

Avtalsuppföljning Fristad Servicehus

Sammanfattning

Fristad Servicehus drivs på entreprenad av Attendo sedan oktober 2016. Förvaltningen har under mars och april 2018 genomfört en omfattande verksamhets- och avtalsuppföljning i verksamheten. Bakgrunden är en rad händelser som inträffat, främst under hösten 2017, och där förvaltningen efter återkommande möte med utföraren fortsatta att uppleva brister.

Resultatet av uppföljningen visar att det inom flera områden saknas kunskaper om brister som sker i verksamheten och hur åtgärder ska vidtas för att förhindra liknande händelser. Det saknas systematik i kvalitetsarbetet och i arbetet med både brukarna och medarbetarna. I vissa fall har ledningen för verksamheten känt till bristerna men saknade plan för åtgärdande av dem.

Bakgrund

Fristad Servicehus drivs på entreprenad av Attendo. Avtalet löper från oktober 2016-10-01 till och med september 2019-09-30 och kan på samma villkor förlängas i två år med ytterligare förlängning därefter i två plus två år.

Under främst hösten 2017 har förvaltningen fått kännedom om ett antal händelser i verksamheten. Dessa har kommit till förvaltningens kännedom från brukare och anhöriga. Förvaltningen har med anledning av detta haft flera möten med representanter från Attendos ledning. Vid det senaste mötet den 31 januari 2018 är förvaltningen inte nöjd med de åtgärder som verksamheten blev ålagda att förbättra vid föregående möte den 7 december 2017. Utifrån detta förmedlar förvaltningen att en nogsam avtals- och verksamhetsuppföljning kommer genomföras under våren 2018. Vid detta möte står det också klart för utföraren att förvaltningen inte kommer räkna upp ersättningen till dess att samtliga brister som framkom vid avtalsuppföljningen den 7 december bedöms vara åtgärdade. Förvaltningen upplyser nu också utföraren om möjligheter att enligt § 27 i avtalet utfästa vite om 10 000 kronor per påbörjad kalender vecka tills den dag bristen/-erna upphör. Detta om utföraren inte tillgodoser att de boende får en god och

säker service och omvårdnad eller i övrigt inte fullgör sina åtaganden.

Genomförande

Verksamhetsuppföljningen genomfördes av två representanter från förvaltningen med kunskap och erfarenhet inom området. Granskningen skedde vid fem halvdagar perioden 12 mars 2018 till 31 mars 2018 och genomfördes utifrån bilaga 1. Under avtalsgranskningen har förvaltningen träffat verksamhetschef och biträdande verksamhetschef samt intervjuat sex medarbetare. Granskning och genomgång av dokumentation och genomförandeplaner från fjorton slumpvis utvalda brukare har skett. Se bilaga 2. Förvaltningens ansvariga lex Sarah utredare har granskat inkomna utredningar. Förvaltningens medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, har vid ett separat tillfälle följt upp delar av verksamhetens hälso- och sjukvård. Äldreförvaltningen har genomfört två uppföljningar i verksamheten En kvalitetsobservation, se bilaga 3, och en inspektion, se bilaga 4.

Resultat

Värderingar

Företaget har en uttalad värdegrund som ledningen känner väl till. Det finns en planering för hur värdegrunden systematiskt ska diskuteras på APT. Till hjälp finns material i form av värderingslek (kortlek) m.m. Det finns utbildade värderingscoacher och biträdande verksamhetschef har också gått en värdegrundsledarutbildning. Det har inte gått att styrka via APT protokoll eller andra underlag att värderingsarbetet är så systematiskt som man uppger. Det saknas till stora delar protokollförda möten och det saknas en beskrivning av *hur* värdegrundsarbetet genomförs. Vid vissa APT protokoll finns endast dokumenterat Attendos tre värdeord, och det går inte att utläsa hur man diskuterat dessa.

Medarbetarna känner väl till värdeorden. De känner också till att värderingar ska vara ett stående inslag på möten. Några medarbetare nämner också värderingsleken och de andra hjälpmedel som finns. Medarbetarna kan också sätta ord på vilket sätt värdeorden är tänkta att prägla det brukarnära arbetet. Medarbetarna kan nämna exempel på vad ordet kompetens innebär både utifrån ett medarbetarperspektiv men också utifrån ett brukarperspektiv.

