

Handläggare
Lena Söderman

Datum
2016-05-19

Diarienummer
ALN-2016-0045

Äldrenämnden

Avtalsuppföljning vid Linné, vård- och omsorgsboende

Förslag till beslut

Äldrenämnden beslutar

att med beaktandet av resultatet lägga rapporten till handlingarna.

Ärendet

Äldreförvaltningen har genomfört en avtalsuppföljning vid Linné vård- och omsorgsboende den 21 mars 2016 som framgår av rapporten (se bilaga 1). Uppföljningen visade att verksamheten är välfungerande på många sätt.

Förbättringsområden och enstaka brist har dock identifierats inom följande fem av nio fokusområden;

- Verksamhet, organisation och bemanning
- Kompetens och kompetensutveckling
- Aktiv och meningsfull tillvaro
- Hälso- och sjukvård
- Avvikelse och klagomålshantering

Avseende ovan nämnda brister begärde förvaltningen att utföraren i en handlingsplan (bilaga 2) beskrev de åtgärder som vidtagits eller planeras vidtas.

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
2016-05-09

Diarienummer
ALN-2016-0045

Avtalsuppföljning vid Linné, vård- och omsorgsboende

Utförare och enhet	Vård & omsorg
Typ av verksamhet	Vård- och omsorgsboende
Totalt antal	80 lägenheter
Adress	Stenbrohultsvägen 93 757 58 Uppsala 018-727 67 77, 018-727 85 80 , eva.k.eriksson@ uppsala.se , lisbeth.erkapers@ uppsala.se
Telefon och e-postadress	
Verksamhetschef	Lisbeth Erkapers och Eva Eriksson
Avtalsbeteckning	ALN-2014-0375
Avtalstid	2015-11-02 – 2018-02-01
Datum för uppföljning	2016-03-21
Uppföljning utförd av	Lena Söderman och Ana Perez Eva Eriksson, Lisbeth Erkapers, Christina Gustavsson samt representanter från omvårdnadspersonal och legitimerad personal.
Medverkande från utföraren	

Vård- och omsorgsboendet Linné startade i november 2009. Boendet var då helt nybyggt.

Linné inrymmer totalt 80 lägenheter. Inriktningen är omvårdnad. Omvandling av 20 platser omvårdnad till demensplatser pågår under 2016. Byggnaden består av fyra våningar med 20 lägenheter på varje plan. På bottenvåningen finns 20 lägenheter, lokaler för administration, rehabilitering, service samt tillagningskök och matsal - restaurang Linné. Verksamheten är belägen i stadsdelen Sävja söder om Uppsala centrum.

Sammanfattning

Resultat

Äldreförvaltningen har genomfört en avtalsuppföljning vid Linné vård- och omsorgsboende. Verksamheten drivs av Vård & omsorg sedan 2015-11-02. Förvaltningens bedömning är att Linné är en fungerande verksamhet.

Några förbättringsområden och enstaka brister har dock identifierats. Nedan beskrivs såväl positiva sidor som de konstaterade bristerna och förbättringsområdena. För en mer omfattande beskrivning se respektive rubrik i rapporten. Nedanstående områden har varit fokusområden i den nu genomförda uppföljningen.

Förvaltningens slutsatser sammanfattas i nedanstående punkter.

Verksamhet och 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 kan uppfyllas.
- Förvaltningen konstaterar att nämndens värdegrund är känd men att implementering av nämndens värdighetsgarantier, utveckling av värdegrundsträffar och värdegrundsledare är förbättringsområden.

Kompetens och kompetensutveckling

- Förvaltningen noterar att utvecklingsarbete startat med kompetensutveckling inom demensvård inför den omvandling till demensplatser som pågår.
- Förvaltningen noterar att verksamheten skapat en fungerande teamsamverkan i form av vårdplaneringar och rehabiliteringsronder
- Förvaltningen konstaterar förbättringsområde för medarbetare att behärska det svenska språket vilket ledningen identifierat. 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.

