

Handläggare
Eva EriksonDatum
2015-07-09Diarienummer
ALN-2014-0439

Äldrenämnden

Avtalsuppföljning vid Bernadotte, vård- och omsorgsboende

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktandet av resultatet lägga rapporten till handlingarna

Ärendet

Under senare delen av 2014 inkom synpunkter gällande verksamheten på Bernadotte till förvaltningen från skilda håll, bl a från biståndshandläggare, personalgruppen och från närstående. Den 9 december 2014 kallades ledningen för Kosmo AB till möte där beställare och utförare enades om att brister enligt ska-krav i avtal förelåg och att ersättningsreducering ska gälla från den 14 december 2014. Den 14 januari 2015 inkom brev från Kosmo AB där ersättningsreduceringen bestreds. Svar från förvaltningen på brevet skickades samma dag, *bilaga 1*. Den 23 januari 2015 genomfördes en avtalsuppföljning. Se rapport, *bilaga 2*. Förvaltningen konstaterade att det fanns förbättringsområden.

I mars 2015 tar äldreförvaltningen kontakt med kommunjurist Torkel Winbladh för en dialog kring sanktioner utifrån uppmärksammade förbättringsområden. Verksamhetens pågående utvecklingsarbete bedöms kunna leda till avtalsuppfyllelse. Ledningen meddelas att ersättningsreducering inte utkrävs.

Äldreförvaltningen

Gunn-Henny Dahl
Tf Direktör

Bilaga 1: Brev från Kosmo AB samt svar från äldreförvaltningen

Bilaga 2: Rapport från avtalsuppföljning

Handläggare
Ingrid Jansson

Datum
2015-02-06

Diarienummer
ALN-2014-0439

Kosmo
Annika Ågren, verksamhetschef
Kristina Bardh, ordförande Kosmo

Svar på brev daterat 2015-01-14

Angående verksamheten vid Kosmos enhet Bernadotte

Mot bakgrund av vad som framkommit vid mötet den 9 december och därefter vid oanmäld uppföljning på Bernadotte kan äldreförvaltningen inte godta den uppfattning Kosmo uttrycker i ovan nämnda brev vad gäller avtalsuppfyllelse. Dels är bristerna av sådan art och omfattning att dessa inte går att avhjälpa inom en så kort tidsperiod, dels visade den oanmälda uppföljningen på Bernadotte 2015-01-23 att vissa av de identifierade bristerna kvarstod.

Äldreförvaltningen förväntar sig nu att nämnda enhet på Kosmo arbetar intensivt för att snarast uppfylla samtliga avtalskrav och leverera god och säker vård. Först när kraven är uppfyllda kommer ersättningsreduceringen att hävas.

Uppsala kommun kommer fortsättningsvis att hålla in ersättning motsvarande de 10 % som avtalet stadgar tills dess att äldreförvaltningen konstaterat att bristerna åtgärdats och åtgärderna är implementerade i verksamheterna samt att utförda tjänster motsvarar den kvalitet som beskrivs i förfrågningsunderlaget. Förvaltningen inväntar nu besked från Kosmo om att avtalsuppfyllelse uppnåtts. Därefter kommer förvaltningen att ta ställning på nytt.



Carina Kumlin
Avdelningschef



Ingrid Jansson
Uppdragsstrateg

Inrid Jansson
Uppsala kommun
Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Ang. verksamheten vid Kosmo's enheter Bernadotte, Västergården och Linné.

För ordningens skull och till undanröjande av eventuella oklarheter ber vi

att få återkomma angående frågan om avtalsuppfyllelse vad gäller Kosmos verksamheter Bernadotte, Västergården och Linné.

I grunden är vår uppfattning att vi hållit oss inom de standarder som anges i gällande avtal. Icke desto mindre vill vi naturligtvis prestera vad ni som uppdragsgivare har förväntat er och också vara lyhörda till framförda önskemål och synpunkter.

Det är vår uppfattning att vi vad gäller Bernadotte och Västergården fr o m den 18 december 2014 har fullt ut svarat upp mot de önskemål som ni framförde vid möte den 9 december 2014. Vad gäller Linné har motsvarande skett senast vid denna veckas ingång. Av goodwillskäl accepterar vi att avtalsvite utgår fr o m den 14 december t o m de angivna tidpunkterna för respektive verksamhet och förutsätter att frågan om vite aldrig mer skall bli aktuell i förhållande till de verksamheter som bedrivs av oss.

