

Kallelse

Vård- och omsorgsnämnden kallas till sammanträde

Tid: Tisdagen den 18 juni 2013 kl. 18.00

Plats: **Viren**, plan I, Alceahuset, Hackstavägen 22

(Sammanträdesrum Viren är reserverat för majoriteten kl. 16.30-18.00.

Sammanträdesrum Losjön, plan I är reserverat för oppositionen kl. 17.00-18.00)

Övrig information:

Var vänlig anmäl om du har förhinder till sammanträdet till Linda Turula,

linda.turula@osteraker.se

På uppdrag av ordförande Mikael Ottosson (KD)



Linda Turula

Administrativ samordnare

Föredragningslista

1. Val av justerare samt tid och plats för justering
2. Fastställande av dagordning
3. Information om trygghetslarm - Tove Eriksson och Kerstin Niklasson
4. Vård- och omsorgsnämndens månadsuppföljning per den 2013-05-31 (skickas ut senare)
5. Verksamhetsuppföljning av Solskiftets äldreboende och Korttidsboendet 2013
6. Verksamhetsuppföljning av hemtjänst 2013
7. Fördjupad granskning av LSS-verksamheterna Halo korttidsvistelse och korttidstillsyn och Knopen daglig verksamhet
8. Rutin för uppföljning av verksamheter inom vård och omsorg
9. Antagande av anbud avseende verksamhetsdrift på Täppans väg, bostad med särskild service för personer med psykisk funktionsnedsättning (Omedelbar justering. Sekretess, finns i separat häfte.)
10. Svar på motion om strategi för samverkan genom styrning, tydliga politiska direktiv och struktur kring barn som far illa
11. Inkomna Lex Sarah-rapporter under perioden 2013-05-29 – 2013-06-10

12. Individärenden

- 12.1 Omprövning av korttidsvistelse
- 12.2 Omprövning av korttidsvistelse
- 12.3 Omprövning av korttidstillsyn
- 12.4 Omprövning av korttidstillsyn
- 12.5 Omprövning av korttidsvistelse och korttidstillsyn
- 12.6 Ansökan om bostad med särskild service för barn och ungdom
- 12.7 Ansökan om bostad med särskild service för barn och ungdom
- 12.8 Ansökan om dagbehandling – återremitterat ärende från VON § 147/2013-05-28 (skickas ut senare)
- 12.9 Ansökan om personlig assistans (omedelbar justering)
- 12.10 Ansökan om personlig assistans
- 12.11 Ansökan om korttidsvistelse
- 12.12 Ansökan om korttidsvistelse
- 12.13 Ansökan om korttidsvistelse
- 12.14 Ansökan om daglig verksamhet
- 12.15 Ansökan om extern sysselsättning
- 12.16 Ansökan om fortsatt boende i familjehem
- 12.17 Ansökan om tillfällig HVB-vistelse (omedelbar justering)
- 12.18 Ansökan om HVB-boende (omedelbar justering)
- 12.19 Ansökan om HVB-boende
- 12.20 Ansökan om fortsatt HVB-boende
- 12.21 Ansökan om särskilt boende (företräde kl. 19.30)
- 12.22 Ansökan om särskilt boende
- 12.23 Ansökan om särskilt boende
- 12.24 Ansökan om särskilt boende

13. Anmälan delegationsbeslut

- 13.1 Ordförandebeslut 2013-06-04 ang. byte av särskilt boende
- 13.2 Delegationslistor Procapita 2013-05-01 – 2013-05-31

14. Delgivningar

- 14.1 Dom från Förvaltningsrätten i Stockholm i mål nr 4432-13 (bifogas handlingar)
- 14.2 Dom från Förvaltningsrätten i Stockholm i mål nr 6564-13
- 14.3 Dom från Förvaltningsrätten i Stockholm i mål nr 8874-13
- 14.4 Protokollsutdrag PS § 58/2013
- 14.5 Protokollsutdrag PS § 59/2013
- 14.6 Protokollsutdrag PS § 60/2013
- 14.7 Protokollsutdrag PS § 61/2013
- 14.8 Protokollsutdrag PS § 62/2013
- 14.9 Beslut från Socialstyrelsen: Ansökan om ändring av tillstånd att bedriva enskild verksamhet enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade LSS vid Åkers Parks servicebostad
- 14.10 KSL: Information – Hemsjukvård 2015

5.

**Verksamhetsuppföljning av Solskiftets
äldreboende och Korttidsboendet 2013**

Tjänsteutlåtande

Socialförvaltningen

Datum 2013-05-28

Dnr VON 2013/0036-735

Till Vård och omsorgsnämnden

Verksamhetsuppföljning av Solskiftets äldreboende och Korttidsboendet 2013

Fördjupad verksamhetsuppföljning har genomförts vid Solskiftets äldreboende och Korttidsboendet i Alceahuset, vilket redovisas i föreliggande rapporter.

Beslutsförslag

Vård och omsorgsnämndens beslut

1. Att godkänna föreliggande granskningsrapporter och produktionsförvaltningens handlingsplaner.

Sammanfattning

Under april månad 2013 genomförde medicinskt ansvarig sjuksköterska och extern utredare, inlånad från Vaxholms stad, fördjupad verksamhetsuppföljning av Solskiftets äldreboende och Korttidsboendet i Alceahuset. Uppföljningen är ett led i kommunens kvalitetskontroll och genomförs en gång vartannat år. Resultatet vid uppföljningen blev att enheterna har några förbättringsområden att arbeta med, vilket enheterna redogjort för i bifogade handlingsplaner.

Uppföljningen redovisas här i separata rapporter.

Bilagor

1. Verksamhetsuppföljning av Solskiftets äldreboende.
2. Handlingsplan, Solskiftets äldreboende
3. Granskning med kvalitetsinstrumentet QUSTA, Solskiftets äldreboende
4. Verksamhetsuppföljning av Korttidsboendet.
5. Handlingsplan, Korttidsboendet
6. Granskning med kvalitetsinstrumentet QUSTA, Korttidsboendet



Margot Franzén

Utredare



Birgitta Almén

MAS

ÖSTERÅKERS KOMMUN
Socialförvaltningen
Margot Franzén
Birgitta Almén

2013-05-15

RAPPORT**Verksamhetsuppföljning 2013 av Solskiftets äldreboende, permanent boende och växelvård.****Sammanfattning**

Verksamhetsuppföljningen genomfördes av MAS medicinskt ansvarig sjuksköterska och extern utredare, inlånad från Vaxholms stad, under april månad 2013.

Vår samlade bedömning är att det finns flera förbättringsområden för Solskiftet att arbeta med. De boende får basal omvårdnad och ett gott bemötande. Vad som saknas är en socialt meningsfull vardag, där var och en av de boende ses och bekräftas som en egen individ. För att framhålla de positiva sidorna har personalen ett professionellt förhållningssätt och ett mycket gott bemötandet av boende. Som besökare möts man av en god och positiv anda. Gemensamma aktiviteter för de boende finns. Enhetschefen, som nyligen har börjat sitt uppdrag, kommer utifrån med goda föresatser att utveckla verksamheten.

Självklart måste alla äldreboende kontinuerligt arbeta med verksamhetsutveckling, förbättringsåtgärder och kvalitetskontroll, samma frågor kan därför komma upp år efter år. Vissa områden behöver långsiktiga insatser som t.ex. utbildning, värdegrund, datakunskap. Anmärkningsvärt är ändå att det sedan föregående uppföljning inte verkar ha skett någon nämnvärd utveckling på Solskiftet. I stort sett samma områden kvarstår att åtgärda. Drygt hälften av de åtgärdsplaner som påtalades 2010 var samma redan vid 2008 års granskning.

Vid granskningen framkom följande förbättringsområden:

1. Solskiftet måste utarbeta tydliga mål för verksamheten och ändra riktning mot ett mer individcentrerat förhållningssätt. Institutionskänslan med underförstådda krav på anpassning till gamla sjukhemsrutiner behöver arbetas bort.
2. De boendes personliga integritet ska beaktas. Personlig information måste förvaras inlåst. Gemensamma listor över olika vårdmoment hos respektive avdelnings boende får inte förekomma.
3. Den sociala dokumentationen behöver ses över vad gäller hur man uttrycker sig om den boende och att fullständiga och aktuella genomförandeplaner finns.
4. Kvalitetsledningssystem behöver ses över så att det uppfyller kraven i SOSFS 2011:9
5. Måltidsordningen behöver ses över vad gäller måltidernas spridning över dygnet.

En handlingsplan som visar hur ovanstående brister kommer att åtgärdas har begärts in från Solskiftet.

Metod

Utgångspunkten för verksamhetsuppföljningen var

- gällande lagstiftning
- Vård-och omsorgsnämndens mål och kvalitetskriterier
- Vård-och omsorgsnämndens riktlinjer för hälso-och sjukvården
- uppdragsbeskrivning för särskilt boende
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Verksamhetsuppföljningen bestod av:

- Intervju med enhetschef
- Intervju med omvårdnadspersonal (undersköterskor/ vårdbiträden).
- Intervju med boende
- Observation av omvårdnadsarbetet
- Dokumentationsgranskning
- Kvalitetsmätning av hälso-och sjukvården med kvalitetsinstrumentet QUSTA

Strukturerade intervjuer har genomförts med enhetschef och personal. Inför chefsintervjun skickades frågeformulär ut för enhetschefen att besvara. Vid intervjun deltog även samordnaren, som varit tillförordnad chef under en rekryteringsperiod. Omvårdnadspersonalen intervjuades i grupp om fyra personer, en från varje avdelning. Deltagarna hade valts ut av ansvarig för Solskiftet. Verksamheten observerades en dag mellan kl.8.00 -11.30. Besöket var oanmält. Några av de boende intervjuades med allmänna frågor. Vid granskning av den sociala dokumentationen studerades ett tiotal slumpmässigt utvalda personakter i Procapita, samt viss dokumentation i pappersform.

Beskrivning av boendet

Solskiftets äldreboende drivs i kommunal regi. Enhetschefen var vid uppföljningstillfället nytillträdd på sin tjänst sedan någon månad tillbaka. Boendet består av tre enheter för permanent boende med 12 lägenheter vardera samt en enhet för växelvård med 10 platser. Byggnaden är utformad i ett våningsplan, vilket är en fördel då det är lätt att passera ut och in och man eliminerar de risker för fallskador och liknande som trappor och hissar kan medföra. Nackdelen är att det blir långa korridorer. Solskiftet ligger naturnära, ca 3 km från Åkersberga centrum. Lokalbuss stannar ca 700 m därifrån. Boendet definieras som särskilt boende, vilket innebär att individuellt boståndsbeslut enligt socialtjänstlagen fattas för var och en som tilldelas en plats och att kommunen har ansvaret för hälso-och sjukvården upp till och med sjuksköterskenivå. Landstinget ansvarar för läkarvården och har för Solskiftet träffat avtal med Legevisitten. I särskilt boende ska hemlik miljö och de boendes personliga integritet betonas. Institutionsprägel ska undvikas.

De boende

Målgrupp för boendet är personer med omfattande omvårdnadsbehov. De senaste åren tenderar de som flyttar in att vara allt sjukare och i allt sämre fysiskt skick. Permanentboendet har inte inriktning mot demensvård, men många boende har, eller får allt eftersom de åldras, kognitiva svårigheter.

ANTAL BOENDE

Åldersgrupper	65-74	75-79	80-84	85-89	90-
Kvinnor	2	1	1	7	8
Män	1	3	2	7	3
Antal utlandsfödda	1	0	0	6	1
Antal utlandsfödda som inte kan tala och förstå svenska.	0	0	0	0	0

Av de utlandsfödda kommer fem från Finland, två från Estland och en från Ungern

Lokaler

Permanentboendets lägenheter har väl tilltagna hygienutrymmen med dusch och toalett, tvättmaskin och torktumlare samt köksutrustning i form av diskbänk och ett litet kylskåp. Lägenheterna är utrustade med säng, sängbord och sänglampa. Övriga möbler och inventarier har den boende med sig och inreder med efter tycke och smak. Lägenhetsytan är 32-39 kvm.

På varje enhet finns ett stort kök/matrum och vardagsrum samt en kringgårdad uteplats, lätt tillgänglig för de boende. Enheten för växelvård är uppsplittrad i flera delar. Fyra platser för personer med demenssjukdom ligger för sig. Till dessa finns ett stort gemensamt kök kombinerat med vardagsrum. Växelvårdsenheten för allmän omvårdnad har fyra platser i anslutning till ett lite mindre kök, inget rum för samvaro finns. Till dessa fyra platser finns inte egna hygienutrymmen. Två rum ligger åt olika håll utmed den stora korridor som löper genom huset. Sköljrummet ligger för sig längre bort i korridoren. Detta är högst olämpligt, då man får gå en lång sträcka förbi bland annat samlingsalen med urinflaskor och dylikt. Gemensamt för hela Solskiftet finns en samlingsal, Salongen, som används för gemensamma aktiviteter.

Ytterdörrar

Ytterdörrarna är försedda med kodlås. Koden finns synlig vid ytterdörren vilket den måste göra.

Personalutrymmen

Solskiftet har ändamålsenliga personalutrymmen. Det finns ett pausrum med möjlighet att värma mat och att vila. Omklädningsrum med klädkåp och dusch finns.

Omdöme

De gemensamma utrymmena ger inte det intryck av hemtrevnad och trivsel som bör eftersträvas. Det finns spår av en ursprunglig tanke gällande inredning av de gemensamma utrymmena. Varje enhet har sin färg, röda, blå, gröna och gula huset eller avdelningen, vilket avspeglas i färgval på väggar och textilier. Med tiden har den ursprungliga inredningen kompletterats med diverse möbler och inredningsdetaljer som ger ett något rörigt och ostrukturerat intryck med omaka stolar, udda hyllor och skåp, tavlor som hänger lite hur som helst. Av tre införskaffade cafébord med tillhörande stolar, har två bord gått sönder och inte ersatts eller lagats. De överblivna stolarna står i ett hörn.

Det kan vara trevligt att blanda in lite gamla möbler och föremål här och var, men det ska harmoniera och inte kännas som ett upplag av utrangerade möbler. Estetiken i den offentliga miljön och vilka signaler den sänder ut är betydelse för alla som vistas i den.

I en del av köken var det kladd på stoldynor och bordskivor, dammigt på avställningsytor och belamrat med föremål utan funktion, t.ex. en enorm hållare med papper, som tidigare användes i stället för disktrasor. I ett samvarorum har det utvecklats en personalhörna med bland annat facklig information på anslagstavla och direkt på väggen. Detta hör hemma i personalutrymmena.

I korridoren utan för en del lägenheter är det, på små avställningsbord, uppdukat med plasthandskar, förkläden och andra hygienattiraljer. Det ser inte välordnat ut och borde förflyttas in till respektive lägenhet.

I tidigare granskningar har det faktum att det är full insyn från korridoren till lägenheterna, genom sidofönster till lägenhetsdörrarna, påpekats. Från Solskiftet har sagts att en del boende vill ha möjlighet att se ut i korridoren när de ligger i sängen, andra har satt upp gardiner som insynsskydd. I vissa fönster hänger skynken på trekvart med flikar fladdrande utanför. Städningen var med ovanstående undantag utan anmärkning.

Verksamhetsinnehåll

Information om verksamheten

Information om Solskiftets äldreboende och om hur man ansöker finns på kommunens hemsida och i broschyr.

Mål för verksamheten

Målen är otydliga. Omvårdnadspersonalen svarar lite svävande att de känner till Vård- och omsorgsnämndens mål och värdegrund översiktligt, men att de inte följs. Personalen nämner som mål för enheten ett värdigt bemötande och att Solskiftet ska vara ett eftertraktat boende. Enhetschefen avser att tillsammans med personalen skapa en ny målbild utifrån uppdrag och kommunens övergripande mål. Målen ska förankras i personalgruppen genom delaktighet, organisation och tydlig ansvarsfördelning.

Förhållningssätt och bemötande finns formulerat i skrift. Personalen känner översiktligt till de lagar och förordningar som styr verksamheten

Trygghet och säkerhet

Alla boende har trygghetslarm. Larmanropen besvaras enligt enhetschefen så snart som möjligt beroende på tid på dygnet. Samtliga boende har en kontaktman. Kontaktmännen hjälper 2-3 boende var. Skriftlig rutin finns för kontaktmannens ansvarsområde. Rutiner finns för inflyttning, hantering av den boendes egna medel (pengar), nyckelhantering, för akuta situationer. Brandutrymningsplan finns och all personal har gått eller ska gå brandutbildning. Vid tillsynsbesöket hade inte all personal namnskylt.

Delaktighet, integritet

Den enskildes omvårdnadsbehov och önskemål om aktiviteter och stimulans i vardagen fångas upp vid vårdplanering, ankomstsamtal, vid upprättandet av genomförandeplan, genom samtal med personal och ledning i vardagen, på anhörigmöten och genom synpunkts-/klagomålshantering. Utgångspunkten är den boendes personliga integritet och det förutsätts att den boende är delaktig i planering etc. Om den boende inte orkar/kan/vill delta sker planering i samråd med anhörig eller legal företrädare, god man. Den boende har en teoretisk möjlighet till stort inflytande på sin omvårdnad genom medverkan i upprättandet av genomförandeplanen. Den boende kan själv välja tid för uppstigning och läggning, måltider.

Personalen menar att den boende själv kan bestämma vad den ska göra under dagen *så länge det är inomhus*. Det är inte ofta någon får hjälp att komma ut, annat än ut på gården. Duscha får den boende, utom i undantagsfall, hjälp med en gång i veckan. I realiteten anpassar sig de boende till rådande normer och personalen schema. 95 % av de boende använder inkontinenshjälpmedel. Hjälpmedlen får inte ersätta hjälp att upprätthålla kontinens genom att få hjälp till toaletten. I vårdrutinerna ingår toalettbesök och hjälp till toaletten ges vid behov. Personalen är observant och har uppsikt över sådana behov särskilt efter mat och före vila. Några av de boende kan larma för att få hjälp till toaletten.

Aktiviteter

På Solskiftet finns gemensamma aktiviteter i form av bingo, målargrupp, taktill massage, musikunderhållning, teater, matiné, kafé, små festligheter, tisdagsfika i salongen, promenader, utomhusvistelse i trädgårdarna, bakning, korsordslösning, samtal/musikstunder på finska etc. Det finns inte aktiviteter som riktar sig särskilt till män eller kvinnor. Information om kommande aktiviteter finns på anslagstavlor. Ibland finns information om rutiner riktat till personal på samma tavla. Informationen kan göras tydligare genom att t.ex. notera dagens aktivitet där dagens matsedel och information om vilka som arbetar finns. På ett ställe var en whiteboardtavla så sliten att texten blev otydlig. Enheten har påbörjat ett arbete för att få in frivilligkrafter i verksamheten och har kontakt med Svenska kyrkan och Lions. Regelbundna anhörigträffar genomförs från och med april 2013.

Enskilda aktiviteter

De boendes enskilda aktiviteter noteras i genomförandeplanen. Generellt sett var uppgifter om egna aktiviteter och socialt liv bristfälliga i de granskade genomförandeplanerna. En förklaring kan vara att de flesta av de boende är svårt sjuka och varken kan, vill eller orkar med mycket mer än att komma upp ur sängen, tvätta sig, klä på sig och äta.

Måltider

Lunch och middag tillagas i Solskiftesskolans kök och kommer färdig till boendet, frukost och mellanmål bereds på respektive enhet. De boende kan välja mellan två rätter, utom på växelvården, där det endast finns ett alternativ. De boende har möjlighet att själv välja tid för måltiden, om hon/han vill äta enskilt eller tillsammans med andra samt ha gäster vid måltiden om det förvarnas innan. Gäster är inte så ofta förekommande utom vid storhelger. På vissa av enheterna äter personalen ibland tillsammans med de boende. Det är lite beroende på hur många av de boende som behöver matas eller ha annan hjälp vid måltiden. Det finns rutiner för att uppmärksamma undernäring/felnäring, för livsmedelshygien och för att erbjuda den enskilde en god måltidsmiljö. Köket svarar för att maten är näringsriktigt sammansatt. En titt på matsedeln ger intryck av gedigen och varierad husmanskost, dessert till lunchen varje dag, helger och högtider uppmärksammas.