Kontaktmannaskap och samverkan

- Förvaltningen bedömer att krav i avtal är uppfyllda.
- Förvaltningen noterar att verksamheten planerar starta upp brukarråd och närstående råd.

Mat och måltider

- Förvaltningen bedömer att samtliga krav inom området uppfylls.

Aktiv och meningsfull tillvaro

- Förvaltningen konstaterar att utevistelse och mer individanpassade aktiviteter är förbättringsområden.
- Förvaltningen noterar att det enligt omvårdnadspersonalen är uppskattat att sitta på balkongerna men vill uppmärksamma verksamheten på att detta inte kan likställas med kravet att erbjuda den enskilde utevistelse.

Hälso- och sjukvård

- Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller krav i avtal inom området.
- Förvaltningen konstaterar att ansvarig för medicintekniska produkter och palliativt ombud finns i verksamheten men att detta inte är känt hos personalen. Förvaltningen ser ett förbättringsområde i hur roller och ansvar implementeras i personalgruppen.

Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

- Förvaltningen bedömer att samtliga krav inom området är uppfyllda.

Informationsöverföring och dokumentation

- Förvaltningen bedömer att krav i avtal är uppfyllda.

Avvikelser och klagomålshantering

- Förvaltningen konstaterar att det saknas struktur och tydlighet i hur synpunkter och klagomål hanteras.

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

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 OCH ORGANISATION – BEMANNING	5
2.1.1	Iakttagelser	6
2.1.2	Förvaltningens kommentarer och slutsatser	6
2.2	KOMPETENS OCH KOMPETENSUTVECKLING	6
2.2.1	Iakttagelser	7
2.2.2	Förvaltningens kommentarer och slutsatser	7
2.3	KONTAKTMANNASKAP. SAMVERKAN	8
2.3.1	Iakttagelser	8
2.3.2	Förvaltningens kommentarer och slutsatser	8
2.4	MAT OCH MÅLTIDER	8
2.4.1	Iakttagelser	8
2.4.2	Förvaltningens kommentarer och slutsatser	8
2.5	AKTIV OCH MENINGSFULL TILLVARO	9
2.5.1	Iakttagelser	9
2.5.2	Förvaltningens kommentarer och slutsatser	9
2.6	HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	9
2.6.1	Iakttagelser	10
2.6.2	Förvaltningens kommentarer och slutsatser	10
2.7	FALLPREVENTION OCH BEDÖMNING AV REHABILITERINGSBEHOV	10
2.7.1	Iakttagelser	11
2.7.2	Förvaltningens kommentarer och slutsatser	11
2.8	INFORMATIONSOVERFÖRING OCH DOKUMENTATION	11
2.8.1	Iakttagelser	11
2.8.2	Förvaltningens kommentarer och slutsatser	12
2.9	AVVIKELSER OCH KLAGOMÅLSHANTERING	12
2.9.1	Iakttagelser	12
2.9.2	Förvaltningens kommentarer och slutsatser	12
3	FÖRVALTNINGENS KRAV PÅ ÅTGÄRDER	12

1 Inledning

1.1 Bakgrund till uppföljningen

Enligt äldrenämndens uppföljningsplan, beslutad 2013-10-02 ska äldreförvaltningens uppföljningsarbete säkerställa att beställande part, äldrenämnden, erhåller det resultat som förväntas utifrån tecknade avtal.

Linné drivs sedan 2015-11-02 av Vård & omsorg. Överlämnande utförare var Kosmo AB som drivit verksamheten sedan 2009.

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 inlämnad statistik i tertial samt granskning av lokal rutin för hantering av medicintekniska produkter samt rutin för synpunktshantering. Förvaltningen har därmed inte granskat samtliga av utförarens dokumenterade rutiner i verksamhetens ledningssystem för kvalitet och övriga dokument. 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 genom besök på boendet och intervjuer med ledning, legitimerad personal och omvårdnadspersonal den 21 mars 2016. Vid intervjun med ledningen deltog även affärsområdeschef. Granskning har skett genom utvalda dokument. Från äldreförvaltningen deltog uppdragsstrategerna Lena Söderman och Ana Perez.

