



Verksamhetsuppföljning, Brushanens vårdboende

Faktauppgifter om verksamheten

Utförare	Aleris Omsorg AB
Avtalstid	2012-11-15 – 2019-10-31
Avtalets diarienummer	ÄN 2013-53
Arbetsledning	Mona Gillner
E-post	Mona.gillner@aleris.se
Postadress	S:t Larsgatan 8a, 582 24 Linköping
Besöksadress	S:t Larsgatan 8a

Typ av verksamhet

Verksamhetsområde	<input type="checkbox"/> IFO <input checked="" type="checkbox"/> ÄO <input type="checkbox"/> LSS <input type="checkbox"/> Socialpsykiatri
Inriktning	<input type="checkbox"/> Öppenvård <input checked="" type="checkbox"/> Boende <input type="checkbox"/> Dagverksamhet <input type="checkbox"/> Hemtjänst <input type="checkbox"/> Annat
Antal platser/volym	31 platser fördelade på 3 avdelningar
Målgrupp	Samtliga avdelningar har inriktning ålderdomshem

Tidigare uppföljningar

Genomförda uppföljningar under det senaste året	Ingen uppföljning det senaste året
Verksamhetsberättelse	Har inkommit för 2016
Patientsäkerhetsberättelse	Har inkommit för 2016

Verksamhetsuppföljning

Bakgrund

Vilka avtal som ska följas upp av kvalitets- och utvärderingskontoret väljs ut enligt kommunens riktlinjer för uppföljning. I riktlinjerna anges att avtalen kan väljas ut på tre sätt. En tredjedel av avtalen väljs ut på förekommen anledning, det vill säga utifrån inkomna synpunkter och klagomål till socialförvaltningen och/eller kvalitets- och utvärderingskontoret. En tredjedel av avtalen väljs ut tillsammans med beställarfunktionen på omsorgs- och äldreförvaltningen. Slutligen väljs en tredjedel av avtalen ut genom slumpmässigt urval.

Uppföljning av avtalet med Aleris avseende Brushanens vårdboende har valts ut genom slumpmässigt urval.

Metod

Datum för besök	2017-09-07
Deltagare	För kvalitets- och utvärderingskontoret: Anette Kanon (medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS) och Jonas Arnoldsson (planeringsledare).

	För Aleris: Verksamhetschef Mona Gillner, sjuksköterska, tre personal och två brukare.
Metod	Vid besöket, som var förannmält, intervjuades verksamhetschef tillsammans med en sjuksköterska och en personal. Därutöver intervjuades två personal och två brukare. Efter besöket gjordes några förtydliganden med verksamhetschef per telefon och kompletterande material begärdes in skriftligen. Uppföljningen har också gjorts delvis i samverkan med socialförvaltningen. Socialförvaltningen har gjort individuppföljning hos 13 brukare som bor på Brushanen. Omsorgskontoret har tagit del av resultatet i oidentifierats och sammanfattad form, vilket utgjort ytterligare underlag för denna rapport.

