3.06

Uppsala KOMMUN

KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

Handläggare	Datum	Diarienummer
Mia Gustafsson	2014-01-07	ALN-2013-0093.30

Äldrenämnden

Planerad avtalsuppföljning vid vård- och omsorgsboendet Fortuna-Onnela

Förslag till beslut
Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktande av resultatet godkänna rapporten

Föredragning
Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK), genomförde en planerad avtalsuppföljning vid vård- och omsorgsboendet Fortuna-Onnela den 13 och 21 maj 2013 som framgår av rapporten. I samband med detta genomfördes dokumentationsgranskningar den 7 maj vid verksamhetens två avdelningar, omvårdnads-och demensplatser samt korttidsvårdsplatser, vilka framgår av rapporten. Uppföljningen visade att det förelåg ett flertal brister och förbättringsområden.

Under perioden som avtalsuppföljningen pågått har en kontinuerlig kontakt hållits med utföraren kring olika frågeställningar som uppkommit.

Handlingsplan inkom den 9 december (bilaga 1). Kontoret önskade ett förtydligat svar gällande bemanningen av sjuksköterska. Svaret som lämnades bedömdes som tillfredsställande och godkändes. Därmed ser HVK nu ärendet som avslutat.

Då verksamheten beskrivit åtgärder (uppföljning och egenkontroll under våren 2014) kring den bristande dokumentationen på ett bra, tydligt och ansvarsfullt sätt har kontoret begärt att få ta del av skriftlig dokumentation ifrån dessa aktiviteter. Därefter tar kontoret ställning till om ytterligare åtgärder krävs.

För kontoret för hälsa, vård och omsorg

Inga-Lill Björklund
Direktör

Postadress: Uppsala kommun, Kontoret för hälsa, vård och omsorg, 753 75 Uppsala
Besöksadress: Stationsgatan 12 • Telefon: 018-727 87 00 (växel)
E-post: halsa-vard-omsorg@uppsala.se
www.uppsala.se

Handläggare
Sirpa Kramsu
Mia Gustafsson

Datum
2013-11-15

Diarienummer
ALN-2013- 0093.30

Äldrenämnden

Avtalsuppföljning vid Fortuna – Onnela, vård- och omsorgsboende

Beskrivning av verksamheten

Utförare och enhet	Attendo Care AB, Fortuna-Onnela vård- och omsorgsboende
Adress	Stenbrohultsvägen 6, 757 58 Uppsala
Verksamhetschef	Hanna Fontaeus
Telefon och mailadress	070 - 448 55 20 hanna.fontaeus@attendo.se
Uppföljning utförd av	Sirpa Kramsu och Mia Gustafsson
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Verksamhetschef, arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska, kvalitetssamordnare/aktivitetsplanerare och tre omvårdnadspersonal (varav en arbetade natt)
Totalt antal kunder/platser	10 platser för finsktalande personer med omvårdnadsbehov (varav 1 växelvård) 10 platser för finsktalande personer med demenssjukdom och 20 korttidsvårdsplatser
Typ av verksamhet	Vård- och omsorgsboende för äldre personer med stort omvårdnadsbehov och för personer med demenssjukdom
Avtalstid	Omvårdnads- och demensplatser Mars 2012-februari 2015 med möjlighet att förlänga tre plus tre år. Korttidsvårdsplatser Mars 2013 – februari 2015 med möjlighet att förlänga tre år.
Datum för uppföljning	2013-05-13 och 2013-05-21

Vård- och omsorgsboendet Fortuna – Onnela drivs av företaget Attendo Care AB på uppdrag av Uppsala kommun. Total finns 40 lägenheter, fördelat på två plan. Av dessa är 10 platser, varav 1 växelvård, för *finsktalande* personer med omvårdnadsbehov, 10 platser för *finsktalande* personer med demenssjukdom och 20 korttidsvårdsplatser. Verksamheten har utevistelse & trädgård som profil, vilket innebär att utomhusaktiviteter är ett givet inslag i vardagen, alla dagar i veckan.