2 Förvaltningens iakttagelser, kommentarer och slutsatser

2.1 Verksamhet och organisation – Bemanning

I förfrågningsunderlag framgår

- ska ha ingående kunskap och bedriva verksamhet enligt en dokumenterad värdegrund som överensstämmer med äldrenämndens värdegrund för vård och omsorg, samt i enlighet med den av äldrenämnden beslutade lokala värdighetsgarantin
- ska ha verksamhetschef enligt HSL, § 30 och SOFS 1997:8 med lägst grundutbildning på högskolenivå samt minst tre års dokumenterad erfarenhet av arbetsledande ställning

- ansvarig chef för enheten ska ha lägst grundutbildning på högskolenivå samt minst två års erfarenhet av arbete inom arbetsområdet
- det ska finnas namngiven ersättare för den ansvarige chefen för enheten
- bemanning ska finnas dygnet runt i sådan omfattning att kvaliteten säkerställs i överensstämmelse med lagar, författningar och uppdraget och verksamhetens ledningssystem (så att den enskildes behov av hälso- och sjukvård, omsorg, rehabilitering och stöd säkerställs)

2.1.1 lakttagelser

Ledningen berättar med stolthet om det pågående utvecklingsarbetet och lyfter särskilt fram områden som teamsamverkan, vårdplanering, registrering i Senior Alert.

Äldrenämndens värdegrund är känd bland medarbetarna men det saknas ett aktivt värdegrundsarbete. En träff med äldreförvaltningens utvecklingsledare är planerad för fortsatt utvecklingsarbete inom området.

En omvandling till 20 platser för personer med demenssjukdom pågår.

Verksamheten har två verksamhetschefer och totalt 60 årsarbetare anställda.

Verksamhetscheferna har båda högskoleexamen inom social omsorg respektive legitimerad sjuksköterska. Verksamhetscheferna ersätter varandra vid frånvaro vilket all intervjuad personal har kännedom om.

Bemanningen om 20 boende är fem personer på morgonen, fyra personer på kvällen och en på natten. Utöver det finns en sjuksköterska på varje plan samt tillgång till arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut.

De legitimerade berättar att övertagandet från tidigare utförare fungerade bra, alla hjälptes åt. Det var en större process än vad som var förväntat och samarbetet fungerade bra.

All intervjuad personal upplever att verksamheten kommit i gång bra, det är ett hus med många möjligheter. Värdegrundsarbetet är ett förbättringsområde enligt all intervjuad personal.

Samtliga intervjuade tycker att bemanning finns för att bedriva en god och säker vård.

2.1.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

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 kan uppfyllas.

Förvaltningen konstaterar att nämndens värdegrund är känd men att implementering av nämndens värdighetsgarantier, utveckling av värdegrundsträffar och värdegrundsledare är förbättringsområden.

2.2 Kompetens och kompetensutveckling

I förfrågningsunderlag framgår

- ska bedriva vård och omsorg enligt vetenskap, beprövad erfarenhet och evidens
- personal ska behärska svenska språket muntligt och skriftligt och vid behov tillägna sig kunskap om andra kulturer och religioner

- personal som vårdar personer med demenssjukdom ska ha dokumenterad demensvårdskompetens
- nyrekryterad tillsvidareanställd omvårdnadspersonal ska ha lägst gymnasieutbildning inom vård och omsorg eller undersköterskeutbildning
- nyrekryterad visstidsanställd omvårdnadspersonal och vikarier med anställning mer än sex månader, ska ha lägst gymnasieutbildning inom vård och omsorg eller undersköterskeutbildning

2.2.1 Iakttagelser

Ledningen berättar att ca 70 % av omvårdnadspersonalen är utbildade undersköterskor.

