

Handläggare  
Mia Gustafsson

Datum  
2014-03-18

Diarienummer  
ALN-2013-0227

Äldrenämnden

## Planerad avtalsuppföljning vid vård- och omsorgsboendet Ebbagården

### Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktande av resultatet godkänna rapporten

### Föredragning

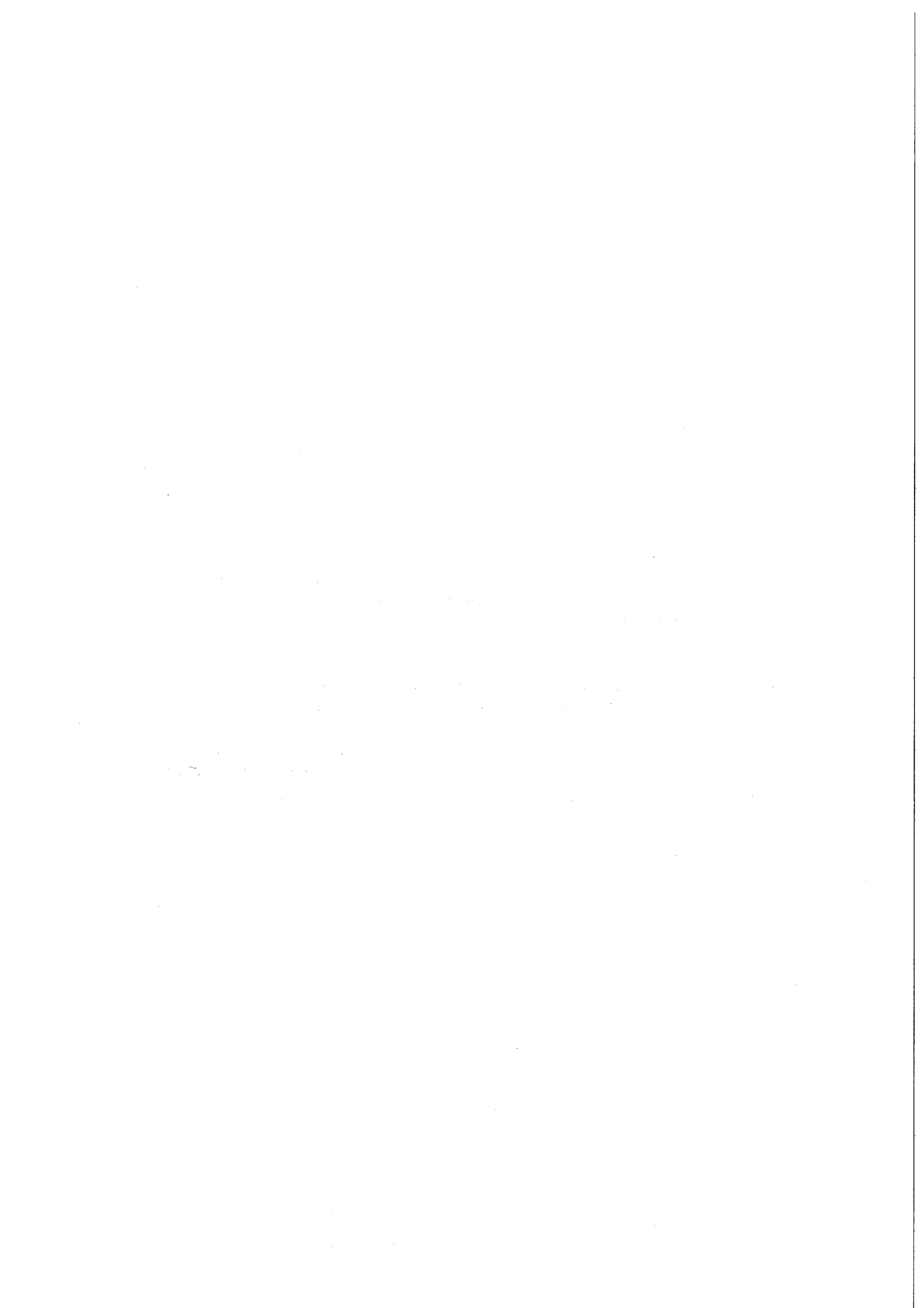
Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK), genomförde en planerad avtalsuppföljning vid vård- och omsorgsboendet Ebbagården den 11 december 2013 som framgår av rapporten. Verksamheten drivs av Diakonistiftelsen Sammariterhemmet. I samband med detta genomfördes en dokumentationsgranskning den 2 december vid verksamheten av den sociala dokumentationen. Uppföljningen visade att det förelåg ett flertal brister och förbättringsområden.