1. Sammanfattning

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning på vård- och omsorgsboendet Fortuna – Onnela som drivs av företaget Attendo Care AB.

1.1 Kontorets kommentarer efter genomförd uppföljning

Nedanstående områden har varit fokusområden i den genomförda uppföljningen. Kontoret har följt upp hur utföraren uppfyller gällande avtal inom dessa områden.

Värdegrund och värdighetsgarantier
Vid uppföljningstillfället uppfattade kontoret att äldrenämndens antagna värdegrund var känd och implementerad i verksamheten. De lokala värdighetsgarantierna som äldrenämnden införde 1 februari 2013 är dock inte kända i verksamheten eller på något sätt implementerade. Kontoret begär att i handlingsplan få in ett detaljerat svar som beskriver implementeringsprocessen samt när kommande egenkontroll ska genomföras.

Personal, bemanning och kompetens/kompetensutveckling
Kontoret tog vid intervjutillfället upp med verksamhetschefen att enligt uppgift lämnas demensavdelningen obemannad vid vissa tillfällen, detta strider mot avtalets ska-krav som lyder *"enheter för personer med demenssjukdom eller psykiska funktionshinder ska ha personal på plats hela dygnet"*. Men också mot äldrenämndens tidigare fattade beslut att en demensenhet/avdelning aldrig får lämnas tom/obemannad, oavsett tid på dygnet (ALN-2010-0186.30 daterat 2010-12-21) . Kontoret vill ha in en handlingsplan där det beskrivs hur verksamheten säkrar att demensavdelningen inte lämnas obemannad nattetid.

Efter uppföljningstillfället har det kommit till kontorets kännedom att intervjuad verksamhetschef avslutat sin tjänst. Kontoret önskar information om den tillträdande verksamhetschefen och dennes kompetens.

Vid intervjutillfället framkommer att legitimerad personal på avdelningen för korttidsvård upplever en stressig arbetssituation dock berättas att en utökning av sjuksköterskeetjänst ska ske inom kort. Med anledning av detta önskar kontoret dels information om när utökning skedde och dels en redogörelse över sjuksköterskebemanning inom verksamheten och fördelat på de olika avdelningarna.

Kontaktmannaskap
Kontoret konstaterar att verksamheten har dokumenterade rutin för kontaktmannaskap, dessa är implementerade och de boende och anhöriga vet vem som är kontaktman.
Kontoret bedömer att verksamheten uppfyller avtalets ska-krav i den här delen.

Samverkan
Kontoret ser positivt på att verksamhetens Silvia syster har ett uttalat ansvar för att samverka med anhöriga och närstående. Verksamheten har också en upprättad kontakt med finska kyrkan och Rödakorset. Kontoret ser också positivt på att en vidare utveckling inom området

sker då kontakt tagits med Centrum av ideellt arbete (CIA), därmed bedöms ska-kraven uppfyllda.

Mat och måltider
Äldrenämndens Riktlinjer för mat, måltid och nutrition förefaller vara implementerade hos samtliga i personalgruppen. Arbete pågår för att förbättra måltidsmiljön samt utöka utbudet och tillgången till kvälls- och nattmål. Kontoret ser positiv till utvecklingsarbetet inom området och har förtroende att verksamheten fortsätter sitt arbete med att individanpassa måltidssituationen så att måltidsmiljön blir lugn, trivsam och stimulerande för samtliga boende. Kontoret bedömer att verksamheten uppfyller avtalets ska-krav i den här delen.

Aktiv och meningsfull tillvaro
Kontoret konstaterar att verksamheten arbetar planerat och strukturerat med aktiviteter och ger en bild av utvecklingsvilja inom området *aktiv och meningsfull tillvaro*, därmed bedöms ska-kraven uppfyllda.