Medarbetare utan vård och omsorgsutbildning uppmuntras till validering.

Kompetensutvecklingsplan för varje medarbetare diskuteras vid medarbetarsamtalen med VC.

Ett förbättringsområde som har identifierats är språkutbildning, vilket ingår i

kompetensutvecklingsplanen för de medarbetare där svenska språket inte kan behärskas i tal och skrift.

Vid nyrekrytering av omvårdnadspersonal anställs enbart undersköterskor. Rutin för introduktion finns och är känd av all intervjuad personal. Inför omvandlingen till demensvårdsplatser har ledningen inventerat intresset att arbeta med demensvård i personalgruppen. Det finns intresse och planering av utbildning i demensvård pågår.

Ledningen berättar hur systematisk uppföljning och egenkontroll sker i verksamheten vilket ska säkerställa vård och omsorg om den enskilde. Det sker i form av till exempel vårdplaneringar och rehabiliterings ronder. Vårdplaneringar görs var 8:e vecka för den enskilde. Vid vårdplanering medverkar legitimerad personal, verksamhetschef och kontaktperson. Vårdplaneringsmötet utgår från en mall med sökord och i samband uppdateras även genomförandeplanen vid behov.

Medicinsk vårdplanering görs minst 1 ggr/ år. De legitimerade informerar om hygienronder, journalgranskning, registrering i kvalitetsregister. Omvårdnadspersonalen tycker detta sker genom dialog i personalgruppen, APT, vårdplaneringar, dokumentation samt genom uppföljning och återkoppling.

Omvärldsbevakning sker i olika forum. Ledningen berättar om möjligheten för medarbetare att hospiterar i andra verksamheter. De legitimerade berättar att de försöker läsa och hålla sig uppdaterade, delta i nätverksträffar vilket enligt de legitimerade är ett forum att jobba vidare med.

2.2.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen noterar att utvecklingsarbete startat med kompetensutveckling inom demensvård inför den omvandling till demensplatser som pågår.

Förvaltningen noterar att verksamheten skapat en fungerande teamsamverkan i form av vårdplaneringar och rehabiliteringsronder

Förvaltningen konstaterar förbättringsområde för medarbetare att behärska det svenska språket vilket ledningen identifierat. 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. Samverkan

I förfrågningsunderlag framgår

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

2.3.1 Iakttagelser

Ledningen informerar att rutin finns för kontaktmannaskap och implementering av ett flertal rutiner pågår. Närstående vet vem som är kontaktperson enligt ledningen. För att skapa forum för delaktighet och inflytande planeras brukarråd och anhörigträffar att starta upp.

Omvårdnadspersonalen redogör för vad det innebär att vara kontakman. Kontaktmannen ska ha lite mer kännedom om den boende, erbjuda egen tid minst en gång i veckan. Kontaktmannen är också den förlängda armen till den boende – ett språkrör. Information om vem som är kontakman finns på den boendes dörr.

2.3.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen noterar att verksamheten planerar starta upp brukarråd och närstående råd.

Förvaltningen bedömer att krav i avtal är uppfyllda.

2.4 Mat och måltider

I förfrågningsunderlag framgår

- kost, mat och matservering ska följa äldrenämndens "Riktlinjer för nutrition" och "Inriktning och riktlinjer för mathantering inom äldreomsorgen"
- kostråd/kostombud ska finnas

2.4.1 Iakttagelser

Äldrenämndens riktlinjer är kända enligt ledningen. Kostombud finns på varje plan, deras uppgift är att ha en helhetsbild över dagens måltider och att miljön är välkomnande och trevlig. Regelbundna möten med ansvarig dietist inom kommunens måltidsservice planeras.

