

Handläggare
Lena Söderman

Datum
2016-02-25

Diarienummer
ALN-2015-0246

Äldrenämnden

Avtalsuppföljning vid Gutasund vård- och omsorgsboende

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktandet av resultatet lägga rapporten till handlingarna.

Ärendet

Äldreförvaltningen genomförde en avtalsuppföljning vid Gutasund vård och omsorgsboende den 12 och den 23 november 2015, som framgår av rapporten (se bilaga 1). Uppföljningen visade att verksamheten är välfungerande på många sätt.

Förbättringsområden har dock identifierats inom följande tre av åtta fokusområden.

- Verksamhet, organisation och bemanning
- Kompetens och utbildning
- Aktiv och meningsfull tillvaro- aktiviteter och utevistelse

Verksamheten har ett pågående förbättringsarbete inom dessa områden och förväntas återrapportera till äldreförvaltningen senast den 15 mars 2016.

Inga stora brister i förhållande till krav i avtal påvisades.

Äldreförvaltningen

Gunn-Henny Dahl
Direktör

Bilaga 1: Rapport från avtalsuppföljning
Bilaga 2: Handlingsplan

Handläggare
Lena Söderman

Datum
2016-02-12

Diarienummer
ALN-2015-0246

Avtalsuppföljning vid Gutasund vård- och omsorgsboende

Utförare och enhet	Frösunda omsorg AB. Gutasund
Typ av verksamhet	Vård- och omsorgsboende
Totalt antal lägenheter	72 lägenheter
Adress	Valthornsvägen 53 756 50 Uppsala
Telefon och e-postadress	010-130 33 37, antonio.cabot@frosunda.se
Verksamhetschef	Antonio Mir Cabot
Avtalsbeteckning	ALN-2012-0057
Avtalstid	2015-07-01 – 2018-06-31
Datum för uppföljning	2015-11-12 och 2015-11-23
Uppföljning utförd av	Lena Söderman, Ana Perez, Monica Brundin och Ulf Moilanen
Medverkande från utföraren	Antonio Mir Cabot, Anne-Lie Granroth, Helena Rönning, Ulrika Niklander samt representanter från omvårdnadspersonalen och legitimerad personal.

I juli 2015 öppnade det nybyggda vård- och omsorgsboendet Gutasund. Sommaren 2015 utbröt en brand i byggnaden. Under släckningsarbetet vattenskadades flera rum som stängdes för sanering och reparation. Detta bidrog till att samtliga lägenheter inte kunde nyttjas fullt ut. Renoveringen planeras vara klar i maj 2016.

Sammanfattning

Resultat

Äldreförvaltningen har genomfört en planerad avtalsuppföljning på vård- och omsorgsboendet Gutasund som drivs av Frösunda omsorg AB. Syftet med uppföljningen är att kontrollera om utföraren uppfyller villkoren i avtalet.

Förvaltningens bedömning är att krav i avtal till väsentliga delar är uppfyllda på vård- och omsorgsboendet Gutasund. Avtalsuppföljningen har identifierat behov av utveckling inom tre av åtta fokusområden.

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 och bemanning

- Förvaltningen konstaterar att äldrenämndens värdegrund är känd och verksamheten har ett pågående förbättringsarbete värdegrundsarbete.
- Värderingsledare är i uppstart och kommer att ha en framträdande roll i det pågående värdegrundsarbetet (I avtalet nämns värdegrundsledare, Frösundas benämning på denna funktion är värderingsledare). Förvaltningen begär återkoppling i det pågående förbättringsarbetet med värderingsledarna.

Kompetens och utbildning

- Förvaltningen noterar det positiva arbetet med att all nyanställd personal får en grundläggande utbildning inom område demens och omvårdnad.
- Förvaltningen bedömer att kompetensutveckling kan beskrivas på ett strukturerat sätt av ledningen.
- Uppföljning av planerade utbildningsinsatser sker under första kvartalet 2016.

Kontaktmannaskap och samverkan

- Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller krav i avtal.

Kost och måltider

- Förvaltningen bedömer att samtliga krav inom området uppfylls.
- Förvaltningen noterar det förbättringsarbetet som utförts för att skapa en måltidsmiljö som präglas av lugn och ro.