Resultat

Personal, bemanning, kompetens och ledning	
Avtal	<p><u>2.3.9 Trygghetslarm och tillgänglighet till personal</u></p> <p>I vårbostad ska personal finnas i den boendes närhet under hela dygnet. Personal ska utan dröjsmål kunna ingripa vid larm samt ha den regelbundna tillsyn som krävs utifrån de boendes psykiska och fysiska tillstånd.</p> <p>Utvärderingskriterier "nattbemanning":</p> <ul style="list-style-type: none"> Vid akut behov nattetid kan extra personal (ex. larmpatrull) tillkallas och vara på plats inom 20 min Vid behov nattetid kan extra personal sättas in under kortare eller längre perioder (ex. under ett antal veckor p.g.a. förhöjd vårdtyngd). <p>Utvärderingskriterier "utbildning och rekrytering":</p> <ul style="list-style-type: none"> Vid anställning av personal i omvårdnadsarbete anställs till minst 90 % av personalstyrkan personer som har lägst undersköterskeutbildning eller motsvarande utbildning. Som undersköterskeutbildning räknas även s.k. validering till undersköterska. Alternativt kan någon del av personal i omvårdnadsarbete vara sjukgymnast eller arbetsterapeut. Med anställning avses både fasta tjänster och vikariat som överstiger 6 månader. Vid anställning av personal i omvårdnadsarbete anställs personer som förutom personlig lämplighet har ytterligare dokumenterad kompetens eller utbildning som är utvecklande för verksamheten, t.ex. musiker, pedagog eller hantverkare. Detta medges till högst 10 % av personalstyrkan. <p>Utvärderingskriterier "kompetensutveckling:</p> <ul style="list-style-type: none"> Schemalagd tid finns för kompetensutveckling med i genomsnitt en gång per månad. Kompetensutvecklingen ska utgå från det som framkommer av arbetet med synpunkter och klagomål och dokumenteras skriftligt. Schemalagd tid finns för handledning en gång per månad. Handledningen leds av extern resurs med särskild kompetens. Med extern resurs avses person utanför den egna personalgruppen på enheten.
Uppföljning	Verksamheten består av tre avdelningar i tre plan med sju, tolv respektive tolv platser. Grundbemanningen består enligt inhämtat schema av två personal per våning dagtid och en per våning kvälltid. På kvällen finns även ytterligare en personal som varierar mellan avdelningarna. Nattetid arbetar normalt en personal, dessutom finns en nattpatrull inom utförarens organisation som kommer till Brushanen på fasta tider och därutöver går att tillkalla vid behov. Förutom omvårdnadspersonal finns två personer anställda som köksvärdinnor. Köksvärdinnorna arbetar förmiddagar vardagar i två av avdelningarnas kök och hjälper bland annat till vid frukost, lunch och är behjälpliga vid aktiviteter samt bakar och skapar trivsel.

	<p>En redogörelse för personalgruppens utbildningsbakgrund har inhämtats. Redogörelsen visar att samtlig tillsvidareanställd omvårdnadspersonal har undersköterskeutbildning och att de allra flesta av dessa har arbetat i verksamheten ett flertal år. Bland undersköterskorna finns dessutom ytterligare kompetens, bland annat en massör, en florist och ett tandteknikerbiträde. Även en tredjedel av timvikarierna har undersköterskeutbildning.</p> <p>Redogörelser för vilken kompetensutveckling respektive handledning personalen fått det senaste året har inhämtats. Redogörelsen visar att verksamheten lever upp till avtalskraven. Exempel på kompetensutveckling som personal fått under det senaste året är palliativ omvårdnad/det svåra samtalet (via Moa Lärcentrum), kostutbildning (av Aleris kostchef) och utbildning i parcykel (via Linköpings kommun). Exempel på handledning som personal fått under det senaste året är om rehabiliterande arbetssätt (återkommande en gång/vecka av utförarens fysioterapeut), IBIC (av personal från Sandrinoparken) och värdegrundsarbete (av Margareta Franzén, 3V-VAL).</p> <p>Mona Gillner är verksamhetschef sedan juli 2017. Hon arbetar 80 % av sin heltidstjänst i verksamheten. Utöver verksamhetschefen finns en så kallad kvalitetscoach bland personalgruppen på varje avdelning. Kvalitetscoacherna har extra ansvar för kvalitetsfokus samt planering och avstämning i det dagliga arbetet på avdelningarna. De ansvarar för bemanning på respektive avdelning.</p> <p>De brukare som intervjuades trivdes mycket bra på boendet och med personalen som de beskrev som duktiga, omtänksamma och hjälpsamma.</p> <p>Av Socialförvaltningens individuppföljning framgår att de allra flesta av brukarna som deltagit tycker att personalen har ett gott bemötande, lyssnar och tar hänsyn till brukarens önskemål och att dialogen mellan personal och brukare är väl fungerande.</p>
Bedömning	Bedömning är att utföraren lever upp till avtalskraven.