Tidpunkter för måltider är:

Frukost kl.7-9
Lunch kl.12
Mellanmål kl.14
Middag kl.16.30
Kvällsmål kl.18-19

Däremellan kan den som så önskar eller behöver få extra mellanmål. Mattiderna ligger något tidigare än vad som rekommenderas, då många av de boende lägger sig och somnar ovanligt tidigt beroende på allmäntillstånd. Nattfastan ska inte överstiga 11 timmar, vilket den gör den

här, om den boende inte äter något extra efter kvällsfikat och sover länge. Kökets rutiner innebär att middagen inte kan levereras senare än 16.30. Det vore då bra att senarelägga kvällsmålet som börjar redan en och en halv timme efter middagen. Noteras kan att det finns olika uppgifter finns om tiden för måltiderna från personal, enhetschef, på anslagstavlor och i informationsbroschyr till de boende. Måltidssituationen kan förbättras enligt enhetschefen.

Intervju med boende

De boende som intervjuats är över lag nöjda. De berömmar personalen som väldigt trevlig, alla tiders, hjälpsamma och omtänksamma. De har dock mycket att göra. Maten är bra. Aktiviteter och underhållning finns mest varje dag. Promenader och andra utomhusaktiviteter är sällsynta, men det kanske blir bättre framåt sommaren. Lägenheterna är trevliga och har välutrustade duschrumb. Inomhustemperaturen är något sval, särskilt med tanke på att äldre personer är mycket stillasittande och har dålig cirkulation. En boende hade kupévärmare. Det framkommer delvis att medbestämmande och delaktighet är något begränsat, t.ex. när det gäller hur ofta man får duscha, ”man får anpassa sig”.

Personal

Personalstat

	Årsarbetare	Antal personer
Undersköterska, usk / vårdbiträde, vbtr	24,8	33 (varav 0,76 lönebidragsanställd)
Usk/vbtr natt	5,78	9
Sjuksköterska dag/kv	2,00	6 varav 3 arbetar på Alceahusets korttidsboende
Sjuksköterska natt	-	jour, delas med Alceahusets korttidsboende
Arbetsterapeut	0,25	1
Sjukgymnast	0,25	1
Enhetschef	1,00	1
Assistent/samornare	1,00	1
Timanställda		26

Bemannning

Dagtid arbetar tre undersköterskor eller vårdbiträden på varje enhet med 10-12 boende, kvällar två. Natttid ansvarar tre undersköterskor för samtliga enheter, dvs. 46 boende. Omvårdnadspersonalen uttrycker missnöje med sjuksköterskebemanningen kvällar, helger och nätter då sjuksköterska, stationerad på Alceahusets korttidsboende, har jour. De upplever inte att de får det stöd som behövs i sjukvårdsfrågor på jourtid och att detta känns otryggt och vanskligt för patientsäkerheten. De menar också att arbetet är stressigt och att de inte hinner med något utöver den basala omvårdnaden. De saknar tid för samtal med de boende och annan guldkant i vardagen. Vid tillsynsbesöket framkom inte några tecken på stress, men inte heller att tid mellan göromålen användes optimalt till medveten närvaro med och stimulans till de boende.

För övrigt framkom vid gruppintervjun att det finns arbetsglädje, engagemang och omtanke om de boende och varandra. De intervjuade hade alla flerårig erfarenhet och hade arbetat på Solskiftet mellan 3 och 7 år. Två hade nyligen i samband med en schemaomläggning gått över från natt- till dagtjänst. Tre hade undersköterskeutbildning, en var vårdbiträde. De menar att bemanning och utbildning är utvecklingsområden, men att allt styrs av ekonomin. På frågan vad de är särskilt stolta över framhåller de att de har ett rehabiliterande synsätt och att de månar om att de boendes funktioner ska bibehållas i möjligaste mån. De har ett gott

omhändertagande och är observanta, det finns t.ex. inte många trycksår. Det är en positiv anda, de är flexibla och hjälper varandra.

Enhetschefen anser att enheten har den bemanning som krävs för att ge en god omvårdnad. Besparingar i årets budget har medfört neddragning av tjänstgöringsgraderna. Det innebär att ingen av omvårdnadspersonalen arbetar heltid. På varje avdelning arbetar 2 personer 97 %, 1 person 78 %, 3 personer 75 %, 1 person 70 % och 1 person 50 %. Personalen är missnöjd och har inte vant sig, men enligt enhetschefen är detta övergående och de ska tillsammans utveckla och effektivisera verksamheten. Arbetsplatsträffar hålls fyra gånger per år och husmöten på respektive enhet en gång per månad.

Personalomsättning

7 av 44 har slutat under senaste året. 3 av dessa gick i pension.

Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron finns inte redovisat i procent varför den är svår att få en uppfattning om. Korttidsfrånvaron var 516 arbetspass, långtidsfrånvaron 447 arbetspass.

Kompetens

Av omvårdnadspersonalen har 28 anställda undersköterskekompetens, 13 har vårdbiträdesutbildning, 2 personer saknar vårdutbildning. Någon enstaka anställd har lite problem med att uttrycka sig muntligt på svenska. Enhetschefen är sjuksköterska/distriktssköterska med lång chefserfarenhet och påbyggnadsutbildning inom olika områden.

Kompetensutveckling

Kompetensutvecklingsplan för enheten och individuellt kommer att tas fram. Munhälsoutbildning, delegering, förflyttningsteknik, introduktion för sommarvikarier, palliativ vård planeras. Personalen önskar utbildning om bl.a. demens, alkohol och palliativ omvårdnad. Utbildning om förflyttningsteknik och dokumentation i Procapita har hållits under året, några medarbetare har genomgått validering till undersköterska.Handledning finns på vissa av enheterna.

Samverkan

Skriftliga rutiner finns för informationsöverföring mellan, dag-, kvälls- och nattpersonal. Schemalagd tid finns för överrapportering mellan arbetspassen. Det finns också en rapportpärm som ska förvaras inlåst. För informationsöverföring mellan hemtjänst och boende och vid flytt till annan boendeenhet finns ingen skriftlig rutin. Personalen tar ibland egna initiativ till detta. Rutiner för informationsöverföring till akutsjukvården finns. Överlämning av beställning från biståndshandläggarna sker via datasystemet Procapita. Ibland är informationen inaktuell eller bristfällig/missvisande. Mål för insatsen saknas ibland i beställningen. Enhetschefen tar emot beställningen och vidarebefordrar till samordnaren som informerar personalen.

Social dokumentation

Den sociala dokumentationen förs i Procapita. Vissa dokument finns på papper. De ska förvaras på ett betryggande sätt, så att de inte är tillgängliga för obehöriga. Vid tillsynsbesöket framkom att så inte var fallet. På en enhet stod dörren till skrivrummet öppen. Personlig information om de boende fanns i pärmar på en hylla. På en enhet låg en mapp med uppgifter om de boendes medicinintag, tidpunkter för duschning och när de hade haft avföring, på en bänk i köket. I sköljrum fanns avföringslistor. Sådan personlig information ska finnas i

respektive lägenhet och inte i gemensamhetsutrymmena. Rapportblad låg framme. I dessa nämndes de boende av integritetsskäl, inte med namn men väl med rumsnummer, vilken ändå gör dem identifierbara. Formuleringar som t.ex. ”skrikig” i natt är inte respektfullt för den enskildes integritet.

Vid dokumentationsgranskning i Procapita gick det att utläsa att arbetet med genomförandeplan förbättrats genom åren. Alla boende hade dock inte, som uppgivits i intervjuerna, en fullständig och aktuell genomförandeplan upprättad inom avtalad tid. I flera planer saknades mål för en eller flera insatser. Beskrivning av flera insatser saknades ibland helt. Ofta framgick det inte alls hur eller när den boendes behov av hårvård, nagelvård skulle tillgodoses. Notering om hur den enskilde varit delaktig i planeringen saknades i vissa fall.

I granskningen finns en viss reservation för att undertecknade original av genomförandeplanerna kan finnas på biståndsenheten för inskanning i Procapita. Oavsett detta, finns i Procapitamallen en ruta för notering om den enskilde varit delaktig. Denna ska naturligtvis fyllas om den enskilde varit delaktig.

De flesta daganteckningarna innehöll ändamålsenliga uppgifter, kränkande värdeomdömen förekom endast i något enstaka fall. I en personakt återkom månadsvis noteringar om oroligt och aggressivt beteende hos den boende, men inte vilka åtgärder som vidtagits.

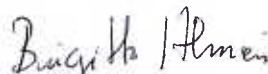
En fundering om vad medarbetarna har för instruktion uppkom. En personal skriver kontinuerligt ”har fått insatser enligt genomförandeplan”. Denna notering finns med några dagars mellanrum, men inte andra dagar. Det vore mer upplysande att notera när den boende *inte* fått insatser enligt genomförandeplan och i så fall varför.

Systematiskt kvalitetsarbete

Solskiftet har inget samlat kvalitetsledningssystem. Det finns skriftliga rutiner rapportering av avvikelser, hantering av synpunkter och klagomål, information om Lex Sarah. Uppgift om hur enheten planerar, leder, kontrollerar, följer upp, utvärderar och förbättrar verksamheten samt hur dessa uppgifter är fördelade i verksamheten saknas. Uppgift om hur egenkontroll, utredning av avvikelser, personalens medverkan i kvalitetsarbetet är organiserat saknas också. Solskiftet behöver snarast upprätta ett kvalitetsledningssystem som uppfyller kraven i SOSFS 2011:9.



Margot Franzén
Utredare



Birgitta Almén
MAS

Handlingsplan 2013, Solskiftets äldreboende

Under april 2013 genomfördes en extern verksamhetsuppföljning inom Solskiftets äldreboende av Margot Franzén, inlånad från Vaxholms kommun, och medicinskt ansvarig sjuksköterska Birgitta Almén.

Vid granskningen framkom några förbättringsområden. För att komma till rätta med dessa har en handlingsplan tagits fram.

Förbättringsområden

- 1. Solskiftet måste utarbeta tydliga mål för verksamheten och ändra riktning mot ett mer individcentrerat förhållningssätt. Institutionskänslan med underförstådda krav på anpassning till gamla sjukhemsrutiner behöver arbetas bort.***

I rapporten från verksamhetsuppföljningen konstateras att i stort sett samma förbättringsområden som togs upp i rapporter från 2008 och 2010 års externa granskningar kvarstår och att omvårdnadspersonalen inte riktigt kan beskriva verksamhetens mål.

Handlingsplan:

Redan innan den externa uppföljningen genomfördes hade vi på ledningsnivå börjat skissa på en grovplan för ett utvecklingsprojekt, kallat ”SENIT 2015”, för Solskiftets äldreboende. SENIT står för Solskiftet – Engagemang, Nytankande, Integritet och Trygghet.

Målet är att vi med dessa ledord, genom att nyttja kraften och kompetensen hos alla duktiga medarbetare på Solskiftets äldreboende, ska lyfta kvaliteten i verksamheten inom samtliga områden utifrån de förutsättningar som finns och ges.

En gemensam målbild för verksamheten kommer att tas fram utifrån de styrdokument som finns och utifrån den nationella värdegrunden för äldreomsorgen, där Socialtjänstlagen slår fast att våra äldre ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

Förutom de förbättringsområden som påtalas i rapporten från verksamhetsuppföljningen kommer flera andra områden att ses över. Några av dessa listas mot slutet av handlingsplanen.

Steg ett i processen är att omvandla två vakanta underskötersketjänster till en särskild funktion, omvårdnads- och kvalitetsansvariga undersköterskor. Dessa undersköterskor kommer att ingå i ledningsfunktionen och i rollen av ”spelande tränare” i vardera två av husen bidra till en närvarande arbetsledning. De kommer att ha som huvuduppgift att stödja kollegorna i att planera och leverera en god och individanpassad vård i det dagliga arbetet, samt att medverka i utvecklingen av Solskiftets vårdplaneringsrutiner och den sociala dokumentationen. Förutom delaktigheten i ledningsgruppen ingår ingen administrativ del (annat än dokumentation av eget utfört omvårdnadsarbete) i dessa tjänster. Tjänsterna är utannonserade, men ej tillsatta i skrivande stund.

En intern ledningsgrupp bestående av enhetschef, samordnare, en sjuksköterskerepresentant samt dessa två undersköterskor kommer att inrättas fr.o.m. hösten 2013. Roller, ansvar och mandat ska tydliggöras inom verksamheten.

Någon gång under början av hösten kommer en omorganisation av kommunens sjuksköterskeorganisation att göras. Målsättningen för Solskiftets äldreboende är att sjuksköterskans ansvar för den specifika omvårdnaden ska bli tydligare och att ett strukturerat teamwork runt vårdplanering ska bli möjligt att åstadkomma.

I början av september kommer planeringsdagar att genomföras där samtliga fast anställda medarbetare kommer att göras delaktiga och arbeta med planeringen för SENIT 2015.

En prioriteringsordning för de förbättringsområden som finns på Solskiftets äldreboende och åtgärdsplaner för de fyra-fem viktigaste områdena ska tas fram och plan för hösten 2013 ska spikas vid planeringsdagarna.

2. De boendes personliga integritet ska beaktas. Personlig information måste förvaras inlåst. Gemensamma listor över olika vårdmoment hos respektive avdelnings boende får inte förekomma.

Rapporten från verksamhetsuppföljningen beskriver flera observandum när det gäller bristen på skydd av den personliga integriteten. Nämnas kan dokument med personuppgifter som ligger framme, olåsta skrivrum med åtkomlig dokumentation, ej täckta fönster vid lägenhetsdörrarna, olämpliga formuleringar i den sociala dokumentationen samt gemensamma dokument (med uppgifter om samtliga boende i ett hus) etc.

Handlingsplan

Förvaringen av dokumentation på papperet kommer att åtgärdas omgående med de möjligheter vi har idag. Eftersom Solskiftets äldreboende inte har några investeringsmedel för 2013 får vi lösa detta provisoriskt till dess att en mer funktionell lösning kan åstadkommas. Grundrutinen sedan tidigare är att skrivrummen ska vara låsta och där detta fallerat har rutinen skärpts upp. Angående social dokumentation, se nästa punkt.

Vad gäller gardin för fönster vid lägenhetsdörrarna åtgärdas detta efter samråd med lägenhetsinnehavarna (alla vill inte täcka för fönstren).

3. *Den sociala dokumentationen behöver ses över vad gäller hur man uttrycker sig om den boende och att fullständiga och aktuella genomförandeplaner finns.*

Genomförandeplaner och social dokumentation ska föras i Procapita. P.g.a. att flera medarbetares datorvana är bristfällig har en genväg upprättats med ett gemensamt "rapportblad" där information runt de boende sammanställs för varje arbetspass för att hålla arbetslaget uppdaterat om vad som hänt runt de boende. Rutinen är naturligtvis både kontraproduktiv och vansklig ur säkerhetssynpunkt, väsentliga uppgifter riskerar att inte dokumenteras eftersom rapportbladet inte är en journalhandling.

Kontaktmännen upprättar genomförandeplaner, men kvaliteten på dessa behöver förbättras.

Handlingsplan

Förutom den ovan nämnda undersköterskefunktionen, som ska fungera som stöd både i planering, genomförande och dokumentation av omvårdnaden i det dagliga arbetet, kommer en kartläggning av behovet av kompetensutveckling hos medarbetarna vad gäller datorkompetens, kompetens för vårdplanering och social dokumentation samt förmåga att använda Procapita att genomföras (se bilaga 1). Utifrån detta ska sedan nivåanpassade utbildningsinsatser genomföras under hösten.

En tydligare rutin för hur vårdteamet (ssk, usk/kontaktman och paramedicinare) gemensamt ska arbeta med vårdplanering kommer att tas fram när omorganisationen av sjuksköterskeorganisationen är klar.

4. *Kvalitetsledningssystemet behöver ses över så att det uppfyller kraven i SOSFS 2011:19*

Vård och omsorgsorganisationen inom Produktionsförvaltningen i Österåkers kommun har ett tydligt övergripande kvalitetsledningssystem. Detta är tillgängligt på intranätet. På Solskiftets äldreboende finns lokala rutiner för de viktigaste områdena. Kännedomen och implementering av dessa rutiner uppvisar dock en del brister. Den övergripande rutinen att dokumentera avvikelser i Procapita, mot bakgrund av ovan angivna svårigheter/brister, gör att det systematiska kvalitetsarbetet inte fungerar som det ska. De felhandlingar som sker dokumenteras och hanteras inte systematiskt. Förståelsen för vad ett systematiskt kvalitetsarbete är behöver höjas hos medarbetarna.

Handlingsplan

Som en del av de förbättringsarbeten som planeras ingår att se över och komplettera de lokala rutinerna och att skapa ett för Solskiftets äldreboende funktionellt avvikelshanteringssystem. Grunden är att samtliga medarbetare förstår betydelsen av att uppmärksamma det som inte blir rätt utfört på en gång, och att gemensamma och säkra rutiner som följs av alla ökar kvaliteten, spar tid och effektiviserar arbetet. Samtliga medarbetare bör känna till och veta var man hittar de övergripande kvalitetsdokumenten på intranätet.

Enhetschefen kommer, tillsammans med ledningsgruppen, att bevaka att de styrdokument som finns beaktas i det dagliga arbetet.

Ett kvalitetsråd med representation från de fyra husen samt HSL-organisationen kommer att inrättas under hösten. Uppdraget blir att tillsammans med enhetschefen bevaka kvalitets- och arbetsmiljöarbetet i verksamheten. De synpunkter och klagomål som kommer från de boende och deras anhöriga ska bearbetas i kvalitetsrådet.

Målsättningen är att samtliga medarbetare ska vara delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet, både ur ett verksamhets- och ett arbetsmiljöperspektiv.

5. *Måltidsordningen behöver ses över vad gäller måltidernas spridning över dygnet.*

I enlighet med tillgänglig kunskap om nutrition och enligt övergripande riktlinjer anges att nattfastan inte ska överstiga 11 timmar. Detta är väl känt inom verksamheten. Trots detta fördelas de ungefärliga tidpunkterna för när måltiderna serveras i de gemensamma matrummen utifrån de boendes behov och önskemål. Den som önskar eller behöver någon form av förtäring däremellan får detta

serverat, endera i sin lägenhet eller i gemensamhetsutrymmena. P.g.a. våra boendes status måste anpassning ske till deras ork, behov och dygnsrytm.

Handlingsplan

Vi kommer även fortsättningsvis att utgå ifrån våra boendes behov och önskemål, ingen kommer att hållas vaken eller väckas för att äta om inte ett sådant önskemål uttalats av den enskilde själv eller ordinerats av medicinska skäl.

Nutrition är ett specifikt omvårdnadsområde där sjuksköterskan med sin specialkompetens och kontaktmannen med sin kännedom om sina boende kompletterar varandra i vårdplaneringsarbetet. Boende med särskilda nutritionsbehov ska ha en specifik omvårdnadsplan för nutrition och vid behov förs vätskelista och måltiderna kompletteras med kosttillskott, näringsdryck eller önskekost.

Förutom de åtgärder som kort beskrivs i handlingsplanen kommer vi under de närmaste två och ett halvt åren att bedriva förbättringsarbeten inom flera olika områden, bl a:

- värdegrundsarbete, bemötande och hur orden styr hur vi tänker och agerar (t ex avdelning, cardex, patient, med flera ord som inte hör hemma i hemlik miljö)
- mat- och måltidssituationen
- aktiviteter och aktivitetsutbud
- vårdplaneringsarbetet
- inom- och utomhusmiljön
- personalkläder och namnskyltar
- introduktion och elev-/studenthandledning
- inkontinensvården
- trygghet och säkerhet
- kompetensutveckling

Vissa av förbättringsarbetena kommer att startas efter semestrarna i år och bedrivs parallellt i den omfattning som verksamheten mäktar med, medan andra får vänta tills tidsutrymme och ekonomiska medel finns.