Aktiv och meningsfull tillvaro- aktiviteter och utevistelse

- Förvaltningen ser positivt på verksamhetens arbete med evidensbaserat förhållningssätt utifrån begreppet sinnesstimulering.
- Förvaltningen konstaterar att aktiviteter erbjuds utifrån de boendes individuella behov.
- Ett förbättringsområde är utveckling av kultur i vården. Verksamheten saknar kulturombud och äldreförvaltningen begär en beskrivning av vilka åtgärder som ska vidtas för att säkerställa krav i avtal.

- Förvaltningen begär att verksamheten beskriver hur de terminsvisa aktiviteterna planeras och utförs.

Hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering och funktionsuppehållande arbetssätt

- Förvaltningen bedömer att samtliga krav i avtal är uppfyllda.
- Kvalitetsuppföljning av MAS/MAR utfördes i verksamheten den 12 november 2015 i samband med den avtalsuppföljning rapporten avser.

Vid verksamhetsuppföljningen framkommer att en rad förbättringsåtgärder vidtagits och planerats. Registreringen i kvalitetsregistren är igång och egenkontroller inom områdena nattfasta, basala hygienrutiner, infektionsregistrering samt logg och journalgranskning är genomförda enligt anvisning. Avvikelsehanteringen hanteras enligt rutin. Läkemedelsförrådsansvarig är utsedd och akutasken är iordningsställd. Bemanningssituationen har blivit stabilare och kontinuiteten har förbättrats.

Verksamhetschefen ansvarar för att kvarvarande förbättringsåtgärder vidtas.

Informationsöverföring och dokumentation

- Förvaltningen bedömer att samtliga krav inom området är uppfyllda.

Under oktober och november 2015 genomförde biståndshandläggare på enheten för korttidsvård och boenden individuppföljningar på 50 personer där inflyttning på Gutasund skett under juli och augusti 2015. Uppföljningarna har utförts genom intervjuer med den boende och närstående. Övervägande av de intervjuade är nöjda med sitt boende och inflyttningsprocessen på Gutasund.

Under intervjuerna framkom behov av förbättringsarbete gällande bland annat, bemötandefrågor, personalens kunskap om demenssjukdom, aktiviteter, utevistelse samt vid inflyttningstillfället brist i kontakt och insatser från hälso- och sjukvårdspersonal.

I de fall missnöje framkommit har VC kontaktats och vid behov har åtgärder vidtagits.

Avvikelser och klagomål

- Förvaltningens bedömning är att verksamheten har fungerande system och rutiner inom området avvikelse- och klagomålshantering.
- Förvaltningen bedömer att samtliga ska krav inom området är uppfyllda.

Krav på åtgärder

Förvaltningens bedömning är att krav i avtal till väsentliga delar är uppfyllda på vård- och omsorgsboendet Gutasund. Avtalsuppföljningen har identifierat behov av utveckling inom tre av åtta fokusområden.

Förbättringsområdena lyfts fram i rapporten och verksamheten förväntas vidta åtgärder som syftar till att säkerställa god kvalitet även inom nämnda områden. Verksamheten ska senast 15 mars 2016 inkomma med en beskrivning av hur åtgärderna ska genomföras samt tidsplan för detta.

Innehållsförteckning

1	INLEDNING	5
1.1	BAKGRUND TILL UPPFÖLJNINGEN	5
1.2	SYFTE OCH AVGRÄNSNINGAR	5
1.3	METOD	5
2	FÖRVALTNINGENS IAKTTAGELSER, KOMMENTARER OCH SLUTSATSER	5
2.1	VERKSAMHET, ORGANISATION OCH BEMANNING.....	5
2.1.1	Iakttagelser	6
2.1.2	Förvaltningens kommentarer och slutsatser	6
2.2	KOMPETENS OCH UTBILDNING	7
2.2.1	Iakttagelser	7
2.2.2	Förvaltningens kommentarer och slutsatser	7
2.3	KONTAKTMANNASKAP OCH SAMVERKAN	7
2.3.1	Iakttagelser	8
2.3.2	Förvaltningens kommentarer och slutsatser	8
2.4	KOST OCH MÅLTIDER.....	8
2.4.1	Iakttagelser	8
2.4.2	Förvaltningens kommentarer och slutsatser	9
2.5	AKTIV OCH MENINGSFULL TILLVARO- AKTIVITETER OCH UTEVISTELSE.....	9
2.5.1	Iakttagelser	9
2.5.2	Förvaltningens kommentarer och slutsatser	9
2.6	HÄLSO- OCH SJUKVÅRD INKLUSIVE REHABILITERING OCH FUNKTIONSUPPEHÅLLANDE ARBETSSÄTT	10
2.6.1	Iakttagelser	10
2.6.2	Förvaltningens kommentarer och slutsatser	10
2.7	INFORMATIONSOVERFÖRING OCH DOKUMENTATION	11
2.7.1	Iakttagelser	11
2.7.2	Förvaltningens kommentarer och slutsatser	11
2.8	AVVIKELSER OCH KLAGOMÅL	11
2.8.1	Iakttagelser	12
2.8.2	Förvaltningens kommentarer och slutsatser	12
3	FÖRVALTNINGENS KRAV PÅ ÅTGÄRDER.....	12

