

Handläggare
Lena Söderman

Datum
2016-02-25

Diarienummer
ALN-2015-0164

Äldrenämnden

Avtalsuppföljning vid Glimmervägen vård- och omsorgsboende

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktandet av resultatet lägga rapporten till handlingarna.

Ärendet

Äldreförvaltningen har genomfört en avtalsuppföljning vid Glimmervägen vård- och omsorgsboende den 4 november 2015. Avtalsuppföljningen visade att det förelåg brister och förbättringsområden inom sju av åtta fokusområden. Förvaltningen begärde in redogörelse genom att efterfråga handlingsplan inom följande områden:

- Verksamhet, organisation – Bemanning
- Kompetens och utbildning
- Kost och måltider
- Aktiv och meningsfull tillvaro. Aktiviteter
- Hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering och funktionsuppehållande arbetssätt
- Informationsöverföring och dokumentation
- Avvikelsehantering och klagomålshantering

Handlingsplanen inkom den 10 februari. Förvaltningen begärde in förtydligande och kompletteringar av handlingsplanen, svaret inkom den 23 februari. Svaren bedömdes som tillfredsställande. Äldreförvaltningen ser nu ärendet som avslutat.

Äldreförvaltningen

Gunn-Henny Dahl
Direktör

Bilagor

Bilaga 1: Rapport från avtalsuppföljning

Bilaga 2: Godkänd handlingsplan från utföraren

Handläggare
Lena Söderman

Datum
2016-01-25

Diarienummer
ALN-2015-0164

Avtalsuppföljning vid Glimmervägen, vård- och omsorgsboende

Utförare och enhet	Ansvar och Omsorg AB. Glimmervägen
Typ av verksamhet	Vård- och omsorgsboende
Totalt antal	50 lägenheter
Adress	Glimmervägen 3
Verksamhetschef	Kattia Cardoso
Telefon och e-postadress	Tel: 018- 430 09 50, kattia.cardoso@ansvarochomsorg.se
Avtalsbeteckning	ALN-2012-0199
Avtalstid	2013-10-18 – 2016-10-17 + ev. tre år
Datum för uppföljning	2015-11-04
Uppföljning utförd av	Lena Söderman och Ana Perez
Medverkande från utförare	Liselott Löfgren, Eva Agö och Kattia Cardoso samt representanter från omvårdnadspersonal och legitimerad personal.

Sammanfattning

Resultat

Äldreförvaltningen har genomfört en planerad avtalsuppföljning på vård- och omsorgsboendet Glimmervägen som sedan oktober 2013 drivs av Ansvar och Omsorg AB (A&O). Syftet med uppföljningen är att kontrollera om utföraren uppfyller villkoren i avtalet.

Nedanstående områden har varit fokusområden i den nu genomförda uppföljningen.

Förvaltningens slutsatser sammanfattas i nedanstående punkter. För ytterligare kommentarer se respektive område i rapporten.

Verksamhet, organisation - Bemanning

- Förvaltningen konstaterar att verksamheten uppfyller krav i avtal avseende utbildning och erfarenhet för verksamhetschef.
- Förvaltningen konstaterar att bemanning finns dygnet runt i sådan omfattning att krav i avtal är uppfyllda.
- Förvaltningen konstaterar att det saknas värdegrundsledare i verksamheten. Det finns en otydlig beskrivning av ett pågående värdegrundsarbete. Förvaltningen begär i handlingsplan en beskrivning av pågående värdegrundsarbetet och hur implementering sker hos medarbetarna.
- Förvaltningen konstaterar under intervjuerna med de olika personalgrupperna att det saknas samverkan mellan de olika yrkeskategorierna och ser därför som ett viktigt förbättringsområde att utveckla teamsamverkan.

Kompetens och utbildning

- Förvaltningen konstaterar att det saknas systematisk omvärldsbevakning. Förvaltningen ser som ett förbättringsområde för verksamheten att förtydliga och utveckla detta, så att vård och omsorg även fortsättningsvis under avtalsperioden bedrivs enligt vetenskap, beprövad erfarenhet och evidens.
- Förvaltningen noterar att verksamheten har många vikarier och ser ett förbättringsområde i hur vikarier introduceras och ges delaktighet för att säkerställa god och säker vård.

Kontaktmannaskap, brukarråd och närståendesamverkan

- Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller krav i avtal gällande kontaktmannaskap, brukarråd och närståendesamverkan. Verksamheten har ett pågående förbättringsarbete för kontaktmannaskapet.

Kost och måltider

Förvaltningen konstaterar att äldrenämndens riktlinjer för mat, måltider och nutrition är kända hos personal men efterföljs inte avseende utförarens ansvar för kvalitetssäkrad nutrition.

- Förvaltningen noterar att problem med viktnedgångar nu vänt men konstaterar samtidigt brister med kvalitetssäkring av de boendes näringsstatus genom att inte använda något evidensbaserat bedömningsinstrument för området. Hur verksamheten ska nå avtalsuppfyllelse i området ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

Aktiv och meningsfull tillvaro. Aktiviteter

- Förvaltningen noterar pågående förbättringsområde gällande aktiviteter och utevistelse till exempel, skapande av ett spa i verksamheten och personalen har motiverande samtal med de boende för att öka intresset hos de boende att komma ut i större omfattning.
- Förvaltningen konstaterar att verksamheten delvis uppfyller krav i avtal men konstaterar att kulturombud inte finns i verksamheten. Hur verksamheten ska nå avtalsuppfyllelse ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

Hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering och funktionsuppehållande arbetssätt

Förvaltningen bedömer att verksamheten delvis uppfyller krav i avtal, men konstaterar bristande följsamhet till äldrenämndens övergripande styrdokument för hälso- och sjukvård i Uppsala kommun.