Aktiviteter och social gemenskap	
Avtal	<p><u>2.3.5 Aktiviteter/social gemenskap i vårdbostad</u></p> <p>Utföraren ska möjliggöra och ge stöd till brukaren att vara aktiv i sin vardag och att tillsammans med andra vara en del i en social gemenskap både utanför och inom enheten.</p> <p>Aktiviteter ska erbjudas inom den egna verksamheten men också i samverkan med närstående, föreningar och frivilligorganisationer. En viktig del av verksamheten är att skapa trivsel, engagemang och samhörighet för och mellan de boende.</p> <p>I vårdbostäder ska möjligheter till en aktiv vardag erbjudas utifrån brukarens behov, fysiska och psykiska tillstånd och intresse. Planerade aktiviteter för varje vecka ska finnas skriftligt redovisade och tillgängliga för brukare och närstående.</p> <p>Innehållet i aktiviteterna ska, så långt möjligt, planeras i samråd med brukare/anhöriga. Brukaren ska ges möjlighet till promenader minst tre gånger per vecka.</p> <p>Möjlighet att inta måltider och mellanmål ska kunna ske på balkong eller uteplats vid lämplig väderlek.</p> <p>Utöver planerade aktiviteter enskilt eller i grupp ska de boende, så långt det är möjligt, stimuleras och erbjudas att delta i vardagliga aktiviteter i den egna lägenheten och inom enheten, t.ex. matlagning, enklare städning, skötsel av blommor. Enhetens personal ska svara för ledsagning till aktiviteter utanför enheten.</p> <p>Stöd till verksamheternas fritidsaktiviteter och kulturverksamhet ges, för utföraren kostnadsfritt, av "kulturaktiviteter och stöd till äldreomsorgens fritidsverksamheter" med Leanlink som utförare.</p> <p>Utvärderingskriterier "aktiviteter":</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Särskild tid finns avsatt för aktiviteter i personalens schema. Aktiviteter i grupp och enskilt anordnas minst 7,5 timmar/vecka per grupp om ca 10 boende i form av sång, musik, högläsning, gymnastik m.m. Var och en som bor på boendet erbjuds "egen tid" för aktiviteter/samvaro som ej utgör personlig omvårdnad eller hjälp med bostaden med minst 1 timme per vecka. Aktiviteten genomförs av kontaktmannen. <p>Utvärderingskriterium "promenader":</p> <ul style="list-style-type: none"> Utföraren arbetar aktivt med återkommande motivationsarbete gentemot brukaren i samband med att promenader erbjuds. Utföraren erbjuder därutöver de boende möjlighet till promenader minst fem dagar per vecka.
Uppföljning	<p>Verksamhetschefen uppger att varje avdelning har ett aktivitetsombud bland personalen som samordnar och arrangerar aktiviteter. Verksamheten har bland andra samarbetat runt aktiviteter med kyrkan, resursspoolen och aktivitetshuset. Exempel på aktiviteter som genomförts är att Östgöteatern varit på besök, kräftskiva, grillning och clownbesök. Exempel på återkommande inslag är sång och musik, tidningshögläsning (erbjuds dagligen på varje våning), bakning samt spaaktiviteter som fotbad och pedikyr. Intervjuade brukare berättade att personalen är noga med att motivera till deltagande vid aktiviteterna. Vid verksamhetsbesöket konstaterades att information om kommande aktiviteter fanns anslagna på avdelningarna.</p> <p>I samband med inflyttning tar verksamheten reda på hur den enskilda önskar använda sin egentid. Respektive kontaktman ansvarar för att utföra egentiden, som ligger i dagsplaneringen. De två personal som intervjuades var kontaktperson åt en respektive två boende. De förklarade att den enskilde väljer själv vad den vill göra på sin egentid, det kan till exempel vara skönhetsvård, pyssel eller att man går och handlar. Intervjuade brukare var väl medvetna om begreppet "egen tid" och berättade att de till exempel går till affären på sin egen tid.</p> <p>Verksamhetschefen uppger att brukarna erbjuds promenader dagligen. Intervjuad personal uppger att personalen frågar brukarna flera gånger varje dag, men att det inte är så många som vill. Det finns också flera brukare som är pigga nog för att gå ut själva, uppger personal. Av de två brukare som intervjuades uppgav en att hen blir erbjuden promenader och den andra att hen klarar av att promenera på egen hand.</p> <p>Av Socialförvaltningens individuppföljning framgår att de allra flesta av brukarna som deltagit är nöjda med de sociala aktiviteter som erbjuds. Flera brukare påtalar att de uppskattar att traditionsbundna aktiviteter såsom midsommarfirande, julfirande, kräftskiva och grillkvällar ordnas.</p>
Bedömning	Bedömningen är att utföraren lever upp till avtalskraven.