Uppsala 150114

Annika Ågren
Verksamhetschef/Operativ chef, Kosmo Uppsala

Kristina Bardh
Ordförande Kosmo

Handläggare
Eva Erikson
Thomas Karlsson

Datum
2015-02-04

Diarienummer
ALN-2014-0439

Oanmäld avtalsuppföljning vid Bernadotte, vård- och omsorgsboende

Beskrivning av den uppföljda verksamheten

| | |
|------------------------|--|
| Utförare och enhet | Kosmo AB Bernadotte vård- och omsorgsboende |
| Adress | Bernadottévägen 1 75648 Uppsala |
| Verksamhetschef (VC) | Irene Lindeborg |
| Telefon och mejladress | 018 7278750 |
| Uppföljning utförd av | Thomas Karlsson och Eva Erikson |
| Totalt antal boende | 81 |
| Typ av verksamhet | Vård- och omsorgsboende |
| Avtalstid | 2009-12-03 – 2012-12-02 + 3 år |
| Datum för uppföljning | 2015-01-23 |

Vård- och omsorgsboende Bernadotte drivs av Kosmo AB och är beläget i stadsdelen Valsätra i Gottsunda. Totalt finns 80 lägenheter fördelade på fyra plan. På plan 0 och 1 finns totalt 40 lägenheter avsedda för personer med demenssjukdomar. På plan 2 och 3 finns 40 lägenheter avsedda för personer med omfattande vård- och omsorgsbehov. Åtta lägenheter är avsedda för parboende.

1. Bakgrund

Äldreförvaltningen har genomfört en oanmäld avtalsuppföljning på vård- och omsorgsboendet Bernadotte som drivs av Kosmo AB. Parallellt med denna uppföljning har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) i Uppsala kommun gjort utredningar och tillsynsbesök i verksamheten.

Synpunkter och klagomål har inkommit till förvaltningen under hösten 2014 samt januari 2015 från anhöriga, myndigheten och personal.

Den 9 december 2014 träffades ledningen för Kosmo AB och beställaren för att diskutera åtgärder i inkommen handlingsplan, *se bilaga 1*. Vid mötet informerades Kosmo AB att ersättningsreducering kommer att tillämpas till dess att utföraren uppfyller ställda krav. Efter mötet den 9 december har ytterligare synpunkter inkommit. Synpunkterna har följts upp i ovan nämnda oanmälda avtalsuppföljning som beskrivs enligt nedan.

Förvaltningens besök sammanföll med ett tillkännagivande i Upsala Nya Tidning (UNT) att äldrenämndens arbetsutskott den 22 januari beslutat att uppdraget för driften av fyra äldreboenden bl. a. Bernadotte går till den kommunala utföraren Vård- och omsorg. Detta föranledde en del frågor hos personalen bl. a. rörande deras anställning.

2. Sammanfattning av förvaltningens iakttagelser, kommentarer och slutsatser

2.1 Verksamhet och organisation

Följande ska-krav gäller inom området:

- Rutiner för kontaktmannaskap ska finnas
- På enheten ska finnas kompetent arbetsledning samt en uttalad ersättare för denne

2.1.1 Förvaltningens iakttagelser

Rapportering/informationsöverföring uppges fungera bra på samtliga plan. Då personal påbörjar sina arbetspass läses de senaste anteckningarna i Siebel och vid arbetspassets slut dokumenteras händelser från dagen i den sociala journalen.

Vid besöket uppger informanterna att förhållningssätt och kultur är ett förbättringsområde. Samtlig personal som förvaltningen samtalat med uttrycker olika svårigheter att kommunicera med ledningen. Då förtroende för ledningen brister så vänder de sig hellre till enskilda personer såsom t ex sjuksköterskan på respektive plan.

Ledningen upplevs tillämpa en mycket auktoritär ledarstil vilket får till konsekvens att personalgruppen inte vågar föra en dialog med chefen.

Larmanordningarna uppges fungera bra vid besöket. Detta gäller såväl avdelningsdörrarna som ytterdörrar/altandörrar.