Inom några av områdena har förarbeten påbörjats, t ex inom området aktiviteter och aktivitetsutbud. Ett nytt inslag i verksamheten är två sommarhöror med nio kycklingar på vår kringbyggda innergård. Diskussioner pågår med frivilligorganisationer och andra kommunala verksamheter runt samverkan i vår aktivitetslokal ”Salongen”.

GROVPLAN

Förbättringsprojekt runt datakompetens, Procapita-användning och social dokumentation

Bakgrund:

Många av medarbetarna har inte tillräcklig kompetens när det gäller social dokumentation i Procapita. Bristerna består både i att man inte fått lära sig grundläggande datakunskap, att man därigenom haft svårt att ta till sig utbildning i Procapita eller inte fått tillräcklig undervisning och uppdatering när ändringar gjorts i systemet. Många har inte heller fått tillräcklig utbildning och stöd i vad social dokumentation innebär, hur man gör en tydlig och bra genomförandeplan med delaktighet från den boende och vad som ska dokumenteras som daganteckningar. Några har kompetens inom ett eller flera av dessa delar, men ett sidosystem med ett gemensamt ”rapportblad” har utvecklats och den genvägen utnyttjas av de flesta idag.

Vi behöver höja kompetensen inom:

1. Grundläggande datakunskap
2. Procapita
3. Social dokumentation och genomförandeplanering

Åtgärdsplan:

Ta fram ett kartläggningsinstrument (om inte sådant redan finns) och kartlägga varje medarbetares kompetensnivåer inom de tre områdena.

Göra en nivåindelning i fyra nivåer:

- grund, börja från noll inom alla tre områdena
- påbyggnad grundnivå, uppfärschning i Procapita + social dokumentation/genomförandeplanering
- påbyggnad fördjupning, uppfärschning Procapita + social dokumentation/genomförandeplanering
- påbyggnad social dokumentation och genomförandeplanering

Komma överens om rutiner och skriva ner dessa.

Samla och/eller ev. skapa stödmaterial.

Ta fram nyckelpersoner i verksamheten och söka det stöd som kan finnas inom Produktionsförvaltningen och tillsammans med dem planera utbildningsinsatserna. Ev samordna insatserna med t ex KTE.

Vi behöver också utbilda våra två nya OK-uskor så att dessa klarar att utbilda nyanställda och handleda de som behöver mera stöd.

Tidsplan:

Kartläggningen bör påbörjas så snart som möjligt och slutföras under sommaren.

Om möjligt påbörja grundplanering för utbildningsinsatserna under sommaren.

Ta fram rutiner i början av hösten 2013.

Under hösten 2013 genomföra utbildning och handledning för alla fyra nivåerna.

Ansvariga:

Helén Jaktlund

Marielle Nilsson

Maria Dahlgvist

Med vänlig hälsning

Tove N Eriksson
Verksamhetschef vård och omsorg
08- 540 814 31
Tove.eriksson@osteraker.se

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) kvalitetsuppföljning och granskning av den kommunala hälso- och sjukvården på Solskiftet äldreboende, den 13/5 2013

Bakgrund

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens/kommunens särskilda boendeformer. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av MASAR från tio olika kommuner. I QUSTA ingår även ett dokumentationsuppföljningsinstrument för omvårdnadsjournaler enligt "Modifierad Catch-ch-Ing framtaget för dokumentationsgranskning enligt QUSTA"

Syfte

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att tillse;

- att vårdtagarna får en god och säker vård och som håller hög kvalitet¹
- att stadsdelens/kommunens riktlinjer för hälso- och sjukvård följs
- att lokala rutiner har upprättats för att säkra vården i det särskilda boendet

Metod

Kvalitetsinstrumentet QUSTA bygger på att all hälso- och sjukvårdspersonal ska ha kunskap om de riktlinjer som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården i stadsdelen/kommunen. Instrumentet omfattar kvalitetsfrågor rörande vissa utvalda delar i den kommunala hälso- och sjukvården. Det består av en del med frågor som regleras enligt förordningar och en del med frågor som berör vård och behandling. QUSTA ska fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

Innan den personliga uppföljningen sker skickas kvalitetsinstrumentet till sjuksköterska/or, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och verksamhetschef för att de ska svara på frågorna. MAS går sedan vid uppföljningen igenom materialet med berörda, granskar dokumentationen och besöker verksamheten. Varje granskat område förutom dokumentationen poängsätts till max 20 poäng, totalt 280 poäng. Minst 15 % av omvårdnadsjournalerna granskas.

Dokumentationsgranskningen redovisas som ett medelvärde. En granskad omvårdnadsjournal får maxpoängen 29 om texten är datorskriven eller 33 om dokumentationen är skriven för hand.

Kvalitetsinstrumentet revideras regelbundet, senast i februari 2011.

Det är viktigt att kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling. Om verksamheten vid uppföljningen presenterar en kvalitet som överstiger den minimisatta nivån, lyfts detta speciellt fram i rapporten och finns det brister, anges dessa på en separat åtgärdsplan.

¹ SOSFS 2005:12 och Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Resultatet av kvalitetsuppföljningen

Första delen	Frågor som regleras av förordningar	Antal poäng	Poäng 2012	Max poäng
1	Kontakt med läkare+ HSL-personal	18	20	20
2	Läkemedelshantering	20	20	20
3	Delegering	20	15	20
4	Avvikelsehantering	20	19	20
5	Medicintekniska produkter	18	20	20
6	Hygien	18	18	20
Andra delen	Frågor som berör vård- och behandling			
7	Vård i livets slutskede	20	20	20
8	Inkontinens	11	16	20
9	Trycksår	18	18	20
10	Nutrition	20	18	20
11	Fall och fallskador	15	16	20
12	Demens	14	17	20
13	Rehabilitering	18	18	20
14	Mun- och tandhälsovård	20	20	20
Summa poäng		250	255	280

1. Läkarkontakt.

Det ska på äldreboenden finnas riktlinjer för hur personalen ska kunna komma i kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Riktlinjerna ska vara nedbrutna till lokala rutiner för enheten och de ska vara kända av all berörd personal. Listor med telefonnummer till aktuella läkare ska regelbundet uppdateras. Kopior på aktuella avtal rörande läkarinsatserna ska finnas.

Förbättringsåtgärd

Lokal skriftlig rutin om hur samarbetet mellan läkare, sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut saknas.

2. Läkemedelshantering

Att läkemedelshanteringen sköts korrekt är mycket viktigt, MAS riktlinjer och de lokala rutinerna kring detta måste vara kända av all berörd personal. En extern granskning av läkemedelshanteringen ska göras årligen, eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm ska dokumenteras.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

3. Delegering

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. Den utbildning som ges i samband med delegeringen ska följas av en skriftlig kunskapstest. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Delegeringarna ska regelbundet följas upp, därför bör sjuksköterskan inte ansvara för fler än tjugo delegeringar.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

4. Avvikelse

På alla äldreboenden ska det finnas ett kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården. Kvalitetssystemet ska innehålla rutiner för risk och händelseanalys samt rutiner för avvikelshantering. Vid en risk för negativ händelse eller en negativ händelse ska alltid en åtgärd vidtas och händelsen och åtgärden ska återkopplas till personalen.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

5. Medicinteknisk produkt (MTP)

Medicintekniska produkter används på äldreboenden. Dessa ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut av sjukgymnaster, arbetsreapeuter eller sjuksköterska. Övrig personal ska utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det ska finnas bruksanvisningar på svenska tillgängliga för användaren och kontroll ska ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. En inventarielista bör finnas där det bland annat ska anges hur ofta översyn/kontroll ska ske för att produkten ska vara säker.

Förbättringsåtgärd

Det bör finnas en lokal skriftlig rutin för medicintekniska produkter.

6. Hygien

Många av dem som bor på våra äldreboende behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar tätt intill den boende. Det är mycket viktigt att det finns möjlighet att tvätta händerna och att det finns tillgång till handsprit. Det ska också finnas tillgång till skyddsutrustning och handskar. Personal som arbetar i köket med matlagning ska inte samtidigt arbeta med de boende. Vid arbete i köket med mat/matlagning bör det finnas köksförkläden som personalen ska använda.

Förbättringsåtgärd

Rekommendation att all personal genomgår webbaserad hygienutbildning, finns på Vårdhygiens hemsida. Egenkontroller av följsamheten till basala hygienrutiner bör göras på enheten.

7. Vård i livets slutskede

Att vårda en människa i livets slut är en mycket viktig uppgift på ett äldreboende. Det ska finnas skriftliga lokala rutiner för vård i livets slutskede, läkemedel ska kunna ges inom en viss tid och det ska finnas möjlighet att ha extra personal när det behövs. Det ska finnas möjlighet för närstående att delta i vården, en vårdplanering ska göras dit berörda inbjuds att vara med. Av dokumentationen ska framgå att det är vård i livets slutskede. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet ska beaktas.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

8. Inkontinens

Många av dem som bor på äldreboenden har problem med inkontinens. Problemen kan vara olika stora. På varje äldreboende ska det finnas sjuksköterska med utbildning för att förskriva inkontinenshjälpmedel. Sjuksköterskan ska utreda problemen med inkontinens, förskriva rätt hjälpmedel och samarbeta med personalen på enheten, allt för att kunna ge den bästa hjälpen till den boende. Allt ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Förbättringsåtgärd

Det bör finnas minst en sjuksköterska med förskrivningsrätt på enheten för att säkerställa att inkontinenshjälpmedel förskrivs individuellt. Omvårdnadsplaner för boende med inkontinensproblem saknas.

9. Trycksår

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer, lågt näringsintag, sämre cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen bland annat. För att förhindra att trycksår uppkommer ska sjuksköterskan göra en riskbedömning enligt modifierad Nortonskala för att se om det föreligger risk för trycksår. Riskbedömningen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen, och utifrån vad den visar vidtas preventiva åtgärder.

Förbättringsåtgärd

Sjuksköterskorna behöver få kompetensutveckling i sårvård.

10. Nutrition

Kosten som serveras på äldreboenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre har. Nattfastan ska inte vara mer än 11 timmar. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning, vilka bör följas. Sjuksköterskan ska göra en riskbedömning enligt MNA (Mini Nutritional Assessment) av eventuella nutritionsproblem på grund av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med tänderna o s v. BMI-värdet (Body Mass Index) bör mätas vid inflyttning och sedan följas regelbundet. Alla problem med nutritionen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

11. Fall och fallskador

Det förekommer att boende faller, ofta leder fallet inte till någon skada. Enheten bör ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning enligt Downton fallrisk index ska göras vid inflyttningen. Samtlig hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal ska vara involverade i det fallförebyggande arbetet. Sjukgymnast och arbetsterapeut ska utbilda omsorgspersonalen i det fallförebyggande arbetet. När en boende med demenshandikapp faller ska sjuksköterskan ta kontakt med läkare. Fallen ska analyseras och analyser, riskbedömning och åtgärder ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Förbättringsåtgärd

Det saknas lokala skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador, enheten skriver denna rutin, teamarbetet kring fallprevention behöver utvecklas.

12. Demens

På Solskiftets äldreboende finns en växelvårdsavdelning med fyra platser avsedd bara för personer med demensliknande symtom, sådana enheter bör inte ha fler än nio boende. Personalen som arbetar med personer med demensliknande symtom bör ha utbildning och kompetens inom demensområdet och det bör finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det ska finnas rutiner för hur individuella demenslarm, GPS-larm, ordinerar. Det ska finnas möjlighet att passera ut genom ytterdörren, men man får försvåra för de boende att ta sig ut. Boende ska samtycka till eventuella skyddsåtgärder. Vid bedömning om skyddsåtgärd ska åtgärder, uppföljning och resultat dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Förbättringsåtgärd

Personal som arbetar med personer med demenssjukdomar behöver kompetensutveckling och handledning. Det är bra om det finns sjuksköterska med vidareutbildning inom demens/geriatri/öppen hälso- och sjukvård på enheten.

13. Rehabilitering

En rehabjournal upprättas vid inflyttning. Vid vårdplaneringar bör förutom sjuksköterska även sjukgymnast och/eller arbetsterapeut delta. Boende som har behov av behandling av sjukgymnast eller arbetsterapeut ska erbjudas detta. Hjälpmedel ska utprovas och förskrivas individuellt av sjukgymnast eller arbetsterapeut, användningen av hjälpmedel ska följas upp. Vid behov ska ADL-status utföras.

Förbättringsåtgärd

Alla vårdtagare behöver få en ADL- bedömning vid inflyttning även bedömning av förflyttning vid inflyttning behöver göras.

14 Mun- och tandhälsovård

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhålans kondition. Denna bedömning är ett munstatus och ska dokumenteras i journalen. Problem i munnen kan ha betydelse för boendes välbefinnande. En god munhygien är viktig för att förebygga sjukdomar och för att kunna inta föda. Boende ska erbjudas munhälsobedömning årligen och omvårdnadspersonalen ska följa de råd som tandhygienisten ger.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

Dokumentation

”Modifierad CAT-CH-ING framtaget för dokumentationsgranskning enligt QUSTA”

Granskningsmallen utgår från Primärvårds-VIPS (välbefinnande, integritet, prevention och säkerhet). Vid granskning av journaler är det svårt att undvika subjektiva bedömningar. Därför bör enheters poäng framförallt jämföras med sina egna tidigare resultat. Granskningen av journalerna grundas på parametrarna ”mängd och standard”. Standarden mäts inte vid allmänna uppgifter och anamnes pga. att allmänna uppgifter endast kan dokumenteras på ett sätt och vid anamnes är det svårt att garantera att uppgiftstagaren fått fullständiga uppgifter från vårdtagaren/närstående.

Förbättringsåtgärd

Dokumentationsgranskning kommer att ske hösten 2013

Sammanfattning

Läkemedelshanteringen fungerar bra. Rutiner för delegeringar finns. Bra rutiner finns för vården i livets slut. Inkontinens, det bör finnas minst en sjuksköterska med förskrivningsrätt på enheten, omvårdnadsplaner bör skrivas, förbättringsarbete kommer att genomföras. Sjuksköterskor behöver kompetensutveckling inom sårvård. Lokal skriftlig rutin för att förebygga fall och fallskador och lokal rutin för vårdtagare som faller ofta sakas, dessa rutiner håller på att utarbetas, övriga rutiner som saknas kommer enheten att utarbeta under hösten. Personal som tar hand om personer med demenssjukdom behöver kompetensutveckling och handledning.

Alla inträffade dödsfall registreras i Palliativa registret.

Arbetet med kvalitetsregistret Senior alert behöver utvecklas enheten har endast gjort en riskbedömning under våren. Utbildning kommer att anordnas under hösten.

Verksamhetsuppföljning av Korttidsenheten 2013

Sammanfattning

Verksamhetsuppföljningen genomfördes av MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska och extern utredare, inlånad från Vaxholms stad, under april månad 2013.

Vår samlade bedömning är att Korttidsenheten är en fungerande verksamhet och att personalen gör sitt bästa för att uppfylla målen för varje individ. Personalen har ett professionellt förhållningssätt och ett gott bemötande av de boende. Som besökare möts man av dock av en tydlig institutionsatmosfär och saknar en känsla av välkomnande i hemlik miljö. Den sociala dokumentationen är i stort sett bra och alla boende har en aktuell genomförandeplan. Innehållet i genomförandeplanerna kan ytterligare utvecklas avseende målsättning för de olika insatserna. Samverkan med biståndsenheten och respekten för varandras uppdrag behöver stärkas. Samarbete med intresseorganisationer eller frivilliga i syfte att tillföra stimulerande innehåll i vardagen för de boende saknas. Kvalitetsledningssystemet är inte fullständigt.

Följande förbättringsområden har identifierats vid verksamhetsuppföljning på korttidsboendet:

1. Innehållet i genomförandeplanerna behöver utvecklas.
2. Samverkan med biståndsenheten behöver förbättras
3. Samarbete med frivilligorganisationer, intresseorganisationer och studieförbund behöver komma tillstånd.
4. Kvalitetsledningssystemet behöver ses över så att det uppfyller kraven i SOSFS 2011:9.

En handlingsplan som visar hur ovanstående brister kommer att åtgärdas har begärts in från korttidsenheten.

Metod

Utgångspunkten för verksamhetsuppföljningen var

- gällande lagstiftning
- Vård-och omsorgsnämndens mål och kvalitetskriterier
- Vård-och omsorgsnämndens riktlinjer för hälso-och sjukvården
- beställning drift av korttidsboendet i Österåkers kommun
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

Verksamhetsuppföljningen bestod av:

- Intervju med enhetschef
- Intervju med omvårdnadspersonal
- Intervju med boende
- Observation av omvårdnadsarbetet
- Dokumentationsgranskning
- Kvalitetsmätning av hälso-och sjukvården med kvalitetsinstrumentet QUSTA

Strukturerade intervjuer har genomförts med enhetschef och personal. Inför chefsintervjun skickades frågeformulär ut för enhetschefen att besvara. Två personer från omvårdnadspersonalen intervjuades tillsammans. Dessa hade valts ut av ansvarig för korttidsenheten. Verksamheten observerades en dag mellan kl.8.00-10.00. Besöket var oanmält. Två av de boende intervjuades med allmänna frågor. Vid granskning av den sociala dokumentationen studerades tio slumpmässigt utvalda personakter i verksamhetssystemet Procapita .

Beskrivning av boendet

Korttidsenheten i Alceahuset drivs i kommunal regi. Enheten ligger i markplan i Alceahuset, någon kilometer från Åkersberga centrum. Lokalerna som tidigare användes för dagverksamhet, har byggts om för ändamålet och på senare tid utökats med fler korttidsplatser. På enheten finns nu nitton enkelrum. De nya rummen har egen toalett/duschrum och trinett. Övriga rum saknar trinett och har delat hygienutrymme. Rumsstorleken varierar mellan 16 och 43 kvm. Rummen är fullt möblerade.

Boendet definieras som särskilt boende för korttidsvård. De flesta som idag är på korttidsboendet har kommit dit för återhämtning efter en sjukhusvistelse, är svårt sjuka och väntar på plats i permanentboende. En del har demenssjukdom och klarar inte längre av att bo hemma. För en del personer planeras återgång till hemmet efter rehabilitering. Några personer vårdas i livets slut. Några enstaka personer har beviljats korttidsboende som avlastning för anhörig. Ett individuellt biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen fattas för var och en som tilldelas en plats och kommunen har ansvaret för hälso-och sjukvården upp till och med sjuksköterskenivå. Landstinget ansvarar för läkarvården och har för Korttidsenheten träffat avtal med Legevisitten. I särskilt boende ska hemlik miljö och de boendes personliga integritet betonas. Institutionsprägel ska undvikas.

De boende

Målgrupp för boendet är personer med omfattande omvårdnadsbehov som av olika anledning har behov av tillfälligt boende i särskilt boende. Enhetschefen uttalar att under de senaste åren har de boende tenderat att vara allt sjukare när de kommer och att det inte är optimalt att på en och samma enhet vårda personer med behov av rehabilitering samtidigt med svårt sjuka och personer med demenssjukdom.

ANTAL BOENDE

Åldersgrupper	65-74	75-79	80-84	85-89	90-
Kvinnor	1	0	4	4	3
Män	0	1	3	3	0
Antal utlandsfödda	0	0	2	0	0
Antal utlandsfödda som inte kan tala och förstå svenska.	0	0	0	0	0

De utlandsfödda kommer från Finland.

