

Handläggare
Mia Gustafsson

Datum
2013-09-30

Diarienummer
ALN-2013-0098.30

Äldrenämnden

Avtalsuppföljning av Attendo hemvård Kundvalsområde 1 (f.d. Liljefors)

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktande av resultatet godkänna rapporten.

Föredragning

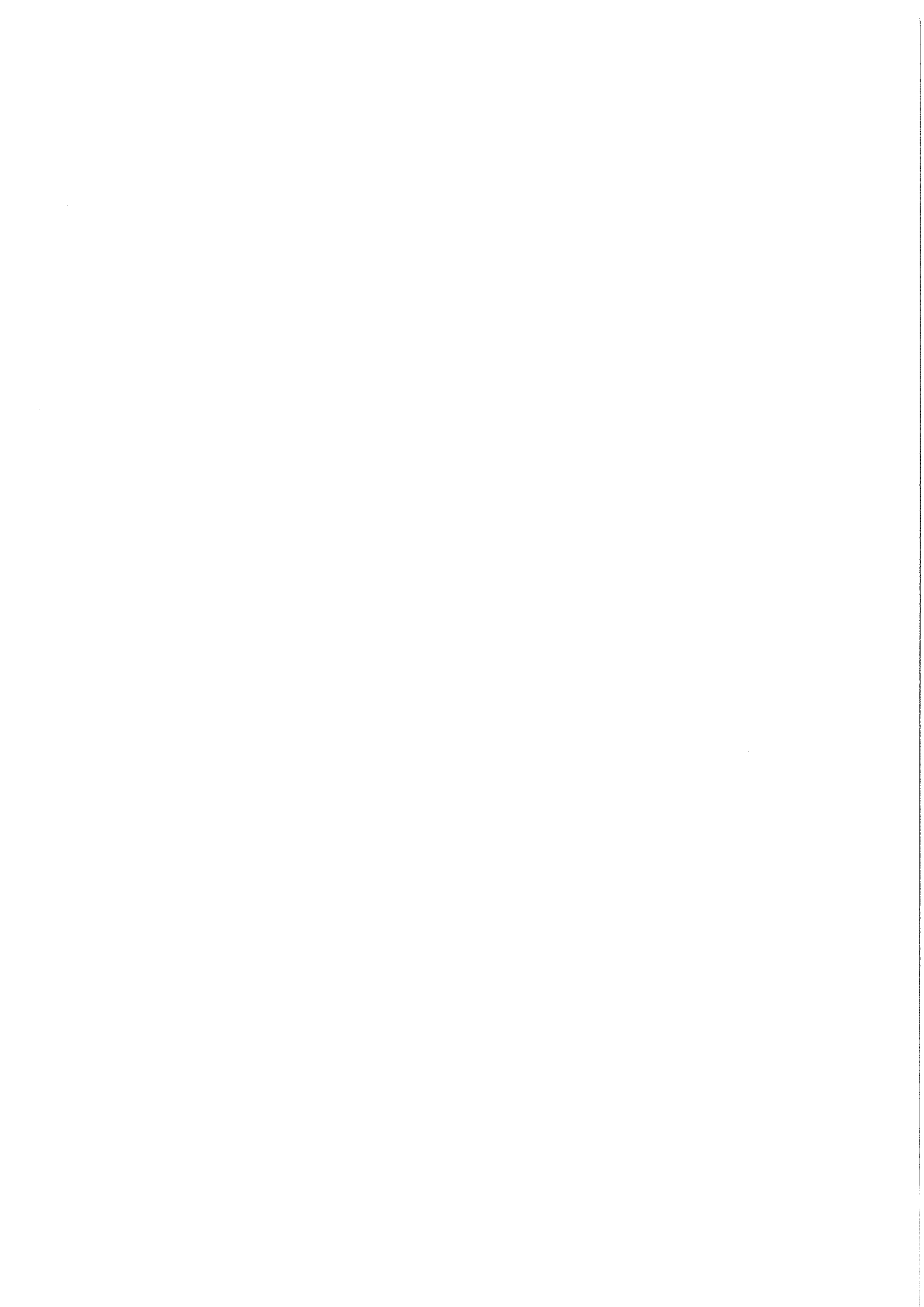
Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK), genomförde en planerad avtalsuppföljning vid Attendo hemvård Kundvalsområde 1 den 6 maj 2013 som framgår av rapporten. I samband med detta genomfördes en dokumentationsgranskning den 15 maj, vilken återfinns i rapporten.

Uppföljningen visade att det förelåg brister inom områdena; värdegrundsarbete, hälso-och sjukvård samt dokumentation. Handlingsplan begärdes in. Då det fanns ett antal brister inom området dokumentation specifikt rörande dokumentationen enligt socialtjänstlagen (SoL) bestämdes att en ny dokumentationsgranskning skulle äga rum under september månad.

Handlingsplan inkom den 19 juli. Kontoret valde dock att avvakta bedömning av handlingsplan till efter att en ny dokumentationsgranskning skett på verksamheten. Denna granskning (bilaga 1) skedde 12 september och det framkom att verksamheten påbörjat ett förbättringsarbete utifrån de brister som påvisades vid den första dokumentationsgranskningen. Handlingsplanen (bilaga 2) som tidigare inkommit gick igenom och svaren bedömdes som tillfredsställande. Därmed ser HVK nu ärendet som avslutat.

För kontoret för hälsa, vård och omsorg

Inga-Lill Björklund
Direktör



Handläggare
Mia Gustafsson
Maria Lindblom

Datum
2013-06-18

Diarienummer
ALN-2013-0098.30

Avtalsuppföljning Attendo hemvård Kundvalsområde 1 Uppsala kommun

Beskrivning av den uppföljda verksamheten

Utförare och enhet	Attendo Care AB Kundvalsområde 1
Adress	Salabacksgatan 50 754 32 Uppsala
Verksamhetschef	Susanne Eriksson
Affärsområdeschef	Ann-Sophie Nilsson
Telefon och mailadress	Tel:018-24 63 40 Mobil:070-2088191 susanne.eriksson2@attendo.se
Uppföljning utförd av	Uppdragsstrateger Mia Gustafsson och Maria Lindblom
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Verksamhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast samt två omvårdnadspersonal
Totalt antal kunder	ca 115
Typ av verksamhet	Hemtjänst och hemvård
Avtalstid	2012-04-01 t.o.m. 2015-03-31
Datum för uppföljning	2013-05-06

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning vid kundvalsområde 1, vilket drivs av Attendo Care AB på uppdrag av Uppsala kommun. Verksamheten har i dagsläget ca 115 kunder inom stadsdelarna Kvarngärdet, Gränby, Löten, Salabacke, Sävja och Årsta. I hemtjänstföretaget finns totalt 54 personer anställda, vilket inkluderar legitimerad personal, arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterskor. De insatser som erbjuds är hemtjänst (till exempel matdistribution, tvätt, inköp, promenader och social samvaro), hemvård (till exempel personlig omvårdnad, personlig hygien, måltidsstöd och av- och påklädning) och hälso- och sjukvårdsinsatser upp till och med sjuksköterskenivå.

1. Sammanfattning

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning vid kundvalsområde 1 som drivs av Attendo Care AB. Kontorets bedömning är att verksamheten är välfungerande, dock finns några förbättringsområden och enstaka brister i förhållande till krav i avtal. I detta kapitel sammanfattas såväl positiva iakttagelser som konstaterade förbättringsområden.

1.1 Kontorets kommentarer efter genomförd uppföljning

Värdegrundsarbete

Vid uppföljningstillfället var det tydligt för kontoret att verksamheten har ett värdegrundsarbete som är välkänt och implementerat. Ett tydligt och strukturerat arbetssätt beskrivs för att hålla detta levande i verksamheten. Dock är inte äldrenämndens värdegrund känd i verksamheten. Kontoret ser detta som ett förbättringsområde och förutsätter att detta omgående åtgärdas. De lokala värdighetsgarantierna som äldrenämnden införde 1 februari 2013 är inte implementerade i verksamheten. Kontoret begär att i handlingsplan få in ett detaljerat svar som beskriver implementeringsprocessen.

Verksamhet, organisation och bemanning samt kompetens och kvalitetsutveckling

HVK får en bild av att verksamheten vid uppföljningstillfället har en bra kontroll och styrning över bemanningen och det förefaller finnas en flexibilitet som utgår ifrån de enskildas behov. HVK ser att personalen i hemtjänstgruppen har en god grundkompetens och att verksamheten kontinuerligt uppmuntrar till kompetensutveckling. För nyanställda finns en väl förankrad rutin för introduktion där uppföljning sker. Därmed bedömer kontoret att verksamheten uppfyller ska-kraven inom detta område.

