medfört vissa svårigheter (beskrivet i stycke 2.4 Uppföljning under pandemin) så har det även skapat möjligheter. Det har genomförts uppföljningar via teams vilket innebär en större effektivitet då inte enheterna behöver besökas. Samtidigt har erfarenheten av att häva avtal med utförare att det går att inhämta mycket information via Phoniro, via biståndshandläggare och genom andra informationssökningar, exempelvis genom Skatteverket. Vidare kan samarbetet med biståndshandläggare ökas ytterligare för att fånga in brukarnas situation. Via erfarenheter av uppföljningar de senaste åren och genom arbetet med att utveckla dem ser förvaltningen att uppföljningarna ute i verksamheten ger oss en bra och bred bild av äldreomsorgen i Uppsala kommun.

Som beskrivet ovan kan förvaltningen ofta identifiera de brister som rör vård- och omsorg, samverkan inom personalgrupperna på enheten samt kunskap och följsamhet av värdegrund. Däremot har de hävningarna som genomförts under de senaste åren visat att uppföljningarna ibland saknar djup och det som berör andra aspekter av äldreomsorgen har saknats vilket kan hanteras genom andra informationskällor. Vidare har förvaltningen genom de uppföljningar som genomförs idag svårt att veta exempelvis hur personalstyrkan fördelas och hur kraven efterlevs, om nattbemanningen är fördelad enligt kraven, om demensavdelningar lämnas personalfritt, om tidsregistrering och fakturering följer de riktlinjer som finns i Uppsala kommun, om genomförandeplan efterlevs med mera. Mer effektiva och färre planerade uppföljningar skulle då kunna kompletteras med riktade uppföljningar så som kontroll av nattpersonal på plats på enheterna eller granskning av Phoniro hos utförare inom hemvård (se stycke 3.4 Övriga iakttagelser). Mer effektiva och färre planerade uppföljningar skulle också kunna kompletteras med oanmälda uppföljningar på enheterna och ett större mått av egenkontroll hos utförarna. På så sätt får förvaltningen en djupare bild av hur äldreomsorgen utförs i Uppsala kommun samtidigt som vi förhoppningsvis kan behålla den bredare bild vi har idag.

5 Förslag på åtgärder/utredningsförslag

I linje med det som beskrivits ovan vill förvaltningen arbeta med att utveckla nya arbetssätt för uppföljningarna genom effektivare, och kanske färre, planerade uppföljningar, genom att utöka utförarnas egenkontroll samt genom att utveckla arbetssätt för att genomföra uppföljningar på andra sätt än idag och genom andra informationskällor.

Bilaga. Årsrapport avtals- och uppdragsuppföljning - 2020

Uppföljda enheter i hemvården -brister med redovisade åtgärder

Uppföljda enheter som inte hade några brister under uppföljningen redovisas i årsrapporten.

Egenregi

Eriksberg hemvård

Område Personal, kompetens och kompetensutveckling

Brist – Introduktionen av legitimerad personal

Redovisad åtgärd: Sjuksköterskorna har gjort en dag, vecko- och månadsplanering för varje enhet och Rehabgruppen har tagit fram enhetsspecifika dokument med kontaktuppgifter, mötestider och annat bra att veta till respektive enhet. Kommunens introduktionsmall för legitimerad personal används vid all introduktion. Sjuksköterskornas kvalitetsgrupp arbetar med att ta fram en specifik introduktionslista för hemsjukvårdens sjuksköterskor under hösten 2020. Vid introduktionen i Rehabgruppen medverkar/ansvarar handledare från båda professioner.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Område Brand och säkerhet samt kris-och katastroforganisation

Brist 1 – I dagsläget erbjuds inga riskbedömningar med brandchecklista.

Redovisad åtgärd: På grund av Coronapandemin kom vi inte igång med brandchecklistor som planerat under våren men sedan augusti har ett gediget arbete gjorts och pågår. Vi upptäckte att det var nytt dokument som gällde så vi bedömde att samtliga våra brukare behövde gås igenom inklusive larmkunder. Detta arbete pågår för fullt och beräknas vara klart senast vid årsskiftet. Vi har också infört som rutin att brandchecklista gås igenom vid vårt första startmöte vid ny brukare.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Brist 2 – Inom både hemtjänst och hemsjukvård saknas lokal krisplan för extra ordinära händelser

Åtgärd: Frågan är lyft till OC för fortsatt hantering.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Fålhagens hemvård

Område Värdegrund

Brist – De intervjuade har inte kännedom om äldrenämndens värdighetsgarantier.

Redovisad åtgärd: HS-organisationen kommer att förankra Titorb och värdighetsgarantier på APT i både rehab och sjuksköterska-gruppen under 2020 beroende på vilka prioriteringar som kommer behöva göras under året r/t Covid-19. Fålhagens hemvård kommer att fortsätta detta arbete

ytterligare med att implementera värdegarantierna vidare i verksamheten under 2020.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Område Personal, kompetens och kompetensutveckling

Brist 1 – Saknas återkommande förflyttningsutbildningar för omvårdnadspersonal

Redovisad åtgärd: Ett större projekt är påbörjat som omfattar hela den kommunal omsorgen i Uppsala. Planen är att de ska vara i drift hösten 2020 beroende på vilka prioriteringar som kommer behöva göras under året r/t Covid-19. Förflyttningsutbildning för sommarvikarier är planerad enligt ordinarie arbetssätt. Hemvårdsenheter med ett större behov av förflyttningsutbildning kan få detta ordnat lokalt efter kontakt med verksamhetschef rehab. Beroende på vilka prioriteringar som kommer behöva göras under året r/t Covid-19.
Förvaltningens bedömning: Godkänd

Brist 2 – Introduktion av legitimerad personal

Redovisad åtgärd: Sjuksköterskorna har gjort en dag, vecko- och månadsplanering för varje enhet. Vi följer kommunens introduktionsmall för legitimerad personal. Rehabpersonal kommer ta fram lokala instruktioner för respektive hemvårdsområde under 2020 beroende på vilka prioriteringar som kommer behöva göras under året r/t Covid-19.
Förvaltningens bedömning: Godkänd

Område Samverkan, genomförande av uppdrag, samt dokumentation

Brist 1-Teammöten ställs in.

Redovisad åtgärd: Är alla professioner på plats så genomförs teammöten enligt rutin.
Förvaltningens bedömning: Godkänd

Brist 2 – Informationsöverföringen i Siebel är bristfällig

Redovisad åtgärd: Fålhagens hemvård kommer att arbeta med dokumentationen under 2020. Målet är att all hemvårdspersonal ska dela väsentlig information till berörda parter. Detta kommer att förenklas med det nya dokumentationssystemet som skall införas i kommunen
Förvaltningens bedömning: Godkänd

Område Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Brist – Återkoppling av avvikelser från legitimerad personal till omvårdnadspersonalen på gruppnivå.

Redovisad åtgärd: Återkoppling av avvikelser från HSL personal till omvårdnadspersonal sker under teamträffar som genomförs veckovis enligt ordinarie rutin
Förvaltningens bedömning: Godkänd

Område Brand och säkerhet samt kris-och katastroforganisation

Brist– Inom hälso-och sjukvårdsorganisationen saknas lokal krisplan för extra ordinära händelser.

Redovisad åtgärd: Arbete pågår med att ta fram en lokal krisplan för extra ordinära händelser, vilken kommer omfatta både hemvården och hälso-och sjukvårdsorganisationen. Ansvariga finns utsedda och har stöd i arbetet av äldreförvaltningens kvalitetsavdelning. Fastställd rutin avses finnas för implementering i respektive verksamhet senast under månadsskiftet maj/juni.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Storvreta hemvård

Område Personal, kompetens och kompetensutveckling

Brist – Introduktion av legitimerad personal

Redovisad åtgärd: Sjuksköterskorna har gjort en dag, vecko- och månadsplanering för varje enhet och Rehabgruppen har tagit fram enhetsspecifika dokument med kontaktuppgifter, mötestider och annat bra att veta till respektive enhet. Kommunens introduktionsmall för legitimerad personal används vid all introduktion. Sjuksköterskornas kvalitetsgrupp arbetar med att ta fram en specifik introduktionslista för hemsjukvårdens sjuksköterskor under hösten 2020. Vid introduktionen i Rehabgruppen medverkar/ansvarar handledare från båda professioner. Gemensamt introduktionsmaterial används i alla hemvårdsområden med checklista. Hemvården kommer att kopia till hemsjukvården så att det blir tydligt vad som görs och där framgår ”huret” tydligt.
Förvaltningens bedömning: Godkänd

Område Samverkan, genomförande av uppdrag, samt dokumentation

Brist 1 – Säkerställa informationsöverföring från sjuksköterskan till omvårdnadspersonal som arbetar kväll

Redovisad åtgärd: Möjligheten till informationsöverföring påverkas av hemsjukvårdens såväl som hemvårdens arbetstider. Därför kommer hemvård och hemsjukvård under höst/vinter gemensamt arbeta fram ett arbetssätt som möjliggör detta.
Förvaltningens bedömning: Godkänd

Område Brand och säkerhet samt kris-och katastroforganisation

Brist – Inom hälso-och sjukvårdsorganisationen saknas lokal krisplan för extra ordinära händelser.