Lokaler

Lokalerna är rymliga men något svåröverskådliga med långa korridorer och flera entrédörrar. Det händer att boende med demenssjukdom förirrar sig ut. Kodlås, som skulle kunna förhindra detta, finns inte då det enligt enhetschefen är oklart var kostnadsansvaret ligger. Ytterdörrarna hålls låsta nattetid. Matsalen är stor och luftig och har högt i tak. I anslutning till matsalen finns ett litet mottagningskök varifrån maten ställs fram på en bardisk via en öppning i väggen. Invid matsalen finns ett rum för gemensam samvaro med sittgrupper, TV och filmduk. Ytterligare en sittgrupp finns där en av korridorerna avslutas och vidgas till en

större yta. Ett stort rum för träning och rehabilitering finns också, samt ett mindre konferensrum för vårdplanering och andra möten. Lokalerna har en tydlig sjukhemsprägel med långa korridorer, behållare för engångshandskar utanför boenderummen, expeditioner och många stängda dörrar.

Utemiljö

En uteplats finns i anslutning till matsalen. Omgivningarna är väl lämpade för promenader i rullstol och med rollator.

Personalutrymmen

Korttidsboendet har ändamålsenliga personalutrymmen. Det finns ett pausrum med möjlighet att värma mat och att koppla av. Separat vilrum finns inte. Omklädningsrum med klädska och dusch finns. En stor expedition med flera datorer för dokumentation för olika yrkesgrupper och med ett avskilt rum för samordnaren.

Verksamhetsinnehåll

Information om verksamheten

Information om korttidsboendet finns på kommunens hemsida.

Mål för verksamheten

Verksamhetens mål är en säker vård och kvalificerad vård/omvårdnad utifrån biståndsbeslut enligt SoL (socialtjänstlagen) och enligt HSL (hälso- och sjukvårdslagen). Ambitionen är att varje patient ska få en meningsfull och trivsamt vistelse. Delmål för 2013 är att utveckla den sociala dokumentationen, sociala aktiviteter och extern information. Målen förankras hos personalen genom planeringsdagar och på arbetsplatsträffar, sjuksköterske- och undersköterskemöten. Personalen gör sitt bästa för att uppfylla målen för varje individ. Förhållningssätt och bemötande kännetecknas av ett salutogent (hälsobefrämjande), rehabiliterande förhållningssätt och bekräftelse av individen. Detta finns formulerat i skrift och återfinns i rutinpärmen. Personalen känner till de lagar och förordningar som styr verksamheten.

Trygghet och säkerhet

Alla boende har trygghetslarm. Larmen åtgärdas inom 1-15 minuter. Personalen kan inte besvara larmen genom att först kommunicera per telefon med den som larmar, utan måste alltid gå in på rummet. Det finns också rörelselarm på enheten. Samtliga boende har en utsedd kontaktman. Kontaktmännen hjälper 2-3 boende var. Skriftlig rutin finns för kontaktmännens ansvarsområde. Rutiner finns för inflyttning, hantering av den boendes egna medel (pengar), nyckelhantering, för akuta situationer. Brandutrymningsplan finns och nästan all personal har genomgått brandutbildning. Anställda från 2011 har inte gått brandutbildning. Ny brandutbildning för all personal planeras till hösten 2013. Vid tillsynsbesöket hade all personal namnskyt.

Delaktighet, integritet

Vård- och omsorgsinsatserna för den enskilde planeras tillsammans med alla personal-kategorier utifrån biståndsbeslut. Enhetschefen menar att biståndshandläggarna inte har tid att följa upp sina beslut och att det är önskvärt med bättre framförhållning så att de boende inte blir kvar på korttidsenheten onödigt länge. Den som har minnessvårigheter får information skriftligt och muntligt flera gånger. Med genomförandeplanen, vårdplanering, anteckningar, uppföljning och rapporter arbetar man för att säkra att den boende får den vård och omsorg han/hon behöver. Den enskildes behov och önskemål avseende aktivitet och stimulans i vardagen fångas upp vid individuell planering. Den boende kan om han/hon önskar fira helger och födelsedagar som han/hon är van vid, själv bestämma vad han/hon vill göra under dagen om det planeras i förväg, få hjälp av någon som läser för sig, få hjälp att komma ut och gå, få

hjälp att lyssna på vald musik, men inte delta i hushållsgöromål förutom bakning ibland och inte följa med vid inköp. Hänsyn tas till när den boende vill stiga upp på morgonen, lägga sig för kvällen och duscha. Den boende informeras om en planerad insats blir ändrad. För att säkerställa god munvård gör sjuksköterskorna munvårdsbedömning, tandhygienist kommer på regelbundna besök och omvårdnadspersonalen hålls informerad. Flertalet av de boende använder inkontinenshjälpmedel helt eller delvis. Att den boende får gå på toaletten när han/hon behöver tillförsäkras genom individuell planering och uppföljning samt att ringningar besvaras.

Såväl enhetschef som omvårdnadspersonal använder sig av begreppet patient och inte boende eller kund. Vid studium av gällande rutiner framkommer att en förändring av nomenklaturen skett på senare år. I tidigare daterade rutiner används genomgående uttrycket boende eller kund. Enhetschefens kommentar till detta är att alla är sjuka.

Aktiviteter

Aktiviteter som förekommer är gruppgymnastik, högläsning, musikstunder, promenader, bakning, filmvisning, sällskapsspel, trädgård, utflykter, frågesport, tidningsläsning. Stimulansbidrag har använts till en extra personal som kommer och leder aktiviteter, särskilt på helgerna samt till utflykter med café-och restaurangbesök. Det finns inte aktiviteter som riktar sig särskilt till män respektive kvinnor. Tydlig information om kommande aktiviteter finns på anslagstavlor. Enheten har inte kontakt med intresseorganisationer eller frivilliga för att tillföra stimulerande innehåll i vardagen för de boende. Regelbundna anhörigträffar förekommer inte, då det är omsättning på de boende och många endast stannar en kort tid.

Enskilda aktiviteter

De boendes enskilda aktiviteter noteras i genomförandeplanen. Enskilda aktiviteter kan vara att läsa, titta på TV, lyssna på musik, samtal, promenader, besök av anhöriga.

Måltider

Lunch och middag kommer färdiglagad från Solskiftesskolans kök. Frukost och mellanmål tillagas på enheten.

Tidpunkter för måltider är:

Frukost kl. 08.00-10.00
Lunch kl. 12.00-13.00
Mellanmål kl. 14.00
Middag kl. 16.30-17.30
Kvällsmål kl. 19.00

Däremellan kan den som så önskar eller behöver få extra mellanmål. Nattmål erbjuds vid behov. Att inte nattfastan blir för lång kontrolleras på individnivå, kl. 22 och kl. 06 går nattpersonalen runt och ser efter. De boende har inflytande vad gäller mat och måltider genom att man efterfrågar varje boendes synpunkter och önskemål. Personalen sitter ibland med vid måltiderna. Den boende har möjlighet att själv välja tidpunkt för måltiderna, välja att äta enskilt eller tillsammans med de andra och ha gäster vid måltiderna. Det finns *inte* olika rätter att välja mellan. Att maten är näringsriktigt sammansatt säkerställs i samarbete med köket. En av personalen som är särskilt kostansvarig finns på korttidsenheten. Rutiner finns för att uppmärksamma undernäring/felnäring, för livsmedelshygien och för att erbjuda den enskilde en god måltidsmiljö.

Intervju med boende

Två av de boende kunde svara på frågor i samband med att de intog frukost i matsalen. Båda var nöjda med personalen som de beskrev som vänliga och hjälpsamma, men inte tillräckligt

många för att möta de boendes hjälpbehov. En av de boende uttryckte sin frustration över sin situation och hoppades att hon aldrig skulle behöva komma tillbaka till korttidsboendet och hade inte trivts alls under sin vistelse där. En boende hade synpunkter på att maten genomgående hade för hög fetthalt.

Personal

Personalstat

	Årsarbetare	Antal personer
Undersköterska, usk	9,21	12
Sjuksköterska dag/kväll	2,39	3
Sjuksköterska natt	2,03	3
Arbetsterapeut	1,35	2
Sjukgymnast	0,75	1
Sjukgymnastbiträde	0,50	1
Enhetschef	0,90	1
Samordnare	1,00	1
Timanställda		14

Bemanning

Dagtid arbetar fyra undersköterskor, kvällar tre och nätter en undersköterska. Sjuksköterska finns i tjänst dygnet runt förutom att hon kvällar, helger och nätter även ansvarar för hälso- och sjukvården på Solskiftets äldreboende. Hon åker dit för såväl rutinmässiga sjukvårdinsatser som inte kan delegeras och vid akuta situationer. När sjuksköterskan åker till Solskiftet nattetid ska en av Solskiftets omvårdnadspersonal möta upp på korttidsenheten så att undersköterskan på korttidsenheten inte arbetar ensam under tiden. Av arbetsterapeuterna är en med 0,60 % tjänstgöringsgrad långtidssjukskriven och har inte ersatts. Enhetschefen anser att enheten normalt sett har den bemanning som krävs för att ge god vård och omsorg, men att det ibland är många boende med omfattande vårdbehov samtidigt, vilket kräver extra bemanning. Enhetschefen poängterar att omvårdnaden av personer med demenssjukdom ställer högre krav på bemanning. Enhetschefen har 10 % av sin arbetstid på träffpunkten Fyren. Undersköterskorna anser också att bemanningen normalt sett är tillräcklig och att de vid hög arbetsbelastning kan få utökning. Det är för det mesta fullt på korttidsenheten, in- och utflyttningar går fort ibland. På frågan vad de är särskilt stolta över framhåller de kompetent personal. Alla trivs bra och personalomsättningen var noll förra året. Det mesta fungerar bra och ingenting behöver ändras. Klagomål är enligt personalen mycket sällsynta.

Sjukfrånvaro

Korttidsfrånvaron år 2012 var 2,46 %, långtidsfrånvaron 1,81 %.

Arbetsplatsträffar hålls en gång i månaden. Utvecklingssamtal genomförs en gång per år.

Kompetens

All fast anställd omvårdnadspersonal har undersköterskekompetens. All ordinarie personal har tillräckliga kunskaper för att uttrycka sig skriftligt och muntligt på svenska språket.

De två undersköterskor som intervjuades hade båda arbetat på korttidsenheten sedan 2004.

Enhetschefen är sjuksköterska med vidareutbildning i medicin och kirurgi. Enhetschefen har arbetat sju år på korttidsboendet.

Kompetensutveckling

Enhetens kompetensutvecklingsplan för det närmsta året omfattar läsombud, delegering, brandsäkerhet, hygien, dokumentation, smärta. Individuella kompetensutvecklingsplaner finns också, men ibland saknas intresse och det egna initiativet. Extern handledning ges vid behov.

En gång i veckan har man *spegling* då man ser tillbaka på den gångna veckan och diskuterar eventuella svårigheter och problem.

Introduktion av nyanställda

Skriftlig introduktionsplan och checklista finns, nyanställda går dubbelt 2-4 arbetspass med en van kollega. Information lämnas om tystnadsplikt, gåvor, klagomålshantering, rutiner vid akuta situationer och Lex Sarah.

Samverkan

Skriftliga rutiner finns för informationsöverföring mellan, dag-, kvälls- och nattpersonal. Schemalagd tid finns för överrapportering mellan arbetspassen. Sjuksköterskorna går varje morgon igenom dagsplaneringen. Rutiner för informationsöverföring mellan hemtjänst och boende, vid flytt till annan boendeenhet och till akutsjukvården finns, sjuksköterskorna sköter detta. Överlämning av beställning från biståndshandläggarna sker via datasystemet Procapita och via telefonkontakt. Sjuksköterskorna tar emot beställningen och informerar sedan personalen. Enhetschefen anser att beställningar från biståndshandläggarna ibland är inadekvata och missvisande och att viktig information inte alltid kommer fram. Varje vecka hålls samverkansmöte med biståndsenhetens boendesamordnare. Kontaktpersonerna deltar i vårdplaneringar, men har för övrigt ingen kontakt med biståndshandläggarna. Samarbetet med biståndsenheten behöver förbättras enligt enhetschefen.

Social dokumentation

Skriftliga rutiner finns för social dokumentation. Dokumentationen förvaras i verksamhetssystemet Procapita. Genomförandeplanerna skrivs ut och förvaras i pärm i låst rum. Alla boende, har enligt enhetschefen en aktuell genomförandeplan. Kontaktpersonen ansvarar för upprättandet av genomförandeplanen och den boende är delaktig. Information till genomförandeplanen hämtas även från välkomstsamtal och vårdplanering. Anhörig/ god man medverkar när den enskilde har svårt att föra sin egen talan. Kontaktpersonen ansvarar för att insatserna följs upp och dokumenterar avvikelser i Procapita.

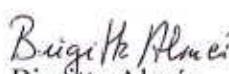
Dokumentationsgranskning

Tio slumpmässigt utvalda personakter i Procapita granskades. Daganteckningarna var i samtliga fall utan anmärkning. En fundering är hur rutinen för dokumentation är utformad, då några undersköterskor skriver ”har fått insatser enligt genomförandeplanen”. Eftersom denna anteckning förekommer endast vissa dagar, ser det ut som om den boende inte fått sina insatser de andra dagarna. Det skulle vara mer upplysande om anteckning gjordes då insatser inte getts och i så fall varför. I alla tio akterna fanns en aktuell genomförandeplan. Åtta av planerna var upprättad inom den föreskrivna tiden fyra veckor. Sex av planerna var ofullständiga, då mål för en eller flera insatser saknades. En genomförandeplan var helt tom

Systematiskt kvalitetsarbete

Skriftliga rutiner finns för rapportering och hantering av fel och brister och Lex Sarah. Information om hur man lämnar synpunkter/klagomål och hur dessa hanteras finns. En grupp för systematiskt arbetsmiljöarbete finns. Uppgift om hur enheter planerar, leder, kontrollerar, följer upp, utvärderar och förbättrar verksamheten och hur dessa uppgifter är fördelade i verksamheten saknas. Korttidsboendet behöver utveckla sitt kvalitetsledningssystem så att det uppfyller kraven i SOSFS 2011:9.


Margot Franzén
Utredare


Birgitta Almén
MAS

Handlingsplan för korttidsenheten

Nedanstående förbättringsområden har identifieras vid verksamhetsuppföljning på korttidsboendet. En handlingsplan har också begärts in av Margot Franzén.

- **Innehållet i genomförandeplanen behöver utvecklas.**
Personalen får kontinuerlig fortbildning av de personer (två) som är spjutspetsar sk ”taggar” på enheten. Enhetschef och samordnare gör ständigt kontroller av dokumentationen.

Att utveckla dokumentationen är ett av våra mål för 2013 och det ska ske genom utbildningstillfällen, en gemensam översyn av verksamhetssystemet som ur ett HSL- perspektiv upplevs som rörigt samt genom framtagandet av manualer specifikt riktade till personalen på korttidsenheten.

- **Samverkan med biståndsenheten behöver förbättras.**
Samverkansmöten med handläggare och omvårdnadspersonal kommer att föreslås enhetschef för biståndet. Ett första möte är inbokat den 11 juni kl 11.30 då alla som berörs av ”placeringsprocessen” är inbjudna att delta. Målet är att skapa en samsyn kring hur processen ska se ut och hur ansvarsfördelningen ska vara för att säkerställa ett tryggt och säkert välkomnande för våra nya kunder.

- **Samarbete med frivilligorganisationer/intresseorganisationer och studieförbund behöver utvecklas.**
Det här är en utmaning för oss då majoriteten av våra kunder idag är svårt sjuka och vi därför har haft svårt att väcka ett intresse för samverkan hos frivillig- och intresseorganisationerna. Eftersom aktuell enhetschef även ansvarar för frivilligverksamheten så finns en naturlig koppling som kan utvecklas för verksamheten på Alceahuset.

Frågan tas kontinuerligt upp på gemensamma möten och vår förhoppning är att få till stånd en samverkan efter sommaren.

- **Ledningssystem för kvalitet behöver utvecklas**

Kvalitetsledningssystemet kommer att ses över i hela vård- och omsorgs affärsområde under en planeringsdag den 130604 så att kraven enligt SOSFS 2011:19 uppfylls, samt arbetas med på enheterna därefter. Det mesta finns redan idag beskrivet, men rutiner och riktlinjer behöver komma in i rätt sammanhang och en gemensam uppföljnings- och utvecklingsstrategi ska tas fram. Det arbetet ska vara klart till PS i september 2013.

Med vänlig hälsning



Tove N Eriksson

Verksamhetschef vård och omsorg

08- 540 814 31

tove.eriksson@osteraker.se

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) kvalitetsuppföljning och granskning av den kommunala hälso- och sjukvården på Korttidsenheten , den 2013-05-08

Bakgrund

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens/kommunens särskilda boendeformer. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av MASAR från tio olika kommuner. I QUSTA ingår även ett dokumentationsuppföljningsinstrument för omvårdnadsjournaler enligt ”Modifierad Catch-ch-Ing framtaget för dokumentationsgranskning enligt QUSTA”

Syfte

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att tillse;

- att vårdtagarna får en god och säker vård och som håller hög kvalitet¹
- att stadsdelens/kommunens riktlinjer för hälso- och sjukvård följs
- att lokala rutiner har upprättats för att säkra vården i det särskilda boendet

Metod

Kvalitetsinstrumentet QUSTA bygger på att all hälso- och sjukvårdspersonal ska ha kunskap om de riktlinjer som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården i stadsdelen/kommunen. Instrumentet omfattar kvalitetsfrågor rörande vissa utvalda delar i den kommunala hälso- och sjukvården. Det består av en del med frågor som regleras enligt förordningar och en del med frågor som berör vård och behandling. QUSTA ska fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

Innan den personliga uppföljningen sker skickas kvalitetsinstrumentet till sjuksköterska/or, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och verksamhetschef för att de ska svara på frågorna. MAS går sedan vid uppföljningen igenom materialet med berörda, granskar dokumentationen och besöker verksamheten. Varje granskat område förutom dokumentationen poängsätts till max 20 poäng, totalt 280 poäng. Minst 15 % av omvårdnadsjournalerna granskas.

Dokumentationsgranskningen redovisas som ett medelvärde. En granskad omvårdnadsjournal får maxpoängen 29 om texten är datorskriven eller 33 om dokumentationen är skriven för hand.

Kvalitetsinstrumentet revideras regelbundet, senast i februari 2011.

Det är viktigt att kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling. Om verksamheten vid uppföljningen presenterar en kvalitet som överstiger den minimisatta nivån, lyfts detta speciellt fram i rapporten och finns det brister, anges dessa på en separat åtgärdsplan.

¹ SOSFS 2005:12 och Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Resultat av kvalitetsuppföljningen

Första delen	Frågor som regleras enligt förordningar	Antal poäng	Poäng 2012	Max poäng
1	Kontakt med läkare+HSL-personal	20	20	20
2	Läkemedelshantering	20	20	20
3	Delegering	20	20	20
4	Avvikelsehantering	19	20	20
5	Medicintekniska produkter (MTP)	20	20	20
6	Hygien	20	18	20
Andra delen	Frågor som berör vård och behandling			
7	Vård i livets slut	20	20	20
8	Inkontinens	16	16	20
9	Trycksår	20	20	20
10	Nutrition	19	20	20
11	Fall och fallskador	20	20	20
12	Demens	-	-	-
13	Rehabilitering	20	20	20
14	Mun- och tandhälsovård	18	14	20
Summa		252	248	260

Det finns ingen demensenhet, området demens ska inte besvaras av enheten, maxpoäng 260. Inom området mun- och tandhälsovård är alla frågor inte relevanta för en korttidsenhet.