Hälso- och sjukvård
Kontoret uppmärksammar att individuella vårdplaner inte upprättas på grund av tidsbrist och att medicinska vårdplaneringar missas ibland på korttidsvårdsavdelningen.
Kontoret vill ha in en handlingsplan en redogörelse hur verksamheten säkerställer att individuella vårdplaner upprättas och genomförandet av medicinska vårdplaneringar sker enligt styrande dokument i VIS (Vård i samverkan kommun-landsting).

Kontoret bedömer att verksamheten brister i användandet av kvalitetsregister, Senior Alert. Kontoret vill ha in en handlingsplan där det beskrivs hur implementerings arbete fortskrider och hur samarbete sker med utvecklingsledaren inom området.

Kontoret anser att verksamheten ska Kontoret konstaterar att implementering av rutiner och checklistor kring vård i livets slut är ett förbättringsområde på verksamheten.

Informationsöverföring och dokumentation
Dokumentationsgranskning genomfördes den 7 maj vid verksamheten (korttidsvård och permanent) och det framkom på samtliga avdelningarna ett flertal brister inom omvårdnadspersonalens dokumentation.

Kontoret begär att verksamheten skyndsamt åtgärdar de brister som framkommit (*se bilaga 1 och 2).* Kontoret begär också att verksamheten i handlingsplan redogör för hur verksamheten ska uppnå till de krav som ställs gällande dokumentationen.

I dokumentationen för korttidsvårdsplatserna framkom ingen planering med kommunens tjänstemän inför vårdtagares hemgång, vilket regleras i uppdraget enligt kontraktet §3. Kontoret begär i handlingsplan en beskrivning hur verksamheten ska uppnå avtalsuppfyllelse gällande detta.

Ny dokumentationsgranskning kommer att ske i början av år 2014 i syfte att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.

Avvikelse- och klagomålshantering
Vid verksamheten förefaller rutin för HSL-avvikelser finnas och vara implementerad i personalgruppen. Rutin finns också för skriftliga klagomål och synpunkter, dock inte för muntliga synpunkter/klagomål. Det var oklart om sammanställning och analys av inkomna klagomål/synpunkter görs och av vem. Detta försvårar egenkontrollen av verksamheten och medför att det inte går att härleda hur många klagomål och synpunkter som inkommit och verksamheten kan heller inte arbeta systematiskt så att brister förhindras att uppstå igen.

Därmed bedömer kontoret att verksamheten inte fullt ut har ett fungerande systematiskt klagomålshanteringssystem. Kontoret anser att verksamheten brister i sammanställning och analys av synpunkts och klagomålshantering enligt SOSFS 2011:9 kap5 §§6,7-8 samt att rutin för hantering av muntliga synpunkter/klagomål saknas. Kontoret begär in redogörelse i handlingsplan inom området.

1.2 Krav på åtgärder

Kontorets bedömning är att Fortuna-Onnela vård- och omsorgsboende inom vissa områden fungerar bra, men ett antal brister och förbättringsområden har konstaterats. Kontoret förutsätter att de förbättringsområden som beskrivs i rapporten åtgärdas omgående. Kontoret begär handlingsplan inom områden, där brister konstaterats i förhållande till krav i avtal. Dessa områden är: värdighetsgarantier; bemanning; hälso- och sjukvård; informationsöverföring och dokumentation; avvikelse- och klagomålshantering. I handlingsplanen ska det tydligt framgå åtgärder och beskrivning av process för implementering av dessa.

Handlingsplan skall sedan skriftligt inkomma till HVK senast **den 6 december 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-vard-omsorg@uppsala.se. Handlingen kommer diarieföras och registreras som offentlig handling.

Avtalsuppföljningen kommer föranleda att en ytterligare granskning av dokumentationen i början av år 2014. Detta för att säkerställa att brister inte kvarstår och att dokumentationen därmed håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.