- Verksamheten registrerar inte aktivt i kvalitetsregistret Senior Alert, palliativregistret och registret för BPSD. Förvaltningen begär i handlingsplan en beskrivning av åtgärder och implementering av dessa för att säkerställa uppfyllelse av krav i avtal.
- Förvaltningen konstaterar, brist i följsamhet till ordination och instruktion av insatser som legitimerad personal har ordinerat och arbetsfördelat.
- Avsaknad av hygienombud okunskap om egenkontroller.
- Riktlinjer och rutiner för vård i livets slutskede inte är kända av legitimerad personal.

Förvaltningen begär i handlingsplan en beskrivning av åtgärder till nämnda brister för att säkerställa uppfyllelse av krav i avtal.

MAS/MAR utförde en kvalitetsuppföljning i verksamheten den 3 november 2015 (ALN-2015-0105).

Sammanfattningen från den rapporten visar att verksamheten har haft stor omsättning av chefer och legitimerad personal och en del ordinarie har varit sjukskrivna. Det har bidragit till att kontinuitet och förutsättningar för teamarbete inte funnits. Det har även orsakat att de planer som fanns i mars 2015 inom identifierade förbättringsområden inte kunnat genomföras. Genomgående uppgavs att omvårdnadspersonalen inte följer instruktioner och ordinationer som ges av legitimerad personal vilket innebär stora patientsäkerhetsrisker.

Avvikelsehanteringen och återkoppling till personalen har inte fungerat och det finns en bristande följsamhet till hälso- och sjukvårdens riktlinjer. Egenkontroller och registreringar i kvalitetsregister är inte genomförda enligt plan och bland annat har inte journal- och loggranskning genomförts.

Verksamhetschefen ansvarar för att handlingsplan upprättas och att identifierade brister och kvalitetsområden åtgärdas.

Informationsöverföring och dokumentation

- Förvaltningen bedömer att verksamheten delvis uppfyller krav i avtal. Brister har konstaterats avseende egenkontroller.

Avvikelsehantering och klagomålshantering

- Förvaltningen konstaterar brister i hur verksamheten arbetar med synpunkter och klagomål. Både omvårdnadspersonalen och den legitimerade personalen saknar systematiskt kvalitetsarbete gällande avvikelser och återkoppling.

Förvaltningen begär i handlingsplan en beskrivning av åtgärder för att säkerställa uppfyllelse av krav i avtal.

Krav på åtgärder

- Förvaltningen begär att A&O senast 2016-02-09 återkommer med en handlingsplan om hur konstaterade brister ska åtgärdas samt tidplan för detta.

Innehåll

Verksamhet, organisation - Bemanning	2
KOMPETENS OCH UTBILDNING.....	2
KONTAKTMANNASKAP, BRUKARRÅD OCH NÄRSTÅENDESAMVERKAN	2
KOST OCH MÅLTIDER	2
AKTIV OCH MENINGSFULL TILLVARO. AKTIVITETER	3
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD INKLUSIVE REHABILITERING OCH FUNKTIONSUPPEHÅLLANDE ARBETSSÄTT	3
INFORMATIONSOVERFÖRING OCH DOKUMENTATION	3
AVVIKELSEHANTERING OCH KLAGOMÅLSHANTERING	3
1 INLEDNING	6
1.1 BAKGRUND TILL UPPFÖLJNINGEN	6
1.2 SYFTE OCH AVGRÄNSNINGAR	6
1.3 METOD	6
2 FÖRVALTNINGENS IAKTTAGELSER, KOMMENTARER OCH SLUTSATSER	6
2.1 VERKSAMHET, ORGANISATION - BEMANNING	6
2.1.1 Iakttagelse.....	7
2.1.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser	7
2.2 KOMPETENS OCH UTBILDNING	8
2.2.1 Iakttagelser	8
2.2.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser	8
2.3 KONTAKTMANNASKAP, BRUKARRÅD OCH NÄRSTÅENDESAMVERKAN	9
2.3.1 Iakttagelser	9
2.3.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser	9
2.4 KOST OCH MÅLTIDER.....	9
2.4.1 Iakttagelser	9
2.4.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser	10
2.5 AKTIV OCH MENINGSFULL TILLVARO. AKTIVITETER	10
2.5.1 Iakttagelser	10
2.5.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser	11
2.6 HÄLSO- OCH SJUKVÅRD INKLUSIVE REHABILITERING OCH FUNKTIONSUPPEHÅLLANDE ARBETSSÄTT	11
2.6.1 Iakttagelser	12
2.6.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser	12
2.7 INFORMATIONSOVERFÖRING OCH DOKUMENTATION	13
2.7.1 Iakttagelser	13
2.7.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser	13
2.8 AVVIKELSEHANTERING OCH KLAGOMÅLSHANTERING.....	13
2.8.1 Iakttagelser	13
2.8.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser	14
3 FÖRVALTNINGENS KRAV PÅ ÅTGÄRDER.....	14

1 Inledning

1.1 Bakgrund till uppföljningen

Enligt äldrenämndens uppföljningsplan, beslutad 2010-03-31 ska äldreförvaltningens uppföljningsarbete säkerställa att beställande part, äldrenämnden, erhåller det resultat som förväntas utifrån tecknade avtal.