1. Läkarkontakt.

Det ska på äldreboenden finnas riktlinjer för hur personalen ska kunna komma i kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Riktlinjerna ska vara nedbrutna till lokala rutiner för enheten och de ska vara kända av all berörd personal. Listor med telefonnummer till aktuella läkare ska regelbundet uppdateras. Kopior på aktuella avtal rörande läkarinsatserna ska finnas.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

2. Läkemedelshantering

Att läkemedelshantering sköts korrekt är mycket viktigt, MAS riktlinjer och de lokala rutinerna kring detta måste vara kända av all berörd personal. En extern granskning av läkemedelshantering ska göras årligen, eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm ska dokumenteras.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

3. Delegering

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. Den utbildning som ges i samband med delegeringen ska följas av en skriftlig kunskapstest. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Delegeringarna ska regelbundet följas upp, därför bör sjuksköterskan inte ansvara för fler än tjugo delegeringar.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

4. Avvikelse

På alla äldreboenden ska det finnas ett kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården. Kvalitetssystemet ska innehålla rutiner för risk och händelseanalys samt rutiner för avvikelshantering. Vid en risk för negativ händelse eller en negativ händelse ska alltid en åtgärd vidtas och händelsen och åtgärden ska återkopplas till personalen.

Förbättringsåtgärd

Saknas rutin för risk- och händelseanalys, enheten skriver en rutin.

5. Medicinteknisk produkt (MTP)

Medicintekniska produkter används på äldreboenden. Dessa ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut av sjukgymnaster, arbetsreapeuter eller sjuksköterska. Övrig personal ska utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det ska finnas bruksanvisningar på svenska tillgängliga för användaren och kontroll ska ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. En inventarielista bör finnas där det bland annat ska anges hur ofta översyn/kontroll ska ske för att produkten ska vara säker.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

6. Hygien

Många av dem som bor på våra äldreboende behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar tätt intill den boende. Det är mycket viktigt att det finns möjlighet att tvätta händerna och att det finns tillgång till handsprit. Det ska också finnas tillgång till skyddsutrustning och handskar. Personal som arbetar i köket med matlagning ska inte samtidigt arbeta med de boende. Vid arbete i köket med mat/matlagning bör det finnas köksförkläden som personalen ska använda.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven.

All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning, En av sjuksköterskorna på enheten har gått Vårdhygiens utbildning för sjuksköterskor.. Egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner görs på enheten.

7. Vård i livets slutskede

Att vårda en människa i livets slut är en mycket viktig uppgift på ett äldreboende. Det ska finnas skriftliga lokala rutiner för vård i livets slutskede, läkemedel ska kunna ges inom en viss tid och det ska finnas möjlighet att ha extra personal när det behövs. Det ska finnas möjlighet för närstående att delta i vården, en vårdplanering ska göras dit berörda inbjuds att vara med. Av dokumentationen ska framgå att det är vård i livets slutskede. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet ska beaktas.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

8. Inkontinens

Många av dem som bor på äldreboenden har problem med inkontinens. Problemen kan vara olika stora. På varje äldreboende ska det finnas sjuksköterska med utbildning för att förskriva inkontinenshjälpmedel. Sjuksköterskan ska utreda problemen med inkontinens, förskriva rätt hjälpmedel och samarbeta med personalen på enheten, allt för att kunna ge den bästa hjälpen till den boende. Allt ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Förbättringsåtgärd

Fler sjuksköterskor behöver få utbildning i förskrivningsrätt. Omvårdnadsplaner behöver skrivas för de boende som har inkontinensproblem.

9. Trycksår

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer, lågt näringsintag, sämre cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen bland annat. För att förhindra att trycksår uppkommer ska sjuksköterskan göra en riskbedömning enligt modifierad Nortonskala för att se om det föreligger risk för trycksår. Riskbedömningen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen, och utifrån vad den visar vidtas preventiva åtgärder.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

10. Nutrition

Kosten som serveras på äldreboenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre har. Natfastan ska inte vara mer än 11 timmar. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning, vilka bör följas. Sjuksköterskan ska göra en riskbedömning enligt MNA (Mini Nutritional Assessment) av eventuella nutritionsproblem på grund av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med tänderna o s v. BMI-värdet (Body Mass Index) bör mätas vid inflyttning och sedan följas regelbundet. Alla problem med nutritionen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Förbättringsåtgärd

Bra riskbedömningsinstrumentet MNA används i högre utsträckning
Rutiner finns för att förebygga att natfastan inte blir för lång.

11. Fall och fallskador

Det förekommer att boende faller, ofta leder fallet inte till någon skada. Enheten bör ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning enligt Downton fallrisk index ska göras vid inflyttningen. Samtlig hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal ska vara involverade i det fallförebyggande arbetet. Sjukgymnast och arbetsterapeut ska utbilda omsorgspersonalen i det fallförebyggande arbetet. När en boende med demenshandikapp faller ska sjuksköterskan ta kontakt med läkare. Fallen ska analyseras och analyser, riskbedömning och åtgärder ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

12. Demens

På Korttidsenheten finns ingen avdelning avsedd bara för personer med demensliknande symtom, sådana enheter bör inte ha fler än nio boende. Personalen som arbetar med personer med demensliknande symtom bör ha utbildning och kompetens inom demensområdet och det bör finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det ska finnas rutiner för hur individuella demenslarm, GPS-larm, ordineras. Det ska finnas möjlighet att passera ut genom ytterdörren, men man får försvåra för de boende att ta sig ut. Boende ska samtycka till eventuella skyddsåtgärder. Vid bedömning om skyddsåtgärd ska åtgärder, uppföljning och resultat dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Förbättringsåtgärd

Det finns ingen demensenhet.

13. Rehabilitering

En rehabjournal upprättas vid inflyttning. Vid vårdplaneringar bör förutom sjuksköterska även sjukgymnast och/eller arbetsterapeut delta. Boende som har behov av behandling av sjukgymnast eller arbetsterapeut ska erbjudas detta. Hjälpmedel ska utprovas och förskrivas individuellt av sjukgymnast eller arbetsterapeut, användningen av hjälpmedel ska följas upp. Vid behov ska ADL-status utföras.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

14 Mun- och tandhälsovård

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhålans kondition. Denna bedömning är ett munstatus och ska dokumenteras i journalen. Problem i munnen kan ha betydelse för boendes välbefinnande. En god munhygien är viktig för att förebygga sjukdomar och för att kunna inta föda. Boende ska erbjudas munhälsobedömning årligen och omvårdnadspersonalen ska följa de råd som tandhygienisten ger.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven på de frågor som är relevanta för enheten.

Dokumentation

”Modifierad CAT-CH-ING framtaget för dokumentationsgranskning enligt QUSTA”

Granskningsmallen utgår från Primärvårds-VIPS (välbefinnande, integritet, prevention och säkerhet). Vid granskning av journaler är det svårt att undvika subjektiva bedömningar. Därför bör enheters poäng framförallt jämföras med sina egna tidigare resultat. Granskningen av journalerna grundas på parametrarna ”mängd och standard”. Standarden mäts inte vid allmänna uppgifter och anamnes pga. att allmänna uppgifter endast kan dokumenteras på ett sätt och vid anamnes är det svårt att garantera att uppgiftstagaren fått fullständiga uppgifter från vårdtagaren/närstående.

Förbättringsåtgärd

Granskning av dokumentation sker hösten 2013

Sammanfattning

Lokala skriftliga rutiner finns, den rutin som saknas skriver enheten. Rutiner för samarbete med berörd läkarorganisation finns. Läkemedelshanteringen fungerar bra. Delegeringar görs och följs upp under tid. Basala hygienrutiner följs, all personal har genomfört webbaserad hygienutbildning. Inom området inkontinens, enheten bör ha flera sjuksköterskor med forskrivningsrätt och MAS vidtalade vikten av att skriva omvårdnadsplaner. Rutiner vid nutrition finns och omvårdnadsplaner skrivs.

Lokala skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador finns, riskbedömningar görs hos varje enskild person. Arbetsterapeut och sjukgymnast kan erbjuda träning individuellt och i grupp. ADL-status och bedömning av förflyttning görs vid inflyttning.

Alla inträffade dödsfall registreras i Palliativa registret.

Enheten har inte gjort några riskbedömningar i Senior alert under de första månaderna 2013. Enheten kommer att återuppta arbetet med kvalitetsregistret till hösten.

6.

Verksamhetsuppföljning av hemtjänst 2013

Tjänsteutlåtande

Socialförvaltningen

Datum 2013-05-28

Dnr VON 2013/0036-735

Till Vård och omsorgsnämnden

Verksamhetsuppföljning av hemtjänst 2013

Fördjupad verksamhetsuppföljning av hemtjänst i kommunal och privat regi har genomförts vilket redovisas i föreliggande rapporter.

Beslutsförslag

Vård och omsorgsnämndens beslut

1. Att godkänna föreliggande granskningsrapporter
2. Att godkänna produktionsförvaltningens och Hemtjänstkompaniets handlingsplaner

Sammanfattning

Under maj månad 2013 genomförde extern utredare, inlånad från Vaxholms stad, fördjupad verksamhetsuppföljning hemtjänst i såväl kommunal som privat regi. De granskade hemtjänstutförarna är Solhälla/Ljusterö hemtjänst, Solgårdens hemtjänst, Hemtjänstkompaniet AB, Olivia hemtjänst AB. Uppföljningen är ett led i kommunens kvalitetskontroll och genomförs en gång vartannat år. Resultatet vid uppföljningen är att det finns utvecklingsområden i varierande grad i de olika hemtjänstorganisationerna. Den sociala dokumentationen kan förbättras hos samtliga. Samverkan, sekretess och mål för verksamheten är andra förbättringsområden. Ett företag har brister ledningens kompetens ledning och styrning. De verksamheter som drivs i kommunal regi saknar kvalitetsledningssystem som uppfyller kraven i SOSFS 2011:9. Uppföljningen redovisas här i separata rapporter.

Bilagor

1. Verksamhetsuppföljning av Solhälla och Ljusterö hemtjänst.
2. Verksamhetsuppföljning av Solgårdens hemtjänst
3. Handlingsplan, Solgårdens hemtjänst
4. Verksamhetsuppföljning av Hemtjänstkompaniet AB
5. Handlingsplan, Hemtjänstkompaniet AB
6. Verksamhetsuppföljning av Olivia Hemtjänst AB



Margot Franzén, utredare

Verksamhetsuppföljning av Solhälla och Ljusterö hemtjänst 2013

Sammanfattning

Verksamhetsuppföljning har genomförts av extern utredare, inlånad från Vaxholms stad, under maj månad 2013.

Undertecknads samlade bedömning är att Solhälla och Ljusterö hemtjänst är väl fungerande verksamheter. Kunderna får den omsorg och service har de beviljats och behöver. Verksamheten ger ett välorganiserat intryck. Närvarograden hos kund ligger mycket högt, 92 % i centrala Åkersberga och 78 % på Ljusterö. Med närvarograden menas den del av arbetstiden som personalen tillbringar hos kunden. Övrig tid består av alla andra uppgifter som personalen har. Det kan vara gång- eller restid mellan kunderna, utbildning, möten, dokumentation, telefonkontakter. Bortid, dvs. när ett hemtjänstbesök blir oplanerat inställt, utnyttjas maximalt till dokumentation och till kompletterande insatser till andra kunder, ifall det skulle behövas. Såväl enhetschef som personal uppvisar arbetsglädje, engagemang och kompetens. Den sociala dokumentationen är i stort sett bra, men kan ytterligare utvecklas så att alla genomförandeplanerna är fullständiga med mål för varje insats. Rutiner för inhämtande av kundens samtycke till informationsutbyte med annan huvudman behöver utarbetas. Kvalitetsledningssystem saknas, vilket är genomgående för samtliga kommunala enheter som granskats. Enligt uppgift från produktionsförvaltningens verksamhetschef kommer kvalitetsledningssystemet ses över och vara klart i september.

Vård- och omsorgsnämnden förväntar sig att det av enhetens kommande årsberättelse framgår hur man arbetat med utveckling av genomförandeplaner och sekretessfrågor.

Metod

Utgångspunkten för verksamhetsuppföljningen var

- gällande lagstiftning
- Vård-och omsorgsnämndens mål och kvalitetskriterier
- Vård-och omsorgsnämndens uppdragsbeskrivning
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

Verksamhetsuppföljningen bestod av:

- Intervju med enhetschef
- Intervju med hemtjänstpersonal
- Kundintervju
- Dokumentationsgranskning

Strukturerade intervjuer har genomförts med enhetschef och personal. Inför chefsintervjun skickades frågeformulär ut för enhetschefen att besvara. Hemtjänstpersonalen intervjuades i

grupp om tre personer från Solhällagruppen. Dessa hade valts ut av ansvarig för hemtjänsten. Några av kunderna intervjuades med allmänna frågor. Vid granskning av den sociala dokumentationen studerades tio slumpmässigt utvalda personakter i verksamhetssystemet Procapita.

Organisation

Solhälla/Ljusterö hemtjänst drivs i kommunal regi. En personalgrupp är stationerad på Solhälla trygghetsboende, centralt i Åkersberga. De utför hemtjänstinsatser åt boende på Solhälla och i intilliggande fastigheter. Kommunens nattpatrull, som är organiserad under Solgårdens hemtjänst, utför hemtjänstinsatser nattetid. För hemtjänstkunder på Ljusterö och omkringliggande är finns en personalgrupp på Görjansgården som utför hemtjänstinsatser och åtgärdar larm även nattetid eftersom Ljusteröfärjan inte går hela natten. Ansvaret för och utförandet av trygghetslarm åvilar all kommunal hemtjänst dvs. både Solhälla/Ljusterö och Solgården. Verksamheten anlitar olika underleverantörer som t.ex. ICA för kundernas inköp av dagligvaror, Apoteket för leverans av APO-dos, dvs. dosförpackad medicin och har avtal för leasingbilar. Underleverantörer kontrolleras av kommunens inköpsavdelning.

Antal kunder

Vid uppföljningstillfället hade verksamheten 110 kunder, 72 kvinnor och 38 män. 16 kunder hade enbart serviceinsatser och 15 kunder hade enbart trygghetslarm. Två av kunderna har finskt ursprung och är svensktalande.

Verksamhetsinnehåll

Information om verksamheten

Information om verksamheten och om hur man ansöker finns på kommunens hemsida.

Mål för verksamheten

- Vi ska vara den mest kompetenta och tryggaste hemtjänsten i Österåkers kommun.

Målen förankras hos personalen på arbetsplatsträffar och vid utbildningstillfällen. Personalen är väl förtrogna med Vård- och omsorgsnämndens och Produktionsstyrelsens övergripande mål och känner till de lagar och förordningar som styr verksamheten. Enhetschefen håller sig uppdaterad om gällande lagar och förordningar via Internet och genom enhetschefsmöten.

Trygghet och säkerhet

Samtliga kunder har två kontaktmän var och kontaktmännen ansvarar för 5-6 kunder var. Kontaktmännen är de i personalgruppen som står kunden närmast och ansvarar för att kunden får beviljad hjälp, hjälper till att boka läkarbesök och även i förekommande fall har kontakt med anhörig. Kontaktmännen utför också riskanalyser. Skriftlig rutin för kontaktmännens uppgifter finns. Rutiner finns för nyckelhantering, för hur man gör om kunden inte öppnar när hemtjänst kommer, för att förebygga skador/olyckshändelser hos kunden och för akuta situationer. Rutin för hantering av kundens egna medel, vilket endast sker i undantagsfall, finns också. Personalen har tjänstelegitimation och namnskylt. Vid intervju tillfället hade inte all personal namnskylden på sig.

Delaktighet, integritet

Kontaktmannen planerar beslutade insatser tillsammans med kunden och skriver ned detta i en genomförandeplan. I de fall kunden har svårigheter att föra sin egen talan medverkar anhörig eller god man. Kunden kan till viss del påverka tidpunkt för insatserna och det finns flexibilitet, inom ramen för biståndsbeslutet, om kunden vill ha en annan insats än den som

planerats för dagen. Kunden informeras om eventuella förändringar, som t.ex. tidpunkt för besök, per telefon eller personligen. Hemtjänstpersonalen är mycket tillgängliga och nåbara för kunden och anhörig genom att en av personalen alltid har telefon med sig och alltid svarar eller ringer tillbaka. Kunderna har information om hur de ska göra för att framföra synpunkter och klagomål. Det finns en blankett för ändamålet. Enhetschefen vinnlägger sig dessutom om att ha en nära relation till kunder och anhöriga och tar gärna emot synpunkter och klagomål personligen. Allt diarieförs och handläggs av produktionsförvaltningen. Vad gäller personalkontinuitet hos kunden anser Solhälla/Ljusterö hemtjänst att tidskontinuitet är viktigare, då det är få medarbetare och alla är välkända av kunderna. En gång i månaden kallar enhetschefen till teammöten, där distriktssköterska, arbetsterapeut, biståndshandläggare och kontaktpersoner deltar. Syftet är att diskutera samverkansfrågor gällande gemensamma kunder/patienter. Det är viktigt att de kunder som diskuteras har lämnat samtycke till informationsutbyte mellan de olika huvudmännen.

Aktiviteter

För boende på Solhälla Trygghetsboende ordnar hemtjänstpersonalen trevliga fester vår och höst. Festerna finansieras av Hallmanska stiftelsen. På Solhälla finns även matsal och öppen, icke biståndsbedömd dagverksamhet.

Kundintervju

Tre av kunderna intervjuades efter ett fastställt formulär. Det fanns också möjlighet för dem att med egna ord redogöra för sin uppfattning av Solhälla hemtjänst. Genomgående för intervjuerna var att alla tre kunderna var mycket nöjda med hemtjänsten. De var nöjda med sitt biståndsbeslut och tyckte att hjälpen stämde överens med beslutet. De får hjälp av personal som de känner igen, även sommarvikarierna lär de känna. Personalen tar hänsyn till kundens dagsform och vanor, de kommer på avtalad tid och meddelar om tiden måste ändras. Personalen har ett gott bemötande och är lätta att komma i kontakt med. Kunderna är nöjda med arbetet som utförs och har förståelse för om det ibland blir bråttom för att en annan kund blivit sjuk. Personalen är flexibel om kunden vill ha en annan insats än den som planerats för dagen "Dom städar bra". "Dom gör som jag önskar. Maten som kan levereras varm varje dag är bra".

Personal

<i>Personalstat</i>	Årsarbetare	Antal personer
Undersköterska, usk / vårdbiträde, vbtr	32,59	35
Enhetschef	1,00	1
Samordnare, Solhälla	1,00	1
Verksamhetsledare, Ljusterö	1,00	1
Timanställda		35

Enhetschefen anser att verksamheten har den personal som krävs för att ge god omvårdnad och service. Personalen är mer tveksam och säger att allt är tidspressat. Flertalet medarbetare har heltidsanställning, vilket är bra för personalkontinuiteten hos kunden. På frågan vad omvårdnadspersonalen är särskilt stolta över framhåller de personalen, "som är trevlig och kompetent och alltid ställer upp. Vi är flexibla och kunden är alltid prio 1". Matsalen och dagverksamheten på Solhälla är också positiva faktorer. Utvecklingsområden anser de är samverkan med primärvården. Det är svårt att nå distriktssköterskorna per telefon vid akuta situationer. Hemtjänstpersonalen har inget direktnummer till dem. Däremot har distriktssköterskorna direktnummer till hemtjänstpersonalen och kan ringa och be om

omedelbara åtgärder hos gemensamma kunder/patienter. Det finns också brister vad gäller uppföljning av ordinerade hjälpmedel. De olika husläkarmottagningarna skiljer sig åt vad gäller samarbetsförmåga. Arbetsplatsträffar hålls en gång i månaden. Utvecklingssamtal genomförs en gång per år.

Personalomsättning

Under det senaste året har tre medarbetare avgått med pension.

Sjukfrånvaro

Korttidsfrånvaron var år 2012 4,6 %, långtidsfrånvaron 2,6 %.