Erbjudande om måltider	
Avtal	<p><u>2.3.6 Erbjudande om måltider</u></p> <p>Utförare vid vårdbostäder svarar för att samtliga dagens måltider samt mellanmål erbjuds de boende. Till en av måltiderna ska erbjudas alternativ rätt och efterrätt. Måltiderna ska kunna intas i den enskilda bostaden eller gemensamt enligt brukarens önskemål. Två lagade mål per dag får tillredas på annan plats än i respektive boendegrupps gemensamma kök eller i den enskilda lägenheten. Vid tillagning av mat ska strävan vara att detta sker så nära boendet som möjligt. Måltiderna får inte serveras i s.k. en-portionsförpackningar.</p> <p>De boende ska ges möjlighet att påverka matsedeln. Specialkost ska kunna tillhandahållas vid behov och utan extra kostnad för den enskilde. Menyerna ska anpassas efter målgruppen samt anpassas till säsong, helger och årstider.</p> <p>Måltiderna ska ses som en integrerad del av omvårdnaden där personalen har en central roll att främja en bra måltidssituation. Måltiderna ska erbjuda sociala kontakter i en lugn och trevlig miljö. Maten ska dukas fram på ett</p>

	<p>inbjudande sätt. Miljön ska vara hälsofrämjande avseende ljud, ljus, färg, luftkvalitet och inredning.</p> <p>Kvalitetsplan och kravspecifikation för kost inom äldreomsorgen ska följas, bilaga 3 i förfrågningsunderlaget.</p> <p>Kost- och måltidspolicy för Linköpings kommun ska vara vägledande.</p>
Uppföljning	<p>Lunch och middag levereras från Dafgård, en del av måltiden är då färdiglagad medan tillbehören färdigställs i köken på avdelningarna. Varje avdelning har ett kostombud som är den som i samråd med de boende planerar menyn. Eftersom varje avdelning har sin egen meny finns alternativa rätter alltid att hämta på någon annan avdelning.</p> <p>Verksamhetschefen uppger att dessert serveras på torsdagar och på helgerna men att de boende även övriga dagar kan få enklare efterrätt om de så önskar. Dessa dagar ställs ingen efterrätt fram efter måltiden, men de boende kan vid efterfrågan erbjudas till exempel frukt av olika slag, kakor eller kräm/nyponsoppa. Av en matsedel som var aktuell vid verksamhetsbesöket framgick att dessert var anslagen på torsdagen, lördagen och söndagen. De brukare som intervjuades berättade att de är nöjda med maten och att dessert serveras på torsdagar och på helger.</p> <p>Vid uppföljningen framkom att verksamheten två gånger per år genomför egenkontroll avseende bland annat måltidsmiljö och nattfasta.</p>
Bedömning	<p>Bedömningen är att utföraren lever upp till avtalskraven, med undantag för kravet att efterrätt ska erbjudas vid en av dagens måltider. Frukt och kakor är inte att anse som efterrätt. Dessutom bör erbjudandet om efterrätt anslås tydligare.</p>