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 uppföljningen är att kontrollera om utföraren uppfyller villkoren i avtalet.

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-2015-0212). 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 (VC), legitimerad personal och omvårdnadspersonal på boendet. Vid intervjun med ledningen deltog även affärsområdeschef, kvalitetscontroller och kvalitetsutvecklare. Uppföljningen genomfördes genom besök på boendet och intervjuer med ledning och legitimerad personal den 12 november 2015. Intervju med omvårdnadspersonal hölls den 23 november 2015. Granskning har skett genom utvalda dokument. Från äldreförvaltningen deltog Lena Söderman och Ana Perez, uppdragsstrateger, Monica Brundin, MAS och Ulf Moilanen, MAR. MAS/MAR ansvarade och utförde i samband med avtalsuppföljningen en kvalitetsuppföljning av patientsäkerheten.

2 Förvaltningens iakttagelser, kommentarer och slutsatser

2.1 Verksamhet, organisation och 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, samt i enlighet med den av äldrenämndens beslutade lokala värdehetsgarantin

- 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

2.1.1 Iakttagelser

Äldrenämndens värdegrund är känd hos all intervjuad personal. Ledningen informerar om ett pågående värdegrundsarbete. Varje enhet i verksamheten ska ha en värderingsledare som arbetar med implementering av värdegrund och de lokala värdehetsgarantierna. I rollen som värderingsledare ingår att vara en förebild till sina arbetskamrater. Värderingsledarna utbildas i november och efter detta ska det praktiska värdegrundsarbetet påbörjas.

Ledningen berättar om stort engagemang och stor vilja hos medarbetarna. Det finns en god anda, här och nu för de boendes bästa. Verksamheten har under utformning av bland annat miljöer, anhängigvård och personalutbildning väglett av demensexpert Beata Tersis.

Gutasund är Frösunda omsorg AB:s första egna boende byggt från grunden. Ledningen trycker på vikten av att alla medarbetare förstår sitt specifika värde.

VC har högskoleutbildning från sjuksköterskeprogrammet och har tidigare erfarenhet av chefsuppdrag. Namngiven ersättare för verksamhetschef finns och är känd hos personalen.

Verksamheten har cirka 50 tillsvidareanställda. Rekrytering av legitimerad personal pågår.

Omsättningen av personal har varit hög sedan start men ledningens uppfattning är att det nu börjar finnas en stabilitet i personalgruppen.

Omvårdnadspersonalen lyfter fram den goda stämningen som funnits i verksamheten från start. Alla jobbar hårt, vi som är kvar nu vill vara här. Vi har kunden i fokus och ser anhöriga som en del av teamet berättar de. De berättar om hur en avdelning förändrats från att varit orolig till lugn genom olika åtgärder i samråd med demensexpertis.

Omvårdnadspersonalen informerar om att bemanningen är tillräcklig. Vid behov finns möjlighet att ta in extrapersonal. Ingen avdelning lämnas obemannad nattetid.

Ledningen informerar om ett nytt digitalt system som heter Sekoia. Systemet beskriver varje boendes behov utifrån upprättad genomförandeplan och planeras senare även för hälso – och sjukvårdsinsatser. Display i form av en padda finns i varje brukares lägenhet. Om en insats inte uteblir går ett larm. Projektet för implementering av Sekoia pågår och försöksperioden startar i början av 2016.