Bilaga 1

Uppsala KOMMUN

KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

Handläggare	Datum	Diarienummer
Sirpa Kramsu	2013-11-15	ALN-2013-0093.30

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN

Uppföljningsobjekt: Fortuna-Onnela; Attendo Care AB
Enhetschef:
Handlingsplan HVK tillhanda senast: 6 december 2013

Av uppföljningsrapporten framgår inom vilka områden avvikelser mot gällande avtal konstaterats. Om flera brister förekommer inom samma område finns i handlingsplanen en rad för respektive avvikelse. Utföraren ska kortfattat beskriva hur konstaterade avvikelser/brister ska åtgärdas, ansvarig för åtgärd, tidplan samt uppföljning för respektive avvikelse. Detta ska göras i den av HVK tillhandahållna mallen. Om utföraren vill hänvisa till bilaga ska det tydligt framgå i handlingsplanen till vilken bilaga, alternativt sidhänvisning i bilaga. De grå fälten i mallen fylls i av HVK.

Åtgärder som vidtas ska fokusera på förändring i verksamheten för att godkännas av HVK. Om utföraren hänvisar till förändringar i ledningssystem för kvalitet ska det tydligt framgå hur dessa förändringar kommer att implementeras i verksamheten.

Utföraren ska vid begäran presentera innehållet i handlingsplanen för HVK, Lokföraren, Stationsgatan 12.

Handlingsplanen ska skickas med e-post till halsa-vard-omsorg@uppsala.se. Ange det diarienummer som finns på uppföljningsrapporten i mejlet. Handlingsplanen kommer att diarieföras och registreras som offentlig handling.

Uppföljningsobjekt: **Fortuna-Onnela** (ALN-2013-0093.30)

Område (se rapport)	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	Ev **krav på ytterligare åtgärd/kommentar**
3.2 Värdighetsgaranti - Beskriv implementeringsprocessen samt när kommande egenkontroll ska genomföras	Värdegrundsutbildningar under hösten har genomförts då värdighetsgarantierna har inplementerats Detta är en, stående punkt vid varje arbetsplatsträff. Egenkontrollen under april 2014	TfVC tom december 2013 VC	Oktober 2013 – pågående	Värdighetsgarantierna följer RC upp vid arbetsplatsträff i januari Egenkontroll genomfördes februari 2013 Nästa genomförs April 2014	Godkänd	
3.3 Bemanning -Hur verksamheten säkrar att demensavdelningen inte lämnas obemannad nattetid.	Under våren och sommaren har vi bemannat med tre nattmedarbetare utifrån behov From 28/10 är det permanentat tre personer nattetid 1 medarbetare på varje våningsplan och den tredje som går emellan	TFVC VC	Genomfört		Godkänd	
3.3 Bemanning forts. -Information om den tillträdande verksamhetschefen och dennes kompetens.	Maria Hökervall Utbildad sjuksköterska sedan 2006 Arbetat som BVC 2009 VC 2010	RC	Genomfört		Godkänd	
3.3 Bemanning forts. -Information om när utökning	Strukturerad förändring from 2 September 2013	TfVC VC	Genomfört	Då Maria Högervall kommer efter föräldraledighet 2 jan 2014	Godkänd	I förtydligande (inkom 2013-12-17) framgår att

Område (se rapport)	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	Ev **krav på ytterligare åtgärd/kommentar**
SSK skedde och dels en redogörelse över sjuksköterskebemanning inom verksamheten och fördelat på de olika avdelningarna.	då två tillsvidareanställda sjuksköterskor anställdes. 3 Sjuksköterskor varje dag 2 st vid korttidsboendet och 1 vid boendedelen. Idag har vi en stabilitet med sjuksköterskorna Tidigare var det två vikarierande sjuksköterskor som stöttade upp bemanningen, men grundbemanningen var likadant.			kommer hon att ha enskilda samtal med ssk för att säkra arbetsbelastningen		from januari 2014 kommer det totalt finnas 3,65 årsarbetare (sjuksköterskor) fördelat enligt följande: plan 1 - en sjuksköterska (finskspråkig) 80 %. Plan 2 - två sjuksköterskor 100 % vardera. Samt en sjuksköterska på 85% som arbetar i hela huset. Med denna komplettering godkänns svaret.
3.8 Hälso- och sjukvård - Hur verksamheten säkerställer att individuella vårdplaner upprättas och genomförandet av medicinska vårdplaneringar sker enligt styrande dokument i VIS (Vård i samverkan kommun-landsting).	Individuella vårdplaner finns upprättade. En planering för medicinska vårdplaneringar är upprättade vid boendedelen och när behov uppstår vid korttidsboende.	VC och medicinsk ansvarig ssk	Genomfört	RC följer upp att planering finns 22 januari 2014	Godkänd	
3.8 Hälso- och sjukvård forts. -Hur implementeringsarbete för användandet av	Utvecklingsledaren har varit och utbildat så arbetet genomförts.	TfVC VC	Genomfört		Godkänd	