1.2 Syfte och avgränsningar

Syftet med nämndens samlade uppföljning är att:

- Kontrollera avtalsuppfyllelse, och därmed kvaliteten i beställd verksamhet.
- Bidra till verksamhetsutveckling och kvalitetssäkring.
- Säkerställa att utveckling sker i enlighet med politiska beslut och viljeinriktningar.
- Säkerställa att den enskilde som beviljats insatser får dessa verkställda i enlighet med beslut och till förväntad kvalitet.

Resultatet av uppföljningen grundas på den information som framkommit vid samtal med de intervjuade och granskning av delar i verksamhetens kvalitetssystem. Äldreförvaltningen har utöver detta tagit kontakt med berörda avdelningar inom förvaltningen för att ta del av deras erfarenheter, synpunkter samt rapport från kvalitetsuppföljning av patientsäkerhet som genomfördes av MAS/MAR(ALN-2015-0105). Förvaltningens bedömning utgår således från den information som lämnats vid intervjutillfället och som återfinns i granskade dokument.

Förvaltningen har fokuserat på valda ska-krav men förutsätter att verksamheten följer samtliga krav i avtalet.

1.3 Metod

Uppföljningen genomfördes i form av intervjuer med verksamhetschef, legitimerad personal och omvårdnadspersonal på boendet. Vid intervjun med ledningen deltog även områdeschef och kvalitetschef. Uppföljningen genomfördes genom besök på boendet och intervjuer som hölls den 4 november 2015. Granskning har skett genom utvalda dokument. Från äldreförvaltningen deltog uppdragsstrategerna Lena Söderman och Ana Perez.

2 Förvaltningens iakttagelser, kommentarer och slutsatser

2.1 Verksamhet, organisation - Bemanning

I förfrågningsunderlag framgår

- ska ha ingående kunskap om och bedriva verksamhet enligt en dokumenterad värdegrund som överensstämmer med äldrenämndens värdegrund för vård och omsorg
- bemanning ska finnas dygnet runt i sådan omfattning att kvaliteten säkerställs i överensstämmelse med lagar, författningar och uppdraget, så att den enskildes behov av hälso- och sjukvård, omsorg, rehabilitering och stöd säkerställs
- enhet för personer med demenssjukdom ska ha personal på plats hela dygnet och minst två personer under dag- och kvällstid
- på omvårdnadsavdelningarna ska samma bemanningstäthet finnas under veckans alla dagar

- ska ha verksamhetschef enl. HSL o SOSFS 1997: 8. Stationerad ansvarig chef ska ha relevant utbildning på högskolenivå 80 HP eller Bolognaavtalet 120 p, samt minst två års erfarenhet av arbete inom området
- verksamhetschefen ska ha minst tre års dokumenterad erfarenhet av arbetsledande anställning
- ansvarig chef ska finnas på boendet mån-fre minst 6 timmar/dag
- namngivnen ersättare ska finnas för den ansvarige chefen för enheten om denne är borta mer än en vecka från verksamheten

2.1.1 Iakttagelse

Äldrenämndens värdegrund är känd hos alla intervjuade framkommer vid intervjutillfället.

Verksamhetschefen (VC) har nyligen börjat sitt uppdrag. I dag finns 40 medarbetare anställda.

Enligt ledningen finns värdegrundsdiskussioner med som stående punkt vid APT.

Ledningen berättar med stolthet att företaget har rätt personaltänk och vill satsa på utbildning och kompetensutveckling hos medarbetarna De informerar om satsningen att anställa personal som städar så att omvårdnadspersonalen kan ägna mer tid till de boende på Glimmervägen.

Ledningen bedömer att den grundbemanning som finns täcker de krav som avtalet säger. Om det finns behov av extrapersonal så sätts det in. Kända vakanser ersätts. Korrtidsfrånvaron hos personal är stor.

Omvårdnadspersonalen vill lyfta fram känslan av stolthet över det förbättringsarbete som pågår och att det blivit mer stabilt i personalgruppen. Värdegrundsledare ska finnas på varje plan, just nu finns inte någon men nya ska väljas berättar omvårdnadspersonalen. De upplever att det klarar sitt arbete med nuvarande bemanning men berättar också hur svårt det är när det är många vikarier bland annat då flera inte har medicindelegeringar. Vikten av bra introduktion för vikarier lyfts fram för att arbetet ska fungera.

Något aktivt värdegrundsarbete pågår inte berättar de legitimerade. Den legitimerade personalen kan vi intervjutillfället inte lyfta fram verksamhetens styrkor.

2.1.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Äldreförvaltningen noterar den vilja till förändring som ledningen har. Omvårdnadspersonalen upplever att det pågår en positiv förändring. Det har frigjorts mer tid till de boende för omvårdnadspersonalen genom att personal med ansvar för städning och aktiviteter har anställts.

Förvaltningen konstaterar att verksamheten uppfyller krav i avtal avseende utbildning och erfarenhet för VC.