Information, samråd och brukarmedverkan	
Avtal	<p><u>2.3.11 Information, samråd och brukarmedverkan</u></p> <p>Utförare i vårdbostäder ska kunna ge brukarna information om vilken hjälp som kan erbjudas samt i övrigt informera om verksamheten inom enheten.</p> <p>Akut information samt sekretessbelagd information ska, efter samtycke från den enskilde, alltid ges via telefon.</p> <p>Utföraren i vårdbostäder ska bjuda in brukare/närstående/gode män till träffar ("anhörigträffar") minst två gånger per år. Syftet är att i mindre grupper t.ex. ett våningsplan, ha en nära dialog kring verksamheten.</p> <p>Utöver anhörigträffar ska det på enheten finnas ett s.k. enhetsråd med representanter för brukarna/anhöriga och pensionärsorganisationer knutna till kommunala pensionärsrådet. Enhetsrådet sammanträder minst två gånger per år. Vid enhetsrådet deltar även ansvarig chef och Äldrenämndens kontaktpolitiker. Utföraren ansvarar för att sammankalla till enhetsråd.</p> <p>Utvärderingskriterier "information":</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utföraren bjuder in till s.k. anhörigträffar minst 4 ggr per år. • Utföraren erbjuder att information ges genom s.k. kontaktbok. I kontaktboken skriver personalen om aktiviteter, promenader etc. som den enskilde erbjudits och/eller deltagit i.
Uppföljning	<p>När en ny person flyttar in på Brushanen anordnas efter några dagar ett möte där verksamhetschef, sjuksköterska, kontaktperson och eventuellt närstående deltar. Dessförinnan har brukare/närstående fått broschyrer och annan information om verksamheten. Vid mötet ges ytterligare information och upprättande av genomförandeplan påbörjas. Inom Aleris finns en kvalitetsutvecklare som alltid kontaktar nyinflyttade brukare (alternativt deras närstående) cirka 2-4 veckor efter inflytt för att följa upp att allting gått bra. Vid denna uppföljning kontrolleras till exempel att genomförandeplan upprättats, att brukaren fått information om sådant som kontaktperson och aktiviteter och att brukaren är nöjd med bemötandet i verksamheten. Kvalitetsutvecklaren återkopplar därefter till verksamhetschefen.</p>

	<p>Verksamhetschefen uppger att en anhörigtråff ägde rum innan sommaren i samband med en grillkväll och att hon planerar för två nya tillfällen under hösten. Hon uppger också att hon varit i kontakt med aktuell kontaktpolitiker angående enhetsråd senare i höst.</p> <p>Enligt verksamhetschefen erbjuder verksamheten alla brukare och deras närstående att upprätta kontaktbok, som personal och närstående kan kommunicera genom.</p>
Bedömning	Bedömningen är att utföraren uppfyller avtalskraven.

Dokumentation/journaler/genomförandeplan	
Avtal	<p><u>2.3.12 Dokumentation/journaler/genomförandeplan</u></p> <p>Journalhandlingar ska finnas för varje person för att dokumentera den vård och omsorg som ges enligt hälso- och sjukvårdslagen (patientjournalagen 1985:562) och de insatser som ges enligt socialtjänstlagen (SoL). I förekommande fall avses även dokumentation av stöd och service enligt lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Journalerna ska förvaras oåtkomligt för obehöriga.</p> <p>För personer i särskilda boendeformer ska journaler enligt hälso- och sjukvårdslagen och SoL/LSS förvaras samlade på det särskilda boendet men åtskilda. Journalerna ska vara lättillgängliga för berörd personal. Riktlinjer för överlämnande av journalhandlingar i samband med driftövertagande framgår av MAS rutiner. När handlingarna ska överlämnas till ny utförare ska detta ske utan kostnad.</p> <p>En genomförandeplan ska upprättas för varje person som bor i vårdbostad. Genomförandeplan ska även upprättas, i tillämpliga delar, för personer som har insats i form av korttidsboende och dagverksamhet.</p> <p>Genomförandeplanen ska visa den enskildes behov över hela dygnet och upprättas tillsammans med den enskilde och/eller dennes företrädare samt någon ur personalgruppen som känner personen väl. Om den enskilde inte själv kan medverka ska genomförandeplanen upprättas tillsammans med dennes företrädare.</p> <p>Genomförandeplanen ska ge en samlad bild av hur var och en får sina behov av vård och omsorg tillgodosedda enligt både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen samt insatser enligt lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade. Genomförandeplanen ska revideras vid behov dock minst en gång per år.</p> <p><u>2.3.13 Kontaktman</u></p> <p>För varje person som bor i vårdbostad ska det inom arbetslaget på enheten utses en ansvarig kontaktman. Kontaktman ska utses i samband med inflyttning.</p> <p>Kontaktmannen ska ha fördjupad kännedom om personen och dess behov. Kontaktmannen ska också hålla kontakt med närstående/företrädare för brukaren och så långt det är möjligt svara för de dagliga kontakterna med brukaren.</p> <p>Utföraren ska kunna erbjuda information på flera olika sätt, t.ex. vid besök på enheten och via s.k. kontaktbok. Se 2.3.11.</p> <p>Detta gäller även, i tillämpliga delar, för personer som har insats i form av korttidsboende och dagverksamhet.</p> <p>Utvärderingskriterium "information":</p> <ul style="list-style-type: none"> Genomförandeplanen upprättas inom 14 dagar efter inflyttning. Vid inflyttning, då genomförandeplanen upprättas för första gången, deltar alltid verksamhetschef utöver sjuksköterska och kontaktman. Vid revidering deltar alltid sjuksköterska och kontaktman.