Redovisad åtgärd: Arbete pågår med att ta fram en lokal krisplan för extra ordinära händelser, vilken kommer omfatta både hemvården och hälso-och sjukvårdsorganisationen. Ansvariga finns utsedda och har stöd i arbetet av äldreförvaltningens kvalitetsavdelning. Fastställd rutin avses finnas för implementering i respektive verksamhet senast under månadsskiftet maj/juni.
Förvaltningens bedömning: Godkänd

Östra Landsbygden hemvård

Område Värdegrund

Brist – Den intervjuade legitimerade personalen har inte kännedom om äldrenämndens värdighetsgarantier

Redovisad åtgärd: Titorb och värdighetsgarantier informeras om vid introduktion av nya medarbetare samt tas upp under APT i både Rehab- och sjuksköterska-gruppen under hösten 2020 (ÖL)
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Område Personal, kompetens och kompetensutveckling

Brist 1 – Det saknas en långsiktig planering som säkerställer bemanningen vid frånvaro

Redovisad åtgärd: Fler vikarier har rekryterats. Försök till att få in personal vid frånvaro görs ofta, men lyckas inte alltid. Möjlighet till vikariepool ses över av områdeschef. Inför dagar då det bedöms vara hög risk för frånvaro görs försök till att överbemanna för att minska risken för underbemanning. Om det uppmärksammas att det upplevs tufft en period, då frånvaron är hög, gör vi vad vi kan för att stärka upp bemanningen för att minska den påfrestning som personalen beskriver. Vad gäller att utföraren ska säkerställa att minst 60 % av all omvårdnadspersonal oavsett anställningsform är utbildade undersköterskor, så görs regelbundet försök till att rekrytera utbildade undersköterskor. Vi uppmanar även personalen till att utbilda sig och försöker även anmäla våra idag anställda vårdbiträden till de utbildningar som erbjuds. I nuläget genomför en i personalgruppen en undersköterskeutbildning.
Förvaltningens bedömning: Godkänd

Brist 2 – Introduktion av legitimerad personal

Redovisad åtgärd: Sjuksköterskorna har gjort en dag, vecko- och månadsplanering för varje enhet och Rehabgruppen har tagit fram enhetsspecifika dokument med kontaktuppgifter, mötestider och annat bra att veta till respektive enhet. Kommunens introduktionsmall för legitimerad personal används vid all introduktion. Sjuksköterskornas kvalitetsgrupp arbetar med att ta fram en specifik introduktionslista för hemsjukvårdens sjuksköterskor under hösten 2020. Vid introduktionen i Rehabgruppen medverkar/ansvarar handledare från båda professioner.
Förvaltningens bedömning: Godkänd

Område Samverkan, genomförande av uppdrag, samt dokumentation

Brist – Informationsöverföringen i Siebel är bristfällig

Redovisad åtgärd: SoL och HSL dokumentation läses upp på morgon och kvällsrapport där leg. personal ska delta och därmed kunna ta del av all information. Vad gäller delning av anteckning till leg. Personal i Siebel så är detta en del som ingår i introduktionen. Information om vad som ska delas samt instruktion för hur det görs finns på flera ställen i lokalen. Ämnet har även lyfts på teammöten och APT där det även lyfts varför detta är så viktigt. Teammöten är schemalagt.
Förvaltningens bedömning: Godkänd

Brist 2 – Säkerställa teamsamverkan

Redovisad åtgärd: Överrapportering/teamsamverkan. Enligt gemensam rutin

- -Dagligt morgonmöte via Teams eller högtalartelefon.
- -Kvarten, 2-5 ggr/v
- -Teammöte omfattande SJUKSKÖTERSKA, AT, FT/SG, omvårdnadspersonal och administration. Dagordning: Hjälpmedel, brukare, Senioralert, Palliativ register, BPSD och Avvikelser?

- -APT SJUKSKÖTERSKA, AT, FT/SG, VC, omvårdnadspersonal, administration 15 minuter varje apt i början eller slutet. Dialog med VC på enheten. Obs! Vid behov av längre utbildning/tidpunkter i samråd mellan VC.
- -Fasta delegeringstider 1 gång i veckan kl.13-15 tisdagar.
    - Sjuksköterska är med på morgonrapport 1 g/vecka och delar då ut medicin samtidigt. Från kl. 07,00 till 07,15.

Förvaltningens bedömning: Godkänd

Område Hälso-och sjukvård inklusive rehabilitering

Brist 1 – Omvårdnadspersonalen saknar handledning av hälso-och sjukvårdspersonalen

Redovisad åtgärd: Ett arbete pågår redan med avstämningar med VC med syfte utveckla samarbete och implementera de överenskomna instruktionerna för samverkan mellan HSV och omvårdnadspersonalen.
Förvaltningens bedömning: Godkänd

Brist 2 – Hygienombud och palliativt ombud bland sjuksköterskorna på enheten saknas

Redovisad åtgärd: Vi har hygienombud och palliativt ombud i hemsjukvården men inte på varje enhet, det skulle innebära att varje sjuksköterska är ombud för flera områden och det är inte möjligt. Vi har i dagsläget 3 stycken hygienombud, 3 st. palliativa ombud. Vi är även i startgroparna för att starta en palliativ grupp i hemsjukvården. Sjuksköterska i hemsjukvård har stora kunskaper i hygien och palliativ vård i sin grundutbildning. Vi har även interna utbildningar i palliativ vård under våren 2020. Hygienombuden går på regelbundna träffar och tar upp på gemensamma apt:er Hemvårdsenheterna har sedan sina egna hygienombud (usk,vb).
Förvaltningens bedömning: Godkänd

Brist 3 – Saknas återkommande förflyttningsutbildningar för personal

Redovisad åtgärd: Ett större projekt är påbörjat som omfattar hela den kommunal omsorgen i Uppsala. Kvalitetsavdelningen arbetar med ett digitalt utbildningsmaterial som beräknas vara klart i början av december-20 därefter påbörjas detaljerad planering och genomförandet av en den praktiska utbildningsdelen. Hemvårdsenheter med ett större behov av förflyttningsutbildning kan få detta ordnat lokalt efter kontakt med verksamhetschef rehab. Beroende på vilka prioriteringar som kommer behöva göras under hösten r/t utvecklingen av Covid-19 kan tidsplanen komma att förskjutas.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Område Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Brist 1 – Återkoppling av avvikelser till personalen.

Åtgärd: Återkoppling på synpunkter, klagomål och avvikelser tas upp på teammöten samt på APT. Avvikelser följs även upp på individnivå och återkoppling ges då genom dialog mellan medarbetare och VC. Återkoppling av avvikelser från HSL personal till omvårdnadspersonal sker under tematräffar som genomförs veckovis enligt ordinarie rutin.
Förvaltningens bedömning: Godkänd

Område Brand och säkerhet samt kris-och katastroforganisation

Brist – Inom hälso-och sjukvårdsorganisationen saknas lokal krisplan för extra ordinära händelser

Redovisad åtgärd: Rutiner för brand och säkerhet finns i ledningssystemet och har gåtts igenom med personal på APT och ingår som en naturlig del i introduktionen för nyanställd. Personal går brandutbildning vart 5:e år och nyanställda säkras utbildning om det inte finns sedan tidigare. En lokal kris-och beredskapsplan är under framtagande. Verksamhetschefer finns utsedda som ansvariga tillsammans med kvalitetsavdelningen, områdeschefer finns också med i arbetet. Första mötet är bokat till den 10 december. Målsättningen är att planen är klar och implementerad i berörda verksamheter under januari/februari 2021
Förvaltningens bedömning: Godkänd

Svartbäckens hemvård

Område: Samverkan

Brist – Dokumentation
Redovisad åtgärd: För att säkerställa att all personal dokumenterar enligt rutin, är vi medvetna och identifierat bristen av att all personal inte dokumenterar p g a svagheter i språket, och saknar erfarenhet och mognad i att dokumentera, vi har säkerställt detta med att utse van personal vid samtliga arbetspass som stöd och är behjälpliga att se till att samtliga dokumenterar vid behov efter varje arbetstillfälle. Svartbäckens Hemvård har idag utbildad två språkstödjare som är tillgängliga som extra stöd för att stötta personal. Vi arbetar aktivt på enheten idag och kommer att ha det levande på enheten, samordnare ansvarar för att varje personal har tillgång till de verktyg som behövs för att dokumentera om korrekt inlogg och siebeldosa. VC kommer att göra tätare stickprov på logg i dokumentations systemet på det viset kan vi identifiera på ett tidigt stadium personal som har svårt att dokumentera.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Område: Hälso- och sjukvård

Brist 1 – Legitimerad personal är inte delaktig i introduktion

Redovisad åtgärd: Ett större projekt är påbörjat som omfattar hela den kommunal omsorgen i Uppsala. Kvalitetsavdelningen arbetar med ett digitalt utbildningsmaterial som beräknas vara klart i början av december-20 därefter påbörjas detaljerad planering och genomförandet av en den praktiska utbildningsdelen. Hemvårdsenheter med ett större behov av förflyttningsutbildning kan få detta ordnat lokalt efter kontakt med verksamhetschef rehab. Beroende på vilka prioriteringar som kommer behöva göras under hösten r/t utvecklingen av Covid-19 kan tidsplanen komma att förskjutas.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Brist 2 – Brister i signering av ordination från sjukgymnast/fysioterapeut

Redovisad åtgärd: Hemvårdens verksamhetschefer kommer grundligt gå igenom vilket ansvar deras personal har i sitt uppdrag när de utför delegerade ordinationer från rehab. Detta ska påminnas om flera gånger per år r/t omsättningen av personal på enheterna. Rehabpersonalen arbetar noggrannare kontrollen av signeringslistor och skriver avvikelser vid utebliven signering.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Område: Ledningssystem, kvalitetsarbete
Brist – Systematisk analys och återkoppling

