

Handläggare
Lena Söderman

Datum
2015-10-05

Diarienummer
ALN-2015-0143.30

Äldrenämnden

Avtalsuppföljning vid Eriksdalsgården, vård- och omsorgsboende

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktandet av resultatet lägga rapporten till handlingarna.

Ärendet

Äldreförvaltningen genomförde en avtalsuppföljning vid vård- och omsorgsboendet Eriksdalsgården den 17 juni 2015, som framgår av rapporten (se bilaga 1). Uppföljningen visade att verksamheten fungerar väl inom flera områden. Förbättringsområden och brister har dock identifierats inom följande sex av åtta fokusområden.

- Kompetens och kompetensutveckling
- Kontaktmannaskap, brukarråd och närståendesamverkan
- Mat och måltider
- Aktiv och meningsfylld tillvaro
- Hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering och funktionsuppehållande arbetssätt
- Informationsöverföring och dokumentation

Äldreförvaltningen begärde in handlingsplan gällande två av sex konstaterade förbättringsområden. Handlingsplanen inkom den 14 september 2015 (se bilaga 2). Denna bedömdes som tillfredsställande och godkändes av förvaltningen. Verksamheten förväntas åtgärda övriga konstaterade förbättringsområden med omedelbar verkan. För en mer omfattande beskrivning se respektive rubrik i rapporten

Äldreförvaltningen

Gunn-Henny Dahl
Tf Direktör

Bilaga 1: Rapport från avtalsuppföljning
Bilaga 2: Godkänd handlingsplan från utföraren

Handläggare
Lena Söderman

Datum
2015-08-31

Diarienummer
ALN-2015-0143

Avtalsuppföljning vid Eriksdalsgården vård- och omsorgsboende

Utförare och enhet	Vård och omsorg
Adress	Norrlandsgatan 2, 752 29 Uppsala
Verksamhetschef	Carolina Castillo
Tfn och mailadress	018-727 88 79, carolina.castillo@upsala.se
Uppföljning utförd av	Lena Söderman, Eva Erikson och Ana Perez
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Carolina Castillo, Christina Gustafsson och Birgitta Eriksson
Totalt antal kunder/platser	40 lägenheter
Typ av verksamhet	Vård- och omsorgsboende omvårdnad
Avtalstid	2010-10-13 – 2016-10-14
Datum för uppföljning	2015-06-17 och 18

Vård- och omsorgsboendet Eriksdalsgården ligger i stadsdelen Luthagen och byggdes år 2001. Eriksdalsgården består av en byggnad med tre våningsplan. Det finns 40 lägenheter fördelade på två plan och på tredje våningsplanet finns träningslokal, personalrum samt möteslokal.

Sammanfattning

Resultat

Äldreförvaltningen har genomfört en avtalsuppföljning på vård- och omsorgsboendet Eriksdalsgården. Förvaltningens bedömning är att verksamheten är välfungerande på många sätt, dock har några förbättringsområden och enstaka brister i förhållande till krav i avtal konstaterats. I detta kapitel sammanfattas såväl positiva iakttagelser som konstaterade förbättringsområden och brister. Nedanstående områden har varit fokusområden i den nu genomförda uppföljningen. Förvaltningens slutsatser sammanfattas i nedanstående punkter.

Verksamhet och organisation- Bemannning

- Förvaltningen konstaterar att verksamheten uppfyller krav i avtal avseende utbildning och erfarenhet för verksamhetschef.
- Förvaltningen konstaterar att bemanning finns dygnet runt i sådan omfattning att krav i avtal är uppfyllda.
- Förvaltningen konstaterar att äldrenämndens värdegrund är känd och verksamheten har ett pågående värdegrundsarbete.
- Förvaltningen noterar den positiva teamsamverkan mellan personalen som samtliga intervjuade berättar om.