Kompetens

Av hemtjänstpersonalen har 19 anställda undersköterskekompetens och 16 har vårdbiträdesutbildning. All personal har tillräckliga kunskaper för att uttrycka sig skriftligt och muntligt på svenska språket. Av de tre som deltog i gruppintervjun, var en undersköterska och två vårdbiträden. En hade arbetat i verksamheten sedan 1999, en hade arbetat inom kommunens vård och omsorg sedan 1999 och på Solhälla sedan 2009, en hade arbetat på Solhälla sedan 2007. Enhetschefen är fil.kand. i social omsorg, äldre och funktionshindrade och har 15 års cheferfarenhet, varav 10 år inom Österåkers kommun.

Kompetensutveckling

Skriftlig kompetensutvecklingsplan för enheten finns inte. Möjligen har produktionsförvaltningen en övergripande plan där vissa kompetensutvecklingssatsningar rör hemtjänsten. Individuell kompetensutveckling tas upp vid medarbetarsamtalet. Fortbildning som planeras det närmsta året är bemötande, ergonomi och palliativ vård. Utbildning i bemötande, ergonomi, dokumentation och hjärt-lungräddning är regelbundet återkommande kompetensutvecklingsområden. De senaste åren har också fortbildning bedrivits inom EU-projektet Äldreliv. Förhållningssätt och bemötande diskuteras ofta på APT (arbetsplatsträffar) och planeringsdagar. APT hålls var sjätte vecka och utvecklingssamtal en gång om året. Extern handledning förekommer inte.

Introduktion av nyanställda

Kompetenskrav vid nyanställning är undersköterskekompetens. Skriftlig introduktionsplan och checklista finns, nyanställda går dubbelt två dagar med en van kollega. Information lämnas om bland annat tystnadsplikt, gåvor, klagomålshantering, rutiner vid akuta situationer och Lex Sarah. Två av personalen har nyligen genomgått handledarutbildning och tar hand om nyanställda och praktikanter.

Samverkan

Rutiner, dock inte skriftliga, finns för informationsöverföring mellan, dag-, kvälls- och nattpersonal. Schemalagd tid finns för överrapportering mellan arbetspassen. Rutiner för informationsöverföring från hemtjänst vid inflyttning till särskilt boende finns inte. Ibland ringer någon från boendet och frågar. Överlämning av beställning från biståndshandläggarna sker via verksamhetssystemet Procapita. Enhetschefen tar emot beställningen och informerar sedan övrig personal. Informationen i beställningen är ibland otydlig, särskilt när det gäller nya kunder. Hemtjänstpersonalen tar kontakt med biståndshandläggarna när de uppmärksammar att kundens behov har förändrats och kan också framföra detta vid regelbundna teamträffar. Samverkan med biståndsenheten fungerar väl och aktuella beslut finns för alla insatser. Rutiner finns för informationsöverföring till akutsjukvården. Enhetschefen anser att samarbetet med primärvården är mycket bra, vilket däremot inte

personalen anser. Se ovan. Det finns rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser och distriktssköterskorna följer upp delegeringarna.

Social dokumentation

Skriftliga rutiner finns för social dokumentation. Dokumentationen förvaras i Procapita och i pärmar som är inlåsta. Personalen är nu duktig på att dokumentera i Procapita. Alla kunder har enligt enhetschefen en aktuell genomförandeplan. Vid kontroll i Procapita saknade 26 av 53 kunder på Ljusterö genomförandeplan . Enligt uppgift från systemansvarig för Procapita finns dessa genomförandeplan i pappersform och skall skannas in i Procapita. Uppgift om att genomförandeplan upprättats saknas i daganteckningarna. Kontaktpersonen ansvarar för att insatserna följs upp och dokumenterar avvikelser i Procapita.

Dokumentationsgranskning

Tio slumpmässigt utvalda personakter i Procapita granskades. Daganteckningarna var utan anmärkning. I nio av tio akter fanns en aktuell genomförandeplan. Genomförandeplanerna är i många fall ofullständiga, mål saknas för flera insatser. I fyra av planerna fanns notering om att kunden varit delaktig. En reservation för resultatet i dokumentationsgranskningen är att det kan finnas undertecknade original av genomförandeplaner på biståndsenheten för inskanning i Procapita.

Systematiskt kvalitetsarbete

Solhälla/Ljusterö hemtjänst har inget samlat kvalitetsledningssystem. Det finns skriftliga rutiner för rapportering av avvikelser, hantering av synpunkter och klagomål, information om Lex Sarah. Uppgift om hur enheten planerar, leder, kontrollerar, följer upp, utvärderar och förbättrar verksamheten samt hur dessa uppgifter är fördelade i verksamheten saknas. Uppgift om hur egenkontroll, utredning av avvikelser, personalens medverkan i kvalitetsarbetet är organiserat saknas också. Enhetschefen menar att ett enhetligt kvalitetsledningssystem för som gäller hela Produktionsförvaltningens verksamhetsområde behövs. Ett kvalitetsledningssystem, generellt eller specifikt för enheten, som uppfyller kraven i SOSFS 2011:9 måste upprättas snarast.



Margot Franzén
Utredare

Verksamhetsuppföljning av Solgårdens hemtjänst 2013

Verksamhetsuppföljning har genomförts av extern utredare, inlånad från Vaxholms stad, under maj månad 2013.

Sammanfattning

Undertecknads samlade bedömning är att Solgårdens hemtjänst har flera förbättringsområden att arbeta med. Personalen signalerar brister i den psykosocial arbetsmiljö. De beskriver stress, ineffektivitet, att deras kunskap och kompetens inte tas tillvara, att rutiner saknas och de uttrycker frustration över ständiga omorganisationer som inte hinner sätta sig innan allt ändras igen. Sjukfrånvaron och personalomsättningen är hög. Kunderna är inte nöjda. Samarbetet med andra hemtjänstutförare, biståndsenheten och primärvården har brister. Dokumentation och datasäkerhet har brister. Personalen visar inte lojalitet mot övergripande mål. Enhetens mål är något märkliga sett ur kundperspektivet. Kvalitetsledningssystem saknas, vilket är genomgående för samtliga kommunala enheter som granskats. Positivt är att enhetschefen, som nyligen har börjat sitt uppdrag, kommer utifrån med goda föresatser att utveckla verksamheten och personalen att visar på arbetslust och ambition att delta i förändringsarbetet.

Följande förbättringsområden har identifierats vid verksamhetsuppföljningen:

- Målen behöver förtydligas för kunder och allmänhet och förankras i personalgruppen
- Den sociala dokumentationen behöver ses över vad gäller fortlöpande dokumentation, genomförandeplanernas innehåll samt datasäkerheten.
- Samverkan med andra utförare, biståndsenhet och primärvård behöver utvecklas
- Kvalitetsledningssystem som uppfyller kraven i SOSFS 2011:9 måste tas fram och förankras i personalgruppen.

En handlingsplan som visar hur ovanstående brister kommer att åtgärdas har begärts in från Solgårdens hemtjänst.

Metod

Utgångspunkten för verksamhetsuppföljningen var

- gällande lagstiftning
- Vård- och omsorgsnämndens mål och kvalitetskriterier
- Vård- och omsorgsnämndens uppdragsbeskrivning
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

Verksamhetsuppföljningen bestod av:

- Intervju med enhetschef
- Intervju med hemtjänstpersonal
- Kundintervju
- Dokumentationsgranskning

Strukturerade intervjuer har genomförts med enhetschef personal och kunder. Inför chefsintervjun skickades frågeformulär ut för enhetschefen att besvara. Hemtjänstpersonalen intervjuades i grupp om tre personer. Dessa hade valts ut av ansvarig för hemtjänsten. Tre av kunderna fick svara på elva kortfrågor och hade också möjlighet att tala fritt ur hjärtat. Vid granskning av den sociala dokumentationen studerades ett antal slumpmässigt utvalda personakter i verksamhetssystemet Procapita.

Organisation

Solgårdens hemtjänst drivs i kommunal regi. Verksamheten är fördelad på tre olika hemtjänstområden, Södra gruppen, Norra gruppen samt Bergahuset. I enhetens uppdrag ingår även nattpatrullen som ansvarar för alla beställda nattinsatser samt larm, både i kommunal regi och för privata hemtjänstaktörer, förutom kunderna på Ljusterö och intilliggande öar. Enheten har sina lokaler i bottenvåningen på Bergahuset, ett före detta servicehus som nu står under omvandling till trygghetsboende. Arbetslokalerna är mycket slitna och nedgångna. En uppsjö tekniska hjälpmedel, tomkartonger och annat bråte belamrar golvytorna i entré och korridorer. Även om merparten av Solgårdens kunder bor ute i samhället och inte har ärende till hemtjänstens lokaler är intrycket av den fysiska miljön av stor betydelse för vilka signaler som sänds ut till såväl personal, som boende i huset och eventuella anhöriga som har anledning att söka upp hemtjänstpersonalen. I verksamheten finns en enhetschef och fyra verksamhetsledare, vilka står för den direkta arbetsledningen inklusive medarbetarsamtal för hemtjänstpersonalen. Vid uppföljningstillfället var enhetschefen nytillträdd på sin tjänst sedan fyra veckor tillbaka.

Antal kunder

Vid uppföljningstillfället hade verksamheten totalt 284 kunder. Av dessa är 235 hemtjänstkunder, varav 141 är kvinnor och 94 är män. Kunder med enbart trygghetslarm och som har nattillsyn, men som för övrigt sköts av andra utförare, utgör resterande 49 personer. Några av kunderna har finska, arabiska, spanska, rumänska som modersmål. En av kunderna som är enbart spansktalande har spansktalande personal. Språkkompetens inom personalgruppen finns även för finska och arabiska

Verksamhetsinnehåll

Information om verksamheten

Information om hemtjänst och om hur man ansöker finns på kommunens hemsida.

Mål för verksamheten

Övergripande mål för Österåkers kommuns hemtjänst

- Vi gör det möjligt för dig att bo hemma så länge som möjligt med bra service och trygghet

Solgårdens mål

- Ökat antal beviljade kundtimmar genom:
 1. Marknadsföring
 2. Det goda ryktet, kundnöjdhet
 3. God hantering av inkomna synpunkter och klagomål
- Ökad utförandegrad genom uppföljning av planerad och utförd tid

Målen förankras hos personalen på arbetsplatsträffar, planeringsdagar och vid kontinuerliga samtal mellan enhetschef, verksamhetsledare och personal. Personalen känner till Vård- och omsorgsnämndens övergripande mål och de lagar och förordningar som styr verksamheten.

Det framgår att personalen inte håller med om målsättningens kvarboendepincip utan anser att många kunder med stort omvårdnadsbehov borde flytta till särskilt boende. De förmedlar också en uppfattning om att allt handlar om pengar och att enheten endast får betalt för utförd tid hos kund och därför inte dokumenterar, skriver avvikelserapporter etc. Att timersättningen ska täcka såväl löner, administration, utbildning, bilar, gångtid och alla övriga omkostnader verkar vara svårt att förstå. Förhållningssätt och bemötande i arbetet finns inte formulerat skriftligt. Det handlar om sunt förnuft säger personalen och det borde finnas nedskrivet i rutinpärmen. Verksamhetens resultat mäts i utfallsgraden av beviljad tid kontra utförd tid. Tid hos kund registreras i arbetstelefonerna Intraphone. Kundnöjdhet mäts i enkäter.

Trygghet och säkerhet

Förutom i delar av Norra distriktet har samtliga kunder en utsedd kontaktman. Kontaktmännen ansvarar för mellan tre och tio kunder var. Skriftlig rutin för kontaktmännens uppgifter finns. Rutiner finns för nyckelhantering, för hur man gör om kunden inte öppnar när hemtjänst kommer, för att förebygga skador/olyckshändelser hos kunden och för akuta situationer. Personalen är osäker på om det finns rutin för hantering av kundens egna medel och uppger att de helst inte ska ha att göra med kundens pengar, inte hämta ut på bankomat och att det är bra om kunden har ICA-kort. Noteras kan att det av dokumentationen framgått att biståndshandläggare i beställning anger att personal ska hjälpa kunden att ta ut pengar i bankomat. *Det bör finnas tydliga regler, gemensamma för beställare och utförare, för hantering av kundens egna medel.* Det vanliga är att personal inte ska befatta sig med kundens pengar. Tjänstelegitimation och namnskytt saknas för flera anställda, vilket kommer att åtgärdas snarast.

Delaktighet, integritet

Kontaktmannen frågar kunden om hur och när beslutade insatser ska genomföras och skriver ned detta i en genomförandeplan. Kunden läser igenom planen och skriver under den efter eventuella justeringar. I de fall kunden har svårigheter att föra sin egen talan medverkar anhörig eller god man. Kunden kan oftast påverka tidpunkt för insatserna, man utgår ifrån kundens önskemål, men överlämnande av läkemedel är tidsberoende. Information om insatserna till den som har minnessvårigheter sker genom upprättande av veckoschema, notering i block eller almanacka, beroende på vad man kommit överens om. Flexibilitet finns absolut, inom ramen för biståndsbeslutet, om kunden vill ha en annan insats än den som planerats för dagen. Kunden informeras om eventuella förändringar, som t.ex. tidpunkt för besök, genom att arbetsledaren ringer upp eller personligen av hemtjänstpersonalen vid ordinarie besök. Kunderna har information om hur de ska göra för att framföra synpunkter och klagomål. Informationen finns på hemsidan och i en broschyr. Personalkontinuitet hos kunden eftersträvas.

Kundintervju

Fem av kunderna intervjuades efter ett fastställt formulär. Det fanns också möjlighet för dem att med egna ord redogöra för sin uppfattning av Solgårdens hemtjänst. Genomgående för intervjuerna var att alla fem kunderna hade kritik på en eller flera punkter. Alla var nöjda med sitt biståndsbeslut men alla tyckte inte att hjälpen stämde överens med beslutet. De får oftast hjälp av personal som de känner igen, men det kan vara många olika och de har inte legitimation eller namnskytt. Personalen tar hänsyn till kundens dagsform och vanor, men de kommer inte på avtalad tid och meddelar inte alltid om tiden måste ändras. Tiderna är flytande och kunderna kan inte påverka detta. Kunden är inte delaktig när/om

genomförandeplanen upprättas. Personalens bemötande och arbetsprestationer är av skiftande kvalitet, ”en del fattar på en gång, en del är väldigt valhänta” Personalen är inte lätt att komma i kontakt med. En kund har absolut inget förtroende för personalen, en har blivit bestulen, men har ändå förtroende för de flesta i personalen. Två av kunderna anser att personalen är flexibel om kunden vill ha en annan insats än den som planerats för dagen.

Personal

<i>Personalstat</i>	Årsarbetare	Antal personer
Undersköterska, usk / vårdbiträde, vbtr	61,61	70
Enhetschef	1,00	1
Verksamhetsledare	4,00	4
Bemanningsassistent	1,00	1
Timanställda		69

Hemtjänstpersonalen anser att det finns för lite personal och att vikarierna aldrig räcker till. Vikarierna täcker upp på fasta rader och då finns det inga sjukvikarier. Många bra vikarier tackar nej och går till särskilt boende istället. Semesterplaneringen kommer väldigt sent, så det är svårt att planera sin egen ledighet. Verksamhetsledarna är personalens närmsta chefer. Det är olika i grupperna hur närvarande och tillgänglig chefen är. De som arbetar i utedistriktet känner sig ibland utlämnade och får ta stort eget ansvar då det är svårt att nå arbetsledaren per telefon. Hemtjänstpersonalen framför också synpunkter på att det pågår ständiga organisationsförändringar i verksamheten, vilket tar mycket tid och kraft och medför att uppdatering av skriftliga rutiner och liknande släpar efter. Utvecklingssamtal genomförs en gång per år. Regelbundna arbetsplatsträffar har inte förekommit under den senaste tiden. Personalen framhåller att de ändå trivs med sitt arbete och att de har stora förhoppningar på den nya enhetschefen.

Personalomsättning

Under det senaste året har 23 medarbetare slutat sin anställning.

Sjukfrånvaro

Korttidsfrånvaron i april 2013 var 12,1 %, långtidsfrånvaron 7,8 %.

Kompetens

Av hemtjänstpersonalen har 25 anställda undersköterskekompetens och 41 har vårdbiträdesutbildning. All personal har tillräckliga kunskaper för att uttrycka sig skriftligt och muntligt på svenska språket. Av de tre som deltog i gruppintervjun var alla undersköterskor med lång erfarenhet. Enhetschefen är legitimerad sjuksköterska öppen hälso- och sjukvård som specialutbildning och har 35 års cheferfarenhet inom vård och omsorg.

Kompetensutveckling

Skriftlig kompetensutvecklingsplan för enheten finns men inte för varje medarbetare. Utbildningsinsatser under senaste året har varit dokumentation, verksamhetssystemet Procapita och arbetsmiljö. Kompetensutveckling det närmsta året kommer enhetschefen att ta ställning till efter inventering av behovet. Extern handledning förekommer inte.

Introduktion av nyanställda

Kompetenskrav vid nyanställning är helst undersköterska och körkort, personlig lämplighet och erfarenhet. Skriftlig introduktionsplan finns inte och ska arbetas fram. Nyanställda går

dubbelt två dagar, eller mer om det behövs, med en van kollega. Information lämnas om bland annat tystnadsplikt, gåvor, klagomålshantering, rutiner vid akuta situationer och Lex Sarah.

Samverkan

Skriftliga rutiner för informationsöverföring mellan, dag-, kvälls- och nattpersonal finns inte. Schemalagd tid finns för överrapportering mellan arbetspassen, det finns också möjlighet att lämna aktuell information i Intraphone och genom telefonsamtal till privata utförare. Rutiner för informationsöverföring från hemtjänst vid inflyttning till särskilt boende finns inte. Ibland tar biståndshandläggaren eget initiativ och frågar. Överlämning av beställning från biståndshandläggarna sker via verksamhetssystemet Procapita. Verksamhetsledarna tar emot beställningen och informerar sedan övrig personal. Informationen i beställningen är ibland otillräcklig och information kan saknas om smittsamma sjukdomar och befintliga husdjur. Hemtjänstpersonalen har ingen kontakt med biståndshandläggarna och är aldrig med på vårdplaneringar eller omdömmingar. De saknar möjlighet att bidra med den personkännedom och information de har om kunderna, vilket borde vara till stor hjälp för biståndshandläggarens bedömning. De menar också att det är stor omsättning på biståndshandläggare. De två biståndshandläggare som sköter vårdplaneringar på Danderyds sjukhus känner inte alls till hemsituationen för kunder som hemtjänsten redan har kontakt med. Ibland saknas hjälpmedel och bostadsanpassningsåtgärder i hemmet inför utskrivning från sjukhus. Hemtjänstpersonalen efterlyser också bättre information från biståndshandläggare till kund, t.ex. att kunden själv ska tillhandahålla städmaterial och att det underlättar om kunder har konto i mataffär och apotek. Rutiner finns för informationsöverföring till akutsjukvården enligt personalen, men inte enligt enhetschefen. Samarbetet med primärvården har brister. Det är svårt att få kontakt med distriktssköterskorna, särskilt nattetid då PR- vård i Täby ansvarar. ASIHS (avancerad sjukvård i hemmet) personal upplevs av hemtjänstpersonalen som omständliga och ovilliga till samarbete. Det finns rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser men distriktssköterskorna följer inte upp delegeringarna.

Social dokumentation

En lathund för dokumentation i verksamhetssystemet Procapita, men skriftliga rutiner för social dokumentation saknas. Dokumentationen förvaras i Procapita. Pappersdokument (kontaktuppgifter, beslut, anteckningar) förvaras i grupplokalernas låsbara skåp. Personalen har nu börjat dokumentera i Procapita, men tycker själva att de inte har tid att lära sig ordentligt. *Personalen berättar att de alla använder samma inloggning och lösenord i Procapita, vilket inte kan vara förenligt med kommunens datasäkerhet.* Alla kunder har enligt enhetschef och personal en aktuell genomförandeplan. Kontaktpersonen ansvarar tillsammans med verksamhetsledare/chef för upprättandet. Kundens deltagande noteras i Procapita. Insatserna följs inte alltid upp regelbundet utom vid förändringar och omfattande insatser. Avvikelse från genomförandeplanen dokumenteras enstaka gånger i Procapita, kontakt tas med biståndshandläggare.