Uppföljning	<p>Verksamhetschef uppgav att genomförandeplaner finns upprättade för samtliga brukare (se ovan under "information, samråd och brukarmedverkan" angående upprättande vid inflyttning). De två personal som intervjuades var kontaktperson åt en respektive två boende. De uppgav att de som kontaktpersoner ansvarar för upprättande och revidering (minst två gånger per år) av genomförandeplan och att de tar hand om "sina" brukare lite extra. Som kontaktpersoner utför de även egen tid, städning och dusch.</p> <p>De två brukare som intervjuades var väl medvetna om vilka som var deras kontaktpersoner.</p> <p>Av Socialförvaltningens individuppföljning framgår att samtliga brukare som deltagit i uppföljningen har en upprättad genomförandeplan. En av genomförandeplanerna är reviderad längre än tolv månader sedan, övriga genomförandeplaner är reviderade det senaste året. Majoriteten av brukarna framför att deras genomförandeplan är reviderad utifrån aktuella behov samt att de har varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplanerna. Majoriteten uppger också att de får det stöd och de insatser som finns beskrivna i genomförandeplanen och att deras behov blir tillgodosedda.</p>
Bedömning	Bedömningen är att utföraren uppfyller avtalskraven. Kontoret utgår från att den genomförandeplan som inte var reviderad de senaste tolv månaderna utgör ett undantag som kommer att åtgärdas.

Lex Sarah	
Avtal	<p><u>2.5.1 Lagstiftning m.m.</u></p> <p>Verksamheten ska bedrivas i enlighet med gällande lagstiftning. Viktig lagstiftning för aktuell verksamhet är bland annat Socialtjänstlagen, Offentlighets- och Sekretesslagen, Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659.</p>
Uppföljning	<p>Verksamhetschefen uppger att nyanställda blir informerade om sina skyldigheter enligt lex Sarah och skriver under på att hen har tagit del av informationen. Lex Sarah tas även upp för repetition vid APT en gång per år.</p> <p>Kopia på verksamhetens lokala rutin för lex Sarah begärdes in. Granskning visar att rutinen innehåller all de delar som anges i 7 kap. SOSFS 2011:5.</p>
Bedömning	Bedömningen är att utföraren lever upp till avtalskraven.

Kommunal hälso- och sjukvård i vårdbostad	
Avtal	<p><u>2.3.4 Kommunal hälso- och sjukvård i vårdbostad</u></p> <p>Utföraren ska svara för att hälso- och sjukvård ges i vårdbostäder enligt hälso- och sjukvårdslagen dvs. såväl förebyggande som direkt sjukvårdande insatser. Insatserna ska ges upp till läkarnivå och finnas snabbt tillgängliga dygnet runt alla dagar under året.</p> <p>Sjuksköterskan ansvarar för att den av läkaren ordinerade behandlingen utförs, t.ex. överlämnande av läkemedel, sårvård, provtagning, injektioner och smärtlindring. Andra insatser kan t.ex. vara rådgivning till den enskilde/närstående och utprovning och förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Det är önskvärt att sjuksköterskor inom kommunens hälso- och sjukvård har vidareutbildning till distriktssköterska eller inom geriatrik eller psykiatri.</p> <p>För att möjliggöra att människor i hög utsträckning ska kunna vårdas i det särskilda boendet ska samverkan ske med andra, exempelvis primärvården, landstinget avancerade hemsjukvård, anhöriga.Handledning och utbildning ska ges till personal i det särskilda boendet.</p> <p>Utföraren ansvarar för och bekostar den utrustning och det sjukvårdsmaterial som krävs för tillfälliga och/eller akuta sjukdomstillstånd</p>