Kompetens och kompetensutveckling

- Förvaltningen noterar det positiva arbetet med kompetenshöjning som bedrivs och den satsning som gjorts för att höja utbildningsnivå i personalgruppen.
- Förvaltningen noterar att kvalitetsarbete bedrivs i fokusområden, men bedömer att det inte sker på ett strukturerat sätt. Detta gäller även den omvärldsbevakning som beskrivs pågå i verksamheten. Förvaltningen ser som ett förbättringsområde för verksamheten att förtydliga detta, så att vård och omsorg även fortsättningsvis under avtalsperioden bedrivs enligt vetenskap, beprövad erfarenhet och evidens.

Kontaktmannaskap, brukarråd och närståendemedverkan

- Förvaltningen bedömer att krav i avtal följs kring kontaktmannaskap.
- Förvaltningen begär i handlingsplan en beskrivning av skillnaden mellan boenderåd och brukarråd samt åtgärder för att uppfylla krav i avtal kring brukarråd och närståendemedverkan minst två gånger per år.

Mat och måltider

- Förvaltningen bedömer att verksamheten delvis uppfyller krav i avtal, men konstaterar bristande följsamhet till äldrenämndens ”riktlinjer för nutrition”. Detta eftersom verksamheten inte registrerar i Senior Alert och därmed inte använder det bedömningsinstrument som ska användas i enlighet med kvalitetsindikationer för nutritionstatus enligt Socialstyrelsen.

Aktiv och meningsfylld tillvaro

- Förvaltningen konstaterar att ett förbättringsområde som finns i verksamheten är utveckling av aktivitetsutbudet. Förvaltningen förutsätter att det förbättringsarbete som initierats i verksamheten fortlöper.

Hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering och funktionsuppehållande arbetssätt

- Förvaltningen bedömer att verksamheten delvis uppfyller krav i avtal, men konstaterar bristande följsamhet till äldrenämndens övergripande styrdokument för hälso- och sjukvård i Uppsala kommun. Detta eftersom verksamheten inte registrerar i kvalitetsregistret Senior Alert.
- Förvaltningen begär i handlingsplan en beskrivning av åtgärder och implementering av dessa för att säkerställa uppfyllelse av krav.
- Förvaltningen kan konstatera att ett flertal krav inom området rehabilitering och funktionsuppehållande arbetssätt är uppfyllda. Ytterligare bedömning av huruvida krav inom området är uppfyllda sker parallellt via en separat enkät gällande "Uppföljning av insatser från arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut i särskilt boende för äldre i Uppsala kommun", se ALN-2015-0090. Enkäten hanteras i särskild ordning.

Informationsöverföring och dokumentation

- Förvaltningen bedömer att verksamheten delvis uppfyller krav i avtal inom området.
- Förvaltningen konstaterar ett förbättringsområde vad gäller inskickande av genomförandeplaner till förvaltningen. Förvaltningen förutsätter att verksamheten åtgärdar detta skyndsamt.

Avvikelse och klagomålshantering

- Förvaltningen bedömer att samtliga ska krav inom området är uppfyllda.

Innehållsförteckning

VERKSAMHET OCH ORGANISATION- BEMANNING	2
KOMPETENS OCH KOMPETENSUTVECKLING	2
KONTAKTMANNASKAP, BRUKARRÅD OCH NÄRSTÅENDEMEDVERKAN	2
MAT OCH MÅLTIDER	2
AKTIV OCH MENINGSFYLLD TILLVARO	3
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD INKLUSIVE REHABILITERING OCH FUNKTIONSUPPEHÅLLANDE ARBETSSÄTT	3
INFORMATIONSOVERFÖRING OCH DOKUMENTATION	3
AVVIKELSER OCH KLAGOMÅLSHANTERING	3
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
3 KOMPETENS OCH KOMPETENSUTVECKLING	6
3.1.1 Iakttagelser	6
3.1.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser	7
4 KONTAKTMANNASKAP, BRUKARRÅD OCH NÄRSTÅENDEMEDVERKAN	7
4.1.1 Iakttagelser	7
2.3.2. Förvaltningens kommentarer och slutsatser	7
5 MAT OCH MÅLTIDER	8
5.1.1 Iakttagelser	8
5.1.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser	8
6 AKTIV OCH MENINGSFYLLD TILLVARO	8
6.1.1 Iakttagelser	8
6.1.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser	9
7 HÄLSO- OCH SJUKVÅRD INKLUSIVE REHABILITERING OCH FUNKTIONSUPPEHÅLLANDE ARBETSSÄTT	9
7.1.1 Iakttagelser	9
7.1.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser	10
8 INFORMATIONSOVERFÖRING OCH DOKUMENTATION	10
8.1.1 Iakttagelser	10
8.1.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser	11
9 AVVIKELSER OCH KLAGOMÅLSHANTERING	11
9.1.1 Iakttagelser	11
9.1.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser	11
10 FÖRVALTNINGENS KRAV PÅ ÅTGÄRDER	11