Kontaktmannaskap

Kontoret ser att det finns välfungerande rutiner för kontaktmannaskap i verksamheten. Innebörden av kontaktmannens roll och ansvar förefaller vara väl implementerad i personalgruppen. Kontoret ser positivt på att det pågår ett aktivt arbete för att utveckla kontaktmannaskapet genom de så kallade "kontaktmannaronderna". Kontoret ser också att personalkontinuiteten är hög och att arbetssättet i verksamheten säkrar att kund träffar ett fåtal personal. Därmed bedöms ska-kraven inom detta område vara uppfyllda.

Mat, måltider och nutrition

Kontoret anser att verksamheten fungerar väl inom detta område. Äldrenämndens riktlinje för mat, måltider och nutrition är implementerad i verksamheten och det finns goda möjligheter till individuell anpassning utifrån individuella behov och önskemål inom området. Kontoret bedömer att ska-kraven är uppfyllda.

Aktiv och meningsfull tillvaro, samvaro och samverkan

Kontoret ser positivt på det salutogena synsättet som framförs genomsyra verksamheten. Det förefaller finnas både förutsättningar för och en medvetenhet kring att fånga upp enskilda personer med ett ökat behov av social samvaro och aktiviteter. Initiativet i verksamheten att starta ett projekt under sommaren med att erbjuda ett varierat utbud av aktiviteter med syfte att bland annat bryta isoleringen och ensamheten hos de äldre, ser kontoret som mycket positivt.

De förbättringsområden som kontoret bedömer finns inom detta område är att säkra personalens kännedom om kommunens öppna verksamheter. Detta för att ett aktivt arbete ska kunna bedrivas med att stimulera enskilda att delta i hälsofrämjande aktiviteter. Ombud för den ideella sektorn finns, dock inte kulturombud, vilket omgående måste utses.

Kontoret begär inte att åtgärderna beskrivs i handlingsplan utan utgår från att detta omgående åtgärdas och att verksamheten fortsätter arbeta engagerat och aktivt med att utveckla och förbättra verksamheten inom detta område.

Hälso- och sjukvård inklusive fallprevention samt rehabiliterande och funktionsupphållande förhållnings- och arbetssätt

Kontoret får en bild av att kundvalsområde 1 övergripande fungerar väl inom området. I verksamheten eftersträvas ett funktionsupphållande och rehabiliterande arbetssätt. Det finns ett teamarbete med tydliga och strukturerade mötesformer med fokus på den enskilde, där vård, omsorg och rehabilitering samordnas.

När det gäller vård i livets slut finns dock inga rutiner implementerade i verksamheten, vilket uppges bero på att behovet inte finns för tillfället. Kontoret finner detta anmärkningsvärt. För att på ett bra och tydligt sätt implementera rutiner krävs ett långsiktigt och systematiskt arbete i en verksamhet. Vid intervju tillfället framkommer att rutiner kommer implementeras när behov uppstår. HVK begär därför ett förtydligande i handlingsplan som beskriver när Attendo ser det som en lämplig tidpunkt för handledning och utbildning till personal inom detta område då behov plötsligt kan uppstå. HVK begär också att få ta del av den rutin som ska implementeras vid behov.

Informationsöverföring och dokumentation

Kontoret gör bedömningen att verksamheten generellt sett fungerar väl inom detta område. Den legitimerade personalens dokumentation var god. Dock fanns ett flertal förbättringsområden i omvårdnadspersonalens dokumentation. Kontoret är väl medvetet om att verksamheten inom kort ska in i det nya dokumentationssystemet Siebel, men detta hindrar inte att arbetet med de förbättringsområden som lyfts fram i granskningen startar. Kontoret begär i handlingsplan en tydlig redogörelse hur detta ska åtgärdas.

Ny dokumentationsgranskning kommer ske under september månad i syfte att säkra att bristerna är åtgärdade och att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.

Avvikelse- och klagomålshantering

Kontoret ser att det i verksamheten finns en tydlig och implementerad rutin för avvikelshantering. Kontoret ser också att det finns en metod för hur synpunkter och klagomål fångas in och systematiskt dokumenteras, även de som inkommer muntligen. Det förefaller finnas ett medvetet och aktivt agerande för att bidra till en kontinuerlig utveckling och förbättring av verksamheten. Kontoret gör därmed bedömningen att verksamheten uppfyller ska-kraven inom detta område.

1.2 Krav på åtgärder

Kontorets bedömning är att kundvalsområde 1 är en välfungerande verksamhet. Kontoret fann dock att förbättringsåtgärder behövs inom områdena värdegrundsarbete (implementering av äldre nämndens värdegrund), aktiv och meningsfull tillvaro, samvaro och samverkan. Kontoret begär inte att åtgärderna beskrivs i handlingsplan utan utgår från att detta omgående åtgärdas och att verksamheten fortsätter arbeta engagerat och aktivt med att

utveckla och förbättra verksamheten. De områden som kontoret fann brister kring och där handlingsplan begärs in är värdegrundarbete (implementering av de lokala värdighetsgarantierna), hälso-och sjukvård samt dokumentation (omvårdnadspersonalens). En beskrivning ska ges i handlingsplanen hur dessa brister ska åtgärdas och hur verksamheten genom åtgärderna kan komma att uppnå en kontinuerlig förbättring och utveckling av verksamheten.

Kontoret kommer, som planeringen ser ut nu, att under september månad genomföra en ny granskning av dokumentationen i syfte att säkra att bristerna är åtgärdade och att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.

Handlingsplanen ska inkomma till HVK senast **den 8 augusti 2013**, där tidsplan för åtgärder, förväntade effekter samt uppföljning av dessa finns beskrivet för respektive område. Handlingsplanen ska skrivas i bifogad mall och skickas med e-post till halsa-var-d-omsorg@ uppsala.se. Handlingen kommer diarieföras och registreras som offentlig handling.

2. Inledning

2.1 Bakgrund

Enligt äldrenämndens uppföljningsplan, beslutad 2010-03-31, ska kontoret för hälsa, vård och omsorgs 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.

2.2 Syfte

Kontoret för hälsa, vård och omsorgs sammanlagda uppföljning syftar till att:

- Kommunfullmäktiges och äldrenämndens beslut och viljeinriktning följs
- Äldrenämnden erhåller det som avtalats
- Den enskilde erhåller beslutade insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL)
- Den enskilde erhåller vård som denne är behov av, i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

2.3 Metod

- Intervjuer med företrädare för verksamheten
- Dokumentationsgranskning av journalhandlingar inom lagrummen SoL och HSL
- Granskning av övriga dokument av betydelse, bl. a personalschema, tertialrapport

3. Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

Under respektive rubrik följer en beskrivning av vad som framkommit om verksamheten under intervjuerna, kopplat till förfrågningsunderlagets ska-krav samt bedömning om ställda krav är uppfyllda eller inte. Observera att kommentarerna kan innehålla både positiva och negativa omdömen.

3.1 Värdegrundsarbete

Äldrenämnden har antagit en värdegrund som samtliga verksamheter inom nämndens ansvarsområde ska säkerställa en systematisk tillämpning av. Inom ramen för värdegrunden har nämnden antagit sex värdeord som ska prägla verksamheterna. Dessa är *trygghet, inflytande, tillgänglighet, oberoende, respekt och bemötande*.

Äldrenämnden har också antagit värdighetsgarantier som specifikt gäller för de äldre som har hemvård, dessa är: *att veta vilken personal som ska utföra tjänsterna i hemmet; om någon annan personal än den som förväntas ska komma, ska kunden i förväg bli kontaktad om detta; om personalen blir försenad ska de i förväg kontakta kunden om detta; alla som beviljats hemvård ska få en årlig läkemedelsgenomgång; den äldre som har ett biståndsbeslut om utevistelse/promenad ska kunna påverka tidpunkten för detta och få det dokumenterat i sin genomförandeplan.*

3.1.1 Iakttagelser

Äldrenämndens antagna värdegrund uppges kännas igen i verksamhetens egna ledord, kompetens, engagemang och hjälpsamhet. Ledningen berättar att det arbetas mycket aktivt med att hålla detta levande i verksamheten och förutom som en stående punkt på arbetsplatsträffarna ingår detta som en naturlig del i det dagliga arbetet. Ledningen berättar att en god hjälp i värdegrundsarbetet är den värdekortlek som används flitigt i verksamheten. Där fångas olika ämnen upp och inspirerar till samtal vilket upplevs bidra till en förståelse och utveckling inom olika aktuella områden. I verksamheten finns värdecoacher vilka är planerade att gå en värdegrundsledarutbildning och sedan fortsätta arbeta och utveckla värdegrundsarbetet i verksamheten. Personalgruppen har inte kännedom om äldrenämndens värdegrund. Dock förefaller verksamhetens egen vara väl förankrad. Samtliga lyfter värdekortleken som något positivt och framför också att det salutogena synsättet präglar verksamheten.