Redovisad åtgärd: Inkomna synpunkter och klagomål samt avvikelse hanteras enlig rutin av verksamhetschef som tar kontakt med den berörde, återkoppling sker omgående, efter att ha gått igenom både Phoniro-planering och dokumentation, samtal med personal individuellt och i grupp, detta tas upp därefter på morgon och kvällsrapport samt arbetsplatsträff. Svartbäcken har idag en stående punk i -synpunkter och klagomål i sin agenda – samt avvikelser / det upprättas handlingsplaner beroende på synpunkter/klagomåls eller avvikelsen allvarlighetsgrad – detta används också som lärande forum för framtida synpunkter – samtliga handlingsplaner följs upp, tillsammans med legitimerad personal om dessa är involverade för kännedom. All personal medvetandegörs gällande resultat kring de åtgärder som tas upp samt resultat efter upprättad handlingsplan. Vi hittar vägar för att dessa inte upprepas genom dialog och handlingsplaner som följs upp av verksamhetschef synpunkter / klagomål och avvikelser har varit fokus som förbättringsområde i Svartbäckens hemvård för att kunna ge och säkerställa trygg omvårdnad, god kommunikation med brukare, anhöriga, vi involverad biståndshandledare vid behov.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Sävja hemvård

Område: Hälso- och sjukvård
Brist 1 – Hygienombud och palliativt ombud

Redovisad åtgärd: Vi har hygienombud och palliativt ombud i hemsjukvården men inte på varje enhet, det skulle innebära att varje sjuksköterska är ombud för flera områden och det är inte möjligt. Vi har i dagsläget 3 stycken hygienombud och 3 stycken palliativa ombud. Vi är även i startgroparna för att starta en palliativ grupp i hemsjukvården. Sjuksköterska i hemsjukvård har stora kunskaper i hygien och palliativ vård i sin grundutbildning. Vi har även interna utbildningar i palliativ vård under våren 2020. Hygienombuden går på regelbundna träffar och tar upp på gemensamma apt:er
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Brist 2 - Legitimerad personal är inte delaktig i omvårdnadspersonalens introduktion.

Redovisad åtgärd: Förflyttningsutbildningar: Ett större projekt är påbörjat som omfattar hela den kommunal omsorgen i Uppsala. Kvalitetsavdelningen arbetar med ett digitalt utbildningsmaterial som beräknas vara klart i början av december-20 därefter påbörjas detaljerad planering och genomförandet av en den praktiska utbildningsdelen. Hemvårdsenheter med ett större behov av förflyttningsutbildning kan få detta ordnat lokalt efter kontakt med verksamhetschef rehab. Beroende på vilka prioriteringar som kommer behöva göras under hösten r/t utvecklingen av Covid-19 kan tidsplanen komma att förskjutas.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Brist 3 - Brister i signering av ordination från sjukgymnast/fysioterapeut

Redovisad åtgärd: Hemvårdens verksamhetschefer kommer grundligt gå igenom vilket ansvar deras personal har i sitt uppdrag när de utför delegerade ordinationer från

sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut. Detta ska påminnas om flera gånger per år r/t omsättningen av personal på enheterna. Rehabpersonalen arbetar noggrannare med kontrollen av signeringslistor och skriver avvikelser vid utebliven signering.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Vaksala Södra

Område: Hälso- och sjukvård
Brist – Rehabiliterande arbetssätt

Redovisad åtgärd: Rehabiliterande arbetssätt är i sig inte en hälso- och sjukvårds-åtgärd utan ett arbetssätt för personal att arbeta efter och som kommer att förtydligas för befintlig och nyanställd personal. I samråd med hemvården är Rehabpersonalen ett stöd vid introduktion av ny personal för att ytterligare förtydliga vikten av och bakgrunden till arbetssättet.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Brist 2 – Senior alert

Redovisad åtgärd: Hemsjukvården kommer med hälso-och sjukvårds-personalen på enheten gå igenom arbetet kring Senior alert och förtydliga arbetssättet. Arbetet med Senior alert genomförs normalt i samband med teamträffar. Dessa träffar är i nuläget pausade relaterat till Covid -19.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Vaksala norra

Område: Hälso- och sjukvård
Brist – Vid intervjuerna beskriver omvårdnadspersonalen att informationsöverföring mellan dem och sjuksköterska inte fungerar så bra. Vidare beskriver de att det finns oklarheter gällande ansvarsfördelningen och att handledningen från sjuksköterska inte fungerar tillfredsställande.

Redovisad åtgärd: Sjuksköterskor kopplade till enheten har påtalat att samarbetet med verksamhetsledningen i Vaksala norra har brustit. Verksamhetschef i hemsjukvården har initierat möten med verksamhetsledningen för att förbättra samarbetet. Samarbetssvårigheterna har medfört att 3 ordinarie sjuksköterskor på enheten valt att avsluta sin anställning under våren -20. Hemsjukvården har inom ramen för avtal med bemanningsföretag försökt att få långa uppdrag för att säkerställa kontinuitet. Vissa bemanningssjuksköterskor upplever även de samarbetssvårigheter. Under sommaren har kontinuiteten förbättrats och hemsjukvården har förlängt de sjuksköterskor som är kopplade till Vaksala norra. De sjuksköterskor som är kopplade till enheten idag har fått förtydligande om vilket uppdraget är och vilka förväntningar som finns. Rekrytering av fast anställd personal pågår och arbetet med att förbättra samarbetet fortsätter.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Område: Ledningssystem, kvalitetsarbete
Brist – Återkoppling från legitimerad personal

Redovisad åtgärd: Legitimerad personal har fått utbildning i systematisk analys av avvikelser samt information om att på varje APT med enheterna redovisa antalet avvikelser med åtgärder.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Gottsunda hemvård

Område: Hälso- och sjukvård

Brist - Brister i signering av ordination från sjukgymnast/fysioterapeut

Redovisad åtgärd: Hemvårdens verksamhetschefer kommer grundligt gå igenom vilket ansvar deras personal har i sitt uppdrag när de utför delegerade ordinationer från rehab. Detta ska påminnas om flera gånger per år r/t omsättningen av personal på enheterna. Rehabpersonalen arbetar noggrannare kontrollen av signeringslistor och skriver avvikelser vid utebliven signering.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Område: Ledningssystem, kvalitetsarbete

Brist 1 – Skriver ej avvikelser

Redovisad åtgärd: Gottsunda hemvård har ett pågående arbete med syfte, konsekvens, och praktiskt utförande i systemet gällande avvikelser. Detta arbete påbörjades redan 2019 tillsammans med kvalitetsavdelningen och Carolina Castillo, av olika orsaker såsom pågående pandemi har vi inte kunnat fortsätta i den utsträckning vi önskat. Problemet är uppmärksammat sedan tidigare och vi har i en mindre skala utbildat medarbetarna i små grupper. Gottsunda hemvård är mångkulturellt och flera/många medarbetare har svårigheter att läsa/förstå och förmedla svenska språket vilket innebär att detta kommer att ta lång tid. Pandemin innebär också att våra arbetsplatsträffar utgår, vilka är de forum där möjligheten att utbilda personal försvinner. Arbetet pågår, vi uppmärksammar, vi samtalar och ger skriftlig information om avvikelser. Så snart det blir möjligt kommer vi också att bjuda in kvalitetsavdelningen för utbildning i avvikelsesystemet och de olika begreppens betydelser.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Brist 2 – Återkoppling av avvikelser HSL

Redovisad åtgärd: Svar från hälso- och sjukvården; Legitimerad personal har fått utbildning i systematisk analys av avvikelser samt information om att på varje APT med enheterna redovisa antalet avvikelser med åtgärder. Enstaka avvikelser, återkoppling direkt till berörd personal. Svar från hemvården; Från hemvårdens sida har VC på varje APT redovisat de avvikelser som inkommit. Avvikelser finns som en permanent del i dagordningen. Detta kan kopplas till svaret i brist 1. Vi har forum, leg. personal har varit inbjudna varje Apt, vi har också teammöten där möjlighet finns att ta upp avvikelser. I dagsläget däremot, blir återkopplingen mestadels till berörd medarbetare och i diverse informationsbrev. Med hänvisning till svar 1 vill jag påstå att det hänger samman och om medarbetarna bara skriver avvikelser så kommer de att återkopplas på våra Apt.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Privat regi

Attendo 4

Område Värdegrund

Brist – De intervjuade har inte kännedom om äldrenämndens värdighetsgarantier.

Redovisad åtgärd: Broschyr om värdighetsgarantier beställs och gås även igenom med samtlig personal på nästkommande APT, den 27 februari. Vad gäller värdegrunderna har enheten en nyutbildad värderingscoach som kommer att arbeta systematiskt med värdegrunderna i personalgruppen. Värderingscoachen har en stående punkt på alla APT:n med värdegrundsövningar

Område Personal, kompetens och kompetensutveckling

Brist 1 – Bristfälliga kunskaper i det svenska språket

Redovisad åtgärd: Brist på språk – fokus läggs på språkkunskaper vid nyrekryteringar. Enheten kommer också att ingå i ett redan existerande språkstödjandeprojekt för redan befintlig personal som har bristande kunskaper i det svenska språket.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Brist 2 – Enheten uppfyller inte kravet om 60% undersköterskor

Redovisad åtgärd: Nyrekrytering pågår i dagsläget, och ett av kraven är att ny personal är utbildade undersköterskor.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Brist 3 - Brist i egenkontroll vid matleverans

Redovisad åtgärd: Har erhållit tillstånd för livsmedelsanläggning. Har även egenkontroller och rutiner uppsatta på kylskåpet.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Område Samverkan, genomförande av uppdrag, samt dokumentation

Brist - De teammöten som finns ska utvecklas

Redovisad åtgärd: På team-mötena avhandlas samtliga kunders hälsotillstånd i tur och ordning. Alla medarbetare som är kontaktpersoner deltar i dessa möten, samt eventuella viktiga täckare. Verksamhetschef deltar också i dessa möten, och viktiga punkter förmedlas vidare till de ur personalgruppen som är viktiga i respektive kunds omvårdnad.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Brist 2 – Informationsöverföringen i Siebel är bristfällig

Redovisad åtgärd: Verksamhetschefen har uppdaterat rutiner för hur dokumentationen kan delas med HSL-personal, förmedlat detta till omvårdnadspersonalen, samt satt upp den nya rutinen vid den dator som personalen använder för Siebel-dokumentation. Ytterligare en insats är att personalen påminns att de ska dela viktig dokumentation till HSL-personalen vid kommande APT:er.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Område Hälso-och sjukvård inklusive rehabilitering

Brist 1 – Omvårdnadspersonalen saknar kunskap om hälsofrämjande arbetssätt

Brist 2 - Obligatoriska ombudsroller som palliativt ombud och hygienombud saknas

Brist 3 – Enheten saknar en känd rutin för vård i livets slut

Redovisade åtgärder: Sjuksköterska är palliativt ombud vid enheten. Palliativ ombud och hygienombud bland SoL-personalen ska utses vid nästkommande APT, den 27 februari.
Det finns fastställda rutiner för detta som även kommer tas upp i personalgruppen i nästkommande APT:er. Det finns även en rutinpärm där enhetens samtliga rutiner finns att tillgå i personalrummet.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Område Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Brist 1 - Systematiskt arbete och återkoppling av avvikelser, samt synpunkter och klagomål.