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. Uppföljningen ska också visa på om gällande uppdrag, utifrån tillförda medel, styr i avsedd riktning och att säkerställa att utveckling sker i enlighet med politiska beslut och viljeinriktningar.

1.2 Syfte och avgränsningar

Syftet med nämndens samlade uppföljning är att:

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

Resultatet av uppföljningen grundas på den information som framkom vid samtal med de intervjuade. Äldreförvaltningen har utöver detta tagit kontakt med berörda avdelningar inom förvaltningen för att ta del av deras erfarenheter och synpunkter. Förvaltningen har granskat delar av utförarens dokumenterade rutiner och övriga dokument i verksamhetens ledningssystem för kvalitet. Förvaltningens bedömning utgår således från den information som lämnats vid intervjutillfällena och som återfinns i granskade dokument.

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

1.3 Metod

Uppföljningen genomfördes i form av intervjuer med verksamhetschef, legitimerad personal och omvårdnadspersonal på boendet. Vid intervjun med ledningen deltog även affärsområdeschef och internrevisor. Intervjuerna med ledning och respektive personalgrupp hölls vid separata tillfällen. Uppföljningen genomfördes genom besök på boendet och intervjuer som hölls den 18 och 19 juni 2015. Granskning har skett genom utvalda dokument. Från äldreförvaltningen deltog uppdragsstrategerna Lena Söderman, Eva Erikson och Ana Perez.

2 Förvaltningens iakttagelser, kommentarer och slutsatser

2.1 Verksamhet och organisation- Bemanning

Ska-krav

- Ska ha ingående kunskap och vara väl insatt i bland annat äldrenämndens värdegrund.
- Ska ha verksamhetschef enligt HSL o SOSFS 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 en 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 (så att den enskildes behov av hälso- och sjukvård, omsorg, rehabilitering och stöd säkerställs)

2.1.1 Iakttagelser

Vid samtliga intervjuer framkommer att äldre nämndens värdegrund är välkänd. Verksamheten har två utbildade värdegrundsledare på varje plan. Ledning och övrig personal beskriver i konkreta exempel det pågående värdegrundsarbetet.

Samtliga intervjuade lyfter fram det goda teamarbetet som finns på Eriksdalsgården samt att det finns möjlighet att påverka genom att framföra åsikter.

Ledningen informerar att det finns 40 anställda på Eriksdalsgården. Personalomsättningen under senaste året varit runt tio personer, det har varit personal ur både gruppen för legitimerade och för omvårdnadspersonal som slutat. Både ledning och övrig personal är överens om att den bemanning som finns i dag bedöms tillräcklig. På dagtid finns tio personer i tjänst och under kvällstid sex fördelade på två plan. Under natten finns två personer i tjänst. Verksamhetschefen (VC) har högskoleutbildning från sociala omsorgsprogrammet, examensår 2006. Det finns en namngiven ersättare när VC är ledig och det är känt hos all personal.

Systematisk uppföljning som säkerställer vård- och omsorg om den enskilde sker kontinuerligt genom till exempel, ankomstsamtal, medicinsk vårdplanering och uppdatering av genomförandeplan

2.1.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

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 äldre nämndens värdegrund är känd och verksamheten har ett pågående värdegrundsarbete.