När det gäller de lokala värdighetsgarantierna berättar ledningen att information har lämnats till personalgruppen i samband med en arbetsplatsträff. Dock har detta inte implementerats, då ledningen framför att ett planeringsarbete pågår för att säkerställa detta i verksamheten på alla nivåer. När detta är klart kommer implementering ske. Ledningen upplever dock att det redan arbetas på detta sätt exempelvis med att säkerställa så enskilda vet vilken personal som kommer till dem, om de blir försenade eller andra förändringar samt tidpunkt för promenader som alltid läggs in i den dagliga planeringen. Vid intervjutillfället med omvårdnadspersonalen framkommer, som ledningen själv påtalade, att de lokala värdighetsgarantierna inte är kända. Dock lyfter samtliga fram att värdegrundsarbete är något som pågår konstant i verksamheten. Dels strukturerat under de olika mötesformerna men också i det dagliga arbetet. Återkommande diskussioner förs kring respektfullt uppträdande och bemötande när man är i någons hem t ex att inte hålla på med mobilen när man är hos kund.

3.1.2 Kontorets kommentarer

Vid uppföljningstillfället var det tydligt för kontoret att verksamheten har ett värdegrundsarbete som är välkänt och implementerat. Ett tydligt och strukturerat arbetssätt

beskrivs för att hålla detta levande i verksamheten. Dock är inte äldrenämndens värdegrund känd i verksamheten och detta är ett förbättringsområde för verksamheten att åtgärda omgående.

De lokala värdighetsgarantierna som äldrenämnden införde 1 februari 2013 är inte implementerade i verksamheten. Verksamheten måste säkerställa att samtliga berörda (kunder, närstående, personal) får information om vad kravet innebär och om vilket utfall som kan förväntas för den enskilde. Ledningen måste leda arbetet med implementering av de lokala värdighetsgarantierna i samtliga delar i verksamheten. Kontoret ser också att verksamheten i sin regelbundna egenkontroll måste fånga eventuella brister till följsamheten kring de lokala värdighetsgarantierna och återföra dessa i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.

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

3.2 Verksamhet, organisation och bemanning samt kompetens och kvalitetsutveckling

I förfrågningsunderlaget står att läsa:

- verksamhetschef ska finnas enligt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för verksamhetens hälso- och sjukvård
- verksamhetschef ska ha lägst högskoleutbildning relevant för området med minst tre års dokumenterad erfarenhet av arbetsledande ställning i motsvarande funktion
- bemanning ska finnas som säkerställer den kvalitet som framgår av lagar, författningar och övriga dokument
- nyrekryterad tillsvidareanställd vårdpersonal ska ha lägst undersköterskeutbildning
- personal ska finnas med kompetens och erfarenhet så att brukarens behov tillgodoses
- utföraren ska se till så anställd personal lever upp till kunskapskrav enligt SOSFS 2011:12
- kvalitetsutveckling ska bedrivas på alla nivåer inom verksamheten
- utföraren ska ha eget stödsystem för att kontinuerligt säkra kvaliteten

3.2.1 Iakttagelser

Verksamhetschefen är utbildad sjuksköterska och har arbetat ett flertal år i arbetsledande ställning. I dagsläget ansvarar verksamhetschefen för 54 anställda, vilket inkluderar legitimerad personal (arbetsterapeut, sjukgymnast och tre sjuksköterskor). Utöver denna personalgrupp kommer verksamhetschefen från och med 15 maj att få ansvar för ytterligare ca 10 anställda i och med att en annan verksamhet inom företaget läggs ned. En annan förändring i och med detta blir att en biträdande verksamhetschef kommer tillsättas.

Samtlig intervjuad personal uppger att det alltid finns en namngiven ersättare för verksamhetschef vid eventuell frånvaro (annan verksamhetschef i närliggande område). Omvårdnadspersonalen beskriver att de i första hand vänder sig till samordnaren, men är väl medvetna om att ersättare för verksamhetschef utses vid dessa tillfällen. Samtliga har också fått information om att en biträdande verksamhetschef inom kort ska börja i verksamheten. Omvårdnadspersonalen berättar att på kvällar och helger utses gruppleddare i personalgruppen med extra ansvar för att på så sätt ytterligare säkra upp i verksamheten vilket ses som något positivt.

I verksamheten finns en samordnare på 100 % som ansvarar för bland annat planering och schemaläggning av personalresurser. Vid behov finns ytterligare en person som hjälper samordnaren och för närvarande arbetar denne med dessa uppgifter ca 50 %.

Verksamhetschefen beskriver personalgruppen som stabil, med en låg personalomsättning. Vid nyanställning är undersköterskeutbildning ett krav. Endast tre av den fastanställda omvårdnadspersonalen uppges sakna undersköterskeutbildning, dock är dessa under pågående utbildning. När det gäller rekrytering av omvårdnadspersonal beskriver verksamhetschefen att detta inte är några problem dock är det svårare att få personal med olika specialkompetenser så som inom demensområdet. I verksamheten har några ur personalgruppen gått utbildningen Demens ABC men målet är enligt verksamhetschefen att all personal på sikt ska gå.

När det gäller introduktion av nyanställda beskriver samtliga att det finns tydliga rutiner. Checklistor uppges finnas där varje kompetens har sitt område och olika utbildningar ges så som t ex förflyttningsteknik. Rutin kring att "gå dubbelt" minst två dagar och en kväll finns vid introduktionen. Enligt verksamhetschefen arbetar nyanställda inte kvällar eller helger initialt då en grundtrygghet ska finnas innan dessa pass påbörjas. Uppföljning sker kontinuerligt och ansvaret åligger verksamhetschefen eller samordnaren. Det berättas att vid vissa perioder kan trycket på utökning av personal vara stort och att det då kan vara svårt att ge alla en bra introduktion med uppföljning, men att det finns en medvetenhet om detta och en strävan att alla ska få en fullgod introduktion. Samtliga intervjuade berättar att just introduktionsdelen för nyanställda är något de arbetat mycket med det senaste halvåret för att förbättra.

Verksamhetschefen uppger att alla fastanställda har en tydlig kompetensutvecklingsplan, vilken uppvisas för kontoret i samband med intervjun. Detta bekräftas också i intervjuerna med personalgruppen. Utbildningar för omvårdnadspersonalen i form av bland annat handledarkurs och demensutbildning har genomförts. Legitimerad personal framför att även de tagit del av olika kurser och utbildningar. Någon framför dock att en del saker utifrån den individuella kompetensutvecklingsplanen inte genomförts medan andra upplever det motsatta. Omvårdnadspersonalen framför att verksamhetschefen bevakar men även kommer med förslag på olika utbildningar och kurser. Verksamhetschefen berättar att Attendo Care erbjuder många utbildningar och att personal får gå det som förefaller aktuellt för verksamheten. Ett aktivt och ständigt pågående arbete uppges finns för att öka kunskapen hos all personal i verksamheten och kvalitetsavdelningen inom företaget finns som en hjälp i detta.

Verksamhetschefen framför att det i verksamheten finns ett mycket strukturerat systematiskt arbetsmiljöarbete. Målet är att stärka verksamhetens kvalitetsarbete på liknande sätt (avseende t.ex. brandchecklistor, genomgång av dokumentation m.m), att i en pärm ha en flik för varje månad med vad som ska gås igenom och kontrolleras. Detta för att få en snabb, enkel och systematisk överblick på vad som ska göras i verksamheten månad för månad.