Brist 2 – Personal saknar kännedom om Lex Sarah och Lex Maria

Redovisade åtgärder: Brist 1 och 2 - Personalen har fått utbildningar i både avvikelse- och synpunktshanteringar, samt Lex Sarah och Lex Maria på tidigare APT:n. Dessa kommer att åter tas upp på kommande APT:N samt i smågrupper. Verksamhetschef säkerställer att samtliga medarbetare läser igenom och skriver under företagsgemensam information om Lex Sarah.
Förvaltningens bedömning: Godkänd.

Område Brand och säkerhet samt kris-och katastroforganisation

Brist 1 – Intern krisplan saknas

Brist 2 – Utföraren erbjuder inga riskbedömningar i form av brandchecklistor.

Redovisade åtgärder: Enheten är ny och kommer att upprätta en ny intern krisplan inom de närmaste månaderna. Personalen kommer att informeras om detta, och rutinerna kommer även att läggas in den redan existerande rutinpärmen som finns i personalrummet.

Blanketter har skrivits ut, och personalen kommer att informeras om detta på nästkommande APT. De kommer då även få blanketterna för att under de närmaste veckorna utföra en brandchecklista bland kunderna. Identifierade risker kommer att anmälas till Äldreförvaltningen.
Förvaltningens bedömning: Godkänd

Attendo 1

Område Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Brist –Tydliga implementerade rutiner för och kunskap om Lex Sarah är ej känd hos omvårdnadspersonalen

Redovisad åtgärd: Repetition av systematiskt kvalitetsarbete och händelsehanteringssytemet ADD, kommer ske 4 gånger/år vid APT där genomgång av Lex Sarah och Lex Maria kommer att vara viktiga punkter. Lex Sarah kommer även att gås igenom vid morgon- och kvällsmöten samma period som APT hålls för att säkerställa att all personal får kunskapen. Vid muntlig rapportering av händelser till VC eller planeringsledare uppmanas personal att använda ADD för att säkerställa möjligheten till fullgod utredning av händelsen. VC går igenom förloppet av vad som händer när personal rapporterar händelse i ADD varje vecka på onsdagar för kvällspersonal och torsdagar för dagpersonal då VC haft möte med legitimerad personal gällande avvikelser som rapporterats. Lex Sarah kommer hädanefter att tas upp vid dessa genomgångar.
Förvaltningens bedömning: Godkänd

Område Brand och säkerhet samt kris-och katastroforganisation

Brist – Ledningen behöver tydliggöra rutiner för brandskydd hemma hos brukaren och säkerställa kunskap om de riktlinjer som finns på området hos samtlig omvårdnadspersonal.

Redovisad åtgärd: Samtliga kontaktpersoner erbjuder vårdtagare en brandriskbedömning minst en gång/år eller vid kognitiv/fysisk försämring. Bedömningen utförs för samtliga vårdtagare/förvaltare som godkänner detta i slutet av november/början av december årligen. Innan dess går verksamhetschef igenom brandchecklistan med medarbetare på APT. Verksamhetschef planerar in detta i årsplaneringen för APT.

Alla nya brukare får en brandriskbedömning i och med start av hemtjänstinsatser från Attendo. Detta säkerställs genom att vara en punkt i checklista för nya vårdtagare.

Ny personal får information och brandriskbedömning vid introduktion. Även detta säkerställs genom att vara en punkt i checklistan för introduktion av ny personal.
Förvaltningens bedömning: Godkänd

Uppföljda vård- och omsorgsboenden -brister med redovisade åtgärder

Uppföljda enheter som inte hade några brister under uppföljningen redovisas i årsrapporten.

Hagundagården

Område Samverkan, genomförande av uppdrag samt dokumentation:

Brist 1 - Brister i mötesstruktur
Redovisad åtgärd:
De möten som finns i verksamheten:
Rapport 7.00 sjuksköterska och nattpersonal deltar
HS möte tisdagar 13.00 – sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast, samordnare och verksamhetschef. Hälso- och sjukvårdsfrågor – avvikelser, planering av t.ex. hygienobservationer och förbättringsarbete utifrån kvalitetsregister.
Teammöte tisdagar 14.00 – kontaktman, ansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast (demensavdelning jämna veckor, omvårdnadsavdelning ojämna veckor). Ett möte där planering runt brukarna sker.
Möte på respektive avdelning 10.15 en dag per vecka en dag då ansvarig sjuksköterska arbetar – en mer kortsiktig planering och uppföljning.
Arbetsplatsträff var 6:e vecka – allt från arbetsmiljö, ekonomi, information från ombuden till planering avdelningsvis.
Ombuden planerar för sina ombudsträffar, meddelar dag och tid till verksamhetschef som godkänner mötet och avdelar resurser (tid, bemanning etc)
Anhörigmöten – en gång varannan månad.
Boendemöten – en gång varannan månad
Övriga informationskanaler; veckobrev till medarbetarna skickas ut varje måndag FM samt månadsbrev till anhöriga/gode män i början av varje månad. Extra brev kan skickas ut till anhöriga vid behov.
De flesta av dessa möten har funnits tidigare men har pausats då vi enligt restriktioner inte ska ha möten eller blanda personal från olika avdelningar. Nu är samtliga möten igång igen förutom anhörigmöten, boendemöten, arbetsplatsträffar och ombudsmöten.
Komplettering: På våra boendemöten deltar inte alla som bor hos oss, dessutom har de flesta som bor på Hagundagården en kognitiv svikt (demenssjukdom, hjärnskada, stroke) vilket gör att det kan vara svårt att själv ha inflytande och tycka till i frågor som rör boendet framförallt vid möten där många deltar. Därför kan aldrig dessa boendemöten ersättas av den dialog alla kontaktmän har med de boende och deras närstående. Även legitimerad personal, samordnare och verksamhetschef för en dialog med boende och närstående, om än inte lika frekvent som kontaktmännen. Ibland är kommunikationen så pass subtil att vi och/eller närstående får försöka tolka den boende – ett leende vid en aktivitet tolkar vi som att personen ifråga tycker om aktiviteten. Vi får med andra ord inget tydligt resultat på våra boendemöten som kan analyseras och tillvaratas. De återkommande frågorna som kommit upp på våra tidigare boendemöten och anhörigmöten är: matens kvalitet, städning, trygghetslarm och lokalernas beskaffenhet. Samtliga dessa frågor har vidarebefordrats till den det berör, de svar vi fått är följande:
- Maten, kommer att bli bättre när köket samlokaliseras. Oklart dock när detta sker.
- Storstädning har jag lagt in i budget både 2020 och 2021. Förra året 2020 fick vi ta bort den kostnaden i budgeten, då det inte fanns utrymme för detta. Även detta år 2021, blev vi först nekade men efter att jag begärt att få detta skriftligt med uppgifter om vem som tagit detta beslut och på

vilka grunder man tog detta beslut så fick vi storstädningen godkänd. Till saken hör att vi inte haft storstädning på Hagundagården på åtminstone 5 år.
- Trygghetslarm som inte fungerar tillfredsställande, där har vi begärt en fullständig översyn och det visade brister som till viss del har åtgärdats. Men larmsystemet är 15 år gammalt och bör bytas ut.
- När det gäller lokalerna har vi haft flera möten med representanter från fastighetsägaren, processansvarig och fastighetsstrateg Uppsala kommun. Vi har upprepade gånger begärt att få en plan för renovering och åtgärder som behöver göras men inte fått gehör för detta.