Handlingsplan inkom den 4 mars (bilaga 1). De beskrivna åtgärderna bedömdes som tillfredsställande och godkändes. Därmed ser HVK nu ärendet som avslutat.

På grund av brister i dokumentationen kommer dock en ny dokumentationsgranskning att ske under maj månad. Detta för att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument. Kontoret återkopplar resultatet till äldrenämnden om så önskas.

För kontoret för hälsa, vård och omsorg

Inga-Lill Björklund  
Direktör



Handläggare  
Mia Gustafsson  
Charlotta Larsson

Datum  
2014-02-10

Diarienummer  
ALN-2013-0227

Diakonistiftelsen Samariterhemmet  
Ebbagården vård- och omsorgsboende  
Verksamhetschef Karina Wouda

## Avtalsuppföljning Ebbagården vård- och omsorgsboende Uppsala kommun

### Beskrivning av verksamheten

Utförare och enhet	Diakonistiftelsen Samariterhemmet Ebbagården vård- och omsorgsboende
Adress	Kungsängsgatan 46 753 22 Uppsala
Verksamhetschef	Karina Wouda
Tfn och mailadress	018-564059 Karina.wouda@samariterhemmet.se
Uppföljning utförd av	Mia Gustafsson och Charlotta Larsson
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Verksamhetschef Karina Wouda, kvalitetsansvarig/verksamhetsutvecklare, dietist. Undersköterskor från olika plan representanter dag och kväll. Sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast.
Totalt antal platser	Totalt 30 lägenheter avsedda för personer med demenssjukdom samt 3 korttidsvårdsplatser
Typ av verksamhet	Vård- och omsorgsboende
Avtalstid	2006-04-01 – 2009-03-31 med möjlighet till tre års förlängning två gånger
Datum för uppföljning	2013-12-11

Vård- och omsorgsboendet Ebbagården drivs av Diakonistiftelsen Samariterhemmet. Byggnaden är belägen centralt i Uppsala och består av fem våningsplan. Totalt finns 30 permanenta lägenheter och tre korttidsvårdsplatser i verksamheten. Dessa är fördelade så varje plan inrymmer tio permanenta platser samt en korttidsvårdplats (växelvård). I källarplanet finns gemensamma lokaler, bland annat en samlingslokal där en dagverksamhet (Insikten) drivs för personer med beviljat bistånd.

## **1. Kontorets sammanfattande bedömning och kommentarer**

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning på vård- och omsorgsboendet Ebbagården som drivs av Diakonistiftelsen Samariterhemmet. Kontorets bedömning är att Ebbagården är en väl fungerande verksamhet på många sätt. Dock finns brister och förbättringsområden inom vissa delar. I detta kapitel sammanfattas såväl positiva sidor som de konstaterade bristerna.

### **Värdegrundsarbete**

Det förefaller för kontoret som att äldrenämndens antagna värdegrund är välkänd och implementerad i verksamheten. De lokala värdighetsgarantierna som äldrenämnden införde 1 februari 2013 är dock inte kända fullt ut eller på något sätt implementerade.

Kontoret begär att i handlingsplan få in ett detaljerat svar som beskriver när aktiviteter enligt ovan ska ske och när kommande egenkontroll ska genomföras.