3.2.2 Kontorets kommentarer

HVK får en bild av att verksamheten vid uppföljningstillfället har en bra kontroll och styrning över bemanningen och det förefaller finnas en flexibilitet som utgår ifrån de enskildas behov. HVK ser att personalen i hemtjänstgruppen har en god grundkompetens och att verksamheten kontinuerligt uppmuntrar till kompetensutveckling. För nyanställda finns en väl förankrad

rutin för introduktion där uppföljning sker. Därmed bedömer kontoret att verksamheten uppfyller ska-kraven inom detta område.

3.3 Kontaktmannaskap

I förfrågningsunderlaget står att läsa:

- kontaktmannaskap **ska** finnas

3.3.1 Iakttagelser

Samtliga intervjuade berättar att alla kunder inom kundvalsområde 1 har en kontaktman och att det finns en dokumenterad rutin för detta. Attendo Care har ett utbildningsprogram där personalen blir certifierade som kontaktmän och alla i personalgruppen är planerade att gå denna under året enligt verksamhetschefen.

Omvårdnadspersonalen berättar att de har ansvar för ett varierat antal kunder vilket styrs bland annat utifrån omfattningen av den enskildes behov. De som intervjuades var kontaktman för fyra respektive elva kunder (när det är ett högt antal kunder handlar det om personer med få insatser). Kontaktmännen arbetar endast dagtid i verksamheten och enligt samtliga schemaläggs personalen så det i största möjliga mån är kontaktmannen som går hem till sin kund under dagen. Även kvällstid framförs att det finns säkrat så kunden endast träffar ett fåtal personer. Särskild personal arbetar kvällsturer och två personal delar på en rad för att minimera antal personer hos kund.

Enligt den intervjuade personalen innebär kontaktmannaskapet att ha ett övergripande ansvar för sin kund vilket bland annat innefattar att beställa material, vara vaksam på förändringar i hälsotillståndet, uppmärksam på behov, men även att vara en länk till anhöriga/närstående. Det innebär också att vara väl insatt i biståndsbeslutet och ansvarig för genomförandeplanen, och som ett led i detta även se till att den enskilde är nöjd med de insatser som ges. Verksamhetschefen berättar att uppföljning kring kontaktmannaskapet sker dels genom Attendos egen brukarundersökning men också genom direkt kontakt med kunderna där frågor kring kontaktmannaskapet ställs.

Informationsbrev från verksamheten går ut till kunderna kontinuerligt där bland annat aktuell information ges om organisationen men även information om olika aktiviteter eller program vid t ex träffpunkter.

I verksamheten finns ett projekt som ingår i kontaktmannaskapet och som kallas "kontaktmannaronder". Vid dessa ronder samlas kontaktman tillsammans med arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska och går igenom bland annat kundens behov och hälsotillstånd. Ronder sker kontinuerligt och målet är att varje kund ska gås igenom minst en gång per år. Samtliga intervjuade lyfter detta som något positivt och framför att det stärker samverkan, delaktighet och kunskapsutveckling, men också säkerställer att den enskildes behov tillgodoses utifrån en helhetssyn.

Samtliga intervjuade berättar att ett gott samarbete finns mellan professionerna för att optimera insatserna kring kunderna och understryker att verksamheten har ett starkt utvecklat kontaktmannaskap som de är stolta över.

3.3.2 Kontorets kommentar

Kontoret ser att det finns välfungerande rutiner för kontaktmannaskap i verksamheten. Innebörden av kontaktmannens roll och ansvar förefaller vara väl implementerad i

personalgruppen. Kontoret ser positivt på att det pågår ett aktivt arbete för att utveckla kontaktmanaskapet genom de så kallade ”kontaktmannaronderna”. Kontoret ser också att personalkontinuiteten är hög och att arbetssättet i verksamheten säkrar att kund träffar ett fåtal personal. Därmed bedöms ska-kraven inom detta område vara uppfyllda.

3.4 Mat, måltider och nutrition

I förfrågningsunderlaget står att läsa:

- utföraren ska följa äldrenämndens riktlinje för mat måltider och nutrition
- brukare från andra kulturer och särskilda matvanor ska beaktas
- brukarens önskemål om särskilda mattider ska respekteras så långt möjligt

3.4.1 Iakttagelser

Attendo Care har i samarbete med SFAB (Svenska Försvarsrestauranger AB) utvecklat ett koncept som kallas ”Allan Kock”. Vid intervjutillfället berättas att tillverkningskonceptet är ”cook-chill”, vilket innebär att måltiderna levereras kylde och värms direkt i anslutning till måltiden. Vid intervjuerna framkommer att flera alternativ finns att välja på till lunch och middag och personalgruppen framför att det finns goda möjligheter till variation och valfrihet vad gäller olika maträtter för den enskilde.

Verksamhetschefen lyfter att det i vissa fall kan vara svårt att tillgodose vissa kunders behov, vilket främst handlar om när kunder från andra länder vill ha specifik mat tillagad på plats, men att de försöker tillgodose detta så långt det är möjligt.

Vidare ställer kontoret frågan hur verksamheten arbetar kring riktlinjerna för mat, måltid och nutrition och utifrån svaren kontoret fick förefaller dessa vara förankrade hos samtliga medarbetare.

Legitimerad personal framför att rutiner finns för viktkontroll. Dietist finns att kontakta om problem eller frågeställningar rörande nutrition uppstår. Alla nya kunder får ett inskrivningssamtal där bedömning görs. ”Måltidsbedömningsblanketter” beskrivs användas som kund och dennes kontakman fyller i. Detta är en hjälp i att bland annat fånga olika problem eller behov kring nutrition. Sjuksköterska uppges ha en tät och kontinuerlig kontakt med omvårdnadspersonalen i de fall som berörs. Legitimerad personal framför att det sedan ca sex månader sen pågår ett aktivt arbete med bedömning och åtgärder vid risk för undernäring i kvalitetsregistret Senior Alert. Kontroller görs också för att säkra så att nattfastan inte överstiger 11 timmar hos de kunder som berörs.

Ovanstående bekräftas i intervjun med omvårdnadspersonalen som berättar att måltidsbedömningar och kontinuerliga viktkontroller genomförs samt att ett gott samarbete med sjuksköterskan finns. Det beskrivs att personalen fångat in signaler på att personer börjat gå ner i vikt och att åtgärder direkt sattes in, bland annat togs kontakt med dietist. En snabb uppföljning i dessa ärenden beskrivs ha skett.

Kontoret ställer frågan hur verksamheten arbetar kring måltidsstöd hos kund.

Verksamhetschefen framför att lyhördhet och samarbete mellan professionerna är viktigt, att kontaktmännen som är närmast kunden kan fånga upp signaler och föra dem vidare till sjuksköterskorna. Men också att skapa forum för diskussioner kring ämnet, vilket sker på arbetsplatsträffarna eller vid behov på de morgonmöten som äger rum i verksamheten varje morgon då legitimerad och omvårdnadspersonal samlas. Måltidsstöd säkras också genom att insatsen förs in i den dagliga planeringen.

3.4.2 Kontorets kommentar

Kontoret anser att verksamheten fungerar väl inom detta område. Äldrenämndens riktlinje för mat, måltider och nutrition är implementerad i verksamheten och det finns goda möjligheter till individuell anpassning utifrån individuella behov och önskemål inom området. Kontoret bedömer att ska-kraven är uppfyllda.

3.5 Aktiv och meningsfull tillvaro, samvaro och samverkan

I förfrågningsunderlaget står att läsa:

- insatser ska ges flexibelt
- brukaren ska ges största möjliga inflytande
- brukaren ska ges möjlighet att göra vad hon/han uppfattar meningsfullt
- social samvaro ska främjas
- utföraren ska utifrån brukarens önskemål samverka med närstående och andra, för brukaren viktiga, personer
- utföraren ska följa ”policy för Uppsala kommuns samverkan med den ideella sektorn”
- ombud för den ideella sektorn ska finnas
- utföraren ska aktivt motta och genomföra passande erbjudanden inom ”kultur i vården”
- kulturombud ska finnas

3.5.1 Iakttagelser

Samtliga intervjuade beskriver en strävan efter att de enskilda ska vara så delaktiga och ha så stort inflytande som möjligt över den vård och omsorg som ges. Detta säkerställs bland annat i genomförandeplanen, vilken upprättas tillsammans med den enskilde. Samtliga beskriver ett aktivt arbete för att försöka motivera kunderna att komma iväg till aktiviteter och social samvaro. Omvårdnadspersonalen lyfte fram lyhördhet som en viktig faktor inom detta område men även samarbetet mellan professionerna beskrivs vara en stor del i att kunna fånga upp och åtgärda olika behov som kunderna har. Den legitimerade personalen framhåller det salutogena perspektivet som fokuserar på faktorer som orsakar och vidmakthåller hälsa. Det berättas att man försöker få in vardagsträningen i aktiviteterna så det blir ett naturligt sätt att träna olika funktioner. *”Det handlar om att tillmötesgå kunden men också hitta en balans så man inte tar över för mycket”*, som någon uttryckte det.