Dessa frågor är med andra ord fortfarande aktuella, så även om dessa diskuteras på möten är det svårt att åtgärda dem då jag som verksamhetschef inte äger dessa frågor.
En fråga som tillkommit är frågan om möjligheten att känna sig trygg i sitt rum, vi har nycklar till lägenhetsdörrarna men det är svårt för de flesta av våra äldre att använda nycklar. Därför har både boende och anhöriga väckt frågan om ett digitalt låssystem med tag. Denna fråga har varit än mer aktuell nu under pågående pandemi, då ett digitalt låssystem kan vara ett sätt att begränsa en smitta. Efter två incidenter mellan boende på en av våra demensavdelningar som renderade i två lex Sarah har vi fått godkännande att gå vidare med frågan om digitalt låssystem med tag. En begäran om kostnadsförslag skickades till fastighetsförvaltningen 2021-01-25.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist 2 – Måltidsalternativ
Redovisad åtgärd: Veckan efter uppdragsuppföljningen beställdes alternativ till maten, som numera finns i frysen bl.a. köttbullar.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Område Hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering:

Brist 1 – Rutin och systematiskt arbete avseende kvalitetsregister saknas i verksamheten
Redovisad åtgärd: då ansvarig kontaktman närvarar. För att underlätta registrering i registret kommer vi att använda de iPad och routrar som egentligen ska användas till möten mellan anhöriga och boende. Vi har tidigare registrerat på papper för att sedan lägga in i registret, men det har inte alltid gjorts p.g.a. tidsbrist.
HS mötet tisdagar kl: 14 kommer att användas till avvikelser samt planera förbättringsarbete utifrån bl.a. de kvalitetsregister som används.
När det gäller svenska palliativregistret så måste förbättringsåtgärderna ställas i relation till hur dödsfallen skett. Samtliga dödsfall registreras, även de som är oväntade vilket skett på Hagundagården, då har inte t.ex. smärtskattning genomförts av förklarliga skäl.
Komplettering:
Då arbetsterapeut och sjukgymnast endast är på enheten tisdagar är både våra HS möten och teammöten begränsade till att äga rum på tisdagar. Vi har redan startat med HS möten, teammöten var inplanerade att starta 12 januari, men p.g.a. nedanstående omständigheter kan vi inte starta med dessa förrän tisdag 9 februari.
Vi har haft legionella, covid-19 smitta samt vaccination covid-19 på boendet, vilket har tagit en hel del tid från de ordinarie arbetsuppgifterna. Under covidsmitta så får vi inte blanda personal eller boende mellan avdelningarna, vi har haft kohortvård mellan 30/12 fram till 28/1, vi har även smittspårat 2 avdelningar med allt vad det innebär: 2 provtagningar per boende och isolering/kohort. Vi har även förstärkt städ och spritning av alla tagytor. Alla dessa åtgärder är personalkrävande, vilket gör att vi måste prioritera. I och med att både legionella och covid-19 är svåra sjukdomar är det patientsäkerheten vi har prioriterat och alltid kommer att prioritera. Vaccination för boende har planerats in på tisdagar, den 12/1 respektive 4/2 (dos 2) vilket leder till att sjuksköterskorna är upptagna med det dessa dagar.

Vi har i dagsläget 1,40 åa sjuksköterska, vi behöver minst 2,0 helst 2,25 år. Vi har haft en annons ute innan jul men vi fick ingen utdelning på den, ytterligare en annons ligger ute nu. Svårigheten att behålla samt rekrytera sjuksköterskor inom säbo leder till en pressad arbetssituation för de sjuksköterskor som finns kvar i verksamheten. Vid covid-19 smitta förväntas de att arbeta helger, vilket alltså skett i januari då vi haft smitta. Det innebär att de måste vara lediga en vardag för att få den lagstadgade veckovilan. Även om vi tar in timvikarier och/eller sjuksköterskor från bemanningsföretag så arbetar de inte med långsiktiga frågor, det innebär att sjuksköterskorna ständigt måste prioritera sina arbetsuppgifter.

Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Område Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete:

Brist 1 – Bristande rutin och implementering av synpunkts- och klagomålshantering.
Redovisad åtgärd: När en ny person flyttar in på boendet lämnas en synpunktsblankett till anhörig/god man, de får även information om att synpunkter kan lämnas via webben, e-post eller telefonsamtal. Alla synpunkter hanteras så snart som möjligt, en första kontakt sker inom tre arbetsdagar oavsett på vilket sätt synpunkten inkommit.
Vi arbetar med framförallt med förebyggande arbete genom anhörigmöten, kontaktmannaskap och personcentrerad vård & omsorg, månadsbrev och tillgänglighet. Jag har varit tydlig med att jag som verksamhetschef ska ha alla synpunkter oavsett hur dessa lämnas, det gör att anhöriga/gode män vänder sig till mig i första hand. Eftersom jag som verksamhetschef är ytterst ansvarig för verksamheten är jag också den som kan avsätta resurser till eventuella förbättringsarbeten.
Komplettering: Vi hänvisar till den befintliga rutinen som finns i äldreförvaltningens kvalitetsledningssystem, bifogar den i detta svar.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist 2 – Systematiskt arbete avseende avvikelser saknas i verksamheten.
Redovisad åtgärd: Förra året 2019 sammanställdes samtliga avvikelser och redovisades både till medicinskt ansvarig sjuksköterska och anhöriga/gode män via månadsbrev. Vi arbetade även med avvikelser på våra arbetsplatsträffar. Detta år är pandemin det som kommer i första hand, vilket är både tids- och personalkrävande. Då vi under juni/juli hade ett smittutbrott så har vi utrett händelsen vilket vi anser vara en del i ett förbättringsarbete.
Vi har tidigare arbetat med avvikelser och mönster avdelningsvis, men då vi nu åter har startat upp HS möten på tisdagar kl: 14 kommer vi att arbeta mer övergripande med avvikelser. Tisdagar är den enda dagen vi har arbetsterapeut på plats, sjukgymnasten arbetar tisdagar och torsdagar.
Bifogar Utredning covid smitta för kännedom
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Lillsjögården

Område Verksamhet, ledning och organisation:

Brist 1 – Verksamhetschef saknar relevant högskoleexamen.
Redovisad åtgärd: Områdeschef har dialog med strategerna gällande detta och dispens kommer att sökas för denna punkt utifrån verksamhetschefens kompetens. Underlag som CV och personligt brev har lämnats. // Ansvarig Områdeschef
Förvaltningens bedömning: Uppföljningen är ännu ej avslutad och bedömning är därför ännu inte fastställd.

Område Samverkan, genomförande av uppdrag samt dokumentation:

Brist 1 – Brukarråd anordnas inte i verksamheten.
Redovisad åtgärd: Brukarråd (tidigare kallat Husråd) planeras in 2 gånger per termin under 2021. Hittills har två möten genomförts och dessa har varit Covid anpassade.
Förvaltningens bedömning: Uppföljningen är ännu ej avslutad och bedömning är därför ännu inte fastställd.

Brist 2 – Tid för social samvaro/aktivitet s.k. ”egen tid” med kontaktman minst en timme en gång per vecka genomförs delvis.
Redovisad åtgärd: Tid för detta finns avsatt finns redan nu under överlappningstiden uner arbetsdagen men behöver planeras in och tydliggöras för personalen. Vi kommer under våren att jobba med att mer strukturerat planera ut tiden för detta i vårt nya schema. Schemastart för detta planeras till den 15 mars 2021. Arbetssättet planeras vara implementerat under juni 2021. Bifogar det underlag som personalen har fått lämna in inför schemastart.
Förvaltningens bedömning: Uppföljningen är ännu ej avslutad och bedömning är därför ännu inte fastställd.

Område Hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering:

Brist 1 – Bristfällig registrering i BPSD.
Redovisad åtgärd: Enheten har en anställd Silvia syster med utbildning i och ansvar för arbetet med BPSD registret. Här har arbetet startats upp under nov 2020 men har ännu ej implementerats till fullo. Arbetet kommer att fortskrida och vara en del i det arbetet med struktur och kvalitetsregister i samband med ledningsgrupper och teammöten som kommer att startas under april 2021. Arbetssättet beräknas vara implementerat till fullo under hösten 2021.
Förvaltningen bedömning: Uppföljningen är ännu ej avslutad och bedömning är därför ännu inte fastställd.

Brist 2 – De signeringslistor som fysioterapeut och arbetsterapeut använder för rehabiliteringsinsatser som ska utföras av omvårdnadspersonalen saknar ofta signering, vilket innebär att det är osäkert huruvida ordinationerna utförts.
Redovisad åtgärd: Ta fram bra exempel och ett arbetssätt som gör att personalen förstår syftet med rehabiliteringsinsatserna. Jobba strukturerat med tydliga avstämningar i samband med teammöten. Min bedömning är att denna punkt behöver processas över tid för att uppnå en ökad insikt i hur och varför detta är viktigt för den enskilde individen. Utbildningsinsatser i dokumentation och rehabiliterande arbetssätt behövs planeras in under våren 2021.
Förvaltningen bedömning: Uppföljningen är ännu ej avslutad och bedömning är därför ännu inte fastställd.

Område Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete:

Brist 1 – Endast allvarliga avvikelser enligt Socialtjänstlag (2001:453) registreras i Flexite.
Redovisad åtgärd: Ledningsgruppen i form av verksamhetschef och legitimerad personal ska jobba med att tillsammans ta fram ett strukturerat arbetssätt utifrån gällande rutiner och riktlinjer som möjliggör att arbetet med att strukturerat följa upp registrering av samt avvikelser påbörjas. Arbetsbeskrivning finns bifogad. Arbetssättet kommer att presenteras på APT under mars och

implementeras under april 2021. Arbetssättet kommer att utvärderas löpande i samband med ledningsgrupp samt APT. Implementering beräknas i fullo vara klar 2021.
Förvaltningen bedömning: Uppföljningen är ännu ej avslutad och bedömning är därför ännu inte fastställd.

Brist 2 – Tydlig systematik gällande hantering och analys av avvikelser saknas.
Redovisad åtgärd: Ledningsgruppen i form av verksamhetschef och legitimerad personal ska jobba med att tillsammans ta fram ett strukturerat arbetssätt utifrån gällande rutiner och riktlinjer som möjliggör att arbetet med att strukturerat följa upp registrering av samt avvikelser påbörjas. Arbetssättet syftar till att mer systematiskt utvärdera och arbeta med avvikelser på enheten. Detta skall sedan leda till ökad vårdkvalité och patientsäkerhet samt ett lärande forum för ledning och personal på boendet. Arbetsbeskrivning finns bifogad. Arbetssättet kommer att presenteras på APT under mars och implementeras under april 2021. Arbetssättet kommer att utvärderas löpande i samband med ledningsgrupp samt APT. Implementering beräknas i fullo vara klar 2021.