2.1.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen konstaterar att äldrenämndens värdegrund är känd och verksamheten har ett pågående förbättringsarbete värdegrundsarbete. Värderingsledare är i uppstart och kommer att ha en framträdande roll i det pågående värdegrundsarbetet (I avtalet nämns värdegrundsledare, Frösundas benämning på denna funktion är värderingsledare).

Förvaltningen begär återkoppling i det pågående förbättringsarbetet med värderingsledarna.

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 omsättningen i personalgruppen har stabiliserats men verksamheten är fortfarande i rekryteringsfas.

Förvaltningen noterar den positiva stämningen och den goda viljan som all intervjuad personal berättar om.

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 (anställning i mer än 6 månader) 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

2.2.1 Iakttagelser

Ledningen informerar att all nyanställd personal genomgår en webbaserad utbildning i demens och omvårdnad. Verksamheten har två utbildade Silviasystrar och en undersköterska med geriatrikkompetens. Vid nyrekrytering av omvårdnadspersonal är lägsta krav undersköterskeutbildning.

Ledningen informerar om att registrering i BPSD registret startar efter att den planerade utbildningen i början av 2016 genomförts.

Vid intervjuerna med ledning och omvårdnadspersonal beskrivs hur introduktion av nya medarbetare sker. Det finns checklista för de moment introduktionen ska innehålla och uppföljning sker av VC. Provanställning tillämpas i sex månader.

2.2.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen noterar det positiva arbetet med att all nyanställd personal får en grundläggande utbildning inom område demens och omvårdnad.

Förvaltningen bedömer att kompetensutveckling beskrivs på ett strukturerat sätt av ledningen.

Uppföljning av planerade utbildningsinsatser sker under första kvartalet 2016.

2.3 Kontaktmannaskap och samverkan

I förfrågningsunderlag framgår

- utförare ska garantera att varje person har en kontaktman/kontaktperson och att den enskilde har möjlighet att byta person.

- brukarråd och/eller anhörigträffar ska genomföras minst två gånger/år
- utförare ska ansvara för att personer, efter sjukhusvistelse, kan komma tillbaka till vård- och omsorgsboendet inom den angivna tiden i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Efter den angivna tiden bär utföraren kostnadsansvaret vad gäller ersättning till landstinget.

2.3.1 Iakttagelser

Ledningen beskriver att de ser kontaktmannaskapet i verksamheten likt navet kring den boende. Vad det innebär och kontaktmannens roll har tydliggjorts för medarbetarna.

Omvårdnadspersonalen beskriver uppgifter kontaktmannen har till exempel ansvarar den personen för att handla till den boende, att ha en viktig relation till boende och närstående är viktigt. Hur kontakten ska se ut mellan boendets kontaktperson och den närstående bestäms i samråd. Den boende har rätt att byta kontaktperson om så önskas. En gång i veckan är det teammöten där olika professioner träffas för att säkerställa att arbetet genomförs enligt genomförandeplanerna.

Närstående till de boende har under hösten inbjudits till verksamheten för personligt möte med ledning och personal på Gutasund.

Verksamheten planerar att bjuda in till anhörigråd och brukarråd två gånger per år.

2.3.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller krav i avtal.

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
- varje veckohelg ska ett av huvudmålen vara en trerätters festmåltid
- utföraren ska skapa en måltidsatmosfär som anger feststämning
- den boende ska kunna välja mellan två rätter

2.4.1 Iakttagelser

Ledningen informerar att verksamheten har ett kostombud på varje enhet. Dietist finns att tillgå vid behov. Måltidsmiljön är anpassad för demensvård utifrån evidens som till exempel färger på porslin och glas. Genom måltidsbedömningar, teammöten säkerställer personalen att de boende får den hjälp de behöver vid matsituationen.

Omvårdnadspersonalen berättar att personal har pedagogiska måltider. En förbättring av måltidsmiljön har gjorts för att skapa lugn genom sänka ljudnivån med olika åtgärder som till exempel, prata tystare och inte slamra med porslin. Personalen pratar inte med varandra under måltiderna. Måltidsmiljön präglas av lugn, det får ta tid. Tider för måltiderna är fasta förutom frukosttiderna som är flytande efter individuella önskemål.

Lunchmenyn bjuder på två alternativ. Under veckosluten serveras tre rätters middag vid en av helgdagarna. Nattfastan överstiger inte elva timmar, rutiner finns för kväll och tidig morgon att erbjuda välling eller annat alternativ.