Verksamhetschefen berättar att det tidigare funnits ett projekt i verksamheten kallat KASAM projektet (känsla av sammanhang), där syftet var att försöka bryta isoleringen och ensamheten hos de äldre genom att erbjuda ett varierat utbud av aktiviteter. Men också för att främja sociala kontakter, öka livskvaliteten samt förebygga ohälsa för att på så sätt bidra till ett mer meningsfullt liv. Inför sommaren planeras detta att på nytt införas i verksamheten enligt verksamhetschefen. Planeringen är att en gång per månad bjuda in kunder att delta i strukturerade aktiviteter så som t ex bingo och frågesport men också till olika föreläsningar kring exempelvis nutrition eller andra teman där möjlighet finns för kunder att träffa personalgruppen och ställa frågor. Den legitimerade personalen uppges bli ansvarig för att hålla i detta.

Samordnaren i verksamheten är ombud för den ideella sektorn och samarbete uppges finnas med bland annat diakonistiftelsen. Kulturombud finns inte i verksamheten men under intervjun med verksamhetschefen är denne positiv till att införa detta. För övrigt uppges samarbete finnas med olika träffpunkter och dagverksamheter då det finns kunder som regelbundet åker till dessa. Samarbete finns även med den demensvårdsutvecklare som arbetar i området. Personalen framför att de försöker vara informativa gentemot kunderna

genom att exempelvis dela ut olika broschyrer (t ex program vid träffpunkterna) eller ge förslag på aktiviteter. Dock får kontoret uppfattningen under intervjun att personalens kunskap inom detta område behöver säkras för att ett aktivt arbete ska kunna bedrivas med att stimulera enskilda att delta i hälsofrämjande aktiviteter.

När det gäller kontakt med anhöriga beskrivs att det främst är kontaktman och/eller sjuksköterska som upprätthåller denna kontakt beroende på situation och behov. Det beskrivs att kontakt med anhöriga kan tas om stort eller smått t ex om någon varit ledsen eller äter dåligt, vilket givetvis är utifrån kundens tillåtelse.

3.5.2 Kontorets kommentar

Kontoret ser positivt på det salutogena synsättet som framförs genom syra verksamheten och där en medvetenhet och strävan finns att föra in vardagsträningen i aktiviteterna. Kontoret ser också att det finns förutsättningar för och en medvetenhet kring att fånga upp enskilda personer med ett ökat behov av social samvaro och aktiviteter. Initiativet i verksamheten att starta ett projekt under sommaren med att erbjuda ett varierat utbud av aktiviteter med syfte att bland annat bryta isoleringen och ensamheten hos de äldre, ser kontoret som mycket positivt.

De förbättringsområden som kontoret bedömer finns inom detta område är att säkra personalens kännedom om kommunens öppna verksamheter. Detta för att ett aktivt arbete ska kunna bedrivas med att stimulera enskilda att delta i hälsofrämjande aktiviteter. Ombud för den ideella sektorn finns, dock inte kulturombud, vilket omgående måste utses.

Kontoret begär inte att åtgärderna beskrivs i handlingsplan utan utgår från att detta omgående åtgärdas och att verksamheten fortsätter arbeta engagerat och aktivt med att utveckla och förbättra verksamheten inom detta område.

3.6 Hälso- och sjukvård inklusive fallprevention samt rehabiliterande och funktionsuppehållande arbetssätt

I förfrågningsunderlaget står att läsa:

- utföraren ska ha namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska för varje brukare
- utföraren ska ha medicinskt ansvarig sjuksköterska
- utföraren ska säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonal har den formella och reella kompetens som behövs för delegering-/överlåtelse av arbetsuppgifter
- sjuksköterska ska ha förskrivningsrätt för inkontinensartiklar
- utföraren ska ha tandvårdsansvariga utsedda
- omvårdnad i livets slut ska ske med bibehållen värdighet
- verksamheten ska vara ansluten till palliativa registret
- utföraren ska tillgodose brukarens behov av insatser från arbetsterapeut och sjukgymnast
- all personal ska ha ett rehabiliterande och funktionsuppehållande arbetssätt
- stöd och handledning i ett rehabiliterande arbetssätt ska ges till personal och närstående i hur brukarens rehabiliteringsbehov bäst tillgodoses
- insatserna ska stödja och stärka brukarens resurser utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt
- brukaren ska stimuleras att använda sin förmåga att klara sig själv, att stärka funktioner och oberoende
- brukarens deltagande i sin egen vård och omsorg ska optimeras

- rutiner ska finnas mellan vårdkedjans olika funktioner och nivåer
- legitimerad personal ska samverka med vårdplaneringsteam och med biståndshandläggare
- utföraren ska ansvara för att brukare som är utskrivningsklara från sjukhus kan återvända till sin bostad
- nya beställningar ska påbörjas senast 24 timmar efter det att utförare mottagit uppdraget om det krävs för att tillgodose brukarens behov
- medicinteknisk utrustning ska finnas enligt Uppsala kommuns lista på minimikrav
- utföraren ska ansvara för förskrivning av individuella tekniska hjälpmedel

3.6.1 Kontorets iakttagelser

I verksamheten arbetar tre sjuksköterskor, samtliga med 100 % tjänstgöringsgrad, där det är inkluderat några pass i företagets jourverksamhet. Arbetsterapeut och sjukgymnast finns i verksamheten på 100 % vardera. I och med den kommande organisationsförändringen då en av företagets verksamheter läggs ned utökas denna verksamhet med ytterligare en sjukgymnast. Denna kommer, som planerna är idag, att arbeta en del procent som biträdande verksamhetschef för övrigt är formerna för tjänsten oklara.

På kvällarna är det Attendo Cares egen jourverksamhet som tillgodose hälso- och sjukvårdsbehovet och på nätter är det kommunens natthemsjukvård.

Samtliga aktuella kunder uppges ha en namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Legitimerad personal berättar att läkemedelsgenomgångar sker minst en gång per år eller vid behov. Symtomskattningsskalan PHASE 20 användas i samband med utvärdering kring läkemedelsbehandling och om möjlighet finns är även kontaktmannen delaktig i detta arbete.

De legitimerade beskriver en välfungerande och regelbunden kontakt med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) samt att arbetet kring medicintekniska produkter och förskrivning av inkontinenshjälpmedel fungerar väl.

En av sjuksköterskorna i verksamheten uppges vara utfärdare av underlag för subventionerad tandvård. Omvårdnadspersonalen uppges ha fått utbildning i munhälsa. Dock framförs detta skett "för länge sedan", förnyad information gavs dock i januari vid en arbetsplatsträff.

Palliativt ombud finns utsett inom sjuksköterskegruppen och registrering i palliativa registret uppges ske. Verksamhetschef och legitimerad personal beskriver att det vid behov tas kontakt med andra aktörer så som exempelvis palliativa rådgivningsteamet, sjukvårdsteamet och avdelning Omtanken vid palliativt centrum. Dock uppges att inga utbildningsinsatser hållits för personalen inom detta område. Anledningen framförs vara att det inte varit aktuellt då det inte är vanligt att dödsfall inträffar i verksamheten. De bortgångar som skett uppges ofta varit av akut karaktär, dock uppges några fler dödsfall ägt rum den senaste tiden. Vid dessa tillfällen berättas att ledning och legitimerad personal hållit i "debriefing" med personalen. Verksamhetschefen framför att rutiner finns och upplevs kända hos omvårdnadspersonalen men att dessa vid behov återigen kommer att implementeras. Den intervjuade omvårdnadspersonalen förefaller omedveten om det finns några rutiner men understryker att de "vet vad som ska göras om det händer", som någon uttryckte det.

Sjukgymnast och arbetsterapeut berättar att de ibland ger praktisk handledning till omvårdnadspersonal ute hos kund vid gångträning och/eller utprovning av hjälpmedel.