### **Verksamhet, organisation och bemanning**

Kontoret bedömer att verksamheten fungerar väl inom detta område och uppfyller ska-kraven. HVK ser att det i verksamheten finns en flexibilitet som utgår ifrån de enskildas behov. Vid uppföljningstillfället bedöms verksamheten ha den personalstyrka och kompetens som säkrar en god och säker vård. Den legitimerade personalens tjänstgöringsgrad förefaller i dagsläget vara tillräcklig för att kunna tillgodose den enskildes behov av insatser. Dock finns brister kring bemanningen av rehabiliteringspersonal (specifikt sjukgymnast) under ledigheter, för vidare information och åtgärder se punkt 3.8 fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov.

### **Kompetens och kompetensutveckling**

HVK ser att personalen vid Ebbagården har en god grundkompetens för uppdraget och att verksamheten kontinuerligt uppmuntrar till kompetensutveckling. Kontoret ser också att verksamheten har en rutin för introduktion av nyanställda som förefaller vara implementerad hos samtliga yrkeskategorier. Kompetensutvecklingsplaner finns upprättade för omvårdnadspersonalen dock inte för legitimerad personal. Emellertid uppger ledning såväl som personalen själva att dialog förts och att detta är på gång. Kontoret förutsätter att kompetensutvecklingsplaner kommer upprättas även för denna yrkesgrupp. HVK bedömer att verksamheten uppfyller samtliga krav inom detta område.

### **Kontaktmannaskap**

Kontoret ser att Ebbagården fungerar väl inom området kontaktmannaskap. Innebörden av detta förefaller vara förankrad hos samtliga medarbetare. Kontoret får en bild av att det är den enskildes behov och önskemål som är i fokus och inte den dagliga logistiken vid verksamheten. Därmed bedömer HVK att verksamheten uppfyller ska-kraven gällande kontaktmannaskap. Kontoret förde en dialog med ledningen kring säkerställandet av individuella aktiviteter, för mer information se vidare under punkt 3.6 social gemenskap och meningsfullhet.

### **Mat och måltider**

HVK noterar att kostombud finns på verksamheten. Regelbundet samarbete med dietist planeras och kostråd ska utvecklas i verksamheten, vilket kontoret ser positivt på och förutsätter sker skyndsamt då kostråd är ett krav i avtalet. Kontoret ser positivt på att verksamheten eftersträvar och arbetar för en positiv och stimulerande måltidssituation så som valmöjligheten att kunna äta i stora matsalen.

Kontoret förde en dialog med ledningen då det framkom att många matningar förekommer i perioder. Medvetenhet fanns om detta och ses över på verksamheten. Kontoret understryker vikten av att säkra upp vid måltiderna och förutsätter att detta sker. HVK bedömer ska-kraven inom detta område som uppfyllda under förutsättning att verksamheten genomför de beskriva åtgärderna.

### **Social gemenskap och meningsfullhet**

HVK noterar att kulturombud finns i verksamheten likaså aktivitetsansvariga. Kontoret ser att verksamheten erbjuder ett stort och varierande utbud av gruppaktiviteter, vilket är mycket positivt. Kontoret ser dock att verksamheten måste säkra att aktiviteter även sker på individnivå, att det säkras att aktiviteter utgår ifrån de enskildas individuella behov och önskemål. Detta gäller även de dagliga aktiviteterna som erbjuds på de olika planen, vilka även måste säkras så de sker på ett strukturerat sätt.

Kontoret begär i handlingsplan en beskrivning hur verksamheten ska säkra aktiviteterna inom ovan beskrivna områden.

### **Hälso-och sjukvård**

Kontoret noterar att palliativt ombud likväl som tandvårdsansvarig som utfärdar underlag för subventionerad tandvård finns utsett. Rutin för vård i livets slut finns upprättat i verksamheten och förefaller vara förankrad hos samtliga medarbetare. HVK ser också att verksamheten arbetar medvetet och engagerat med att ge stöd till den enskilde och dess närstående. Kontorets bedömning är att verksamheten uppfyller samtliga ska-krav inom detta område.

### **Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov**

HVK ser att verksamheten har flera forum för teamsamverkan med fokus på den enskilde. Vid intervjuerna kan fallpreventionsarbete beskrivas väl och både rehabiliterande, förebyggande och hälsofrämjande arbete bedrivs vid verksamheten. Kontoret uppmärksammade att ett fokus finns på vardagsrehabilitering och genomsyrar det dagliga arbetet i verksamheten hos alla yrkeskategorier.