Förvaltningen noterar den positiva teamsamverkan mellan personalen.

3 Kompetens och kompetensutveckling

Ska-krav

- ska bedriva vård och omsorg enligt vetenskap, beprövad erfarenhet och evidens
- ska bedriva kvalitetsutveckling på alla nivåer inom verksamheten
- personal ska behärska svenska språket och vid behov kunna använda andra språk och i förekommande fall inhämta kunskap om andra kulturer och religioner

3.1.1 Iakttagelser

Ledningen informerar att alla medarbetare har haft medarbetarsamtal. Samtliga medarbetare har också individuella kompetensutvecklingsplaner. Utbildningsnivån hos personalen har under de senaste åren ökat från 43 procent till i dag då 80 procent av den fast anställda personalen har lägst undersköterskeutbildning.

Både den legitimerade personalen och omvårdnadspersonalen upplever att ledningen är angelägen om personalens kompetensutveckling och uppmuntrar utvecklingsprojekt. Vid nyrekrytering anställs lägst undersköterskor. Rutin för hur nyanställd personal introduceras finns.

Rehabiliteringspersonalen har inte namngiven ersättare vi frånvaro, utan ersätts vid behov av arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter som arbetar på andra boenden. Flera av de sjuksköterskorna som nu finns i tjänst planerar att studera till hösten och rekrytering av ersättare pågår.

Ledningen informerar att den legitimerade personalen är ombud för olika fokusområden. Under året har speciellt fokus lagts på sårvård, handledning, inkontinensutbildning samt en satsning i samtalsutbildning. Ett utvecklingsarbete pågår också där fokus är individuella aktiviteter. På APT informeras och undervisas övriga i personalen om aktuella fokusområden. Verksamheten har vänt sig till externa specialistteam när behov uppstått, till exempel demensteam och palliativt konsultteam.

Den legitimerade personalen lyfter fram sitt arbete med handledning av omvårdnadspersonal i olika omvårdnadssituationer. Detta lyfts vid intervjun med omvårdnadspersonal som mycket uppskattat och lärorikt. Omvårdnadspersonalen uttrycker att de inte har någon uttalad omvärldsbevakning. När en medarbetare varit på föreläsning delges övriga på APT. Konkreta exempel på hur utbildning lett till förbättring i verksamheten beskrivs under intervjuerna.

3.1.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen noterar det positiva arbetet med kompetenshöjning som bedrivs och den satsning som gjorts för att höja utbildningsnivån i personalgruppen.

Förvaltningen noterar att kvalitetsarbete bedrivs i fokusområden, men bedömer att det inte sker på ett strukturerat sätt. Detta gäller även den omvärldsbevakning som beskrivs pågå i verksamheten. Förvaltningen ser som ett förbättringsområde för verksamheten att förtydliga detta, så att vård och omsorg även fortsättningsvis under avtalsperioden bedrivs enligt vetenskap, beprövad erfarenhet och evidens.

4 Kontaktmannaskap, brukarråd och närståendemedverkan

Ska-krav

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

4.1.1 Iakttagelser

Både ledning och personal beskriver att det finns välfungerande rutiner och arbetssätt kring kontaktmannaskap i verksamheten. Omvårdnadspersonalen berättar att varje personal är kontaktman för en till två personer.

Boenderåd har förekommit där VC tillsammans med kostombud och i nära samarbete med köket arbetat kring måltidsfrågor. Närståendeträff hölls senaste i december 2014. Brukarråd finns inte just nu. Omvårdnadspersonalen beskriver att ”det har runnit ut i sanden”.

2.3.2. Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen bedömer att krav i avtalet följs kring kontaktmannaskap.

Förvaltningen konstaterar att ett förbättringsområde som finns i verksamheten är utveckling av brukarråd och närståendeträffar. Förvaltningen begär i handlingsplan en beskrivning av skillnaden mellan boenderåd och brukarråd samt åtgärder för att uppfylla krav i avtal kring brukarråd och närståendemedverkan minst två gånger per år.