	<p>hos de boende och som inte förskrivs till den enskilde. I verksamhet där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas en verksamhetschef.</p> <p><u>2.3.8 Förebyggande insatser mot äldreolycksfall</u></p> <p>Utföraren svarar för att aktivt förebygga olycksfall i alla boendes hem inom respektive enhet. Utföraren ska ge information och utbildning till brukare och personal för att öka medvetenhet och kunskap om hur äldreolycksfall kan förebyggas.</p> <p><u>2.3.10 Information och administration av tandvård</u></p> <p>Utföraren i vårdboend ska informera och utfärda intyg om munhälsa och tandvård för vissa äldre och funktionshindrade enligt tandvårdslagen.</p> <p><u>2.5.17 Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) (särskilt boende)</u></p> <p>Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) är organisatoriskt placerade vid Omsorgskontoret. Aldrenämnden har i beslut delegerat till MAS ansvar och tillsyn även hos privata vårdgivare som kommunen har avtal med. Utförare ska följa de rutiner som medicinskt ansvarig sjuksköterska upprättar. MAS rutiner finns att hämta på http://www.linkoping.se/mas</p> <p>Utvärderingskriterium "utbildning och rekrytering":</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vid anställning av sjuksköterska anställs enbart personer som har vidareutbildning till distriktssköterska, inom geriatrik eller psykiatri. Med anställning avses både fasta tjänster och vikariat som överstiger 6 månader.
Uppföljning	<p><u>Hälso-och sjukvårdsorganisation</u></p> <p>Aleris hälso- och sjukvårdsorganisation består av sjuksköterskor, fysioterapeuter samt arbetsterapeuter. Aleris har en egen jourorganisation som utför hälso- och sjukvårdsinsatser under jourtid. Personalen som ingår i Aleris hälso- och sjukvårdsorganisation har regelbundna möten ca en gång i månaden. Brushanen har två patientansvariga sjuksköterskor, varav en har vidareutbildning inom geriatrik, som tillsammans arbetar 100 % på vårdboendet. Fysioterapeut kommer till Brushanen vid ett tillfälle i veckan, arbetsterapeut kommer vid behov.</p> <p><u>Delegeringar</u></p> <p>Vid uppföljningen konstaterades att samtliga delegeringsbeslut är uppdaterade och att de är upprättade på den blankett som tagits fram av Linköpings kommuns medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS).</p> <p><u>Läkemedelshantering</u></p> <p>Enligt SOSFS 2000:1 och Linköpings kommuns riktlinjer för hälso- och sjukvård ska det i samtliga verksamheter finnas en lokal läkemedelsinstruktion som revideras en gång om året eller vid behov. Kopia på instruktionen ska skickas till MAS. Vid uppföljningsbesöket konstaterades att lokal aktuell läkemedelsinstruktion finns och att kopia är inskickad till MAS.</p> <p>Enligt SOSFS 2000:1 och Linköpings kommuns riktlinjer för hälso- och sjukvård ska ansvarig sjuksköterska regelbundet minst en gång per månad kontrollräkna narkotiska läkemedel i den enskildes medicinskåp och signera detta i förbrukningsjournal. Intervjuad sjuksköterska uppgav att narkotikaklassade läkemedel kontrollräknas en gång per månad enligt kommunens riktlinje.</p> <p><u>Avvikelsehantering</u></p>