Förutom dessa tillfällen ges handledning i rehabilitering och funktionsuppehållande arbetssätt vid förflyttningsutbildning och introduktion av nyanställd personal. Omvårdnadspersonalen bekräftar samarbetet med arbetsterapeut och sjukgymnast och framför att de upplever sig få det stöd och den handledning de är i behov av inom detta område, dock uttrycker de samtidigt önskemål om ”lite påminnelser”, som de själva formulerade det. Den förflyttningsutbildning som legitimerad personal lyfte fram föreföll vid intervjun vara okänd för omvårdnadspersonalen då det lyftes fram att man gått denna utbildning tidigare men nu var osäker om denna fortfarande ägde rum i verksamheten.

Samtliga beskrev i positiva ordalag verksamhetens dagliga ”morgonmöten” där samtliga professioner deltar och aktuella händelser kring enskilda kunder diskuteras. Vidare uppges arbetsplatsträffar äga rum var tredje vecka, där det finns ytterligare forum för omvårdnadspersonalen att träffa och få stöd och stöttning av legitimerad personal.

I verksamheten beskrivs finnas tydliga rutiner för tillvägagångssätt vid nya ärenden och vid hemgång hos personer som vårdats på akademiska sjukhuset. Rutinerna förefaller vara väl kända i personalgruppen. Samverkan med vårdplaneringsteam och biståndshandläggare beskrivs av de intervjuade fungera bra. Dock framförs önskan från verksamhetschef om s.k. samverkansmöten som tidigare ägde rum med biståndshandläggarna. Samverkan med akademiska sjukhuset kring personer som är utskrivningsklara uppges fungera bra dock upplevs att sjukhuset ibland kan ha kort framförhållning i vissa situationer. När det gäller samarbetet med kommunens natthemsjukvård upplevs det i vissa situationer inte fungerat, men efter påtalan från verksamheten har detta förbättrats.

Delegerande hälso- och sjukvårdsuppgifter är främst medicingivning och insulin. Arbetsterapeut delegerar viss träning som t ex gångträning och kontrakturprofylax. Den legitimerade personalen framför att ingen personal delegeras en uppgift om det inte är helt säkerställt att personen behärskar uppgiften fullt ut. Delegeringarna förnyas en gång per år. Samtliga intervjuade anser att processen med delegering fungerar väl och följs upp noggrant inom verksamheten.

3.6.2 Kontorets kommentar

Kontoret får en bild av att kundvalsområde 1 övergripande fungerar väl inom området. Sjuksköterskans roll och ansvarsuppgifter förefaller vara tydliga och välfungerande. I verksamheten eftersträvas ett funktionsuppehållande och rehabiliterande arbetssätt. Det finns ett teamarbete med tydliga och strukturerade mötesformer med fokus på den enskilde, där vård, omsorg och rehabilitering samordnas.

När det gäller vård i livets slut finns inga rutiner implementerade i verksamheten då det beskrivs att behovet inte finns för tillfället. Kontoret finner detta anmärkningsvärt. För att på ett bra och tydligt sätt implementera rutiner krävs ett långsiktigt och systematiskt arbete i en verksamhet. I anbudet (s 8) står skrivet att *Attendo svarar för att personalen får fortbildning och handledning i palliativ omvårdnad*. HVKs förväntningar är att personalen ständigt är rustade för att möta behov som infinner sig vid palliativt skede. Vid intervjutillfället framkommer att rutiner implementeras när behov uppstår. HVK begär därför ett förtydligande i handlingsplan när Attendo ser det som en lämplig tidpunkt för handledning och utbildning till personal inom detta område då behov plötsligt kan uppstå. HVK begär också att få ta del av den rutin som ska implementeras vid behov.

3.7 Informationsöverföring och dokumentation

I förfrågningsunderlaget står att läsa:

- enhetschef eller motsvarande ska genomgå kommunens utbildning för upprättande av genomförandeplan i enlighet med kommunens riktlinjer
- för hemsjukvård ska journal upprättas av respektive profession
- en genomförandeplan ska upprättas gemensamt av utförare och brukare/närstående
- av genomförandeplanen ska framgå målet för insatsen, hur och när insatsen ska utföras samt när uppföljning ska ske.

3.7.1 Iakttagelser

Samtliga intervjuade framförde att det finns både tid och förutsättningar för att dokumentera samt ta del av den muntliga och skriftliga informationen inför varje arbetspass. Varje morgon finns avsatt tid för muntlig rapport mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterska.

Vid den dokumentationsgranskning (urvalet omfattade 15 journaler) som genomförts vid verksamheten (se bilaga) var samtlig legitimerad personals dokumentation god. Där framkom en sammanhållen vårdprocess där det framgick tydligt att/hur behovet identifierats och åtgärdats, men också resultatet av åtgärden samt en uppföljning/utvärdering av detta. Samverkan mellan samtliga professioner gick att följa.

Omvårdnadspersonalens dokumentation var dock bristfällig och omfattade ett flertal förbättringsområden. Vid intervjutillfället med omvårdnadspersonalen berättas att dokumentstödjare finns i verksamheten. Mål och delmål i genomförandeplanerna lyfts fram som viktiga. De intervjuade upplever sig veta hur de enskildas behov och önskemål kan/ska fångas och hur delaktighet och inflytande i vården och omsorgen tillgodoses. Detta gick tyvärr inte att utläsa i dokumentationen, där framkom bland annat att målen var av övergripande karaktär och den enskildes delaktighet och inflytande kunde inte ses.

Idag dokumenterar omvårdnadspersonalen i "pappersjournal" och legitimerad personal i Safedoc. Enligt verksamhetschefen går verksamheten in i det nya dokumentationssystemet Siebel i början av sommaren. Det finns en oro inför detta bland annat att dokumentationen inte ska fungera mellan de olika professionerna samt att "sökordsträdet" är otillräckligt.

3.7.2 Kontorets kommentarer

Kontoret gör bedömningen att verksamheten generellt sett fungerar väl inom detta område. Den legitimerade personalens dokumentation var god. En sammanhållen vårdprocess framgick och samverkan mellan samtliga professioner fanns tydligt beskrivet.

Dock fanns ett flertal förbättringsområden i omvårdnadspersonalens dokumentation. Kontoret får bilden av att den höga personalkontinuiteten medför att personalen känner sin kund väl och att enskilda behov och önskemål tillgodoses, vilket är positivt. Dock vill kontoret understryka vikten av att det som genomförs i praktiken även ska kunna följas i dokumentationen och anser att detta omgående måste åtgärdas. Kontoret är väl medvetet om att verksamheten inom kort ska in i det nya dokumentationssystemet Siebel, men detta hindrar inte att arbetet med de förbättringsområden som lyfts fram i granskningen startar. Kontoret begär i handlingsplan en tydlig redogörelse hur detta ska åtgärdas.

Ny dokumentationsgranskning kommer ske under september månad i syfte att säkra att bristerna är åtgärdade och att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.

3.8 Avvikelse- och klagomålshantering

I förfrågningsunderlaget står att läsa:

- ska ha dokumenterade rutiner och varje tertiäl rapportera vidtagna åtgärder till äldrenämnden eller förslag till åtgärder för hantering av utebliven insats
- ska ha dokumenterade rutiner och varje tertiäl rapportera vidtagna åtgärder till äldrenämnden eller förslag till åtgärder för klagomålshantering
- ska ge information där det framgår hur och vart brukare kan framföra sina synpunkter
- ska ha dokumenterade rutiner för Lex Sarah och Lex Maria och varje tertiäl rapportera vidtagna åtgärder till äldrenämnden eller förslag till åtgärder

3.8.1 Iakttagelser

Vid intervjutillfället framkommer att rutiner för avvikelshantering finns och dessa förefaller vara implementerade i personalgruppen. När det gäller synpunkts-/klagomålshantering har verksamheten en blankett kallad "*vi vill bli bättre*" och en rutin för detta, som förefaller vara välkänd av samtliga intervjuade. Vid inskrivningssamtalet med ny kund lämnas information om detta och blanketten återfinns i en pärm ute hos den enskilde, så det enkelt kan lämnas synpunkter. Med jämna mellanrum skickas även ett informationsbrev ut till kunderna där bland annat en påminnelse om denna blankett finns med, enligt verksamhetschefen.

Vidare framför verksamhetschefen att muntliga synpunkter och klagomål ska dokumenteras även om brukaren själv inte alltid vill, vilket bekräftas i intervjun med omvårdnadspersonalen.