Avvikelse och klagomål

Verksamheten har rutiner för hur klagomål ska hanteras. Ett system för hur avvikelser ska rapporteras elektroniskt finns. Verksamheten har kvalitetsmöte en gång per månad där avvikelser ska diskuteras och åtgärder beslutas. Vid granskning av de avvikelser som rapporterats i det elektroniska systemet så går det inte att följa resultatet av vilka åtgärder man beslutat kopplat till en händelse. Det går därför inte att dra slutsatser huruvida de åtgärder man beslutat varit verkningsfulla eller inte.

All personal är skyldig att rapportera avvikelser vilket de känner väl till. De känner också till att en avvikelse ska dokumenteras i den enskildes journal. När det kommer till konkreta exempel på vad en avvikelse kan vara så har medarbetarna svårt att ge exempel. Vid granskning av den sociala dokumentationen framgår att den löpande dokumentationen är högst sporadisk. I fjorton granskade akter hade samtliga bristfällig eller mycket bristfällig löpande dokumentation. I några akter saknades helt löpande anteckningar.

Slutsatsen är att medarbetarna och cheferna känner väl till vad som ska göras. Det finns upparbetade system i företaget för hur rapporteringen ska ske. Det praktiska arbetet brister dock på flera punkter. Avvikelser dokumenteras inte i brukarens journal, det går inte att systematiskt följa effekten av de åtgärder man beslutat, det är otydligt vem som äger ansvar att åtgärda vissa händelser och personalen känner sig osäkra på vad en avvikelse egentligen är. Bristen i systematiken är främst präglad av att uppföljning inte har kunnat påvisas, varken på individnivå eller på aggregerad nivå.

Allvarliga händelser

Med allvarliga händelser avses såväl utredningar som gjorts inom ramen för Lex Sarah, men också händelser som föranlett att man gjort en händelseanalys eller utredning på annat sätt i syfte att identifiera bakomliggande orsaker för att kunna åtgärda fel och brister.

Enligt verksamhetschef har inga allvarliga händelser inträffat i verksamheten som föranlett att man gjort en Lex Sarah utredning under perioden 2016 fram till dags dato. Tre särskilda utredningar utifrån allvarliga händelser har efter begäran inkommit till förvaltningen. Det saknas underteckning av den som genomfört utredningen, och det går således inte att utläsa vem som gjort dessa. En utredning med händelseanalys gällande vägglöss har också skickats in till förvaltningen. Denna har genomförts av nuvarande ansvarig verksamhetschef. Utöver detta har förvaltningen begärt in ytterligare en utredning med anledning av en händelse som kommit förvaltningen tillkänna. Förvaltningen har då fått en kort

redogörelse via mail. I denna redogörelse konstaterar ansvarig ledning att händelsen är att betrakta som ett missförhållande då händelsen haft påverkan på den enskildes upplevda trygghet. Man konstaterar också att personalen brustit. Det är betydande att förvaltningen efter begäran inte fått in en fullständig utredning trots att ansvarig för verksamheten via mail konstaterat att brukaren varit illa och att personalen brustit. För att göra sådana konstaterande bör en gedigen utredning föreligga där händelser, orsaker och åtgärder nog analyseras.

Att verksamheten under perioden 2016 fram till dagens datum inte haft en enda händelse som är att betrakta som allvarligt missförhållande eller risk för allvarligt missförhållande tyder på att det finns en underrapportering i verksamheten. Vid samtal med medarbetarna framkom det att samtliga visste att de hade en skyldighet att rapportera händelser i enlighet med lex Sarah. Det var dock ingen av de intervjuade som var helt säker på processen för att hantera en sådan händelse. Flera medarbetare beskrev att dom skulle vända sig till verksamhetschef om en händelse inträffat. De kände dock inte till hur den vidare processen eller handläggningen såg ut. Ingen medarbetare kände till om det inträffat någon händelse som utretts i enlighet med lex Sarah under tiden de arbetat i verksamheten. Flera medarbetare sa att de saknade en återkoppling från ledningen om händelser som inträffat och som de rapporterat som brister i verksamheten. Detta bekräftar bilden av att verksamheten inte systematiskt drar lärdom av inträffade händelser i syfte att förebygga och förhindra liknande händelser i framtiden.