Genom registrering i Senior Alert och viktkontroller säkras den enskildes nutritionsstatus. Omvårdnadspersonalen berättar om hur man tillsammans jobbar och fyller i underlag i Senior Alert till varje vårdplanering. All intervjuad personal anser att de har en bra måltidsmiljö. Personalen har pedagogiska måltider vilket är ett sätt att säkerställa att alla får den hjälp de behöver vid matsituationen.

Måltider serveras på följande tider, frukost när man själv önskar, lunch serveras klockan 12.15 och middag klockan 17.00. Där emellan serveras eftermiddags kaffe och kvällsfika.

Ledningen berättar att de uppmärksammat att inte nattfastan blir för lång. Både omvårdnadspersonal och den legitimerade informerar om möjlighet till extra måltider som nattpersonalen serverar vid behov.

2.4.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen bedömer att samtliga krav inom området uppfylls.

2.5 Aktiv och meningsfull tillvaro

I förfrågningsunderlag framgår

- den enskilde ska stimuleras att använda sin förmåga att klara sig själv, att stärka funktioner och oberoende
- den enskilde ska ges möjlighet att upprätthålla och skapa relationer som främjar social gemenskap och meningsfullhet
- den enskilde ska få hjälp att komma till mötesplatser och andra hälsofrämjande aktiviteter
- 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

Dagliga aktiviteter erbjuds och finns angivet på en aktivitetstavla som finns på varje plan och i entrén. Verksamheten har aktivitetsombud som ansvarar för att ta fram vilka aktiviteter som ska erbjudas. Utevistelse och mer individanpassade aktiviteter är ett förbättringsområde berättar ledningen. Frivilligombud och kulturombud finns i verksamheten informerar ledningen. Ett cykelprojekt "vind i håret" ska starta upp där de boende kan komma ut på cykeltur tillsammans med personal.

De legitimerade upplever det positivt med aktivitetsombud. Ett förbättringsområde är mer individanpassade aktiviteter.

Omvårdnadspersonalen berättar att varje fredag bjuds det till café med hembakat. Vill man kan man komma ut varje dag så får man det berättar omvårdnadspersonalen, balkongerna är uppskattade.

2.5.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen konstaterar att utevistelse och mer individanpassade aktiviteter är förbättringsområden.

Förvaltningen noterar att det enligt omvårdnadspersonalen är uppskattat att sitta på balkongerna men vill uppmärksamma verksamheten på att detta inte kan likställas med kravet att erbjuda den enskilde utevistelse.

2.6 Hälso- och sjukvård

I förfrågningsunderlag framgår

- behovet av hälso- och sjukvård och omvårdnad upp till och med sjuksköterskenivå ska tillgodoses dygnet runt
- vårdgivaren ska följa tandvårdsreformen - informera om och utfärda intygsunderlag
- palliativt ombud, sjuksköterska, ska finnas
- omvårdnad i livets slut ska ske med värdighet och respekt
- utföraren ska följa och informera om det subventionerade tandvårds-stödet, samt utfärda intygsunderlag
- den enskilde ska vara delaktig i sin egen vård och omsorg
- god hygienisk standard ska upprätthållas

- verksamheten ska vara ansluten till och registrera i de nationella kvalitetsregister som beställaren beslutat om samt koppla resultatet till aktivt kvalitetsarbete

2.6.1 lakttagelser

Bemanningen av sjuksköterska är en sjuksköterka på varje plan. De legitimerade har regelbundna möten med varandra och ingår också i nätverk tillsammans med MAS informerar ledningen.

Sjuksköterskorna ser positivt på den nuvarande MAS organisationen, det är att återuppta det som var innan, men saknar funktionen MAR (medicinskt ansvar för rehabilitering), vilken ej finns i Vård & omsorgs organisation. Medicinsk vårdplanering erbjuds minst en gång per år, vid nyinflyttning och vid förändrade behov.

Hygienombud finns i verksamheten. Lokal rutin finns för hantering av medicintekniska produkter. Ansvarig för medicintekniska produkter finns i verksamheten men är inte känt hos personalen.