Förvaltningen konstaterar att bemanning finns dygnet runt i sådan omfattning att krav i avtal är uppfyllda.

Förvaltningen konstaterar att det saknas värdegrundsledare i verksamheten. Det finns en otydlig beskrivning av ett pågående värdegrundsarbetet. Förvaltningen begär i handlingsplan en beskrivning av pågående värdegrundsarbetet och hur implementering sker hos medarbetarna.

Förvaltningen konstaterar under intervjuerna med de olika personalgrupperna att det saknas samverkan mellan de olika yrkeskategorierna och ser därför som ett viktigt förbättringsområde att utveckla teamsamverkan.

2.2 Kompetens och utbildning

I förfrågningsunderlag framgår

- ska bedriva god och säker vård och omsorg enligt vetenskap, beprövad erfarenhet och evidens med ständig kvalitetsutveckling
- nyrekryterad tillsvidare och visstidsanställd personal ska ha lägst gymnasieutbildning inom vård och omsorg eller undersköterskeutbildning
- ska inom avtalstiden erbjuda tillsvidareanställd personal som saknar utbildning en sådan
- personal som vårdar personer med demenssjukdomar ska ha dokumenterad demensvårdskunskap
- personal ska behärska svenska språket och vid behov kunna tillägna sig kunskap om andra kulturer och religioner
- all personal ska ha en egen kompetensutvecklingsplan och kompetensutveckling i form av t ex heldagskurser, studiebesök

2.2.1 Iakttagelser

Ledningen informerar att alla medarbetare har haft medarbetarsamtal och att kompetensutvecklingsplaner finns för medarbetarna. Vid introduktion av nyanställd personal finns ett introduktionsprogram, en mentor utses och uppföljningssamtal sker efter en tid tillsammans med VC.

Ledningen berättar om ett forum för sjuksköterskor där sjuksköterskorna får möjlighet att ta del av ny forskning och uppdatering av evidensbaserad vård. Omvårdandspersonalen har varit studiebesök på andra enheter.

Under 2015 har en personal validerat till undersköterska och förutsättningar för personen att genomföra sin utbildning har givits av verksamheten i form av anpassade arbetstider.

De legitimerade informerar om utbildningsinsatser som varit under året, till exempel en föreläsning om Parkinsons sjukdom. Den legitimerade personalen känner inte till sina kompetensutvecklingsplaner och upplever inte att de har någon omvärldsbevakning men att det finns behov.

Något aktivt arbete i Senior Alert förekommer inte på grund av tidsbristen. De legitimerade ser detta som ett förbättringsområde i både utveckling av teamsamverkan och kvalitetsarbetet.

Alla inte har en kompetensutvecklingsplan berättar omvårdnadspersonalen. Under året har kompetensutveckling skett inom ergonomi, munhälsa och BPSD registret.

2.2.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen ser positivt på satsning och stöd till personal som vill vidareutbilda sig.

Förvaltningen konstaterar att det finns personal som inte känner till sin kompetensutvecklingsplan. Förvaltningen konstaterar att det saknas systematisk omvärldsbevakning. Förvaltningen ser som ett förbättringsområde för verksamheten att förtydliga och utveckla detta, så att vård och omsorg även fortsättningsvis under avtalsperioden bedrivs enligt vetenskap, beprövad erfarenhet och evidens.

Vikten av en bra introduktion för vikarier lyfts fram av personalgruppen under intervjuerna. Förvaltningen noterar att verksamheten har många vikarier och ser ett förbättringsområde i hur vikarier introduceras och ges delaktighet för att säkerställa god och säker vård.

Vid förvaltningens kontakt med berörda inom myndigheten framfördes att de inkommit synpunkter gällande brister hos personal att behärska det svenska språket. Förvaltningen förutsätter att verksamheten följer såväl lagstiftning (Socialtjänstlagen 3 kap. 3 §) som Socialstyrelsens Allmänna råd inom området (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre.

2.3 Kontaktmannaskap, brukarråd och närståendesamverkan

I förfrågningsunderlag framgår

- dokumenterade rutiner för kontaktmannaskap ska finnas
- brukarråd och/eller närståendemedverkan ska eftersträvas med möten minst två gånger/år

2.3.1 Iakttagelser

Ledningen berättar hur verksamheten arbetar med kontaktmannaskap. Alla boende har en ordinarie och en vice kontaktman. Personalen avsätter tid i dagsplaneringen för att träffa den boende man är kontaktperson för. Anhöriga ska kontaktas av kontaktmannen för att etablera en relation. VC ansvarar för att följa upp att rutinen efterföljs.

Omvårdnadspersonalen uttrycker vikten av att finnas där som kontaktperson vid nyinflytt. Inom en månad erbjuds samtal med anhöriga. Att ha en bra kontakt med anhöriga tycker omvårdnadspersonalen är viktigt. Vem som är den boendes kontaktman står skrivet vid den boendes dörr. Byte av kontaktman kan göras om den boende vill det.

Ledning och omvårdnadspersonal informerar att verksamheten bjuder in till flera anhörigräffar och boenderåd per år.

2.3.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen har i kontakt med avdelningen för boende tagit del av klagomål som inkommit gällande kontaktmannaskap. Klagomålen har bland annat handlat om att de boende inte vet vem som är ens kontaktman.