Verksamhetschef går igenom varje avvikelse och utvärderar denna enskilt och sammanställer dessa. Dessa utvärderingar ligger sedan till grund för redovisning till personal samt kvalitetsutvecklande arbete på enheten. Denna redovisning genomförs i samband med Teammöte där åtgärder och uppföljningar planeras, i samband med APT där vi tillsammans i dialog följer upp och ser över arbetssätt samt diskuterar behov av utbildning. Utbildning i dokumentation samt avvikelsehantering kommer att bokas in under våren 2021 för samtlig personal.
Förvaltningen bedömning: Uppföljningen är ännu ej avslutad och bedömning är därför ännu inte fastställd.

Brist 3 - Signeringslistor för egenkontroller enligt kvalitetsledningssystemet är endast sporadiskt signerade.
Redovisad åtgärd: Ett arbete med att följa upp egenkontroller kommer att startas upp. Vi kommer löpande att sammanställa samt ta upp och utvärdera dessa i samband med vår ledningsgrupp och vi kommer även att ta upp dem på APT för att följa upp resultat, utveckla arbetssätt samt se över behov av utbildningsinsatser.
Förvaltningen bedömning: Uppföljningen är ännu ej avslutad och bedömning är därför ännu inte fastställd.

Eriksdalsgården

Område Verksamhet/ledning och organisation:

Brist 1 – Namngiven hälso- och sjukvårdsansvarig saknas i verksamheten.
Redovisad åtgärd: Förnamn Efternamn, Fysioterapeut/Eriksdalsgården. Åtgärd : 2021-03-05.
Förvaltningen bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Område Samverkan, genomförande av uppdrag samt dokumentation;
Brist 1 – Personal saknar kännedom om Uppdragsbeskrivningen för särskilt boende inom äldrenämndens regi.
Redovisad åtgärd: Uppdragsbeskrivningen kommer att vara ett levande dokument och diskuteras med regelbundenhet på APT (ca 2ggr/år), läggs till agendan för APT. Uppdragsbeskrivningen kommer dessutom att göras tillgänglig för alla medarbetare. Åtgärd skall vara utförd 2021-06-30. Undertecknad har under 2020 vid medarbetarsamtal visat uppdragsbeskrivningen samt delat ut uppdragsbeskrivningen till HSL-personalen.
Förvaltningen bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Område Hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering:
Brist 1 – Systematisk uppföljning av ordination från arbetsterapeut saknas i verksamheten.

Redovisad åtgärd: Enligt samtal med Arbetsterapeut/fysioterapeut så arbetar HSL-Personal enligt hälso- och sjukvårdslagen.

1. Det sker skriftligt i journalen. Bedömer behov av tex träning /hjälpmedel
2. Beslutar vad för träning som pat. skall börja med
3. Provar ut träningen/hjälpmedel
4. Ordinerar till personal
5. Skriver signeringslistor och sätter dem i rehabpärmen
6. Samlar in signeringslistor i slutet av varje månad. Skriver då upp hur ofta pat. har fått sin träning/hjälpmedel och skriver avvikelse om träningen/hjälpmedel inte blivit av tillräckligt ofta.
7. Undertecknad kommer tillsammans med hälso sjukvårds ansvarig att utföra stickprov under året för att undersöka att dokumentationen utförs på ett rättssäkert sätt. Åtgärd utförd : 2021-06-30.
8. Ordination följs upp av den som utförde ordinationen. Uppföljningen sker med regelbundna mellan rum där ursprungliga bedömningar görs igen för att få en bild ifall den insatta interventionen gjort någon skillnad. Allting dokumenteras.

Förvaltningen bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist 2 – Systematiskt kvalitetsarbete avseende kvalitetsregister saknas i verksamheten.
Redovisad åtgärd: Senior Alert : Eriksdalsgården har en operativ ledningsgrupp som består av legitimerad personal och verksamhetschef. Ledningsgruppen träffas 1 gång /veckan där verksamhetsnärafrågor diskuteras och där kvalitets registerna ingår. Varannan onsdag förmiddag kommer vi sitta i team mellan 8-10 då vi bland annat tar upp och diskutera kring Senior Alert och det åtgärder vi kommer överens om där. Hela teamet involveras genom att kontaktman genomför bedömning utifrån Senior Alerts bedömningsinstrument som sedan registreras av leg personal. Resultat från registreringar presenteras vid Team-möten.

Under det närmaste lednings mötena skall den lokala rutinen för Senior Alert följas upp. I rutinen skall det tydligt framgå hur och när resultat skall analyseras och vilka kvalitetsutvecklande insatser som skall utformas.

Verksamheten är i aktivitet med att registrera och rehab gruppen är ansvariga för att samla in data och registrera uppgifterna.

Plan 1 är alla registreringar klara och handlingsplaner är utskrivna.

Plan 2 är vi fortfarande i skedet av att registrera. Målsättningen att alla brukare skall vara registrerade och ha handlingsplaner samt att statistik ifrån Senior Alert skall redovisas och analyseras. Åtgärd skall vara utförd 2021-09-30.

Palliativa systemet: Palliativt ansvarig sjuksköterska registrerar i registret. Förslag är att palliativansvarig sjuksköterska tillsammans med palliativa ombud analyserar resultatet och kommer med förslag till kvalitetsförbättringar.

1 gång per termin på arbetsplatsträff redovisas resultat av palliativ ansvarig sjuksköterska samt palliativa ombud. Åtgärd skall vara utförd 2021-06-30.

BPSD-registret resultaten redovisas vid behov på team träffar och där bemötandeplaner implementeras detta arbete sker i grupper där alla professioner deltar och dessa träffar sker 1 gång /veckan. Eriksdalsgården är ett omvårdnadsboende och behovet av registrering i BPSD är inte så stort men så fort det finns ett behov kommer våra BPSD-administratörer registrera.
Förvaltningen bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Område Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete:

Brist 1 – Rutin för hantering av inkommande synpunkter och klagomål är ej känd för legitimerad personal.
Redovisad åtgärd: Undertecknad och ledningsgruppen/ Eriksdalsgården har börjat med att skicka månadsbrev till alla medarbetare. Månadsbrevet syfte är att ge information samt där statistik och kvalitetshöjande åtgärder delges. I november brevet informerades om rutinen för synpunktshantering samt klargjort var det finns skriftliga synpunktsblanketter att tillgå när synpunkt inkommer. Målet vid nästa planeringsdag är att implementera hanteringen av inkomna synpunkter.
Synpunkter och klagomål har alltid dokumenterats och utförts enligt rutin men kommer att involvera alla medarbetare i samband med nedan nämnda kvalitetsråd.
Förvaltningen bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist 2 - Systematik gällande analys av inkomna synpunkter och klagomål saknas.
Redovisad åtgärd: Målet är att ett kvalitetsråd skall upprättas där synpunkter och statisk av avvikelser skall analyseras och ett kvalitetsutvecklande arbete startar för Eriksdalsgården. Kvalitetsrådet skall träffas 1 gång /månaden. Åtgärd: Att kvalitetsråd skall upprättas där alla professioner skall delta, första mötet planeras att utföras i mitten av maj.
Förvaltningen bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist 3 – Systematik gällande analys av avvikelser saknas i verksamheten.
Redovisad åtgärd: 1 gång i veckan träffas ledningsgruppen och utreder /åtgärdar avvikelser samt på APT finns en stående punkt att lyfta aktuella avvikelser . Team träffar utförs 1 gång /veckan på respektive plan där alla professioner deltar där det även är ett för forum att lyfta och analysera avvikelser. Under hösten 2020 har ledningsgruppen startat med att skicka månadsbrev till alla medarbetare där vi redovisar hur många avvikelser som har varit under den senaste månaden

samt kvalitetshöjande åtgärds redovisning. Exempelvis har medicinskt ansvarig sjuksköterska informerat i månadsbrev om åtgärdspaket för att vissa avvikelser inte skall hända igen.

Åtgärder: Att vi skall bjuda in kvalitets enheten för att utbilda alla medarbetare i när/hur man skriver en avvikelser. Kvalitetsråd skall upprättas under våren 2021 där vi ska analysera statistik av avvikelser och synpunkter. Rådet skall upprätta en lokal rutin för träffarna men målet är att rådet skall träffas 1 gång i månaden och första mötet skall ske i mitten av maj. Åtgärderna skall vara utförda 2021-06-30.

Förvaltningen bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Område Brand och säkerhet samt kris- och katastroforganisation:

Brist 1 – Bristande kännedom och implementering av *Kris och beredskap, SÄBO och korttidsvård (RU237.02)* i verksamheten samt avsaknad av lokal arbetsbeskrivning kopplad till övergripande rutin.

Redovisad åtgärd: Det övergripandedokumentet Kris och beredskap, Säbo och korttidsvård(Ru237.02) finns idag i Krispärmen, pärmarna finns på respektiveplan. Den lokala rutinen finns på respektive plan i ett mappsystem på skrivbordet. Den lokala rutinen kommer att följas upp av en arbetsgrupp på Eriksdalsgården där vi ska fokusera på vad/hur man ska göra om strömavbrott uppstår och om vatten är illaluktande, missfärgat vatten, temperatur avvikelser.