Dokumentationsgranskning

För att granska dokumentationen i Procapita är det nödvändigt att granska Solgårdens tre hemtjänstområden var för sig. Dokumentationen har skiftande kvalitet i de olika områdena. I Norra distriktet granskades fem slumpmässigt utvalda personakter. Alla akterna hade genomförandeplaner, vilka alla utom en hade upprättats inom fyra veckor. I tre av planerna fanns notering om kundens deltagande. Daganteckningar saknades. I Södra distriktet granskades åtta personakter. I alla akter utom en saknades såväl genomförandeplaner som daganteckningar. På Bergahuset granskades fem personakter. Alla utom en helt ny kund hade

genomförandeplaner, anteckning om kundens delaktighet upprättandet fanns. Daganteckningar fanns. En reflektion över innehållet i daganteckningarna är att det ofta i flera av de granskade akterna regelbundet återkom noteringar om att kunden tackat nej till hemtjänstbesöket. Det måste gå åt mycket ineffektiv tid till att gå dit i onödan. I sådana fall kan det vara lämpligt att kontakta biståndshandläggaren för eventuell omdöming av behovet. Avbokningar som inte anmälts tre dygn i förväg genererar ersättning till utföraren. En viss reservation för den bristande förekomsten av genomförandeplaner finns, då pappersoriginal som inte är inskannade i Procapita kan finnas. Generellt sett var genomförandeplanerna mycket summariska och mål för en eller flera insatser saknades.

Systematiskt kvalitetsarbete

Solgårdens hemtjänst har inget samlat kvalitetsledningssystem. Enheten arbetar med kvalitetsutveckling genom arbetsmiljöarbete, revidering av rutiner etc. Det finns skriftliga rutiner för rapportering av avvikelser, hantering av synpunkter och klagomål, information om Lex Sarah. Rutinerna är otydliga för personalen, de vänder sig till sin chef och frågar, men undviker ofta att rapportera. Uppgift om hur enheten planerar, leder, kontrollerar, följer upp, utvärderar och förbättrar verksamheten samt hur dessa uppgifter är fördelade i verksamheten saknas. Uppgift om hur egenkontroll, utredning av avvikelser, personalens medverkan i kvalitetsarbetet är organiserat saknas också. Enhetschefen är medveten om att ett kvalitetsledningssystem måste upprättas.



Margot Franzén
Utredare

Handlingsplan 2013, Solgårdens hemtjänst

Verksamhetsuppföljning av Solgårdens hemtjänst 2013

Verksamhetsuppföljning har genomförts under maj månad 2013.

Följande förbättringsområden har identifierats och Solgårdens hemtjänst avser att åtgärda dem på följande sätt:

- Målen behöver förtydligas för kunder och allmänhet och förankras i personalgruppen

Personalen på Solgårdens hemtjänst har, under ett obligatoriskt möte, den 21/5 2013 fått en genomgång av bl.a. verksamhetens mål. Avsikten är att under hösten ska målen, hur man når och nått upp till dem vara en stående punkt vid arbetsplatsträffarna. Ledningen kommer att strukturera upp hur arbetet fortgår och kontinuerligt följa utvecklingen.

Under hösten kommer även ett informationsblad arbetas fram. Syftet med informationen är att kunder och medborgare ska kunna få läsa om Solgårdens hemtjänst, verksamhetens mål, vilka tjänster vi kan utföra, hur man kan lämna synpunkter och klagomål till oss o.s.v.

- Den sociala dokumentationen behöver ses över vad gäller fortlöpande dokumentation, genomförandeplanernas innehåll samt datasäkerheten.

Under våren 2013 har nästan all personal genomgått en grundläggande utbildning i hur man ska dokumentera i Procapita av verksamhetens specialkunnige i dokumentation och dokumentationssystemet. Utbildningarna kommer fortsättningsvis att ges regelbundet parallellt som ledningen kommer att ha dokumentation som en stående punkt vid APT träffarna. Även schemalagd tid för dokumentering ska ses över. All ny anställd personal får utbildning i Procapita och Besched innan de över huvud taget får gå in i datorn och påbörja dokumentation.

All personal har för inloggning i själva datorn samma inloggningsuppgifter. Däremot har all tillsvidare anställd personal sina egna inloggningsuppgifter dvs. användarnamn och lösen för att komma in i de olika systemen Procapita, Intraphone och Besched. Ingen kan eller får gå in i någon av dessa system som annan än sig själv, helt enligt kommunens datasäkerhet och de lagar som styr detta.

Vid upprättandet av nya Genomförandeplan eller revidering av befintliga planer kommer innehållet i dem att granskas så att syftet med planen uppnås. Hur och när kundens insatser ska genomföras ska klart framgå i dem. Planeras även att i syfte att öka förståelsen i vikten av en god genomförandeplan arbeta med att i personalgrupperna utifrån olika exemplar diskutera vad det är som gör vissa planer bättre än andra.

- Samverkan med andra utförare, biståndsenhet och primärvård behöver utvecklas

Verksamheten, som består av tre olika grupper Bergabuset, Norra och Södra, har team möten 1 ggr/månad där verksamhetsledare, demenssjuksköterska, arbetsterapeut, distriktsköterska och biståndshandläggare träffas och diskuterar en eller flera kunder. Vid ärenden av kund med särskilda behov och svårigheter, deltar även den utsedda kontaktpersonen från hemtjänsten.

Vid vårdplanering på sjukhus t.ex. Danderydssjukhus deltar ingen representant från verksamheten då vi inte har de ekonomiska förutsättningar och inte heller erhåller någon ersättning att delta vid vårdplaneringar.

Verksamhetsledaren har direkttelefon nr till primärvårdens distriktsköterska för att vid behov snabbt få kontakt med denne.

Kontakter med andra hemtjänstutförare sker alltid vid behov. Periodvis finns kontakt dagligen och i synnerhet när nattpersonal från Solgårdens hemtjänst har trygghetslarm eller utför tillsynsbesök nattetid och dagens insatser sker av annan utförare. Även möten som anordnas via kommunen centralt mellan olika utförare bidrar till att öka en naturlig samverkan.

Överlag anser verksamheten att samverkan mellan de olika uppräknade myndigheter/professioner har förbättrats avsevärt under det senaste året. Samverkan kan dock alltid förbättras. Närmare samarbete mellan biståndshandläggare och verksamheten när kund inte vill ha beviljade insatser gång efter annan eftertraktas.

- Kvalitetsledningssystem som uppfyller kraven i SOSFS 2011:9 måste tas fram och förankras i personalgruppen.

Ledningen är helt införstådd att ett godtagbart kvalitetsledningssystem för verksamheten saknas.

Rutiner finns, även om de måste revideras och aktualiseras i verksamheten.

I rutinerna ska även datum anges för när de ska följas upp och vem som bär ansvaret för uppföljningen. Verksamheten ska, med start hösten 2013, börja med att successivt revidera och att upprätta de rutiner som saknas. Arbetet ska ske i grupper med deltagare från personalen och verksamhetsledningen. Rutinerna ska därefter antas i den lokala SAM gruppen för att därefter implementeras hos all personal. Alla aktuella rutiner ska förvaras i systematisk arbetsmiljö pärmen (SAM). Respektive rutin ska kopplas till verksamhetens kvalitetsledningssystem där det klart ska framgå när och hur de ska följas upp och vem som ansvarar att det utförs. Enhetschefen har det

yttersta ansvaret att se till att detta genomförs. Tänket är också att verksamhetens kvalitetsledningssystem ska kunna kopplas till det övergripande kvalitetsledningssystemet för produktionsförvaltningen.

Arbetet har påbörjats med att en arbetsgrupp utsetts till att arbeta fram skriftliga rutiner för introduktion med checklista för hur och vilken information som ska ges till alla nyanställda eller vikarier. Arbetet ska även mynna i att båda parterna vid en introduktion ska med sin signatur bekräfta att de gett/erhållit den ifyllda informationen.

Genomgång och upprättandet av ett kvalitetsledningssystem beräknas vara klart under år 2015.

Undertecknad har börjat strukturera upp en långsiktig planering för att vidta olika kvalitets- och arbetsmiljöåtgärder och därmed nå en attraktiv verksamhet för både kund och personal samt en budget i balans. Dessa och åtgärder som omtalats i ovanstående handlingsplan beräknas vara färdigt innan utgången av år 2015.

Med vänlig hälsning



Ulla Fredriksson
Enhetschef Solgårdens hemtjänst
08- 540 816 79
Ulla.fredriksson@osteraker.se

Verksamhetsuppföljning av Hemtjänstkompaniet AB 2013

Sammanfattning

Verksamhetsuppföljningen genomfördes av extern utredare, inlånad från Vaxholms stad, under maj månad 2013.

Undertecknads bedömning är att Hemtjänstkompaniet AB i Österåker har brister i verksamhetens ledning och styrning vad gäller enhetschefens kompetens. Den person, vars högskoleutbildning och erfarenhet redovisats i auktorisationsansökan, finns inte i den dagliga ledningen av verksamheten. Rutiner, förhållningssätt, mål och värdegrund behöver implementeras i verksamheten. Den sociala dokumentationen kan utvecklas vad gäller genomförandeplanernas innehåll och fortlöpande journalanteckningar. *De kunder som intervjuades har i stort sett varit nöjda.*

Hemtjänstkompaniet ska senast 2013-06-07 redovisa hur bristerna i ledningsfunktionen kommer att åtgärdas.

Metod

Utgångspunkten för verksamhetsuppföljningen var

- gällande lagstiftning
- Vård-och omsorgsnämndens mål och kvalitetskriterier
- Vård-och omsorgsnämndens förfrågningsunderlag om LOV hemtjänst 2010-09-07
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Verksamhetsuppföljningen bestod av:

- Intervju med enhetschef
- Intervju med hemtjänstpersonal
- Kundintervju
- Dokumentationsgranskning

Strukturerade intervjuer har genomförts med enhetschef, personal och kunder. Inför chefsintervjun skickades frågeformulär ut för enhetschefen att besvara. Vid intervjun deltog även en biträdande verksamhetschef från hemtjänstkompaniets huvudkontor. Hemtjänstpersonalen intervjuades i grupp om tre personer. Deltagarna hade valts ut av ansvarig för Hemtjänstkompaniet. Fyra av kunderna svarade på såväl öppna som strukturerade frågor. Vid granskning av den sociala dokumentationen studerades fem slumpmässigt utvalda personakter i verksamhetssystemet Procapita.

Organisation

Hemtjänstkompaniet AB är ett privat hemtjänstbolag med auktorisation att utföra hemtjänst enligt biståndsbeslut åt kunder i Österåkers kommun. Verksamheten i Österåker startade i januari 2013 genom att Hemtjänstkompaniet AB förvärvade Carnovo Vård och Omsorg AB och övertog kundstock och personal. Kunder och personal beskriver att verksamheten haft

mycket svårigheter i början, det har varit rörigt med schemaläggning, nya rutiner men att det nu börjat ordna upp sig.

Antal kunder

Verksamheten hade vid uppföljningstillfället 61 kunder, varav 39 kvinnor och 22 män. 14 kunder hade enbart serviceinsatser, 47 kunder hade omvårdnadsinsatser och 30 kunder hade trygghetslarm. Trygghetslarmen sköts av hemtjänstgrupp i kommunens regi. Tre kunder hade annat modersmål än svenska, det var finska, indiska och franska. Alla tre kommunicerar obehindrat på svenska.

Verksamhetsinnehåll

Information om verksamheten

Hemtjänstkompaniets information om sin verksamhet finns på kommunens hemsida. Uppgifterna på deras egen hemsida är bristfälliga och har felaktiga kontaktuppgifter.

Mål för verksamheten

Hemtjänstkompaniets kvalitetsmål är att kunderna:

- Känner sig trygga och säkra
- Bibehåller värdighet och känner att deras integritet respekteras
- Får möjlighet att bibehålla sin självständighet så länge som möjligt
- Får möjlighet att bibehålla en god hälsa och uppnå välbefinnande
- Har möjlighet till inflytande på de insatser som ges

Målen förankras hos personalen på arbetsplatsträffar, vid utbildningstillfällen, morgonmöten och vid nyanställning. Förhållningssätt och bemötande i arbetet finns *inte* formulerat i skrift, men diskuteras ofta på samma sätt som målen. En halv utbildningsdag i år kommer att ägnas åt värdegrunden. Personalen är osäker på Vård- och omsorgsnämndens mål, men känner översiktligt till de lagar och förordningar som styr verksamheten. Enhetschefen håller sig uppdaterad genom utbildningsinsatser, via Internet och genom träffar med chefskollegor.

Trygghet och säkerhet

Samtliga kunder, utom några enstaka kunder som enbart har städning, har en kontaktman. Kontaktmännen ansvarar för tre kunder var och är "andre kontaktman" för två kunder. Skriftlig rutin för kontaktmännens uppgifter finns, men all personal känner inte till den. Verksamheten följer så långt som möjligt personalkontinuitet hos kunden. Kundernas synpunkter tas tillvara genom att personalen lyssnar och vidarebefordrar till enhetschef och samordnare. Rutiner finns för nyckelhantering, vad man ska göra om kunden inte öppnar när hemtjänst kommer, för hantering av kundens egna medel och för delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser. Primärvården följer upp delegeringarna en gång per år. Rutiner finns för att förebygga skador och olyckshändelser hos kunden, men all personal känner inte till detta. Personalen ska ha namnskylt och tjänstelegitimation, men bara en tredjedel av personalen har det enligt egen uppgift.

Delaktighet, integritet

Kontaktmannen ansvarar för upprättande av genomförandeplan. Kunden är med från början. Vid uppdateringar läser kunden igenom ändringarna och skriver under efter godkännande. De flesta kunderna har en aktuell genomförandeplan. Kunden kan till viss del påverka tidpunkt för insats och det finns flexibilitet inom tidsramen om kunden vill ha annan insats än den som planerats för dagen. Kunden informeras om eventuella förändringar, som t.ex. tidpunkt för besök, per telefon. Information till kunder med minnessvårigheter är individuellt

avpassad och finns i en pärm eller i ett veckoschema hos kunden. Hemtjänstpersonalen är tillgänglig/nåbar för kunder och anhöriga hela tiden, det går bra att ringa fram till kl.22.30 på jourtelefon, som en av personalen alltid har med sig och svarar i eller ringer tillbaka. Kunderna har information om hur man kan framföra synpunkter och klagomål.

Kundintervju

Fyra av kunderna intervjuades efter ett fastställt formulär. Det fanns också möjlighet för dem att med egna ord redogöra för sin uppfattning om Hemtjänstkompaniet. I stort sett var alla fyra kunderna mycket nöjda med hemtjänsten. Två kände inte till innehållet i sitt biståndsbeslut och kunde därför inte säga om hjälpen stämde överens med beslutet eller inte. Två kunder var nöjda med sitt biståndsbeslut och tyckte att hjälpen stämde överens med beslutet. Kunderna får hjälp av personal som de känner igen, även sommarvikarierna lär de känna. Personalen tar hänsyn till kundens dagsform och vanor, de kommer på avtalad tid och meddelar om tiden måste ändras. Personalen har ett gott bemötande och är lätta att komma i kontakt med. Kunderna är nöjda med arbetet som utförs och har förståelse för om det ibland blir bråttom för att en annan kund blivit sjuk. Personalen är flexibel om kunden vill ha en annan insats än den som planerats för dagen. Två kunder uttryckte att det varit rörigt i samband med ägarbyte, men att det blivit bättre sedan de sagt ifrån på skarpen att de vill ha bestämda tider och inte så många olika personer. En anhörig har hört av sig med negativ kritik gällande hur arbetet utförs eller inte utförs. Personalen beskrivs som ”snälla och vänliga, omtänksamma och medkännande”. En kund ansåg att Hemtjänstkompaniet ”ligger i framkant” och berömde företagets snabba och resoluta agerande i samband med en nyligen inträffad krissituation med vattenbrist.

Personal

Personalstat

	Årsarbetare	Antal personer
Undersköterska, usk / vårdbitråde, vbtr		12 25
Mentalskötare		2
Enhetschef	1	1
Assistent/samordnare	1	1
Totalt	18	49
Timanställda		20

Personalomsättning

Två personer har slutat sin anställning under det senaste året.

Sjukfrånvaro

1,5 %

Kompetens

Av personalen har 12 anställda undersköterskeutbildning, 2 anställda mentalskötareutbildning, 25 vårdbiträden, 1 är socionom, 2 har utbildning inom psykologi, 7 har annan social utbildning. All personal har tillräckliga kunskaper för att uttrycka sig muntligt och skriftligt på svenska språket. Av de tre anställda som deltog i gruppintervjun var en undersköterska och en mentalskötare. Alla hade lång erfarenhet av vårdarbete. Enhetschefen saknar föreskriven utbildningsgrad och går nu internutbildning.

I förfrågningsunderlaget under rubriken **2.8.2.5 Kompetens** anges att:

Ledningen för verksamheten, dvs. den person som utövar den dagliga ledningen av verksamheten och har det direkta ansvaret för personal, ekonomi och verksamhet ska ha:

- Dokumenterad relevant högskoleutbildning motsvarande minst 80-120 p enligt äldre studieordning eller 210 hp nuvarande högskoleutbildning
- Minst två års erfarenhet inom området och minst sex månaders erfarenhet av arbetsledning.
- Ingående kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd.
- Om den som ansvarar för den dagliga ledningen av hemtjänstverksamheten saknar den formella utbildning som anges ovan, förbehåller sig kommunen rätten att göra en bedömning av redovisad kompetens för ett eventuellt godkännande.

En chef på huvudkontoret har ovanstående kompetens. Denna chef är inte den person som utövar den dagliga ledningen av verksamheten och har det direkta ansvaret för personal, ekonomi och verksamhet. Denna chef fanns i alla fall inte på plats den dagen som undertecknad besökte verksamheten för att intervjua enhetschefen och inte heller svarat på utskickade intervjufrågor.

Kompetensutveckling

Kompetensutvecklingsplan finns för enheten. Efter medarbetarsamtal under hösten kommer individuella kompetensutvecklingsplaner för varje medarbetare utformas. Planerad kompetensutveckling under året är munhygien, hygien, ergonomi, kost, livsmedelshygien, stroke och andra neurologiska sjukdomar, demens, individuell vårdplanering och ledarskap. Då företaget är nytt sedan februari kan inte kompetensutveckling som bedrivits senaste året redovisas.

Introduktion av nyanställda

Kompetenskrav vid nyanställning är undersköterska eller vårdbiträde och erfarenhet av vård och omsorg. Skriftlig introduktionsplan finns och nyanställda går dubbelt med erfaren kollega i två dagar.

Samverkan

Skriftlig rutin för informationsöverföring mellan dag-, kvälls-, natt- och larmpersonal finns *inte*. Det finns inte heller avsatt tid för överrapportering. Det finns en rapportpärm att titta i och möjlighet att vid behov rapportera per telefon. Rutiner för informationsöverföring från hemtjänst vid inflyttning till särskilt boende finns *inte*, ibland tar personalen eget initiativ. Rutiner för informationsöverföring till akutsjukvården finns *inte*, men personalen vet vad de ska göra. Överlämning av beställning från biståndshandläggaren sker via verksamhetssystemet Procapita och kompletteras med information per telefon. Informationen i beställningen är tillräcklig och samarbetet med biståndsenheten är mycket gott. Enhetschefen tar emot beställningen och informerar personalen vid morgonmötet. Personalen tycker att de får tillräcklig information om nya kunder om de är där just den dagen. Samverkan med primärvården fungerar bra, men skiljer sig lite mellan de olika mottagningarna. Samverkan med ASIH (avancerad sjukvård i hemmet) har inte varit aktuellt särskilt ofta.