Förvaltningen konstaterar att verksamheten har ett pågående förbättringsarbete för kontaktmannaskap och förutsätter att detta fortgår till exempel nämns som en del i utvecklingsarbetet kontaktpersonens ansvar för initiera kontakt med anhöriga och etablera en relation.

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller krav i avtal gällande kontaktmannaskap, brukarråd och närståendesamverkan men ser att det är svårt med god kontinuitet gällande kontaktmannaskap då det är mycket vikarier.

2.4 Kost och måltider

I förfrågningsunderlag framgår

- mat och matservering ska tillämpa äldrenämndens ”Riktlinjer för mat, måltider och nutrition”
- måltidsmiljön ska stimulera till lugna, trivsamma måltider
- kostråd/kostombud ska finnas
- vid varje veckohelg ska ett av huvudmålen vara en tre-rätters festmåltid. Utföraren ska skapa en atmosfär som anger feststämning.

2.4.1 Iakttagelser

All personal informerar om att de känner till äldrenämndens riktlinjer för mat, måltider och nutrition.

Den legitimerade personalen berättar att måltidsmiljön kan vara bra men också rörig beroende på vilken personal som för tillfället arbetar. Viktnedgångar har varit ett problem som nu börjar vända. Viktkontroller görs en gång i veckan. Egna näringsdrycker tillverkas som nattpersonalen går runt och serverar för att bryta lång nattfasta. Dessa aktiviteter utförs endast på en av avdelningarna med säkerhet enligt den legitimerade personalen. Inga bedömningsinstrument

används i verksamheten för att kvalitetssäkra nutrition hos de boende. Den legitimerade personalen vet inte hur verksamheten säkerställer att alla boende får den hjälp de behöver vid matsituationen.

Omvårdnadspersonalen berättar att de boende sitter i små grupper med personer de trivs med vid måltiderna. Det dukas extra fint på helgerna, färsk frukt finns att tillgå berättar omvårdnadspersonalen. I genomförandeplanen skriver personalen om den boende har särskilda önskemål kring sin måltidssituation. Omvårdnadspersonalen informerar att det finns kostombud på varje plan som bland annat ansvarar för egenkontroll.

2.4.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen konstaterar att äldrenämndens riktlinjer för mat, måltider och nutrition är kända hos personal men efterföljs inte avseende utförarens ansvar för kvalitetssäkrad nutrition.

Förvaltningen noterar att problem med viktnedgångar nu vänt men konstaterar samtidigt brister med kvalitetssäkring av de boendes näringsstatus genom att inte använda något evidensbaserat bedömningsinstrument för området. Förvaltningen har i kontakt med avdelningen för boende fått information om klagomål som inkommit gällande att inte de boende får ta del av färsk frukt trots att det ska finnas på varje plan.

Förvaltningen ser allvarligt på den bristande kvalitetssäkringen gällande nutrition.

Förvaltningen förutsätter att verksamheten säkerställer att nattfastan inte överstiger tio-elva timmar (Socialstyrelsens rekommendationer) på någon av avdelningarna.

Hur verksamheten ska nå avtalsuppfyllelse i området ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

2.5 Aktiv och meningsfull tillvaro. Aktiviteter

I förfrågningsunderlag framgår

- den enskilde ska stimuleras att använda sin förmåga att klara sig själv, att stärka funktioner och oberoende
- samverkan med andra utförare, organisationer och ideella sektorn ska ske
- volontär-/frivilligombud ska finnas i verksamheten
- ska aktivt motta och genomföra passande erbjudanden som finns tillgängliga inom "Kultur i vården"
- kulturombud ska finnas i verksamheten
- personalledda aktiviteter i grupp om max 10 boende/grupp anordnas varje dag
- de boende ska, utifrån sin genomförandeplan, få egen tid för aktivitet/samvaro minst 1 timme/vecka
- utförare ska minst 2 gånger/termin anordna aktiviteter i form av utflykt ca tre timmar/tillfälle.
- ska tillgodose den enskildes behov av utevistelse
- ska erbjuda, utifrån enskildes genomförandeplan, utomhusaktiviteter minst tre gånger/vecka

2.5.1 Iakttagelser

Ledningen informerar att det boende erbjuds dagliga aktiviteter både enskilt och i grupp. Det finns en utsedd person ur personalgruppen som är aktivitetsansvarig. Aktivitetstavlor finns uppsatta på varje plan. Ett nytt spa som planeras. Större utflykt sker någon gång per termin. Brukarrådet får frågan om önskemål till utflyktsmål.

Ledningen informerar att de boende utifrån sin genomförandeplan erbjuds egen tid för aktivitet/samvaro minst en timme per vecka. Samarbetet med frivilliga organisationer är ett förbättringsområde tycker ledningen. Kulturombud finns inte i verksamheten

Ett förbättringsområde är utevistelse konstaterar både ledning och omvårdnadspersonal. En del är att motivera de boende till mer utevistelse än att sitta på balkongerna som upplevs vara en omtyckt plats för utevistelse.

Den boende ges möjlighet att åka på besök till frisör, kulturella aktiviteter menar ledningen och omvårdnadspersonalen. Omvårdnadspersonalen berättar under intervjun att dagliga aktiviteter som erbjuds de boende.