Den övergripandeplanen kommer på nästkommande APT i maj att implementeras samt diskuteras med regelbundenhet på APT (ca 2ggr/år), läggs till agendan för APT. Information om övergripande Kris och beredskapsdokument samt lokalrutinen kommer att bifogas i månadsbrev i maj 2021. Åtgärden skall vara åtgärdad 2021 – 06 - 15.
Förvaltningen bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Sävjahus

Område Personalbemanning, kompetens och kompetensutveckling:

Brist 1 – Demensavdelning lämnas stundtals obemannad nattetid.
Redovisad åtgärd: En nattpersonal ansvarar både för socialpsykiatri på bv (fem boende) och avdelning Solrosen på våning 1 (tio boende). Under tiden som personal går ner till bv så ser kollegorna på övriga våningar ifall larm kommer från Solrosen. Om en boende är orolig så kommunicerar nattpersonal i huset med varandra rörande extra tillsyn på Solrosen. Av de fasta insatserna på socialpsykiatrin undersöks nu möjligheten att köpa dessa tjänster av nattpatrull. Det skulle minimera de tillfällen demensvåningen behöver lämnas.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Område Samverkan, genomförande av uppdrag samt dokumentation:
Brist 1 – Tid för social samvaro/aktivitet s.k. ”egen tid” med kontaktman minst en timme en gång per vecka genomförs inte.
Redovisad åtgärd: Egen tid utförs spontant av kontaktmannen men dokumenteras inte alltid. För att säkerställa att detta sker kommer egen tid att markeras i schema som ska gälla från januari 2021.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist 2 – Personal har ingen kännedom om Uppdragsbeskrivningen för särskilt boende inom äldrenämndens regi.
Redovisad åtgärd: Inom Boende äldre pågår ett arbete för att ta fram en verksamhetspärm som ska se likadan ut på alla boenden. Sävjahus kommer att ta fram denna under januari 2021. I denna kommer Uppdragsbeskrivningen att finnas för all personal att ta del utav. I december delas även Uppdragsbeskrivningen ut till alla i ledningsgruppen på Sävjahus.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist 3 – Genomförandeplanen skickas inte till Biståndshandläggare inom 14 dagar.
Redovisad åtgärd: Verksamhetschef ska notera datum för inflyttning och i kalender och markera när genomförandeplan ska vara inskickad till bistånds-handläggare. Vi ska också ta fram en checklista vid inflyttning. Detta ska gälla från januari 2021.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist 4 – Brukarråd anordnas inte i verksamheten.
Redovisad åtgärd: Under 2020 har verksamheten jobbat mycket med uteaktiviteter och aktivitet i mindre grupp pga. pandemin. Chef och övrig ledningsgrupp har deltagit i aktiveter och då haft möjlighet att lyssna och se hur boende trivs och upplever det som sker. Det blir en direkt återkoppling. Vi har också frågat boende vad de önskar göra men inte fått så tydliga svar. Så gott som alla boende har en demenssjukdom. Dialog med anhöriga sker ständigt och i början av året kunde också några anhöriga delta vid aktiviteter och återkoppla sitt intryck. Vi räknar med att under våren 2021 kunna kalla till ett boenderåd och lyssna in våra brukare på ett ännu bättre sätt.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Område Hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering:
Brist 1 – De signeringslistor som fysioterapeut använder för ordinationer som ska utföras av omvårdnadspersonalen saknar ofta signering, vilket innebär att det är osäkert huruvida ordinationerna utförts.
Redovisad åtgärd: Bristen ska åtgärdas genom uppföljning och upplysning av personal. Vid arbetsplatsträff i november gick chef igenom att ordination från rehab räknas lika som ordination från ssk och skall utföras. När rehab skriver ordination nästa gång ska vi följa upp efter en vecka och vid behov. Ordinationen ska sättas i läkemedelspärm där personalen har en vana att signera ordinationer.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist 2 – Bristfällig registrering i BPSD.
Redovisad åtgärd: Som det står i rapporten har verksamheten nyligen kommit igång med BPSD eftersom chef och usk deltog i utbildning våren 2020. Pandemin har satt käppar i hjulet under

hösten men vi har gjort registreringar på alla tre demensvåningar och arbetet kommer att fortsätta.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist 3 – Systematiskt kvalitetsarbete avseende kvalitetsregister saknas i verksamheten.
Redovisad åtgärd: Verksamheten ska lägga in i APT för januari och augusti att analysera resultat i kvalitetsregistren. Första uppföljning blir januari 2021.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Område Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete:

Brist 1 – Systematik gällande analys av inkomna synpunkter, klagomål och avvikelser saknas.
Redovisad åtgärd: Under 2020 har endast två synpunkter/klagomål inkommit och dessa har hanterats i dialog och skriftlig kommunikation med anhörig. Återkoppling har skett på APT. För att få en systematik i arbetet önskar vi lägga till detta i APT-mallen under punkten ”Utveckling/innovation”.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Årstagården

Område Hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering:

Redovisad åtgärd: Arbetsbeskrivning skriven i arbetsgrupp med berörd personal. Ny rutin enligt arbetsbeskrivningen startar den 1 april 2020. Var god se bilaga 2 ”Signering av ordinerade behandlingar från AT och FT”
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Område Observation vid rundvandring i verksamhetens lokaler

Brist – Utrymmen med kemikalier eller sekretessuppgifter tillgängliga för obehöriga

Redovisad åtgärd: Lokal arbetsbeskrivning skriven, var god se bilaga 3 ”Säkerhet och sekretess Årstagården”. Implementering i verksamheten kommer ske under våren 2020.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist – Ingångarna till enheterna har kodlås och på flera ställen saknas synlig information om aktuell kod vilket innebär otillåten inlåsning av boende.
Redovisad åtgärd: Lokal arbetsbeskrivning skriven, var god se bilaga 1 ”Synliga dörrkoder Årstagården”. Implementering i verksamheten kommer ske under våren 2020.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Råbyvägen

Område Personalbemanning, kompetens och kompetensutveckling:

Brist 1 – Omvårdnadspersonal saknar kopia på sin individuella kompetensutvecklingsplan.
Redovisad åtgärd: En kopia av den individuella kompetensutvecklingsplanen

mailas nu till medarbetaren i direkt anslutning till medarbetarsamtalet.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Område Samverkan, genomförande av uppdrag samt dokumentation

Brist 1 – En genomförandeplan ska vara upprättad, och kopia inskickad till biståndshandläggare, inom 14 dagar från den boendes inflyttningsdag.
Redovisad åtgärd: VC ansvarar för att följa upp att genomförandeplan är skriven inom 14 dagar efter att en ny boende har flyttat in.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist 2 – Tid för social samvaro/aktivitet med kontaktman minst en timme en gång per vecka genomförs inte alltid.
Redovisad åtgärd: Veckovis social samvaro/aktivitet med kontaktman ligger nu inplanerad i Mobil omsorg (MO), enligt planering mellan boende och kontaktman. Kontaktman kvitterar insatsen i MO vid genomförande. Planeringsledare är info om att det ibland kan behövas extra personal om en boende vill samla ihop sin egentid För att göra en längre utflykt. Genomförd egentid dokumenteras i social journal samt om boende avböjer planerad samvaro/aktivitet. Avvikelser från den boendes planering dokumenteras i händelsesystemet AttendoADD som utebliven insats. Verksamhetschef och planeringsledare följer upp genomförandet månatligen i MO och under månatligt kvalitetsmöte.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist 3 – Omvårdnadspersonalen uppger vid intervjun att utföraren inte serverar trerätters middag på helgen.
Redovisad åtgärd:Tre rätters lunch eller middag serveras nu varje helg.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist 4 – Dygnsfastan överstiger elva timmar för merparten av de boende.
Redovisad åtgärd: Ny nattfastemätning utfördes vid månadsskiftet mars/april och en klar förbättring av resultatet kunde ses, men var inte 100 % och av den anledningen har kvällsfikat blivit senarelagd till kl. 19-20 istället för 18-19, personal erbjuder saftsoppa/smothie/fil vid intag av mediciner morgon och kväll. Varje avdelning har gjort en lista på vad de boende som vaknar nattetid skall erbjudas utifrån deras egna önskemål. Boende som somnar tidigt och vaknar tidigt ska erbjudas tidig frukost eller saftsoppa/smothie/yoghurt i väntan på frukost. Ny mätning efter ovan åtgärder ska göras innan semesterperioden börjar.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Område Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete:

Brist 1 – Registrering i BPSD-registret är bristfällig.
Redovisad åtgärd: BPSD –skattningar och registreringar genomförs, men i nuläget få utbildande administratörer. Åtta medarbetare är anmälda till BPSD utbildningen som kommer att hållas i början av juni.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Område Observation vid rundvandring i verksamhetens lokaler

Brist 1. - Olåst dörr till spolrum där hälsovådliga kemikalier förvaras på plan 1.
Redovisad åtgärd: All personal informeras om vikten att alla spolrum måste hållas låsta på APT under v.20. VC genomför spontana kontroller av detta 1ggr/vecka.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist 2 – Olåst dörr till dokumentationsrum där sekretessuppgifter förvaras på plan 1+2.
Redovisad åtgärd: All personal informeras om vikten av att hålla dokumentationsrummen låsta för att förhindra att obehöriga tar sig in, detta tas upp på APT under v.20. Spontan kontroll av VC 1ggr/vecka.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist 3 – Egenkontroll, i form av signaturlista för mätning av temperatur på mat, kyl och frys är bristfällig på plan 1+2+3.
Redovisad åtgärd: Ansvaret för att egenkontroll i form av signaturlistor för mätning av temperatur mat, kyl och frys förläggs på ansvarigt kostombud på vardera våningsplan. Detta följs därefter upp 1ggr/månad av VC.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Gutasund

Område Samverkan, genomförande av uppdrag samt dokumentation

Brist 1 – Rutindokument ”Rutin hantering av kunds privata medel” är bristfälligt utformad.
Redovisad åtgärd: Utföraren har skickat in rutin för påseende.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Område Hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering:

Brist – Palliativt ansvarig sjuksköterska saknas delvis i verksamheten. Omvårdnadspersonalen saknar kännedom om vem som är palliativt ansvarig sjuksköterska.
Redovisad åtgärd: Verksamheten har sedan rapporten inkom utsett en ny palliativt ansvarig ssk vid namn Solange Kamareza. Solange arbetar heltid på Gutasund. Medarbetarna har fått information om detta via möten, protokoll samt av vederbörande ssk.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Område Observation vid rundvandring i verksamhetens lokaler