Social dokumentation

Skriftliga rutiner för social dokumentation finns. Dokumentationen förvaras i verksamhetssystemet Procapita och i kundmappar i låst arkivskåp. Enhetschef och samordnare besöker nya kunder och planerar insatserna. De flesta kunderna har en aktuell genomförandeplan. Kontaktmannen ansvarar tillsammans med enhetschefen för upprättandet

av planen. Insatserna följs upp av kontaktman eller enhetschef. Personalen uppger att de skriver daganteckningar för hand och att dessa sedan förs in i Procapita av enhetschefen. För undertecknad är det oklart vem som ansvarar för vad och hur dokumentationen sker i praktiken.

Dokumentationsgranskning

Fem slumpmässigt utvalda personakter i Procapita granskades. Av dessa fem hade fyra en genomförandeplan. Ingen av planerna var upprättade inom föreskriven tid, 4 veckor. Alla planerna var ofullständiga, då mål för en eller flera insatser saknades, uppgift om tid för uppföljning och vilka som deltagit i upprättandet saknades också. Daganteckningar saknades i alla akter utom en som även innehöll en för ärendet irrelevant kommunikation mellan personal.

Systematiskt kvalitetsarbete

Hemtjänstkompaniet har ett fullgott kvalitetsledningssystem som uppfyller kraven i SOSFS 2011:9 Skriftliga rutiner finns för rapportering och hantering av fel och brister, Lex Sarah, och synpunkter och klagomål. Beskrivning av hur enheten ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt hur dessa uppgifter är fördelade i verksamheten finns. Hur egenkontroll, utredning av avvikelser, personalens medverkan i kvalitetsarbetet är organiserat finns också beskrivet i ledningssystemet. Personalen anser att de får dålig återkoppling från ledningen på avvikelserapportering.



Margot Franzén
Utredare

ÅTGÄRDSPLAN

Österåker genomförde en granskning under maj månad 2013. I rapport från granskaren framkom vissa frågetecken som 1:a Hemtjänstkompaniet Carnovo AB besvarar i denna rapport.

Tydliggör mål

Tydliggöra Hemtjänstkompaniets mål ytterligare, de bygger på tre hörnstenar, kundnöjdhet, medarbetarnöjdhet och effektivitet

- Kundnöjdheten är enligt rapporten bra vilket glädjer oss, det är det viktigaste för Hemtjänstkompaniet. Egen kundundersökning görs till hösten för att bekräfta nuläge hos kunderna.

Vår kund & kvalitets mål är att följande:

Vision 2016

Hemtjänstkompaniet, ett privat företag i samhällets tjänst, ger medborgarna upplevelsen av den bästa samhällsservicen genom branschens mest engagerade och drivna medarbetare

Överordnat mål

Vi ska alltid säkerställa en god leverans & kvalitet i de verksamheter vi bedriver samt vara stolta över det vi gör, vilket är överordnat kortsiktiga ekonomiska avkastningsmål

Värdegrund

- **Respekt-** Vi respekterar varje individs styrkor och möjligheter och uppskattar olika människor.
 - **Öppenhet-** Vi lovar transparens, insyn och är öppna i allt vi gör.
 - **Leverans-** Vi genomför det vi lovar, är tydliga med vad vi erbjuder och vi levererar högklassig service.
-
- Medarbetarnöjdhet är mycket god enligt senaste rapport. 78% av medarbetarna är mycket nöjda med sin arbetssituation
 - Effektivitet, ligger på över 75% vilket är en förutsättning för ekonomisk stabilitet och utveckling.

Målen kommer kommuniceras och förankras genom:

- gås igenom vid vad varje APT
- sannolikt via anslagstavla.

- Genmgång vid nyanställning
- Uppföljning sker månadsvis för att säkerställa att verksamheten är i rätt riktning genom nyckeltal.

Daglig ledning

Den person som finns enligt auktorisationsansökan finns i den dagliga ledningen i verksamheten. Pär Falk har det direkta ansvaret för personal, ekonomi samt verksamhet och är verksamhetschef och vd för bolaget. Bolaget 1:a Hemtjänstkompaniet Carnovo AB driver ingen annan verksamhet än hemtjänst i Österåker. Verksamhetsledare Sophia Rubin & samordnaren Anette Fridh, har dessutom daglig kontakt med ledningen inom Hemtjänstkompaniet via möten, email, telefon. Pär Falk har både erforderlig högskoleutbildning och mer än 2 års erfarenhet av arbetet.

Hemtjänstkompaniet uppfyller vid ansökningstillfället såsom idag kraven på utbildning avseende daglig ledare. HK beklagar att vi inte angett Sophia Rubin som biträde till Pär Falk utan att gamla uppgifter kvarstår.

För att vi ska bli ännu bättre i vår ledning går Sophia Rubin utbildningsprogrammet, ledarutbildning inom hemtjänst som pågår över ett år och innehåller 15 heldagar. Detta för att fördjupa kunskaperna inom t.ex. socialstyrelsens rekommendationer, Hemtjänstkompaniets interna riktlinjer samt generell ledarutbildning.

Namnskyltar och arbetskläder

Vår uppfattning kvalificerad majoritet har och använder ID bricka & arbetskläder. Alla anställda har fått detta och har tydliga instruktioner att använda detta. Vi kommer skriva avvikelser om detta inte sker för att tydliggöra att det är ett krav från oss.

Integration av riktlinjer och policy

Vi kommer löpande utbilda alla medarbetare om var riktlinjer och policys finns och highlighta en åt gången vid varje arbetsplatsträff och direkt varje morgon dagen efter om något inte fungerat i verksamheten.

Arbetsmiljö

Skyddsombud nyligen utsett. Arbetsledning och skyddsombud ska gå utbildning i arbetsmiljö efter sommaren.

Social dokumentation

Samtliga omsorgsrapporter (HKs genomförande plan) har skrivits ut och skickats till kund för godkännande. Den 31 maj har över hälften kommit tillbaka signerade av kund. Resterande förväntas in under juni månad. Dessa ska därefter skickas över till kommunen för uppdatering i Pro capita. Exempel Bilaga 1

Efter övertagande från tidigare ägare håller rättning på att ske under våren. Vissa av dessa rättningar kanske inte har kommit in i pro capita då underlagen finns hos handläggaren hos kommunen.

Rutin sedan HK tagit över verksamheten är att omsorgsrapport vid ny kund ska skrivas under av kund och därefter skickas till kommunen inom 4 veckor för registrering.

Avvikelser

HK uppmuntrar medarbetare & kunder att skriva avvikelser och har en drive för att uppmuntra fler att skriva avvikelser och att chefer utreder avvikelser. Vi ger både morot och piska om avvikelser sköts.

Vi har frågat vad det är för avvikelser som medarbetare inte fått återkoppling på och inte kunnat identifiera några. Tar tacksamt emot exempel från kommunens granskningen då vi ser mycket allvarligt på om det är några obesvarade avvikelser.

Österåker 2014-06-05


Pär Falk
Verksamhetschef


Sophia Rubin
Verksamhetsledare

Verksamhetsuppföljning av Olivia Hemtjänst AB 2013

Sammanfattning

Verksamhetsuppföljningen genomfördes av extern utredare, inlånad från Vaxholms stad, under maj månad 2013.

Undertecknads bedömning är att Olivia Hemtjänst AB är en mycket välfungerande verksamhet. Kunderna får den omsorg och service de är beviljade och ger genomgående uttryck för en mycket hög kundnöjdhet. Verksamheten ger ett mycket välorganiserat intryck. Personalen visar arbetsglädje och tillfredsställelse över ett meningsfullt arbete. Den sociala dokumentationen är i stort sett bra, men kan utvecklas ytterligare så att alla genomförandeplanerna är fullständiga och upprättade inom föreskriven tid. Rutiner för sekretess gentemot annan huvudman saknas. Företaget har ett fullgott kvalitetsledningssystem.

Vård-och omsorgsnämnden förväntar sig att det av Olivia Hemtjänst kommande årsberättelse framgår hur man arbetat med utveckling av den sociala dokumentationen och sekretessfrågor.

Metod

Utgångspunkten för verksamhetsuppföljningen var

- gällande lagstiftning
- Vård-och omsorgsnämndens mål och kvalitetskriterier
- Vård-och omsorgsnämndens förfrågningsunderlag om LOV hemtjänst 2010-09-07
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Verksamhetsuppföljningen bestod av:

- Intervju med enhetschef
- Intervju med omvårdnadspersonal
- Kundintervju
- Dokumentationsgranskning

Strukturerade intervjuer har genomförts med enhetschef, personal och kunder.

Inför chefsintervjun skickades frågeformulär ut för enhetschefen att besvara. Hemtjänstpersonalen intervjuades i grupp om fyra personer. Deltagarna hade valts ut av ansvarig för Olivia Hemtjänst. Fyra av kunderna svarade på såväl öppna som strukturerade frågor. Vid granskning av den sociala dokumentationen studerades fem slumpmässigt utvalda personakter i verksamhetssystemet Procapita.

Organisation

Olivia Hemtjänst AB är ett privat hemtjänstbolag med auktorisation att utföra hemtjänst enligt biståndsbeslut åt kunder i Österåkers kommun och erbjuder hemtjänst på Österåkers fastland.

Personalen är fördelad i tre grupper. En grupp arbetar dagtid måndag till fredag. En grupp arbetar kvällstid och en grupp arbetar helger. Verksamheten har expanderat, beställd tid har utökats med 1000 hemtjänsttimmar under de senaste två månaderna.

Antal kunder

Olivia hade vid uppföljningstillfället 131 kunder, 88 kvinnor och 43 män. 21 kunder har annan etnisk bakgrund än svensk. Aktuella språkgrupper är finska, franska, spanska, arabiska, sorani, persiska, ryska, polska, grekiska. 7 kunder som talar arabiska, finska och sorani kan inte kommunicera på svenska och har därför anhöriganställda.

Verksamhetsinnehåll

Information om verksamheten

Information om verksamheten finns på kommunens hemsida med länk till egen hemsida.

Mål för verksamheten

- Olivias mål är att ha nöjda kunder och anhöriga.

Målen förankras hos personalen vid arbetsplatsträffar, utvecklingssamtal och planeringsdagar. Förhållningssätt och bemötande i arbetet finns formulerat skriftligt och återfinns i en rutinpärm. Personalen känner översiktligt till den lagstiftning som gäller kommunens vård och omsorg, men känner inte till Vård- och omsorgsnämndens mål. De kan tänka sig ungefär vad det är och drar paralleller till socialtjänstlagen.

Trygghet och säkerhet

Samtliga kunder har en kontaktman. Kontaktmännen ansvarar för mellan två och åtta kunder var beroende på hur omfattande varje personärende är. Det finns en skriftlig beskrivning om vad kontaktmannens uppgift innebär. Kontaktmannen är den som står kunden närmast och ansvarar för att kunden får beviljade insatser och att hjälpen fungerar även när kontaktmannen är ledig. Genomförandeplanen är ett viktigt dokument för att tillförsäkra kunden rätt omsorg och upprättas av kontaktmannen och kunden tillsammans. Kontaktmannen är en länk till övrig personal och anhöriga och bistår kunden med att boka tider, följa med till läkarbesök etc. Verksamheten följer personkontinuitet hos kunden vilket många gånger medför långvariga, bärande personliga relationer och en god kontakt. Kundens synpunkter tas tillvara genom att man alltid är lyhörd för kundens önskemål samt att kunden och eller anhörig är delaktig vid upprättandet av genomförandeplanen. Rutiner finns för att förebygga skador/olyckshändelser hos kunden, vad man ska göra om kunden inte öppnar, för hantering av kundens egna medel samt för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. Distriktssköterskorna följer upp delegeringarna efter påminnelse från enhetschefen, som håller ordning på detta. Enhetschefen menar att samverkan med tre husläkarmottagningar plus en separat mottagning för jourtid komplicerar delegeringsförfarandet. Personalen har namnskylt och tjänstelegitimation.

Delaktighet, integritet

Kunden har stort inflytande över insatsernas utformning och är delaktig vid upprättandet av genomförandeplanen. Kunden kan påverka tidpunkt och dag för insatserna och personalen är flexibel om kunden vill ha något annat än det som planerats för dagen utfört. En förutsättning är förstås att tillräckligt med tid finns. Kunden informeras om eventuella förändringar, t.ex. ändrad tid genom att personal eller samordnare ringer upp. Tidspassningen är +/- 15 minuter och ändringar i tiden är sällan förekommande. Kunderna vet hur de ska göra för att framföra synpunkter och klagomål. Personalen är lätt tillgänglig/nåbar för kunder och anhöriga via

telefon, mail och kontor. Information till kund som har minnessvårigheter är individuellt anpassad och upprepas kontinuerligt.

Kundintervju

Fyra slumpmässigt utvalda kunder intervjuades efter ett fastställt formulär. Det fanns också möjlighet för kunderna att med egna ord redogöra för sin uppfattning om Olivia Hemtjänst. Samtliga intervjuade kunder var mycket nöjda med hemtjänsten. De var nöjda med sitt biståndsbeslut och tyckte den utförda hjälpen stämde överens med beslutet vad som stod i beslutet. Kunderna får hjälp av personal som de känner igen, det är nästan alltid samma personal som kommer. Personalen tar hänsyn till kundens dagsform och vanor, de kommer alltid på avtalad tid och meddelar om tiden i undantagsfall måste ändras. Personalen har ett gott bemötande och är lätt att komma i kontakt med. En kund var inte helt nöjd med bemötande och tidpassning under helgerna, men hade fått rättelse efter skriftligt klagomål. Personalen beskrivs som trevliga, hjälpsamma och alltid glada, "det är goa flickor". De intervjuade kunderna var, med något undantag, mycket nöjda med arbetet som utförs och känner stort förtroende för personalen, som är flexibla om kunden vill ha en annan insats än den som planerats för dagen.

Personal

Personalstat

	Årsarbetare	Antal personer
Hemtjänstassistent	49	86
Enhetschef	1	1
Biträdande enhetschef	1	1
Administratör	1	1
Planerare	1	1
Timanställda		64

Arbetet är organiserat så att de flesta anställda arbetar dagtid måndag till fredag. En grupp arbetar bara kvällar och en grupp bara veckoslut/helger. Med den schemalaggnen säkras personalkontinuiteten hos kunden, det är nästan alltid samma person som kommer, kund och personal lär känna varandra väl. Personalen kan välja att arbeta på tider som passar deras sociala situation. De som arbetar dagtid får en kontinuitet i sitt privatliv och har möjlighet till regelbundna sociala aktiviteter. Kvälls- och helgpersonalen kanske på så vis löser sin barn tillsyn, studerar eller extraknacker. Det blir många deltid med varierande sysselsättningsgrad, men inte problem med ofrivillig deltidanställning. Konceptet är generellt för alla Oliviaföretagen och bidrar till att personal söker sig just till Olivia. Schemalagd arbetstid med kvällar, helger och nätter är ett välkänt rekryteringsproblem inom vård och omsorg.

Personalomsättning

En ordinarie anställd och ca 20 vikarier har slutat under senaste året.

Sjukfrånvaro

Korttidsfrånvaro var 5,4 % och långtidsfrånvaro 1,34 % under 2012.

Kompetens

Olivia använder tjänstetiteln hemtjänstassistent för hemtjänstpersonalen. Kompetenskravet vid tillsvidareanställning är undersköterska. 43 anställda har undersköterskekompetens, 5

anställda är vårdbiträden. 19 personer har annan social- eller vårdutbildning såsom sjukgymnast, förskolelärare, fritidspedagog, barnskötare, arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska, socionom, personlig assistent. Bland deltidsanställda och vikarier återfinns yrkesgrupper såsom kock, lärare, jurist samt studerande inom olika områden och på olika nivåer. 39 personer saknar social- eller vårdutbildning, men har annan personlig lämplighet. Enhetschefen har fyra års chefserfarenhet inom vård och omsorg och utbildning inom ledarskap och handledning, dock inte de föreskrivna högskolepoängen, men har ändå godkänts i samband med auktorisationen. Biträdande enhetschef är socionom. Ytterligare en biträdande enhetschef med socionomexamen kommer att anställas inom kort. All personal har tillräckliga kunskaper för att kommunicera och dokumentera på svenska språket. Av de fyra anställda som deltog i gruppintervjun var två undersköterskor och en under utbildning, en saknade formell vårdutbildning. De hade erfarenhet av vård och omsorgsarbete i mellan två och sju år. För timanställda är kompetenskravet god svenska i tal och skrift och körkort och personlig lämplighet.

Kompetensutveckling

Kompetensutvecklingsplan finns för enheten och på individnivå. Kompetensutveckling som bedrivits det senaste året är kontaktmannaskap, ergonomi, dokumentationsutbildning samt Demens ABC. Detta kommer att fortsätta under året, samt medarbetarutbildning vilket innebär genomgång av Olivias mål, värdegrund, förhållningssätt, rutiner mm.

Introduktion av nyanställda

Nyanställda går tillsammans med ordinarie personal två dagar eller mer efter individuell bedömning. En checklista används för att få med den information som behövs för att ge en så bra introduktion som möjligt.

Samverkan

Skriftliga rutiner finns för informationsöverföring mellan, dag-, kvälls- och nattpersonal, samt larmpersonal. Informationsöverföring mellan biståndsenheten och hemtjänst sker via verksamhetssystemet Procapita, telefon och möten. Samverkan med biståndsenheten är bra. Beställning sker via Procapita och i de flesta fall ringer biståndshandläggare innan och lämnar muntlig information om förändring eller ny kund. Informationen i beställningen är tillräckligt utförlig. Skriftliga rutiner finns för informationsöverföring från hemtjänsten till särskilt boende vid inflyttning av ny kund, samt för informationsöverföring till akutsjukvården. Samarbetet med primärvården och ASIH (avancerad sjukvård i hemmet) fungerar bra. Man har regelbundna månadsmöten samt kontakt via mejl och telefon. Rutiner för inhämtande av kundens samtycke till informationsutbyte med annan huvudman saknas men kommer att upprättas.

Social dokumentation

Skriftliga rutiner för social dokumentation finns. Dokumentationen finns i Procapita och i låst arkivskåp. Ett projekt för tidsregistrering och inrapportering till Procapita via mobiltelefon i systemet Intraphone pågår. Biträdande enhetschef tar emot beställning från biståndshandläggare och informerar personalen på dagliga morgonmöten. Kontaktpersonen ansvarar för att genomförandeplan upprättas tillsammans med kund/anhörig. Biträdande enhetschef ansvarar för att regelbundna uppföljningar av insatserna sker. Avvikelser från genomförandeplanen dokumenteras i Procapita. Vid uppföljningstillfället saknade 48 kunder aktuell genomförandeplan.

Dokumentationsgranskning

Fem slumpmässigt utvalda personakter i Procapita granskades. Av dessa fem hade fyra en aktuell genomförandeplan. Endast en av planerna var upprättad inom föreskriven tid, fyra veckor. Genomförandeplanerna var med ett undantag utan anmärkning. I en genomförandeplan saknades mål för en insats och beskrivning för hur och när denna insats skulle genomföras. Relevanta daganteckningar fanns i tre av akterna.

Systematiskt kvalitetsarbete

Olivia Hemtjänst AB har ett fullgott kvalitetsledningssystem som uppfyller kraven i SOSFS 2011:9 Skriftliga rutiner finns för rapportering och hantering av fel och brister, Lex Sarah, och synpunkter och klagomål. Beskrivning av hur enheten ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt hur dessa uppgifter är fördelade i verksamheten finns. Hur egenkontroll, utredning av avvikelser, personalens medverkan i kvalitetsarbetet är organiserat finns också beskrivet i ledningssystemet. Personalen är insatt i kvalitetsledningssystemet, känner till rutinerna och anser att de får återkoppling från arbetsledningen på inlämnade rapporter.



Margot Franzén
Utredare