Ett systematiskt sätt att hantera det som kommer till kännedom i verksamheten beskrivs. Kvalitetsträffar äger rum en gång per månad där det diskuteras vad som hänt, bakomliggande orsaker och eventuella åtgärder. Återkoppling i ärenden ges enligt de intervjuade både efter varje enskild händelse samt mer övergripande på verksamhetens olika möten (APT, morgonmöten). Arbetsterapeuten framför under intervjun att denne ska bli kvalitetsansvarig.

Vidare förefaller bestämmelserna om Lex Sarah vara kända bland alla medarbetare. Det berättas att i januari fick medarbetarna senast information gällande detta. Det framförs också att detta område ingår i Attendos egenkontroll en gång per år.

3.8.2 Kontorets kommentar

Kontoret ser att det i verksamheten finns en tydlig och implementerad rutin för avvikelshantering. Kontoret ser också att det finns en metod för hur synpunkter och klagomål fångas in och systematiskt dokumenteras, även de som inkommer muntligen. Det förefaller finnas ett medvetet och aktivt agerande för att bidra till en kontinuerlig utveckling och förbättring av verksamheten. Kontoret gör därmed bedömningen att verksamheten uppfyller ska-kraven inom detta område.

4. Kontorets avslutande kommentar

Kontorets bedömning är att kundvalsområde 1 är en välfungerande verksamhet inom många områden. Dock har avvikelser mot förfrågningsunderlaget konstaterats i vissa delar av de uppföljda områdena, specifikt inom områdena värdegrundsarbete, aktiv och meningsfull tillvaro, samvaro och samverkan, hälso-och sjukvård samt informationsöverföring och dokumentation. Vilket gör att det förefaller för kontoret som om utföraren inte implementerat uppdraget i alla dess delar hos den nu uppföljda enheten.

För mer information se rubrik **1.1 Kontorets kommentarer efter genomförd uppföljning**, där mer instruktioner gällande inkrävd handlingsplan följer under **punkt 1.2 Krav på åtgärder**.

Bilaga 1: Sammanställning från dokumentationsgranskning 2013-05-15

Bilaga 2: Mall Handlingsplan

Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Avdelningen för avtal och uppföljning



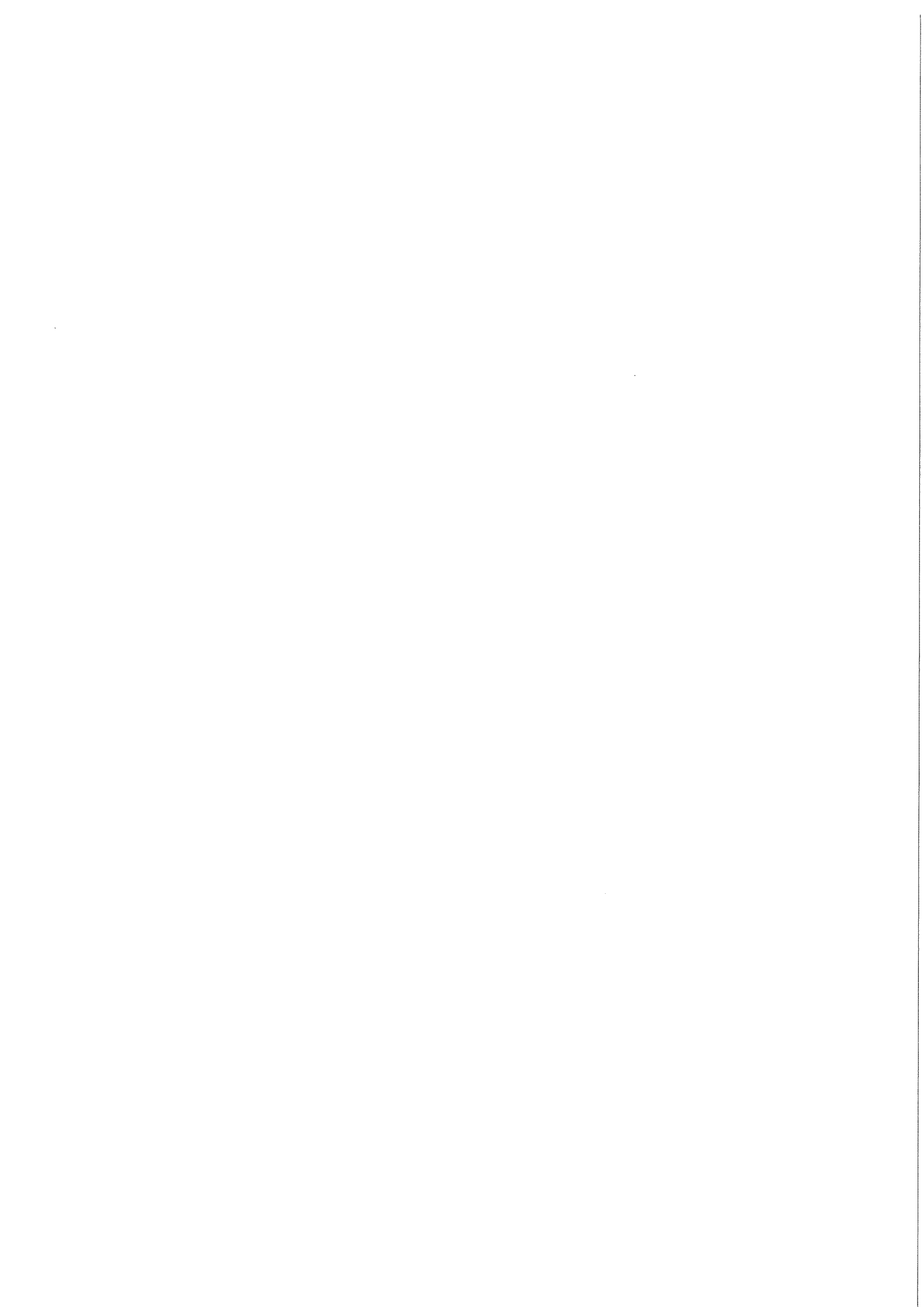
Tomas Odin
Avdelningschef



Mia Gustafsson
Uppdragsstrateg



Maria Lindblom
Uppdragsstrateg



Datum 2013-05-22

Sammanställning från dokumentationsgranskning vid Attendo kundvalsområde 1 i samband med avtalsuppföljning 2013-05-15.**Bakgrund**

Dokumentationen är beviset på vård som planerats och genomförts samt på de effekter som uppnåtts av hjälpen och vården av den enskilde. Legitimerad personals dokumentation skall vara strukturerad och beskriva en sammanhållen vårdprocess, problem ska identifieras, åtgärd, resultat, uppföljning och utvärdering ska beskrivas. Innehållet i dokumentationen ska beskriva individuellt planerad vård för att garantera kontinuitet och säkerhet för den enskilde. I omvårdnadspersonalens dokumentation ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut. Innehållet i dokumentationen ska visa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för den enskilde. En av förutsättningarna för att den enskilde ska hjälpas och vårdas utifrån ett rehabiliterande synsätt är att professionerna i teamet samverkar, vilket bör framgå i samtliga professioners dokumentation

Syfte

Som en del i avtalsuppföljning genomfördes dokumentationsgranskning vid Attendo kundvalsområde 1. Syftet med granskningen var att se om dokumentation förs utifrån gällande riktlinjer, lagstiftning och avtal.

Metod

Verksamhetschef ombads att inhämta samtycke från ett slumpmässigt urval av 37 kunder inom hemvårdsområdet. Samtycke gavs av 21 kunder varav dokumentationsgranskning utfördes på 15 kunders journaler.

Resultat

Utifrån urvalet fanns 13 journaler upprättade av sjuksköterska. I samtliga journaler fanns allmänna uppgifter, anamnes och uppdaterade status. Det fanns individuella vårdplaner gällande bland annat elimination, nutrition, hud, fall, läkemedel och hjälpmedel där en sammanhållen vårdprocess kunde ses i samtliga vårdplaner. I löpande daganteckningar framgick den vård som planerats, genomförts och de effekter som uppnåtts om den enskildes omvårdnadsbehov. Läkemedelsansvaret framgick tydligt i journalerna. Senior Alert var utförd, samt hos vissa kunder var även uppföljning gjord. Där det var relevant fanns viktkurvor. Fallpreventionsarbete och samverkan mellan professionerna inom verksamheten gick att följa i sjuksköterskans dokumentation.