5 Mat och måltider

Ska-krav

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

5.1.1 Iakttagelser

Vid intervjuerna framkommer att äldrenämndens riktlinjer för nutrition är kända av all personal.

Ledningen berättar att måltidsmiljön ofta präglas av en lugn stämning. Om det är något som inte fungerar bra tas det upp på APT och diskuteras. De legitimerade beskriver att de ibland utifrån behov är aktiva i måltidssituationen. Omvårdnadspersonalen berättar att de försöker forma grupper kring måltiderna så de boende kan ha utbyte av varandra. Till lunch erbjuds två alternativ. Omvårdnadspersonalen upplever att det finns tid att ge de boende den hjälp de behöver i samband med måltider. Två kostombud finns i verksamheten. Både ledning och omvårdnadspersonal berättar att de boendes önskemål i samband med måltidssituationen dokumenteras i genomförandeplanen.

5.1.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen bedömer att verksamheten delvis uppfyller krav i avtal, men konstaterar bristande följsamhet till äldrenämndens ”riktlinjer för nutrition”. Detta eftersom verksamheten inte registrerar i Senior Alert och därmed inte använder det bedömningsinstrument som ska användas i enlighet med kvalitetsindikationer för nutritionsstatus enligt Socialstyrelsen.

6 Aktiv och meningsfylld tillvaro

Ska-krav

- den enskilde ska stimuleras att använda sin förmåga att klara sig själv, att stärka funktioner och oberoende
- de behov av utevistelse som har angivits i genomförandeplanen ska uppfyllas
- 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
- varje dag ska formas så att den enskildes känsla av sammanhang stärks

6.1.1 Iakttagelser

Ledningen informerar att verksamheten erbjuder aktiviteter varje vardag. På helgerna förekommer få aktiviteter. De boende erbjuds att komma ut varje dag enligt ledningen och de legitimerade. Omvårdnadspersonalen beskriver att utevistelse i form av promenader erbjuds en gång i veckan. Aktivitetsansvarig har tillsammans med arbetsterapeut och omvårdnadspersonal planer att starta helgaktiviteter. Olika aktivitetshörn har skapats där man kan läsa, spela spel eller fika. Samtliga intervjuade uttrycker att det är mycket planer på att utöka och förbättra utbudet av aktiviteter på gång. Verksamheten har själva definierat som förbättringsområde är att erbjuda aktiviteter alla dagar i veckan.

Omvårdnadspersonalen lyfter fram den fina och lättillgängliga utemiljön och beskriver att den skapar goda möjligheter för aktiviteter. Vårdhund finns att tillgå i verksamheten. Deltagande i gruppaktivitet tillsammans med vårdhund sker efter ordination från arbetsterapeut eller sjuksköterska. Ledningen informerar om att samverkan pågår med flera frivilliga organisationer till exempel Luthagens pensionärsråd, Röda korset och kyrkan. Kyrkan planerar för en fortsatt samtalsgrupp kring existentiella frågor. Omvårdnadspersonalen berättar att det vid behov finns möjlighet att följa med den enskilde till exempelvis frisör eller fotvård. Kulturombud finns i verksamheten.

Vid förvaltningens kontakt med berörda inom myndigheten framfördes att de inkommit synpunkter gällande brist på individuella aktiviteter, brist på daglig utevistelse och möjlighet att få träffa vårdhund mer individuellt.

6.1.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen konstaterar att ett förbättringsområde som finns i verksamheten är utveckling av aktivitetsutbudet. Förvaltningen förutsätter att det förbättringsarbetet som initierats i verksamheten fortlöper.

7 Hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering och funktionsuppehållande arbetssätt

Ska-krav

- namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska finnas för den enskilde
- 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
- 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

7.1.1 Iakttagelser

En gång per år och vid förändrat hälsotillstånd erbjuds medicinsk vårdplanering likaså erbjuds en årlig läkemedelsgenomgång enligt de legitimerade. På varje våningsplan arbetar en sjuksköterska. Munhälsobedömning erbjuds årligen och utförs av tandhygienist. Båda ordinarie sjuksköterskorna är utfärdare av tandvårdsintyg.