Ledningen berättar att det nu är Folktandvården som ansvarar för att erbjuda de boende årlig munhälsobedömning och utbildning i munhälsa till personalen.

De legitimerade beskriver att alla sjuksköterskor i verksamheten utfärdar tandvårdsintyg, årlig munhälsobedömning erbjuds och pågående kvalitetsarbete kring munhälsa sker i Senior Alert.

Omvårdnadspersonalen berättar att flera gått den erbjudna årliga utbildningen i munhälsa.

De legitimerade informerar att rutiner för vård i livets slut finns och är kända. Verksamheten registrerar i palliativ registret. Palliativt ombud finns i verksamheten enligt ledningen men är inte känt hos personalen.

De legitimerade upplever att det finns resurser och kunskap att möta närstående i kris.

2.6.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen bedömer att verksamheten uppfyller krav i avtal inom området.

Förvaltningen konstaterar att ansvarig för medicintekniska produkter och palliativt ombud finns i verksamheten men att detta inte är känt hos personalen. Förvaltningen ser ett förbättringsområde i hur roller och ansvar implementeras i personalgruppen.

2.7 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov

I förfrågningsunderlag framgår

- behov av insatser från arbetsterapeut och sjukgymnast ska tillgodoses
- den enskildes behov av rehabilitering ska bedömas och tillgodoses redan vid inflyttning och därefter vid förändrade behov
- den enskilde ska stimuleras att använda sin förmåga att klara sig själv, att stärka funktioner och oberoende
- all personal ska ha ett rehabiliterande och funktionsuppehållande arbetssätt alla tider på dygnet
- stöd och handledning i rehabiliterande arbetssätt ska ges, till personal och närstående, hur den enskildes rehabiliteringsbehov bäst tillgodoses
- dokumenterade rutiner ska finnas mellan vårdkedjans olika funktioner och nivåer

- den medicintekniska utrustningen ska hålla god kvalitet, vara i god kondition och uppfylla säkerhetskraven
- den enskildes behov av rehabilitering ska bedömas och tillgodoses redan vid inflyttning och därefter vid förändrade behov

2.7.1 Iakttagelser

I verksamheten arbetar sjukgymnast/fysioterapeut 75 % och arbetsterapeut 100 %. Rutin finns för när arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut ska kontaktas. Rutinen är känd av omvårdnadspersonalen.

Arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut har ett arbetssätt där de går till varje avdelning och lyssnar in med sjuksköterska och omvårdnadspersonal vilka behov av deras tjänster som finns.

Rutin kring fallprevention finns i utförarens ledningssystem och prevention görs också i samband med registrering i Senior Alert och avvikelshanteringen i Flexite.

När rehabiliteringsplan är upprättad delges planen till övrig personal så att teamet får en gemensam målsättning för rehabiliteringen kring den enskilde.

Förbättringsområden som identifierats inom området av ledningen är att all personal ska ha ett rehabiliterande arbetssätt.

2.7.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen bedömer att samtliga krav inom området är uppfyllda.

2.8 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
- utföraren ska, tillsammans med den enskilde, omsätta beställningen i en genomförandeplan där bl.a. den enskildes trygghet, inflytande, tillgänglighet och oberoende beaktas
- kopia på genomförandeplanen ska vara biståndshandläggaren tillhanda inom 14 dagar om annat ej har överenskommit med biståndshandläggaren

2.8.1 Iakttagelser

Både den legitimerade personalen och omvårdnadspersonalen säger i intervjuerna att det finns förutsättningar för att starta sitt arbetspass genom att läsa i Siebel och/eller få muntlig rapport.

Alla boende har en genomförandeplan men de behöver uppdateras enligt ledningen och omvårdnadspersonalen.

När en genomförandeplan upprättas deltar kontaktperson och den enskilde. Vid behov involveras närstående och andra professioner.