Kod/kodlås vid avdelningsdörr fanns på samtliga plan men vid en av dörrarna var koden inte synlig. Anordning med funktion att öppna en nödutgång i slutet av en korridor var förtejpä

och dessutom fanns en stol som hindrade en rullstolsburen person att komma åt knappen. Av den signaturlista som fanns i anslutning till dörren framkom att kontroll ska ske en gång per vecka. Av listan framgår att kontroll genomförts för tre veckor sedan, den 30 december 2014.

Samverkan - internt och externt uppges fungera varierande. Någon av informanterna berättar att sjuksköterska från underleverantör inte besökt verksamheten trots att personal bett om detta.

Vid introduktion av nyanställd personal används en checklista. Dessutom erbjuds dubbelgång vid ca tre tillfällen. En av informanterna berättar att dubbelgång skett på annat plan än där personen sedan tjänstgjort.

På frågan om personalgruppen får tillräckligt stöd och handledning för att utföra sina arbetsuppgifter svarar de "ja" gällande de legitimerade. De uppger vidare att de saknar stöd från chef.

En aviserad personalflytt mellan planen har ställt till oro då orsaken inte kommunicerats med gruppen. Denna har dock flyttats på framtiden i väntan på information gällande den förestående upphandlingen.

Kontaktmannaskap upplevs fungera bra då samtliga i personalgruppen kan beskriva rutinen. Dessutom finner förvaltningen att namn på kontaktmannen finns uppsatt utanför samtliga boendes dörrar som observerats.

2.1.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen noterar i samband med besöket att personalgruppen upplever olika svårigheter att kommunicera med ledningen. Förtroende för ledningen brister beroende på den auktoritära ledarstil som beskrivs. Förvaltningen bedömer att verksamheten omedelbart måste vidta åtgärder så att personalens förtroende för ledningen kan öka och kravet på en kompetent arbetsledning kan säkerställas.

Genom observation noterar förvaltningen att kodlås används och att koden på något plan inte är synlig. Dessutom följs inte rutin att kontrollera nödutgångar en gång per vecka som framgår av signeringslistan.

2.2 Bemanning och kompetens

Följande ska-krav gäller inom området:

- Vårdgivaren ska ansvara för att erforderlig tillsyn och säkerhet kan garanteras i verksamheten
- Omvårdnad i livets slut ska ges ske med bibehållen värdighet
- Bemanning ska finnas dygnet runt som säkerställer kvaliteten i överenskommelse med lagar, författningar och övriga styrdokument
- Personal ska finnas med sådan kompetens och erfarenhet att den kan tillgodose den enskildes behov av hälso- och sjukvård, omsorg, rehabilitering och stöd

2.2.1 Förvaltningens iakttagelser

Enheterna lämnas aldrig obevakade enligt informanterna. Däremot finner förvaltningen att ett våningsplan är avdelat i två enheter vilket kan leda till svårighet att ha tillsyn över samtliga boende. En av de boende uppgavs ha så stora beteendemässiga problem att det

kommunövergripande teamet Stödteam demens bokats in. På ett annat plan beskriver personalen att en konsekvens av för låg bemanning är att boende kan ta sig ut på egen hand utan tillsyn och riskerar därmed att skada sig själv, vilket förvaltningen får exempel på. Personalen är medveten om att inlåsning inte får förekomma dock saknas synlig kod vid avdelningens ytterdörr. Förvaltningen upplever att personalen till viss mån är uppgiven när de beskriver att de söker stöd hos varandra i stället för hos ledningen.

Bemanningen är densamma oavsett vardag som helg, vilket innebär att fem personer tjänstgör dagtid och fyra på kvällstid. Under natten är en personal stationerad på varje plan. De båda omvårdnadsplanen har ansvar för att stötta upp på demensplanen då dubbelbemanning behövs.