Område (se rapport)	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	Ev **krav på ytterligare åtgärd/kommentar**
kvalitetsregister, Senior Alert fortskrider och hur samarbete sker med utvecklingsledaren inom området.	Attendos egna Senior Alert träd är implementerat					
3.9 Informationsöverföring och dokumentation -Redogörelse för hur verksamheten ska uppnå till de krav som ställs gällande dokumentationen.	Nytt dokumentationssystem har införts under hösten Sibel. All personal har genomgått utbildning. Tid för dokumentation finns inplanerat i schema. 3 medarbetare är Dokumentationsstödjare inom verksamheten	TfVC VC		Uppföljning jan 2014 Egenkontroll under april 2014	Godkänd	I rapporten framgår att en ny dokumentationsgranskning ska ske i början av år 2014. Då verksamheten så väl beskrivit sin egen uppföljning och egenkontroll begär kontoret att få ta del av skriftlig dokumentation ifrån dessa aktiviteter (senast månaden efter aktiviteten är genomförd, dvs slutet av februari resp slutet av maj månad). Därefter tar kontoret ställning till om ytterligare åtgärder krävs.
3.9 Informationsöverföring och dokumentation forts. - En beskrivning hur verksamheten ska uppnå avtalsuppfyllelse gällande för korttidsvårdsplatsernas planering med kommunens tjänstemän inför vårdtagares	Alla nya brukare får en individuell vårdplan gällande utskrivningen upprättad vid inskrivning. Boendesamordnare kommer på regelbundna besök till Fortuna och	Medicinskt ansvarig ssk Och vc	131209	RC följer upp att gällande rutin finns och följs upp den 22 januari	Godkänd	**För information:** Kontoret har utarbetat nya riktlinjer för allmänna korttidsplatser. Då dessa beslutats i äldrenämnden (januari 2014) är de att betrakta som styrdokument i

Område (se rapport)	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	Ev **krav på ytterligare åtgärd/kommentar**
hemgång.	uppmärksammas av ssk om vpl ej planerats in.					verksamheten.
3.10 Avvikelse- och klagomålshantering -Redogörelse av rutin för sammanställning och analys av synpunkts och klagomålshantering enligt SOSFS 2011:9 kap5 §§6,7-8	Samtliga klagomål sammanställs och analyseras månatligen på kvalitetsmöte och rapporteras till företagets kvalitetsavdelning. Enheten får varje månad ett sammanställt kvalitetsindex från kvalitetsutvecklaren. VC gör en årlig sammanställning av alla klagomål och synpunkter som inkommit under året.	Tf VC VC	pågående	Egenkontroll april 2014	Godkänd	
3.10 Avvikelse- och klagomålshantering forts. - rutin för hantering av muntliga synpunkter/klagomål	En mapp med blanketter finns avdelningsvis där personalen kan skriva upp de klagomål som inkommit muntligen. Dessa tas upp på det månatliga kvalitetsmöte. Rutin och implementering i att följa upp värdighetsgarantin kommer att göras under	Tf VC VC	131205	RC följer upp 22 januari	Godkänd	

Område (se rapport)	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd** Ja/Nej	Ev **krav på ytterligare åtgärd/kommentar**
	januari 2014					