Dock förefaller inte alltid insatser i rehabiliteringsplanerna tillgodoses och insatser från sjukgymnast förefaller inte alltid säkras upp vid ledigheter. Kontoret begär ett förtydligande i handlingsplan hur verksamheten ska uppfylla ska-kravet inom detta område.

### **Informationsöverföring och dokumentation**

Dokumentationsgranskning av den sociala dokumentationen genomfördes den 2 december 2013 vid verksamheten och där framkom ett flertal brister. Verksamheten fick kort efter

granskningen en skriftlig sammanställning av dokumentationsgranskningen där förbättringsområdena framgick, *se bilaga*. Kontoret begär att verksamheten i handlingsplan redogör för hur verksamheten ska uppnå till de krav som ställs gällande dokumentationen.

Ny dokumentationsgranskning kommer att ske under maj månad i syfte att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.

### **Avvikelse och klagomålshantering**

Vid verksamheten förefaller rutiner för avvikelser finnas men inte vara implementerade fullt ut då det framkommer att avvikelser inte alltid skrivs, vilket omgående måste åtgärdas. Kontoret begär i handlingsplan ett tydliggörande hur verksamheten ska se till så all personal känner sig säkra i hur och när och vem som skriver avvikelser. I handlingsplanen ska utföraren beskriva hur detta ska implementeras och göras känt hos all personal.

Rutin finns för skriftliga klagomål och synpunkter, dock inte för de som inkommer muntligen till verksamheten. Det var oklart om sammanställning och analys av inkomna klagomål/synpunkter görs och av vem. Därmed bedömer kontoret att verksamheten inte fullt ut har ett fungerande systematiskt klagomålshanteringssystem. Kontoret anser att verksamheten brister i sammanställning och analys av synpunkter och klagomålshantering enligt SOSFS 2011:9 kap 5 §§6-8 samt att rutin för hantering av muntliga synpunkter/klagomål saknas. Kontoret begär in redogörelse i handlingsplan inom området.

Lex Sarah var känd hos alla intervjuade dock fanns, hos omvårdnadspersonalen, bristande kunskap gällande de bestämmelserna i lagen som trädde i kraft juli 2011. Kontoret påtalade detta vid intervjutillfället för ledningen, vilket omgående skulle implementeras. Kontoret förutsätter att detta har skett.

Se vidare under respektive område i rapporten.

### **1.1 Krav på åtgärder**

Handlingsplan för ovanstående brister ska inkomma till HVK senast **den 10 mars 2014**, där tidsplan för åtgärder, förväntade effekter samt uppföljning av dessa finns beskrivet för respektive område. Handlingsplanen ska skrivas i den bifogade mallen.

Handlingsplanen ska skickas med e-post till [halsa-vard-omsorg@ uppsala.se](mailto:halsa-vard-omsorg@ uppsala.se). Handlingen kommer diarieföras och registreras som offentlig handling.

Utföraren ansvarar för att ovan begärda redogörelse inkommer till HVK inom utsatt tid. Det åligger även utföraren att vidta omedelbar rättelse vid brister mot gällande avtal.

Handläggare  
Mia Gustafsson

Datum  
2014-02-10

Diarienummer  
ALN-2013-0227

## Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN

Uppföljningsobjekt: Vård-och omsorgsboendet Ebbagården  
Verksamhetschef: Karina Wouda  
Handlingsplan HVK tillhanda senast: **10 mars 2014**

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 HVK tillhandahållna mallen. Om utföraren vill hänvisa till bilaga ska det tydligt framgå i handlingsplanen till vilken bilaga, alternativt sidhänvisning i bilaga. De grå fälten i mallen fylls i av HVK.

Åtgärder som vidtas ska fokusera på förändring i verksamheten för att godkännas av HVK. 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 HVK, Lokföraren, Stationsgatan 12.