Personalgruppernas uppfattning är att det inte finns tillräckligt med personal. Särskilt nämns utförande av arbetsuppgifter såsom stöd vid måltider och aktiviteter. Deras bild är att vikarier endast sporadiskt sätts in vid frånvaro. Förklaringen som de ofta får är att det "inte finns" någon att ringa in. En av de intervjuade berättar också att en vikarie sagt att denne hellre arbetar extra på annat boende. Flexibilitet i bemanningen uppges inte finnas vid tillfällen då arbetstyngden är högre. Ibland händer att de "går kort" under kvällarna men det händer också att tre av de som är i tjänst är vikarier och att endast en är ordinarie. Enligt uppgift från personalen händer även att praktikanter ersätter en ordinarie personal. Extravak beslutas av sjuksköterskan men personalen upplever att vak endast sätts in under de sista timmarna i livet. En uppgift som framkommer är att om anhöriga klagar eller ställer krav så sätts extravak in i ett tidigare skede. Personal påtalar dock att det alltid är van personal vid vård i livets slut.

När inte chef finns på plats så kontaktas den biträdande chefen. Finns ingen av dem i huset kan VC kontaktas på telefon, vilket gäller dygnets alla timmar. På ett av planen nämns samordnaren som den de kontaktar i första hand.

Kontaktuppgifter till legitimerade finns enligt uppgift från sjuksköterska i en pärm, vilket även bekräftas av personalgruppen.

2.2.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen bedömer att verksamheten noggrant behöver följa upp bemanningen för att säkerställa att det finns den personal som krävs för att säkerställa en god och säker omsorg då det är vårdgivarens ansvar för att erforderlig tillsyn och säkerhet kan garanteras i verksamheten.

Förvaltningens bedömning är att inlåsning omedelbart måste upphöra samt att verksamheten säkerställer att inga otillåtna begränsningsåtgärder används framgent.

Bemanningen ska säkerställa att personal snabbt kan uppmärksamma om en person med demenssjukdom är i behov av hjälp och utan dröjsmål ge honom eller henne sådant stöd och sådan hjälp som är till skydd för liv, personlig säkerhet och hälsa.

Förvaltningens bedömning är att verksamheten alltid måste tillgodose den enskildes likhet inför lagen, saktighet och opartiskhet, exempelvis vid omvårdnad i livets slut som ska ske med bibehållen värdighet - oavsett om den enskilde har drivande anhöriga.

2.3 Hälso- och sjukvård

Följande ska-krav gäller inom området:

- Vårdgivaren ska tillhandahålla hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen

Följande brister inom hälso- och sjukvårdsområdet har överlämnats till medicinskt ansvariga (MAS/MAR) för vidare utredning

- Ledningssystem – bristfällig återkoppling till anmälare eller utveckling av rutiner
- Information och omständigheter förändras till anhöriga
- Avvikelser skrivs men rivs eller försvinner. Kan bedömas som mindre allvarliga händelser som inte behöver utredas av MAS
- Avvikelse - fallincident boende, skickas till Akademiska sjukhuset flera dagar efter händelsen (skallskada). Allvarlig konsekvens
- Avvikelse - boende glömd på toa under flera timmar mellan två arbetspass. Hittades blödande
- Avvikelse - sjuksköterska informerats om infekterat sår. Ingen åtgärd. Allvarlig konsekvens
- Brister i personlig omvårdnad
- Resistent bakterier hos flera boende. Hygienrutiner följs inte. Utrustning saknas
- Boende får inte alltid hjälp med personlig omvårdnad inom rimlig tid under natten
- Förväxling av boende vid överlämnande av läkemedel
- Boende har trycksår
- Blåmärken på boende - utan känd orsak. Till Akademiska sjukhuset först efter en vecka
- Information om hur personal når legitimerade dygnet runt finns inte tydligt anslaget.

Tveksamhet råder om hur rapporter enligt lex Maria hanteras i verksamheten.

2.4 Ledningssystem

Följande ska-krav gäller inom området:

- Utföraren ska ha kvalitetssystem som uppfyller och tillämpar Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem
- Ska bedriva kvalitetsutveckling på alla nivåer inom verksamheten
- Vårdgivaren ska ha rutin för lokal synpunkts/klagomålshantering, i vilken ska framgå till vem den enskilde kan vända sig för att lämna synpunkter på verksamheten
- Vårdgivaren ska ha egna stödssystem för att kontinuerligt säkra kvalitet/kvantitet
- Vårdgivaren ska ha rutin med instruktion för lex Sarah anmälan
- Vårdgivaren ska ha rutin för avvikelshantering och lex Maria anmälan