2.5.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen noterar pågående förbättringsområde gällande aktiviteter och utevistelse till exempel, skapande av ett spa i verksamheten och personalen har motiverande samtal med de boende för att öka intresset hos de boende att komma ut i större omfattning.

Förvaltningen konstaterar att verksamheten delvis uppfyller krav i avtal men konstaterar att kulturombud inte finns i verksamheten. Hur verksamheten ska nå avtalsuppfyllelse ska beskrivas i bifogad handlingsplan.

2.6 Hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering och funktionsuppehållande arbetssätt

I förfrågningsunderlag framgår

- behov av insatser från sjuksköterska ska tillgodoses dygnet runt, och sjuksköterska ska finnas på plats alla vardagar kl: 07.00-16.00
- sjuksköterska ska finnas stationerad på boendet alla helger minst 4 timmar
- vårdgivaren ska följa och informera om det subventionerade tandvårdsstödet, samt utfärda intygsunderlag
- palliativt ombud, sjuksköterska, ska finnas
- omvårdnad i livets slut ska ske med värdighet och respekt, rutin ska finnas
- den enskildes behov av rehabilitering ska bedömas och tillgodoses redan vid inflyttning och därefter vid förändrade behov, ska dokumenteras i rehabplanen
- behov av insatser från arbetsterapeut och sjukgymnast ska tillgodoses
- arbetsterapeut och sjukgymnast ska finnas stationerad på boendet alla vardagar minst 20 timmar i var/vecka
- all personal ska ha ett rehabiliterande och funktionsuppehållande arbetssätt alla tider på dygnet
- vård, omsorg och rehabilitering ska ges till den enskilde i samordnat teamarbete med tydlig ansvarsfördelning
- schemalagd tid finns avsatt för delegerade rehabiliterande arbetsuppgifter i personalens arbetsschema
- vårdhundsteam diplomerad från vårdhundskolan, eller av beställaren annan godkänd utbildningssamordnare finns anställd/anlitad minst 30 %.
- stöd och handledning i rehabiliterande arbetssätt ska ges, till personal och närstående, hur den enskildes rehabiliteringsbehov bäst tillgodoses
- handledning och reflektion kring arbetsuppgifter, arbetssätt och upplevda problem ska finnas(demens)
- schemalagd tid finns för handledning minst en gång per månad. Handledningen leds av extern resurs med särskild kompetens (demens)
- den medicintekniska utrustningen ska hålla god kvalitet, vara i god kondition och uppfylla säkerhetskraven

2.6.1 lakttagelser

Bemanningen är en sjuksköterska på varje plan och jourverksamhet med inställetid på 30 minuter informerar ledningen. Den legitimerade personalen vet inte hur ofta och när det erbjuds medicinsk vårdplanering. Hur ofta läkemedelsgenomgångar görs likväl om rutiner för vård i livets slutskede finns är okänt av den legitimerade personalen, rutin för hantering av medicintekniska produkter finns berättar de legitimerade.

Egenkontroller och ombud inom hygien är okänt för den legitimerade personalen.

Arbetsfördelning från arbetsterapeut och fysioterapeut kan vara olika träningsmoment till exempel, kontrakturprofylax (förebygga felställning i leder), gångträning. De legitimerade berättar att det finns brister i utförandet. Signeringslistor som inte fylls i och mycket tid får läggas ner på uppföljning av rutiner som inte fungerar.

De legitimerade beskriver hur hjälpmedelsförskrivning i verksamheten minskat relaterat till att de boende nu tränar mer.

Ett förbättringsområde enligt de legitimerade är att få bättre teamsamverkan kring den boende där till exempel rehabilitering, fallprevention och implementering av ett rehabiliterande arbetssätt ingår.

De legitimerade och omvårdnadspersonalen informerar att vårdhundsteamet är mycket uppskattat. För att få ta del av vårdhundsteamets insatser skrivs remiss som bedöms av sjuksköterska. Vid uppföljningstillfället fanns tre boende som tränade med vårdhundsteamet.

2.6.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen bedömer att verksamheten delvis uppfyller krav i avtal. Samtidigt konstateras bristande följsamhet till äldrenämndens övergripande styrdokument för hälso- och sjukvård i Uppsala kommun. Verksamheten registrerar inte aktivt i kvalitetsregistret Senior Alert, palliativregistret och registret för BPSD.

Förvaltningen begär i handlingsplan en beskrivning av åtgärder och implementering av dessa för att säkerställa uppfyllelse av krav i avtal.

Förvaltningen konstaterar vidare,

- brist i följsamhet till ordination och instruktion av insatser som legitimerad personal har ordinerat och arbetsfördelat.
- avsaknad av hygienombud och okunskap om egenkontroller
- att riktlinjer och rutiner för vård i livets slutskede inte är kända av legitimerad personal

Förvaltningen begär i handlingsplan en beskrivning av åtgärder till nämnda brister för att säkerställa uppfyllelse av krav i avtal.

MAS/MAR utförde en kvalitetsuppföljning i verksamheten den 3 november 2015 (ALN-2015-0105).

Sammanfattningen från den rapporten visar att verksamheten har haft stor omsättning av chefer och legitimerad personal och en del av de ordinarie medarbetarna har varit sjukskrivna. Det har bidragit till att kontinuitet och förutsättningar för teamarbete inte funnits. Det har även orsakat att de planer som fanns i mars 2015 inom identifierade förbättringsområden inte kunnat genomföras. Genomgående uppgavs att omvårdnadspersonalen inte följer instruktioner och ordinationer som ges av legitimerad personal vilket innebär stora patientsäkerhetsrisker.