Handlingsplanen ska skickas med e-post till [halsa-var-d-omsorg@ uppsala.se](mailto:halsa-var-d-omsorg@ uppsala.se). Ange det diarienummer som finns på uppföljningsrapporten i mejlet. Handlingsplanen kommer att diarieföras och registreras som offentlig handling.

Uppföljningsobjekt: Vård-och omsorgsboendet Ebbagården (ALN-2013-0227)

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
<b>3.1 Vårdighetsgarantierna</b> - Beskriv implementeringsprocessen av de lokala vårdighetsgarantierna samt när kommande egenkontroll ska genomföras	Implementeringsprocessen sker bland annat under kommande Planeringsdagar som vi har för all personal under maj månad. Det centrala är värdegrund, bemötande, Lex Sarah, Lex Maria, avvikelserapportering, mottagande av synpunkter, beröm och klagomål, muntligt och skriftligt. Vårdighetsgarantierna kommer att tas upp under värdegrundscirkeln som pågår, och på planeringsdagarna i maj 2014 samt fortlöpande på APT varje månad. Vi har också med värdegrunden i introduktionen av nya medarbetare.	Karina Wouda Åsa Freidenfelt Bodil Gustafsson	Maj-juni 2014 Mars –April Maj –Juni 2014 Och fortlöpande.	Uppföljning kommer att ske i form av egenkontroll som ledningsgruppen inom Samariterhemmets Vård och omsorg och skall genomföra på Ebbagården. Mall/checklistan till egenkontroll kommer att delas ut till medarbetarna för att de ska kunna bekanta sig med de punkter och frågor som kontrollen kommer att fokuseras på. Vi följer också upp genom samtal på APT på grupp nivå och på individ nivå, i samtal.	Godkänd	



Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
<b>3.6 Social gemenskap och meningsfullhet</b> – Beskriv hur verksamheten ska arbeta med och säkra att aktiviteter sker på individnivå, att aktiviteter utgår ifrån de enskildas individuella behov och önskemål.	Revidering av rutin gällande socialdokumentation genom att lägga till genomförandeplaner följande: <ul style="list-style-type: none"> <li>Egen tid</li> <li>Samtycke</li> <li>Registrering i kvalitetsregistren</li> <li>Vem deltagit vid upprättande av genomförandeplaner</li> </ul>	Karina Wouda Åsa Freidenfelt Bodil Gustafsson	Mars-april 2014	Uppföljning på medarbetarsamtal Uppföljning av schemalagda aktiviteter både på individnivå och gruppnivå. Utse kvalitetsrevisorer från varje våning som följer upp genom granskning av genomförandeplaner och aktivitetslistor. Verksamhetens revisorer ska kontinuerligt granska varandras ansvarsområden (våningar) Kontaktpersonerna har ett stort ansvar för att planerade insatser på individnivå följs upp. Rapport till chefen skall skickas utifrån en mall tredje månad. (bifogas)	Godkänd	
<b>3.6 Social gemenskap och meningsfullhet</b> - Beskriv hur verksamheten ska arbeta med och säkra så de dagliga aktiviteterna som erbjuds på de olika planen sker på ett strukturerat sätt.	Checklistan "Egenkontroll av genomförande av dagliga rutiner" är utdelad till personalen. Varje medarbetare går igenom listan innan arbetasset är avslutat. Dokumentations i SIEBEL i form av sammanfattning av all	Karina Wouda Åsa Freidenfelt Bodil Gustafsson	Mars-april 2014 Deadline den 30 mars	Intern kontroll av kvalitetsrevisorer. Återkoppling till VC en gång i månaden av dokumentationsansvarig och arbetsledare från varje våning	Godkänd	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	veckoaktiviteter som ifylls dagligen på pappers mall.					
<b>3.8 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov</b> – Beskriv hur verksamheten ska säkra att insatser i rehabiliteringsplanerna tillgodoses	Månatliga kvalitetsmöten med kvalitetsombud och undersköterskor från våningarna, sjuksköterska, sjukgymnast, verksamhetschef. Registrering i Senior alert. Rehabmöten för individuella rehabplaner hålls på en våning varje vecka med arbetsterapeut, sjukgymnast, sköterska (ofta) och undersköterskor. Där följs tidigare satta mål upp, och nya sätts. Signeringslistor finns. Deltagarlistor på gruppträning förs och följs upp (aktivitetslistor)	Charlotte Lindén (sjukgymnast)	Mars-april 2014	Uppföljning av beslutade insatser och mål följs upp på månadsmöten där alla professioner deltar och resultatet dokumenteras och används i förbättringsarbetet.	Godkänd	
<b>3.8 Fallprevention och bedömning av rehabiliteringsbehov</b> – Beskriv	Kontakt med ”Rehabresurs” och revidering av avtalet	Charlotte Lindén (sjukgymnast)	Mars-april 2014		Godkänd	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
hur insatser från sjukgymnast ska säkras vid ledigheter så de enskilda får sina behov tillgodosedda från denna yrkesgrupp årets alla dagar	gällande att anlita arbetsterapeut och sjukgymnast. Vid långtidsfrånvaro och vid semestrar skall en annan arbetsterapeut och sjukgymnast skall ha beredskap.	t)				
<b>3.9 Informationsöverföring och dokumentation-</b> Beskriv hur verksamheten ska arbeta för att åtgärda de förbättringsområden som dokumentationsgranskningen påvisade	Soldokumentationsutbildningar planerades och genomförs för all personal. Utbildningen innehåller den centrala från styrdokument samt hänsyn tagits till kommentarer och synpunkter från dokumentationsgranskningen som Uppsala kommun genomförde på Ebbagården den 2 dec. 2013. Checklista med viktigaste punkter för våningsmöte innehåller bl.a. kontroll av dokumentationen.	Karina Wouda Åsa Freidenfelt Bodil Gustafsson Margareta Stålnacke (ssk, bitr. VC)	Februari- mars 2014	Löpande uppföljning genom kontroll av genomförandeplaner, dokumentation samt återkoppling från personalen. Uppföljnings- och dokumentationsansvarig på respektive enhet finns utsedd VC och Bitr. VC kontrollerar dokumentation på Insikten, Ebbagården och Kungsängsgården. Sköterskorna kontrollerar HSL dokumentation på alla våningarna samt håller kontinuerliga möten med omvårdnadspersonal.	Godkänd	Kontoret kommer genomföra en ny dokumentationsgranskning i maj månad för att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.
<b>3.10 Avvikelse- och klagomålshantering</b> - Beskriv implementeringsprocessen	Kvalitetsmöten varje månad. Protokoll skrivs och följs upp varje månad. Statistik	Charlotte Lindén Karina Wouda	Varje månad under 2014		Godkänd	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
kring avvikelser så detta blir känt av all personal	presenteras på APT i form av antal avvikelser Hur många som är allvarliga, visa graderingsskalan. Ta upp alla Klagomål och beröm som inkommit i veckobrevet. Det första varje månad. Ta upp månaden innan.					
<b>3.10 Avvikelse- och klagomålshantering</b> - Redogörelse för rutin gällande hantering av muntliga synpunkter/klagomål	Rutiner gällande hantering av synpunkter, klagomål, beröm (skriftligt och muntligt) skall revideras och presenteras till personalen på APT. Anhöriga skall informeras om gällande rutiner. Information om detta framgår från Patientsäkerhetsberättelsen för 2014 samt i Verksamhetsberättelse	Karina Wouda Åsa Freidenfelt Bodil Gustafsson	Mars 2014	Uppdaterade rutiner kring hur vi ta emot och besvarar muntliga klagomål ( <b>bifogas</b> ). Kontakt med varje anhörig per mail eller telefon för återkoppling. Notering om detta finns på blanketten.	Godkänd	
<b>3.10 Avvikelse- och klagomålshantering</b> - Redogörelse av rutin för sammanställning och analys av synpunkts och klagomålshantering enligt	Rutiner skall revideras samt Patientsäkerhetsberättelsen bifogas	Karina Wouda	Mars-april 2014	Uppföljning kommer att ske i form av egenkontroll som ledningsgrupp på Samariterhemmets Vård och omsorg skall genomföra på Ebbagården. Mall/checklistan till	Godkänd	

Område (se rapport)	Åtgärd ( <i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
SOSFS 2011:9 kap5 §§6-8				egenkontroll kommer att delas ut till medarbetarna för att de skulle kunna bekanta sig med de punkter och frågor som kontrollen kommer att fokuseras på.		