2.4.1 Förvaltningens iakttagelser

Enligt personalgruppen så uppmantras de att skriva avvikelserapporter, vilket skett på arbetsplatsträffarna. Det framkommer vid förvaltningens besök att detta dock inte är så positivt som ledningen gjort gällande. Text framkommer att personalen har kännedom om lex Sarah och skyldigheten att rapportera händelser till verksamhetschefen. Vid förvaltningens besök beskriver personal olika händelser som, enligt förvaltningens bedömning, borde ha rapporterats enligt lex Sarah. Men på grund av ledningens attityd framkommer att någon

rapportering inte skett. I något fall kan detta ha dokumenterats på en avvikelseblankett. Personalen upplever en otillfredsställelse och otrygghet i samband med detta samtal.

Synpunkts- och klagomålsblankett finns väl synlig vid entrén.

Systematiskt förbättringsarbete med regelbunden återkoppling till personalgruppen saknas enligt de intervjuade.

Av de åtta super 8 grupperna är sju pågående. När grupperna har haft möten så informeras övriga kollegor på kommande APT. Ibland deltar VC på mötena för att därefter sprida viktig information via t ex veckobrevet.

2.4.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen bedömer att ett systematiskt förbättringsarbete inte bedrivs då återkoppling till personal inte kan beskrivas.

Vid förvaltningens besök noteras att särskild tavla finns för underlag till statistik i korridoren. Vem som har ansvar att fylla i denna tavla är dock oklart. Förvaltningens bedömning är att den fylls i ytterst sporadiskt och bör – om den ska finnas kvar – åter implementeras som ett ”stödsystem för att kontinuerligt säkra kvalitet/kvantitet” enligt gällande krav.

Förvaltningen bedömer att rutin för lex Sarah och lex Maria anmälan åter måste implementeras i personalgruppen. Verksamheten ska verka för en tillåtande kultur så att händelser anmäls, utreds och relevanta åtgärder vidtas i syfte att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet.

2.5 Aktiviter och meningsfull tillvaro

Följande ska-krav gäller inom området:

- Den enskilde ska ges möjlighet att göra vad hon/han uppfattar som meningsfullt
- Insatser ska ges flexibelt och den enskilde ska ges största möjliga inflytande
- Den enskilde ska ges möjlighet att upprätthålla och skapa relationer som främjar social gemenskap och meningsfullhet

2.5.1 Förvaltningens iakttagelser

Vid förvaltningens besök noteras att större aktiviteter finns anslagna på entréplanet. Exempel på detta är målning på måndagar med efterföljande konstutställning, syjunta, bingo, anhörigkafé och lördagsdans. På entréplanet finns för tillfället en utställning med bilder av olika citrusfrukter som Medborgarskolan satt upp i syfte att samtala kring. Temat byts regelbundet ut.

På respektive avdelning finns stående aktiviteter anslagna som sittgymnastik, utevistelse och tidningsläsning. På morgonen utses en aktivitetsansvarig för dagens aktiviteter. Vidare framkommer att det är kontaktmannen som sköter en del av dessa. Det framkommer att de boende inte har deltagit vid urval av aktiviteter. Ett av planen genomför inte dagliga aktiviteter. Som skäl anges att man inte hinner med detta. Förvaltningen fann att anslagstavlor för pinnstatistik på respektive plan var sparsamt ifyllda. Utevistelse erbjöds i organiserad form endast på måndagar. Flera av informanterna lyfter att de boende kan vara svåra att motivera

till utevistelse på grund av väder och vind. Ytterligare framförs att tidsutrymme för aktiviteter är beroende av hur dagen ser ut och kan därmed komma att bortprioriteras om annat kommer i mellan.

2.5.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Den enskilde ska erbjudas flexibla insatser med största möjliga inflytande samt ges möjlighet att upprätthålla och skapa relationer som främjar social gemenskap och meningsfullhet. Förvaltningen bedömer att det utbud som erbjuds på respektive plan inte är i sådan omfattning att det kan uppfattas som meningsfullt av flertalet enskilda, enligt ställda krav. Dock bedömer förvaltningen att ett generellt utbud rörande gemensamma aktiviteter får anses vara tillgodosett.