Avvikelsehanteringen och återkoppling till personalen har inte fungerat och det finns en bristande följsamhet till hälso- och sjukvårdens riktlinjer. Egenkontroller och registreringar i kvalitetsregister är inte genomförda enligt plan och bland annat har inte journal- och logggranskning genomförts.

Verksamhetschefen ansvarar för att handlingsplan upprättas och att identifierade brister och kvalitetsområden åtgärdas.

2.7 Informationsöverföring och dokumentation

I förfrågningsunderlag framgår

- journalföring och dokumentation av hälso- och sjukvården ska föras och förvaras i enlighet med patientdatalagen, samt förvaras åtskilda från de anteckningar som görs i den övriga verksamheten
- journalföring och dokumentation av socialtjänst ska föras och förvaras i enlighet med föreskrifter och allmänna råd samt samlas i ärendeakt för varje person
- varje beställning ska omsättas till en genomförandeplan och kopia på genomförandeplanen ska vara biståndshandläggaren tillhanda inom 14 dagar

2.7.1 Iakttagelser

Både ledning och omvårdnadspersonal informerar att alla boende har aktuella genomförandeplaner.

När en genomförandeplan upprättas är den boende närvarande tillsammans med sin kontaktperson och eventuellt anhörig berättar omvårdnadspersonalen.

Omvårdnadspersonalen informerar att man startar sitt arbetspass med att läsa i journalsystemet Siebel.

2.7.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen bedömer att verksamheten delvis uppfyller krav i avtal. Brister har konstaterats avseende egenkontroller.

2.8 Avvikelsehantering och klagomålshantering

I förfrågningsunderlag framgår

- rutin ska finnas för avvikelse-, synpunkts- och klagomålshantering, i vilken ska framgå till vem den enskilde kan vända sig till för att lämna synpunkter på verksamheten samt få besked om tidpunkt för svar
- rutin för Lex-Sarah och Lex-Maria anmälan ska finnas

2.8.1 Iakttagelser

Ledningen informerar att hanteringen av synpunkter och klagomål tas upp av ledningen i återkommande möten. En gång i månaden sker återkoppling tillsammans med personal i kvalitetsråd.

Både omvårdnadspersonalen och den legitimerade personalen berättar under intervjuerna att de saknar systematiskt kvalitetsarbete gällande avvikelser, återkoppling och forum för detta.

Alla intervjuad personal ser kvalitetsarbete med avvikelser och klagomål som ett förbättringsområde.

Rutin för Lex Sarah och Lex. Maria är känd hos personalen.

2.8.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen konstaterar brister i hur verksamheten arbetar med synpunkter och klagomål. Både omvårdnadspersonalen och den legitimerade personalen saknar systematiskt kvalitetsarbete gällande avvikelser och återkoppling.

Förvaltningen begär i handlingsplan en beskrivning av åtgärder för att säkerställa uppfyllelse av krav i avtal.

3 Förvaltningens krav på åtgärder

Förvaltningen begär att A&O senast 2016-02-09 återkommer med en handlingsplan om hur konstaterade brister ska åtgärdas samt tidplan för detta. Handlingsplanen ska skrivas i förvaltningens mall, se bilaga.

Skicka handlingsplanen med e-post till aldreforvaltningen@uppsala.se. Den kommer att diarieföras och registreras som offentlig handling.

Förbättringsområdena lyfts fram i rapporten och förvaltningen förutsätter att dessa åtgärdas omgående.

Uppsala 2016-01-25



Lena Söderman

Uppdragsstrateg



Ana Perez

Uppdragsstrateg

Handläggare
Lena Söderman

Datum
2016-01-25

Diarienummer
ALN-2015-0164

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med ÄLN

Uppföljningsobjekt: Glimmervägen vård- och omsorgsboende
Verksamhetschef: Kattia Cardoso
Handlingsplan ÄLF tillhanda senast: 2016-02-09