Det fanns 13 journaler upprättade av arbetsterapeut och 15 journaler upprättade av sjukgymnast. Dokumentationen var strukturerad och den beskrev i de flesta fall en sammanhållen vårdprocess där problem identifierades och där åtgärd, resultat och uppföljning/utvärdering gick att följa. Samverkan mellan arbetsterapeut och sjukgymnast samt med övriga professioner, så som omvårdnadspersonal och sjuksköterska, framkom på ett tydligt sätt i dokumentationen.

I omvårdnadspersonalens dokumentation fanns genomförandeplaner med den enskildes underskrift samt upprättandedatum och uppföljningsdatum. Målformuleringen var av övergripande karaktär. Namngiven kontaktman var angiven för varje kund. När och Hur var generellt beskrivet som exempel "var 14:e dag, en gång i veckan eller tisdag och torsdag". I den löpande texten framkom inte när upprättande eller uppföljning av genomförandeplan gjorts, orsak till uppföljning eller resultat av uppföljning. Den enskildes delaktighet eller inflytande gällande planering samt utförande av insatser framkom inte. Hur insatser har utförts tillsammans med den enskilde utifrån genomförandeplanen framkom inte. Överlag var det få anteckningar gjorda, i en del journaler fanns endast 3-7 anteckningar under år 2013.

Kommentar

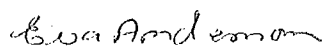
Omvårdnadspersonal dokumenterar i pappersjournal och legitimerad personal dokumenterar i Safe Doc.

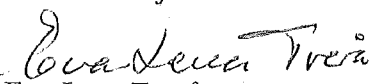
I en av de granskade journalerna var sista anteckningen gjord april 2012 trots att kunden hade en pågående beställning. Genomförandeplanen överensstämde inte med beslutade insatser.


I en av de granskade journalerna fanns en beställning med slutdatum 2011-07-31 men med en genomförandeplan av senare datum.


Förbättringsområden inom den sociala dokumentationen

- **Att** i genomförandeplanen utveckla När och Hur insatsen ska utföras.
- **Att** i den löpande texten dokumentera upprättandedatum samt uppföljningsdatum samt vem/vilka som närvarande vid upprättandet.
- **Att** i den löpande texten tydligt beskriva orsak till uppföljning samt resultat av uppföljning
- **Att** i den löpande texten tydligt beskriva hur den enskilde varit delaktig i planering samt utförande av insatserna.


Eva Andersson
Hälso- och sjukvårdscontroller


Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare


Karin Eriksson
Hälso- och sjukvårdscontroller


Mari Larsson
Biståndshandläggare

Sammanställningen har skickats till:
Verksamhetschef Susanne Eriksson
Uppföljningsstrateg Mia Gustavsson

Datum 2013-09-16

**Sammanställning från dokumentationsgranskning vid Attendo kundvalsområde 1
2013-09-12, i samband med avtalsuppföljning.****Bakgrund**

På uppdrag av Avdelningen för avtal och uppföljning genomfördes den 15 maj 2013 en dokumentationsgranskning vid Attendo kundvalsområde 1. Vid granskningen framkom vissa förbättringsområden i den sociala dokumentationen, se tidigare utskickad sammanställning "Sammanställning från dokumentationsgranskning vid Attendo kundvals område 1, i samband med avtalsuppföljning 2013-05-15"

Dokumentationen är beviset på den vård som planerats och genomförts samt på de effekter som uppnåtts av hjälpen och vården av den enskilde. I omvårdnadspersonalens dokumentation ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut. Innehållet i dokumentationen ska visa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för den enskilde. En av förutsättningarna för att den enskilde ska hjälpas och vårdas utifrån ett rehabiliterande synsätt är att professionerna i teamet samverkar, vilket bör framgå i dokumentationen.

Syfte

Som en del i avtalsuppföljning genomfördes en ny dokumentationsgranskning vid Attendo kundvalsområde 1. Syftet med granskningen var att se att tidigare förbättringsområden åtgärdats och att dokumentation förs utifrån gällande lagstiftning, riktlinjer och avtal

Metod

Verksamhetschef ombads att inhämta samtycke till dokumentationsgranskning från ett slumpmässigt urval av verksamhetens kunder. Granskning genomfördes i 16 journaler, där samtliga kunder hade gett sitt samtycke.

Resultat

I den sociala dokumentationen kan man se att verksamheten har påbörjat ett förbättringsarbete utifrån de förbättringsåtgärder som påvisades vid granskningen den 15 maj 2013. Verksamheten behöver ytterligare utveckla Hur och När insatserna skall genomföras i genomförandeplanen. I genomförandeplanen antecknas "1 gång/vecka" eller "var 3:e vecka", dag eller tid på dygnet saknas. Verksamheten behöver även fortsätta att arbeta med ett förtydligande av den enskildes medverkan och delaktighet i planering och utförande av insats. Detta gäller både i genomförandeplaner som journalanteckningar. I ett antal journaler förekom endast ett fåtal anteckningar med långa intervaller.

Kommentar

Den sociala dokumentationen förs i pappersjournaler.

Eva-Lena

Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare

Mari Larsson

Mari Larsson
Biståndshandläggare

Sammanställningen har skickats till:

Verksamhetschef: Susanne Eriksson Attendo kundvalsområde 1

Uppföljningsstrateg: Mia Gustafsson Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Handläggare
Mia Gustafsson
Maria Lindblom

Datum: 2013-06-18/inkom 2013-07-19

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN

Uppföljningsobjekt: Attendo hemvård Kundvalsområde 1

Verksamhetschef: Susanne Eriksson

Handlingsplan HVK tillhanda senast: 2013-08-08

Av uppföljningsrapporten framgår inom vilka områden avvikelser mot gällande avtal och utvärderingsområde 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 i wordformat med e-post till 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: Attendo hemvård Kundvalsområde 1

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
3.1 Värdegrundens arbete Implementering av de lokala värdighetsgarantierna saknas	-Broschyr från Uppsala kommun om värdighetsgarantin delas ut till samtliga brukare och innehållet i broschyren görs känt på APT.	Susanne Eriksson	Juni				
	-Planeringen av bemanning flyttas i tid så att brukaren dagen innan kan få veta vem som kommer i stället när kontaktpersonen är ledig.	Samordnare	Juni	Följs upp under september månad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	-Brev skrivs till brukare om arbetet med värdighetsgarantierna.	Susanne Eriksson	September				

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
3.6 Hälsa- och sjukvård Implementering av rutiner vid vård i livets slut saknas	- Genomgång på APT för att gå igenom befintlig rutin för vård i livets slut. Rutinen aktualiseras och uppdateras årligen samt vid behov.	Susanne Eriksson VC Christina Rönnberg SSK/ palliativt ombud	Påbörjas i augusti. Klart november.	Kontroll av APT protokoll.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.6 Hälsa- och sjukvård Kontoret begär att få ta del av den rutin som Attendo har gällande vård i livets slut och som berättas under intervjutillfället med ledningen ska implementeras vid behov	Se bifogad bilaga.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontoret mottog denna rutin.
3.7 Informationsöverföring och dokumentation Ett flertal förbättringsområden fanns i omvårdnadspersonalens dokumentation. Kontoret begär en tydlig	-Undervisning om SOL-dokumentation kommer att ske på APT -Genomförandeplaner förtydligas med tydligare anvisningar om när och hur insatser ska utföras	Susanne Eriksson, VC Sandra Wall, Dokumentationsstödjare Susanne Eriksson, VC Folke Remen samord.	Påbörjas omgående, klart under 2013. Påbörjas omgående, löpande	Granskning av SOL-dokumentation gällande samtliga punkter i handlingsplanen sker genom stickprovskontroll månatligen. Varje ny genomförandeplan som skrivs granskas utifrån kravet.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
redogörelse över hur dessa ska åtgärdas (se sammanställningen av dokumentationsgranskningen för vidare information).	-Varje gång en Genomförandeplan upprättas eller revideras dokumenteras detta i löpande texten. Där ska också framgå orsak till uppföljningen samt resultat av denna. Den enskildes delaktighet vid upprättandet skall också framgå.	Susanne Eriksson	Påbörjas omgående, löpande				
	-Dokumentationsombud görs tillgänglig för personalen minst en gång per vecka för stöttning i dokumentationen.	Susanne Eriksson Sandra Wall	Start omgående				
	-Genomförandeplaner stärks med koppling till lokala värdighetsgarantierna under punkt "övrigt" där överenskommelse träffas mellan kontaktperson och brukare om när man ska ringa för att meddela sen ankomst etc.	Susanne Eriksson Kontaktpersoner	Start omgående				
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