Verksamheten har rutiner för hur arbetet kring vård vid livets slut ska utformas. Stöd till efterlevande erbjuds. Verksamheten registrerar i Palliativregistret och har sjuksköterska som är

palliativt ombud. Goda erfarenheter finns av kontakt med Palliativa konsultteamet som arbetar stödjande och rådgivande i palliativa frågor. Hygienombud finns på varje plan. Egenkontroller sker var tredje månad. Verksamheten har tre personer med ansvar för medicintekniska produkter.

Registrering i Senior Alert görs inte. Registreringen beskrivs ha upphört i samband med att ordinarie sjuksköterska slutat. Verksamheten är väl medveten om att detta krav i avtal inte är uppfyllt och planerar satsning i höst för att nystarta registreringen.

Alla nyinflyttade på boendet träffar arbetsterapeut och sjukgymnast. De utför funktionsbedömning och fallriskbedömning. Rutin för fallriskprevention finns. Rehabpersonalen upplever att deras kompetens utnyttjas bra. Ett förbättringsområde rehabiliteringspersonalen själv identifierat är att kunna erbjuda de boende mer aktiv träning.

Förvaltningen informerar att en enkät gällande rehabilitering och hur detta ska säkerställas för den enskilde är utskickad av uppdragsstrateg och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). De legitimerade informerar att de fyllt i denna enkät.

7.1.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen bedömer att verksamheten delvis uppfyller krav i avtal, men konstaterar bristande följsamhet till äldrenämndens övergripande styrdokument för hälso- och sjukvård i Uppsala kommun. Detta eftersom verksamheten inte registrerar i kvalitetsregistret Senior Alert.

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

Förvaltningen kan konstatera att ett flertal krav inom området rehabilitering och funktionsuppehållande arbetssätt är uppfyllda. Ytterligare bedömning om krav inom området är uppfyllda sker parallellt via en separat enkät gällande uppföljning av insatser från arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut i särskilt boende för äldre i Uppsala kommun. Enkäten hanteras i särskild ordning.

8 Informationsöverföring och dokumentation

Ska-krav

- 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 som ska undertecknas av den enskilde. Om den enskilde inte kunnat medverka vid undertecknandet ska det tydligt framgå av genomförandeplanen
- kopia på genomförandeplanen ska vara biståndshandläggaren tillhanda inom 14 dagar

8.1.1 Iakttagelser

Vid upprättande av genomförandeplan deltar den enskilde, kontaktperson och närstående om den enskilde så önskar. Intervjuad personal informerar att alla boende har aktuella genomförandeplaner. Vid förvaltningens kontakt med berörda inom myndigheten framkom att verksamheten inte skickar genomförandeplan till biståndshandläggarna inom den tid som krävts i avtal.

Både den legitimerade personalen och omvårdnadspersonalen upplever att det finns tid för dokumentation och för inläsning av journalanteckning inför arbetspass.

8.1.2 Förvaltningens kommentarer och slutsatser

Förvaltningen bedömer att verksamheten delvis uppfyller krav i avtal inom området.

Förvaltningen konstaterar ett förbättringsområde vad gäller inskickande av genomförandeplaner till förvaltningen. Förvaltningen förutsätter att verksamheten åtgärdar detta skyndsamt.

9 Avvikelser och klagomålshantering

Ska-krav

- 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

9.1.1 Iakttagelser

Ledningen informerar om verksamhetens hantering av synpunkter och klagomål. Den som lämnar synpunkt/klagomål erbjuds möjlighet att skriva ner detta på särskild blankett. Både skriftliga och muntliga synpunkter/klagomål tas om hand av verksamhetschef.

Verksamhetschefen tar upp dessa med personalgruppen på arbetsplatsträff där man diskuterar förbättringsområden i det specifika ärendet.