Omvårdnadspersonalen upplever att alla som har behov av hjälp vid matsituationen får det.

2.4.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen bedömer att samtliga krav inom området uppfylls.

Förvaltningen noterar det förbättringsarbetet som utförts för att skapa en måltidsmiljö som präglas av lugn och ro.

2.5 Aktiv och meningsfull tillvaro- aktiviteter och utevistelse

I förfrågningsunderlag framgår

- den enskilde ska stimuleras att använda sin förmåga att klara sig själv, att stärka funktioner och oberoende
- De boende ska, utifrån sin genomförandeplan, få egen tid för aktivitet/samvaro minst 1 timme/vecka
- 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
- 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

2.5.1 Iakttagelser

Ledningen informerar att de boende erbjuds dagliga aktiviteter utifrån den enskildes individuella behov. Verksamheten arbetar med kognitiv stimulans där olika aktiviteter planeras vilket kan ske i samråd med närstående. Aktiviteterna kan ske i grupp eller individuellt. I genomförande planen dokumenteras och sammanställs den enskildes deltagande i aktiviteterna månadsvis.

Omvårdnadspersonalen berättar om spontanaktiviteter som sker i verksamheten, det kan till exempel vara sång och musik, dans, sittgympa. Vidare berättar personalen att fördelen med spontanaktiviteter är att det sker utifrån den boendes dagsform och sinnesstimulering ger utrymme för egen tid med den boende.

Frivilligorganisationer som verksamheten har samarbete med är kyrkan, biblioteket och brukshundsklubben.

Kulturombud finns inte i verksamheten.

2.5.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Enligt evidens kan begreppet sinnesstimulering beskrivas enligt följande: Sinnesstimulering i specialdesignade rum eller miljöer, innehållande syn, hörsel, lukt och känselstimulation genom ljus, musik, aromer och taktila objekt. Syftet är att stimulera de primära sinnena för att åstadkomma behagliga erfarenheter, vilket ska ske i en atmosfär av tillit och avspändhet utan krav på intellektuell aktivitet.

Sinnesstimulering som synsätt: En process och/eller ett synsätt, som om processen är känd kan appliceras kreativt i omsorgsarbetet. En strategi med syfte att främja mer lämpligt beteende och att underlätta kommunikation. Avsikten är att stimulera sinnena ostrukturerat i en atmosfär av

tillit, värme och förtroende. En åtgärd i vårdmiljön för att skapa en känsla av lugn hos personen med demenssjukdom¹

Förvaltningen ser positivt på verksamhetens arbete med ett evidensbaserat förhållningssätt utifrån begreppet sinnesstimulering.

Förvaltningen konstaterar att aktiviteter erbjuds utifrån de boendes individuella behov.

Ett förbättringsområde är utveckling av kultur i vården, verksamheten saknar kulturombud och begär beskrivning av vilka åtgärder som ska vidtas för att säkerställa krav i avtal.

Förvaltningen begär att verksamheten beskriver hur de terminsvisa aktiviteterna planeras och utförs.

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 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
- 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
- dokumenterade rutiner ska finnas mellan vårdkedjans olika funktioner
- 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
- 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
- dokumenterade rutiner ska finnas mellan vårdkedjans olika funktioner

2.6.1 Iakttagelser

Omvårdnadspersonalen berättar om erfarenheter i verksamheten av palliativ vård i livets slutskede. Rutiner finns och personalen har utbildats i palliativ omvårdnad, upplevelsen är att den palliativa vården fungerar bra.

I kvalitetsuppföljningen deltog från verksamheten sjuksköterskor och VC. Rehabpersonal fanns inte tillgängliga vid tiden för uppföljningen.

2.6.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Identifierade förbättringsområden har framkommit vid tillsyn. Kvalitetsuppföljning av MAS/MAR utförs i verksamheten den 12 november 2015 i samband med den avtalsuppföljning rapporten avser.