Brist 1 - Olåsta, öppna dörrar till utrymmen med kemikalier.
Redovisad åtgärd: Vi har sedan rapporten inkom informerat personalen via möten, sms-utskick informationslappar och uppdatering i vår rutin för daglig överlämning, att dörrar till utrymmen(förråd, tvättstuga) ska hållas stängda och låsta.Vilket nu sker.)
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist 2 – Bristfällig egenkontroll av temperatur av kyl, frys och mat.
Redovisad åtgärd: Vi har sedan rapporten inkom säkerställt att kostombuden tar en mer övergripande roll vad gäller säkerställandet av att temperaturmätning enligt egenkontrollprogrammet upprätthålls enligt rutin. Vi har även meddelat alla medarbetare via sms, protokoll samt handledning på golvet.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Andreas And

Område Samverkan, genomförande av uppdrag samt dokumentation

Brist 1 - Tid för social samvaro/aktivitet (”egen tid”) med kontaktman minst en timme/vecka genomförs inte alltid.
Redovisad åtgärd: Tagits upp på Personalmöte i september och kommer åter att tas upp i Oktober , vikten av att alltid dokumentera erbjuden egentid 1h/vecka/boende. Hur boende vill utföra sin egentiden är mycket individuell och är av största vikt något som skall erbjudas och dokumenteras i patientjournal. Efter dialog med personalen kommer vi fram till att egentiden” ibland glöms bort att dokumenteras, tex då önskan om egentid från den boende är att samtala/samvaro på rummet under tiden personal rensar bland kläder i en garderob. Vid behov och kallelse följer kontaktman med vi tex önskat besök på mottagningar. I samband med detta kan boende önska en aktivitet som tex fika på cafeé. Egentid för boenden är förlagd i den ordinarie arbetstiden och det finns goda förutsättningar att utföra den enligt förfrågningsunderlaget. Dock behöver den i vissa fall planeras och ske i samråd med personalansvarig och aktivitetsansvarig. Där är ett fortsatt teamarbete nödvändigt och att skapa utrymmen för bemanning när så krävs samt att kontaktman är lyhörd för boendes önskemål och då genomför egentiden.

Egentid för den boende lyfts på teammöte tillsammans med kontaktman och leg personal.

Se bifogat Kvalitetsdokument kontaktmannaskap 9:2 och 9:2.1 uppdaterats 2020-10-14
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Liljeforstorg

Område Verksamhet, ledning och organisation

Brist. –Personal beskriver att man ej har haft brukarråd på demensavdelningen under en tid relaterat till att brukarna haft svårt att tillgodogöra sig dessa.

Redovisad åtgärd: Verksamheten åter inför brukarråd från och med januari 2021 på demensenheten enligt avtal var tredjemånad. För de boenden som inte kan delta i boenderåden har kontaktman god kontakt med sina boende och säker ställer deras önskemål samt dokumenteras deras önskemål i genomförandeplanen för individen.

Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Björkgården

Område Verksamhet, ledning och organisation

Brist 1 - Verksamhetschef saknar relevant högskoleexamen.
Redovisad åtgärd: Områdeschef har dialog med strategerna gällande detta och dispens kommer att sökas för denna punkt utifrån verksamhetschefens kompetens. Underlag som CV och personligt brev har lämnats. // Ansvarig Områdeschef
Uppdatering 210120
Ny verksamhetschef rekryterad anställningsstart mitten på mars 2021.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist 2 – Namngiven hälso- och sjukvårdsansvarig saknas i verksamheten.
Redovisad åtgärd: Kravet åtgärdat genom att namngiven sjuksköterska har utsetts. Rekrytering av ordinarie sjuksköterska pågår. MAS tar frågan vidare med strategerna om punkten behöver uppdateras i Uppdragsbeskrivningen.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Område Personalbemanning, kompetens och kompetensutveckling:

Brist 1 – Översyn av arbetsterapeuts tjänstgöringsgrad för att möta de behov av arbetsterapeut som finns i verksamheten.
Redovisad åtgärd: Åtgärdad genom dialog med ansvarig AT. Tiden initialt utökad med 1 dag till per vecka från och med, 201102. Teammöten bokade en gång per vecka riktat mot både korttidsplatser och säboplatser. Arbetssättet utvärderas löpande av verksamhetschef och legitimerad personal i samband med ledningsmöten.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Område Samverkan, genomförande av uppdrag samt dokumentation:

Brist 1 – Alla genomförandeplaner är inte upprättade och inskickade till biståndshandläggare inom 14 dagar. Rutin för att följa upp och revidera minst en gång/år, eller vid förändrade behov, saknas i verksamheten.
Redovisad åtgärd: Ta fram bra exempel och ett arbetssätt som gör att personalen förstår syftet med genomförandeplanerna. Jobba strukturerat med tydliga stoppdatum och avstämningar. Avsätter en resurs som stödjer gruppen att komma vidare med start 1 november 2020. Min bedömning är att denna punkt behöver processas över tid för att uppnå en ökad insikt i hur och varför detta är viktigt för den enskilde individen. Utbildning inom SoL dokumentation kommer att genomföras under 2020. Min bedömning är att denna punkt kommer att vara åtgärdad under våren 2021.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist 2 – Anhörigträffar anordnas inte.
Redovisad åtgärd: Anhörigträffar har under pågående pandemi ersatts av anhörigbrev. Vi bjuder in till kontakt via telefon eller epost och återkopplar till anhöriga. Planering av anhörigträffar under 2021 finns och kommer att genomföras under förutsättning av hur pandemin utvecklas.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist 3 – Brukarråd anordnas inte.
Redovisad åtgärd: Brukarråd (tidigare kallat Husråd) planeras in avdelningsvis hösten 2020 och minst 2 gånger under 2021. Dessa råd kommer att covid anpassas.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Område Hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering:

Brist 1 – Ordinationer från arbetsterapeut och fysioterapeut blir inte alltid utförda. Strukturell uppföljning av arbetsterapeuts och fysioterapeuts ordinationer saknas i verksamheten.
Redovisad åtgärd: Ledningsgruppen i form av verksamhetschef och legitimerad personal ska jobba med att tillsammans med personal för ta fram ett strukturerat arbetssätt som tydliggör syfte samt se till att arbetet med att strukturerat följa upp avvikelser påbörjas. Legitimerad personal har tidigare ej varit del av ledningsgruppen men kommer att från 1 november 2020.
Uppdatering 210120 Legitimerad personal deltar sedan som angivet ovan den 1 november 2020 i ledningsgrupp på måndagar varje vecka. Där följs föregående vecka upp och kommande vecka planeras. Konkret beskrivning finns i bifogad arbetsbeskrivning i kanal för TEAMS se bifogade dokument. Arbetssättet anses vara infört men kommer att utvecklas vid behov.
Kommentar till Brist 1 – Kvalitet och utvecklingsenheten kommer att arbeta vidare övergripande med detta inom ramen för MAR uppdrag.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist 2 – Verksamheten registrerar inte i kvalitetsregistret Senior Alert och använder därför inte heller statistik ur registret i kvalitetsutvecklande arbete.
Redovisad åtgärd: Ledningsgruppen i form av verksamhetschef och legitimerad personal ska jobba med att tillsammans ta fram ett strukturerat arbetssätt utifrån gällande rutiner och riktlinjer som möjliggör att arbetet med att strukturerat följa upp registrering i kvalitetsregister och avvikelser påbörjas. Legitimerad personal har tidigare ej varit del av ledningsgruppen men kommer att från 1 november 2020 delta detta för att vi tillsammans skall ges möjlighet att få ett arbetssätt på enheten som fungerar.
Uppdatering 210120
Konkret arbetsbeskrivning finns bifogad för teammöte samt ledningsgrupp. Arbetssättet presenterat denna vecka 210121 och arbetet startas torsdag vecka 5 2021. Arbetssättet kommer att utvärderas löpande i samband med ledningsgrupp samt APT. Implementering beräknas i fullo vara klar 2021-06-30.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Område Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete:

Brist 1 – Resultat från utredning av avvikelse återkopplas sällan till omvårdnadspersonal samt används inte i kvalitetsutvecklande arbete.
Redovisad åtgärd: Teamsmöten inbokade varje torsdag där samtliga professioner kommer att delta. Vid dessa möten kommer vi att jobba med systematisk uppföljning av avvikelser samt enhetens arbete med kvalitetsledningssystem så som SeniorAlert. Uppföljning av avvikelser och åtgärder kommer även att redovisas på APT samt tillgängliga för personal och vikarier att läsa.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Brist 2 – Olika former av egenkontroll finns i verksamheten men följs inte upp strukturerat och återkopplas inte till personal.
Redovisad åtgärd: Plan finns för uppföljning av enhetens egenkontroller. Dessa kommer att regelbundet redovisas veckovis samt vid APT, de kommer även att diskuteras i samband med teamsmöten och APT. Enheten har tagit fram ett excel dokument för statistik och uppföljning av egenkontroller. Statistiken från denna skall ligga till grund för utvärdering och följas upp löpande i samband med ledningsgrupp samt APT. Vidbehov kommer utbildningar i de olika Implementering beräknas i fullo vara klar 2021-06-30.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.

Område Brand och säkerhet samt kris- och katastroforganisation

Brist 1 - Implementering av *Kris och beredskap, SÄBO och korttidsvård (RU237.02)* i verksamheten samt avsaknad av lokal arbetsbeskrivning kopplad till övergripande rutin.
Redovisad åtgärd: Arbete startat med att ta fram en lokal plan. Arbetet beräknas vara klart vid årsskiftet. Denna kommer att redovisas vid APT samt lämnas ut så att den finns tillgänglig på samtliga avdelningar. Kris och beredskap kommer att läggas in som en punkt i enhetens årshjul och följas upp regelbundet.
Förvaltningens bedömning: Förvaltningen bedömer åtgärdsredovisning som godkänd.