Rutin för avvikelshantering, Lex Maria och Lex Sarah anmälan finns och är välkänd av all intervjuad personal. Samarbetet med MAS/MAR upplevs positivt av de legitimerade.

9.1.2 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.

10 Förvaltningens krav på åtgärder

Förvaltningen begär att Eriksdalsgården senast 14 september 2015 återkommer med en handlingsplan om hur konstaterade brister ska åtgärdas samt tidplan för detta. Handlingsplanen ska skrivas i förvaltningens mall, se bilaga.

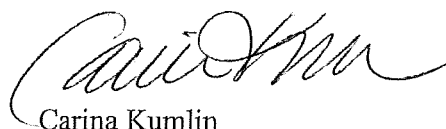
Handlingsplanen ska skickas med e-post till aldreforvaltningen@uppsala.se.

Uppsala 2015-08-31



Lena Söderman

Uppdragsstrateg



Carina Kumlin

Avdelningschef

Svara senast
2015-09-14

Skicka ifylld handlingsplan till
aldreforvaltningen@upsala.se

Diarienummer
ALN-2015-0143

Handlingsplan för Eriksdalsgården

Verksamhetschef
Carolina Castillo

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
Kontaktmannaskap, brukarråd och närståendesamverkan <i>Beskrivning av åtgärder samt implementering och uppföljning av dessa gällande:</i> brukarråd och/eller närståendemedverkan ska eftersträvas med möten minst två gånger/år. :	Brukarråd har bokats till två tillfällen under hösten 2015. Inbjudan till råden kommer att gå ut till alla boende på Eriksdalsgården innan varje tillfälle. De planerade brukarråden kommer att ha fokus på aktiviteter och måltidssituationen.	Aktivitetsansvariga samt verksamhetschef. Kostombud samt verksamhetschef.	Under hösten 2015	Tid för genomgång av synpunkterna som uppkommit vid brukarråden är bokad av verksamhetschef. VC kommer då att tillsammans med berörda ombud/ansvariga att ta fram en plan för hur vi ska jobba vidare inom dessa områden.	JA	Förvaltningen förutsätter att planeringen av brukarråd/närståendesamverkan blir ett löpande arbete i verksamheten och inte enbart under hösten 2015.

Bilaga 2

	Anhöriga/närstående till boende på Eriksdalsgården bjuds till dels strukturerade möten men även till informella möten såsom fester, anhörigfika mm. Dessa tillfällen ger också möjligheten att ställa frågor eller framföra synpunkter. Under våren 2015 hade vi en Karnevalafton och sommarfika för boende och anhöriga. Vi har under augustimånad haft Anhörigträff och planerar att ha ytterligare ett tillfälle under hösten 2015. Även anhörigfika planeras under hösten 2015.	Verksamhetschef.	Hösten 2015			
Hälso- och sjukvård- <i>Beskrivning av åtgärder samt implementering och uppföljning av</i>	All legitimerad personal är införstådd med att vi behöver nystarta	Verksamhetschef tillsammans med legitimerad personal.	Oktober 2015	Tid finns bokad under november då vi kommer att gå igenom och stämma av hur registreringen gått	JA	

<i>dess</i>a gällande registrering i kvalitetsregistret Senior Alert: Verksamheten ska ha ingående kunskap om vård och omsorg, vara väl insatt i styrdokument såsom lagar, förordningar, författningar, föreskrifter och allmänna råd, nationell handlingsplan för äldrepolitiken, inriktningsmål och program för vård och omsorg för äldre i Uppsala kommun	registreringen i Senior alert. Vi har även utsedd två undersköterskor, en på varje plan som kommer att vara behjälpliga att hålla arbetet med Senioralert levande. Frida Högberg kommer till Eriksdalsgården den 5 oktober för genomgång av kvalitetsregistret med de medarbetare som inte arbetat med detta tidigare.			samt hur vi ska arbeta vidare med resultaten från Senior alert och hur vi ska integrera det i vårt arbete.		
---	--	--	--	---	--	--