Bilaga 1

## Egen kontroll av Dagliga arbetsuppgifter

Datum \_\_\_\_\_

Arbetsuppgifter	Röd Dag	Grön Dag	Gul Dag	Röd Kväll	Grön Kväll	Gul Kväll	Natt
Medicin listor							
A-lista							
Vänd schema							
Vätskelista							
Avvikelse rapport							
Egen kontroll kök							
Dokumentation i Siebel							
Aktiviteter							
Mat i matsalen							
Promenader							
Trapp träning							
Gymnastik							
Individuell träning (utifrån sjukgymnast)							
Egen tid med kontakt person							
Anhörig samtal							
Dusch lista							
Nagel vård							
Hår vård							
Städ boendesrum							
Ren bäddning							
Städ övriga ytor							
<b>Signering efter arbetspass.</b>							



Ebbagården, Diakonistiftel

## Lokala rutiner för klagomålshantering

På Ebbagården strävar vi efter att erbjuda äldreomsorg av mycket god kvalitet. Synpunkter och klagomål på verksamheten är en betydelsefull informationskälla för oss att identifiera områden där vi behöver bli bättre. Vi arbetar ständigt med att förbättra kvaliteten på gruppboendet. För att kunna lära os av fel och misstag, stora som små, har vi utvecklat en särskild klagomålsrutin för vårt gruppboende, som en del av vårt kvalitetssystem.

För att möjliggöra att klagomål och synpunkter kommer fram är det avgörande hur det tas emot. Som medarbetare förväntas du tydligt känna till hur klagomålssystemet fungerar. Som nyanställd ska du få god information om klagomålsrutinerna under din introduktion.

### 1. Information till den enskilde/närstående

- Vid inflyttningssamtalet ska den boendes representant (anhörig, god man eller närstående) informeras om klagomålssystemet. En klagomålsblankett ska delas ut med övrig information.
- Blanketter "HJÄLP OSS ATT BLI BÄTTRE" finns tillgängliga på anslagstavlan med information till boende och anhöriga/närstående samt i personalpärmerna i personalrummet.
- För anhöriga/närstående ska det vara enkelt att framföra klagomål. Det är möjligt att lämna klagomål på olika sätt: via mail, telefon, muntligt och/eller anonymt.

### 2. Att ta emot klagomål

– hur förslag och klagomål från den enskilde och närstående tas om hand, utreds och vid behov åtgärdas (SOSFS 1998:8)

- Alla ska på ett professionellt sätt ta emot klagomål. Med det menas att man lyssnar aktivt på den som framför klagomål/synpunkter. Det är ytterst viktigt att inte gå i försvar. Med ett trevligt bemötande tar du som medarbetare emot klagomålet. Viktigt att personalen uppträder lugn och vänligt vid mottagning av muntligt synpunkt. Man skall behålla sin professionella bemötande vid samtal med anhöriga.
- Den medarbetare som tar emot ett muntligt klagomål ska dela ut en blankett "HJÄLP OSS ATT BLI BÄTTRE" och berätta varför det är viktigt att den fylls i. Blanketter finns tillgängliga i personalpärmerna samt på anslagstavlan med information till de boende och anhöriga/närstående.
- Vid mottagning av muntliga synpunkter/klagomål (gäller direktframförda eller via telefon) antecknas kort informationen och information omgående överlämnas till närmaste chef eller jourhavande sköterska.
- Synpunkter antecknas på blankett "Synpunkter/beröm/klagomål"
- Inom 3 arbetsdagar måste respons ges i form av mail, telefonkontakt eller vid personligt möte.
- Viktigt att tänka även att vi inom företaget uppmuntrar anhöriga att lämna sina synpunkter som vi uppskattar och betraktar som möjligheten att utveckla verksamheter och det gör vi genom att lyssna till anhöriga och närstående.