Vid uppstarten av boendet uppstod problem och patientsäkerhetsrisker. Det framkom även av den tillsyn som MAS gjorde 2015-08-19 och den orosanmälan som inkom 2015-09-01. Det som identifierades som patientsäkerhetsriskområden var bristande hantering av de elektroniska

¹ Annika Johansson (2010). En beskrivning av sinnesstimulering som aktivitet vid omsorgen om personer med demenssjukdom - en systematisk litteraturstudie. Hälsouniversitetet, Norrköping.

stödsystemen som till exempel patientjournal, avvikelssystem samt kommunikationsverktyget Prator. Det saknades bland annat akutask.

Kvalitetsuppföljning av MAS/MAR utfördes i verksamheten den 12 november 2015 i samband med den avtalsuppföljning rapporten avser.

Vid verksamhetsuppföljningen framkommer att en rad förbättringsåtgärder vidtagits och planerats. Registreringen i kvalitetsregistren är igång och egenkontroller inom områdena nattfasta, basala hygienrutiner, infektionsregistrering samt logg och journalgranskning är genomförda enligt anvisning. Avvikelsehanteringen hanteras enligt rutin. Läkemedelsförrådsansvarig är utsedd och akutasken är iordningsställd. Bemanningssituationen har blivit stabilare och kontinuiteten har förbättrats.

Verksamhetschefen ansvarar för att kvarvarande förbättringsåtgärder vidtas.

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 de intervjuade.

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

2.7.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen bedömer att samtliga krav inom området är uppfyllda.

Under oktober och november 2015 genomförde biståndshandläggare på Enheten för korttidsvård och boenden individuppföljningar på 50 personer där inflyttning skett på Gutasund under juli och augusti 2015. Uppföljningarna har utförts genom intervjuer med den boende och närstående. Övervägande av de intervjuade är nöjda med sitt boende och inflyttningsprocessen på Gutasund.

Under intervjuerna framkom behov av förbättringsarbete gällande bland annat, bemötandefrågor, personalens kunskap om demenssjukdom, aktiviteter, utevistelse samt vid inflyttningstillfället brist i kontakt och insatser från hälso- och sjukvårdspersonal.

I de fall missnöje framkommit har VC kontaktats och vid behov har åtgärder vidtagits.

2.8 Avvikelser och klagomål

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 ett kvalitets- och avvikelseråd träffas en gång i veckan där klagomål och synpunkter hanteras. Kvalitetsrådet består av representanter från ledning och värderingsledare. Den boende och dess närstående ges information vid inflyttning hur synpunkter och klagomål kan lämnas.

Rutin finns för avvikelse-, synpunkts- och klagomålshantering och omvårdnadspersonalen berättar om de tar emot klagomål och/eller synpunkter rapporteras det både skriftligt och muntligt till VC.

Rutin för Lex-Sarah och Lex-Maria anmälan finns.

2.8.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningens bedömning är att verksamheten har fungerande system och rutiner inom området avvikelse- och klagomålshantering.

Förvaltningen bedömer att samtliga ska krav inom området är uppfyllda.

3 Förvaltningens krav på åtgärder

Förvaltningens bedömning är att krav i avtal till väsentliga delar är uppfyllda på vård- och omsorgsboendet Gutasund. Avtalsuppföljningen har identifierat enstaka brist och behov av utveckling inom tre av åtta fokusområden.

Förbättringsområdena lyfts fram i rapporten och verksamheten förväntas vidta åtgärder som syftar till att säkerställa god kvalitet även inom nämnda områden.

Verksamheten ska senast 15 mars 2016 inkomma med en beskrivning av hur åtgärderna ska genomföras samt tidsplan för detta.

Uppsala 2016-02-12



Uppdragsstrateg



Uppdragsstrateg

Svara senast
2016-03-15

Skicka ifylld handlingsplan till
aldreforvaltningen@uppsala.se

Diarienummer
ALN-2015-0246

Handlingsplan för Gutasund

Område Se rapport	Beskrivning av åtgärd/Ansvarig för åtgärd	Tidplan för åtgärd	Godkänd Ja/Nej	Krav på ytterligare åtgärd/kommentar
• Återkoppling i det pågående förbättringsarbetet med värderingsledarna.				
• Ett förbättringsområde är utveckling av kultur i vården. Verksamheten saknar kulturombud. Förvaltningen begär en beskrivning av vilka åtgärder som ska vidtas för att säkerställa krav i avtal.				
Beskriv hur de terminsvisa aktiviteterna planeras och utförs.				
Uppföljning av planerade utbildningsinsatser sker under första kvartalet 2016				