	<p>Avvikelse ska rapporteras i kommunens verksamhetssystem Treserva avvikelsemodul. Detta gäller alla utförare som har avtal med äldreomsorgen i Linköpings kommun. Enligt Linköpings kommuns riktlinje för hälso- och sjukvård ska avvikelser åtgärdas och slutbedömas/avslutas i Treserva avvikelsemodul inom två månader.</p> <p>Verksamheten rapporterar hälso- och sjukvårdsavvikelse i Treserva avvikelsemodul. Verksamhetschef, sjuksköterska samt kvalitetscoach går igenom avvikelserna i samband med ledningsmöte en gång i veckan. Kvalitetscoacherna sprider information om avvikelseanalyser och åtgärder till arbetslagen. Avvikelse tas även upp kontinuerligt på APT.</p> <p>En granskning av de avvikelser som registrerats i Treserva avvikelsemodul sedan nuvarande verksamhetschef började i verksamheten har genomförts av MAS. Granskningen visar att åtgärder har registrerats för samtliga avvikelser, men att endast ett fåtal är slutbedömda/avslutade i systemet. Vidare visar granskningen att sjuksköterska inte registrerat aktuella läkemedel vid läkemedelsavvikelse. Granskningen visar även att läkemedelsavvikelse inte alltid är valda på hälso- och sjukvård (HSL) utan på Äldreomsorg (ÄO) i systemet, vilket innebär att rätt område inte kan väljas gällande läkemedel. Detta påverkar bland annat statistiken för hälso- och sjukvårdsavvikelse. På Linköpings kommuns utförarwebb, under användarstöd, finns det manualer och instruktioner att tillgå som beskriver hur avvikelser ska registreras i Treserva avvikelsemodul.</p> <p><u>Nationella kvalitetsregister</u></p> <p><i>Senior alert</i></p> <p>Riskbedömningar och åtgärder utförs och registreras i Senior alert. En personal är ansvarig för registrering i registret. Vid nyinflyttning görs alltid riskbedömning av brukaren. När fallrisk bedöms föreliggande övervägs åtgärder såsom till exempel förskrivning av höftskyddsbyxa, anpassning av boendemiljö och olika typer av larm.</p> <p><i>Palliativregistret</i></p> <p>Dödsfall registreras i Svenska palliativregistret.</p> <p><u>Basala hygienrutiner</u></p> <p>Basala hygienrutiner tas kontinuerligt upp vid APT. Egenkontroll utförs två gånger per år.</p> <p><u>Informera, bedöma och utfärda intyg till tandvårdskort</u></p> <p>Information, bedömning och utfärdande av intyg genomförs.</p> <p><u>Kvalitetsarbete och utbildning</u></p> <p>Utföraren använder sig av ett årshjul som styr kvalitetsarbetet. Som moment ingår bland annat kontroll av nattfasta. Vidare bedrivs ett arbete där fokus varierar mellan olika områden, på senare tid har man till exempel arbetat särskilt med läkemedelshandling och palliativ vård.</p>
Bedömning	Bedömningen är att utföraren uppfyller avtalskraven, med undantag för hantering av avvikelser i Treserva avvikelsemodul.

Bedömning

Helhetsintrycket från verksamhetsuppföljningen är att det bedrivs en välfungerande verksamhet. Verksamheten har också fått bra resultat i den nationella brukarundersökningen de senaste två åren, och relativt få klagomål har inkommit till kommunens äldreombudsman sedan avtalsstart. Resultatet av Socialförvaltningens individuppföljning av 13 brukare visar att majoriteten av

dem upplever att de har möjlighet att vara delaktiga och att de har möjlighet att påverka sitt boende på Brushanen, i form av att chefer och personal är inlyssnande och efterfrågar brukarnas önskemål och åsikter. Återkommande framförs att personalen har ett gott bemötande, lyssnar och tar hänsyn till brukarens önskemål. Även möjligheten till sociala aktiviteter lyfts fram som en faktor som bidrar till trivsel.

Verksamheten har haft en bra personalkontinuitet och samtlig tillsvidareanställd omvårdnadspersonal är undersköterskor, vilket är positivt. Verksamheten har också god tillgång till sjuksköterska, som bedriver ett systematiskt arbete för att förebygga bland annat fall och undernäring. Samtidigt visar uppföljningen att efterrätt inte erbjuds dagligen i enlighet med avtal, och att hanteringen av avvikelser i Treserva avvikelsemodul brister.

Åtgärder

Kvalitets- och utvärderingskontoret begär att Aleris Omsorg AB genomför följande åtgärder på Brushanens vårdboende:

- Säkerställer att verksamheten lever upp till avtalskravet avseende erbjudande om efterrätt.
- Säkerställer att avvikelser slutbedöms/avslutas i Treserva avvikelsemodul inom två månader, att sjuksköterska dokumenterar aktuella läkemedel vid läkemedelsavvikelser samt att alla läkemedelsavvikelser registreras på rätt område (HSL) i systemet.

En åtgärdsredovisning avseende ovanstående ska inkomma till kvalitets- och utvärderingskontoret senast 2017-11-30.

Kvalitets- och utvärderingskontoret kommer att följa upp implementeringen av åtgärderna.

Jonas Arnoldsson
Planeringsledare

Anette Kanon
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)