Vid förvaltningens kontakt med berörda inom myndigheten framfördes att de inkommit synpunkter och klagomål på maten och att väldigt få aktiviteter erbjuds. Återkoppling till VC

från myndigheten har skett och förvaltningen förutsätter att verksamheten besvarar och åtgärdar eventuella brister som framkommit vid individuppföljningarna.

2.8.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen bedömer att krav i avtal är uppfyllda.

2.9 Avvikelser och klagomålshantering

I förfrågningsunderlag framgår

- rutin ska finnas för avvikelshantering och lex-Maria anmälan
- rutin ska finnas med instruktion hur lex-Sarah anmälan går till
- rutin för lokal synpunkts-/klagomålshantering ska finnas
- inom sju dagar ska den enskilde få svar eller besked om när ett svar kan ges
- rutin ska finnas för hur utebliven insats hanteras

2.9.1 Iakttagelser

Ledningen informerar att synpunkter och klagomål tas emot. Målet är att återkoppla till synpunktslämnare inom tre veckor. Återkoppling till personalgruppen gällande avvikelser och klagomål planeras ske på APT.

De legitimerade beskriver att när de tar emot klagomål och synpunkter lämnas en blankett till synpunktsgivaren att fylla i. Kommer synpunkten/klagomålet via telefonsamtal kopplas VC in.

Omvårdnadspersonalen berättar att de ibland hänvisar vidare till VC.

Både de legitimerade och omvårdnadspersonalen har kännedom om lex. Sarah. De legitimerade upplever dock att de behöver läsa på om aktuella rutiner och hur de tillämpas.

2.9.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen konstaterar att lokal rutin finns men det saknas struktur och tydlighet i hur synpunkter och klagomål hanteras.

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

3 Förvaltningens krav på åtgärder

Förvaltningen begär att Vård & omsorg senast 19 maj 2016 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.

Uppsala 2016-05-09



Lena Söderman

Uppdragsstrateg



Åsa Markström

Tf. Stabschef

Svara senast
20160519

Skicka ifyllt handlingsplan till
aldreforvaltningen@uppsala.se

Diarienummer
ALN-2016-0045

Handlingsplan för Linné vård-och omsorgsboende

Verksamhetschef: Eva Eriksson, Lisbeth Erkapers

Handlingsplanen kommer att diarieföras och registreras som offentlig handling.
Utföraren ska vid begäran presentera innehållet i handlingsplanen hos äldreförvaltningen.

Fylls i av utföraren Använd en rad per avvikelse/brist. Lägg till fler rader vid behov. Det går att hänvisa till bilaga, till exempel rutin eller instruktion i ledningssystem. Tänk på att hänvisningen ska vara tydlig (vilken bilaga och vilken sida).					Fylls i av äldreförvaltningen	
Område Se rapport	Åtgärd Vad utföraren ska förändra för att åtgärda bristen	Ansvarig för åtgärd	Tidplan för åtgärd	Uppföljning/Egenkontroll När och hur utföraren kommer att följa upp att bristen är åtgärdad	Godkänd Ja/Nej	Krav på ytterligare åtgärd/kommentar
Avvikelser och klagomålshantering-rutin för lokal synpunkts-/klagomålshantering ska finnas Beskriv rutin samt hur rutinen ska implementeras så att den blir känd i personalgruppen	Vi ska ytterligare synliggöra och implementera den rutin som finns för Vård och omsorg, för personalen på APT. Vi ska också gå igenom hur vi arbetar med klagomål, både skriftliga och muntliga när dessa kommer in.	Verksamhetschef Lisbeth Erkapers och Eva Eriksson	För personal på enheten, respektive APT, under våren och början av hösten. I introduktionen för nyanställda och vikarier. Till anhöriga på anhörigträffar.	Vi följer upp synpunkter/ klagomål via tertialer, Större synpunkter / avvikelser tas upp som lärande forum på APT.	19/5 2016 JA	

Bilaga 2

	Informera om ärendegången, att den diarieförs och är en offentlig handling.					