2.6 Mat och måltider

Följande ska-krav gäller inom området:

- Kost, mat och matservering ska följa äldrenämndens Riktlinjer för mat, måltider och nutrition inom äldreomsorgen

2.6.1 Förvaltningens iakttagelser

Flera av de boende behöver hjälp med matintaget. På ett av planen behöver sju personer assistans vilket medför att personal behöver hjälpa flera personer samtidigt och upplever detta såväl oetiskt som stressigt. En av schematurerna avslutas klockan 12.00 och skulle enligt personalgruppen kunna förlängas till ca 13.00 för att stötta upp vid måltiderna. I sammanhanget lyfts att en i gruppen även ska ansvara för att ge läkemedel till samtliga 20 boende på planet.

2.6.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningens bedömning är att den enskildes möjlighet till ett värdigt liv inte tillgodoses då personalen hjälper två eller fler boende vid samma tillfälle i måltidssituationen. Verksamheten måste vara lyhörd inför varje boendes unika förutsättningar och behov och förutsätter att åtgärder vidtas så att stödet individanpassas bättre.

2.7 Personlig omvårdnad

Följande ska-krav gäller inom området:

- Bemanning ska finnas dygnet runt som säkerställer kvaliteten i överenskommelse med lagar, författningar och övriga styrdokument
- Personal ska finnas med sådan kompetens och erfarenhet att den kan tillgodose den enskildes behov av hälso- och sjukvård, omsorg, rehabilitering och stöd
- Insatser ska ges flexibelt och den enskilde ska ges största möjlighet till inflytande.

2.7.1 Förvaltningens iakttagelser

Vid besöket framkommer att genomförandeplanen uppdateras var tredje månad av kontaktmannen. Den enskilde kan påverka tid för sänggående, uppstigning, och dusch, enligt uppgift från en samordnare. Huruvida den enskilde i övrigt ges möjlighet att påverka sin dag framkommer inte. Representanter från personalgruppen berättar att förbrukningsmaterial som behövs vid personlig hygien ofta saknas. Exempel som nämns är tvättlappar som då får hämtas i annan boendes lägenhet, vilket kan medföra onödig risk för smittspridning men också bidra till minskad effektivitet.

2.7.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningens bedömning är att en god bemanning liksom tillgång till förbrukningsmaterial är grundläggande faktorer för att kunna utföra personlig omvårdnad med god kvalitet, vilket ledningen har ett ansvar att omedelbart säkerställa.

2.8 Delaktighet (närstående och boende)

- Samverkan med närstående och andra, för den enskilde, viktiga personer ska ske utifrån den enskildes önskemål och medgivande
- Brukarråd och/eller närståendemedverkan ska eftersträvas med möten minst två gånger per år

2.8.1 Förvaltningens iakttagelser

Anhörigträffar sker i form av anhörigkafé ca en gång per månad. Det framkommer på något av planen att när anhöriga är på besök så saknas ibland tid för ett längre samtal utan det upplevs som nödvändigt att korta av eller avsluta samtalet i förtid. På ett av planen beskrivs att de boende är "omtänksamma och har en förståelse för när personalen inte är fulltalig". "De ser på tavlan att det är färre personal eller att många är nya", enligt informanterna.

2.8.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen bedömer att det generellt sett finns brister i de boendes möjlighet till inflytande över sin vardag vid tillfällena när personalen inte är fulltalig. Detta medför att krav inom området inte kan anses vara uppfyllda fullt ut.

3 Förvaltningens kommentarer och bedömning

Förvaltningen bedömer att det vid den oanmälda avtalsuppföljningen påvisades ett flertal förbättringsområden för verksamheten. Vid mötet den 9 december behandlades främst synpunkter som inkommit från närstående via förvaltningens synpunktshanteringssystem. Utöver dessa har andra synpunkter legat till grund för den oanmälda avtalsuppföljning som genomförts.

Verksamheten på Bernadotte håller inte den kvalité som ska finnas för att krav i avtalet ska kunna anses vara uppfyllt.

Förvaltningens bedömning är att den ersättningsreducering som delgavs vid ovan nämnda möte ska fortsätta tills dess att verksamheten kan visa är det skett förändringar som för den enskilde har betydelse och är märkbara. När så skett upphör reducering av ersättning.

Uppsala 2015-02-04



Eva Erikson
Uppdragsstrateg



Thomas Karlsson
Uppdragsstrateg