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

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

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

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

Uppföljningsobjekt: Glimmervägens vård- och omsorgsboende

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
Verksamhet organisation-bemanning Beskriv verksamhetens pågående värdegrundsarbete (ska ha ingående kunskap om och bedriva verksamhet enligt en dokumenterad värdegrund som överensstämmer med äldrenämndens värdegrund för vård och omsorg)	Verksamheten följer Äldrenämndens värdegrund för vård och omsorg i Uppsala kommun. De tydliga värdeorden och dess innebörd diskuteras regelbundet på APT. AoO har utsedda värdegrundsledare som arbetar med företagets "värdegrundstrappa" Äldrenämndens värdeord och AoOs värdegrund överensstämmer i alla delar.	VC samt Värdegrund- ledare	Nya värde- grund- ledare utses och utbildas Under våren 2016	Internrevision mars 2016 2016-02-23 Värdegrundledare ska vara utbildade och klara 16/5-2016	Nej JA	Förvaltningen begär att det ska finnas angivet datum då värdegrundsledarna är utbildade och klara.
Hälso-och sjukvård inklusive rehabilitering och funktionsuppehållande arbetsätt- Beskriv hur verksamheten arbetar med vård i livets slutskede	Omvårdnadspersonalen är väl förtrogna med rutinen "Vård i livets slutskede" Tydliga instruktioner finns tillgängliga. Då någon boende befinner sig i livets slutskede förbereder sig medarbetarna för att ett avslut sker med värdighet och	VC, Ssk samt Rehabpersonal	Åtgärdat Rutin finns. Arbetet fort- löper ständigt	Internrevision mars 2016	Ja	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
(omvårdnad i livets slut ska ske med värdighet och respekt, rutin ska finnas)	respekt. Alla önskemål och information från den enskilde samt närstående är av mycket stor betydelse för vårt arbete i livets slut.					
Hälso-och sjukvård inklusive rehabilitering och funktionsuppehållande arbetsätt- Aktiv kvalitetsregistrering i Senior Alert, palliativregistret och registret för BPSD ska utföras, beskriv tillvägagångssätt för implementering av kvalitetsregistrering (övergripande styrdokument för hälso- och sjukvård i Uppsala kommun).	Pågående arbete. Ansvariga sjuksköterska kommer att implementera rutiner för kvalitetsregistrering i Senior Alert och Palliativa registret. Vc tillsammans med BPSD administratör har informerat på anhörigträffen i nov 2015 om BPSD registret. Administratörer arbetar nu med att få in godkännande från anhöriga till boende på plan 2 (demens). Vi har tre BPSD administratörer.	Vc, ssk, BPSD administratörer	Arbetet fortlöper ständigt.	Internrevision mars 2016 23/2 -2016 Rutinen ska vara implementerad i maj 2016	Nej JA	Förtydligand när rutinen ska vara implementerad för registrering i kvalitetsregistren.
Hälso-och sjukvård inklusive rehabilitering					Ja	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
<p>och funktionsuppehållande arbetssätt- Beskriv hur följsamhet till ordination och instruktion av de insatser legitimerad personal arbetsfördelat ska uppfyllas (den enskildes behov av rehabilitering ska bedömas och tillgodoses redan vid inflyttning och därefter vid förändrade behov, ska dokumenteras i rehabplanen)</p>	<p>Ssk och rehabpersonal har ankomstsamtal vid inflytt och gör en bedömning av vilka insatser den enskilde behöver. Detta dokumenteras i rehabplan och omvårdnadspersonal tar del av dokumentationen. Teammöten sker varje måndag eftermiddag (rehabpersonal, ssk samt omvårdnadspersonal) där legitimerad personal informerar/instruerar och tar del av information från omvårdnadspersonal om ev förändring av behov. Leg personal ordinerar och följer upp ordinationer. Det finns även signeringslistor där personalen signerar utförda ordinationer fortlöpande vilket fungerar bra.</p>	<p>Vc, rehabpersonal, ssk</p>	<p>Fortlöpande</p>	<p>Veckovis måndagar</p>		
<p>Hälso-och sjukvård inklusive rehabilitering och funktionsuppehållande arbetssätt- avsaknad av hygienombud och</p>	<p>Verksamheten har två (2) utsedda hygienombud. Verksamheten kommer att anmäla dessa utsedda hygienombud till Landstinget i Uppsala läns hygienutbildning för ombud</p>	<p>VC samt legitimerad personal.</p>	<p>Åtgärdat Hygienombud utsedda. Anmälan ifylld till utbildning</p>	<p>Internrevision mars 2016</p>	<p>Ja</p>	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
okunskap om egenkontroller (Riktlinjer för hälso- och sjukvård)			två (2) heldagar i mars 2016			
Aktiv och meningsfull tillvaro. Aktiviteter- kulturombud ska finnas i verksamheten	Det finns ett (1) kulturombud i verksamheten samt tre (3) dvs ett aktivitetsombud på varje våningsplan. Aktiviteter sker alla dagar i veckan	VC Kattia Cardoso	Åtgärdat	Internrevision mars 2016	Ja	
Avvikelse och klagomålshantering- Beskriv hur rutinen ser ut och hur verksamheten systematiskt arbetar kring avvikelse-, synpunkts- och klagomålshantering, (rutin ska finnas för avvikelse-, synpunkts- och klagomålshantering, i vilken ska framgå till vem den enskilde kan vända sig till för att lämna synpunkter på verksamheten samt få besked om tidpunkt för svar)	Ansvar och Omsorg valde att avsluta registreringen i Flexite 2015-12-31. Beställning gjord av alla avvikelser sedan augusti 2015 för att säkerställa att alla avvikelser är åtgärdade. AoO har en egen avvikelsehantering samt en tydlig rutin kopplade till sitt ledningssystem som nu tillämpas. Alla avvikelser och åtgärder tas upp i Kvalitetsrådet. Mycket allvarliga avvikelser lämnas alltid över till företagets kvalitetsansvariga för att bedöma om avvikelsen är en	VC samt legitimerad personal	Åtgärdat	Internrevision 2016 2016-02-23 I kvalitetsrådet deltar HSL-personal, representant för omvårdnadspersonal samt verksamhetschef. Kvalitetsråd sker 1g/månad och återkoppling sker på teammöten som man har veckovis på måndagar.	Nej JA	Beskriv vilka som ingår i kvalitetsrådet, hur ofta möts kvalitetsrådet? Hur sker återkoppling till samtlig personal?

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	Lex Sarah eller en Lex Maria utredning som skall inledas					