Sammantaget gör förvaltningens lex Sarah ansvarige bedömningen att det finns flertalet brister i lex Sarah utredningarna. Exempelvis framgår det inte för samtliga utredningar huruvida bedömning görs att det inträffade inneburit ett missförhållande, påtaglig risk för missförhållande, allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande. Vidare är det problematiskt utifrån opartiskhet att verksamhetschefen utreder stora och omfattande händelser i sin egen verksamhet. Det bedöms även finnas brister avseende planerade åtgärder. Exempelvis så tar man inte systematiskt lärdom av en händelse för att kunna förhindra liknande händelser på andra våningsplan eller hos andra brukare. En händelse ses ofta som en isolerad incident och inte som en del av den systematiska utvecklingen.

Larmhantering

Flera av de klagomål som inkommit till förvaltningen handlar om hanteringen av trygghetslarmen. Vid intervju med ansvarig för verksamheten medger dom att det finns brister i larmhanteringen men att man åtgärdat detta nyligen genom att informera personalen om hur de ska handhava larmen. Medarbetarna får också kunskap om larmen i samband med nyanställning och introduktion.

Vid intervju med medarbetarna framkommer att de har en god kännedom om larmen och dess funktion. De vet att inställetiden är mellan 10-15 minuter. De uppger att det ibland är svårt att hinna med att inställa sig hos en brukare inom den sagda tidsramen.

Exempel som nämns är dubbelbemanning. Om en kollega är upptagen med en annan brukare så tvingas hjälpen att skjutas fram till dess att två medarbetarna har möjlighet att hjälpa den enskilde. Någon medarbetare uppgav också att det ibland är för få i tjänst för att klara av larmen från flera brukare samtidigt. Då tvingas personalen att göra prioriteringar utifrån vilket larm de tror är mest akut. Förvaltningen har efterfrågat larmrapporter som redogör för inställetider mm. Någon sådan rapport har inte inkommit.

Brukarundersökningen

Enligt anbudet är verksamhetens mål att i brukarundersökningen uppnå resultatet 90% nöjda brukare på frågan om hur den enskilde varit delaktig i planeringen av omsorgen. 90% nöjda brukare ska även uppnås på frågan om hur hänsyn tas till brukarnas åsikter och önskemål. Enligt resultatet i brukarundersökningen år 2017 är resultatet för respektive dessa frågor 64% nöjda brukare. Efter begäran har verksamheten inkommit med en handlingsplan för hur man ska öka resultatet i brukarundersökningen. En av åtgärderna är personcentrerat arbetssätt ”Din egen tid” Det framgår dock inte ur åtgärdsplanen hur detta ska genomföras och det förväntade resultatet saknas. Det är betydande att åtgärdsplanen är upprättad 2018-02-02 och att vissa av åtgärderna i denna plan ska vara genomförda 2018-01-31. Det innebär således att åtgärderna ska vara klara före det att planen upprättats. Det framgår också för dessa åtgärder att de ska följas upp i februari och mars 2018. Således har verksamheten en uppföljning på en åtgärd bara en knapp månad efter implementering. Förvaltningen har inte heller fått ta del något uppföljningsdokument. Förvaltningen ifrågasätter hur relevant dokumentet är för verksamhetens utveckling.

Mervärden i anbudet

Det finns fler mervärde i anbudet som beskrivs som värdehöjande för den enskilde och för medarbetarna. Mervärdena har bedömts i

anbudsutvärderingen och ligger till grund för avtalet. Av tabellen framgår vilka av dessa mervärden som saknas i verksamheten vid tiden föruppföljning i mars 2018.

Uppföljning av mervärde i anbudet	Finns	Finns inte	Oklart
Reflektionsfrukost		x	
Anonyma anhöriga		x	
Värderingsvecka		x	
Husmöten			x
Egen erfarenhet		x	
Handledning av kurator/psykoterapeut		x	
Happy or Not		x	
Lean		x	
Individuella aktivitetsplaner		x	
vad vill du göra med din dag		x	
Skype med närstående		x	
Rundabordssamtal		x	
Läsombud		x	
Hjälpa anhöriga med övernattnig på Fristad		x	

HSL

Förvaltningens MAS har granskat verksamheten genom samtal och intervju med ledningen. Ingen verifiering av dokument eller rutiner har skett. HSL dokumentationen har inte kunnat granskas med anledning av att verksamheten registrerar i ett eget system dit förvaltningen utifrån sekretess inte äger tillträde. Vad MAS konstaterat efter samtal med ledningen är att många rutiner finns för att kunna utföra det dagliga arbetet. Verksamheten har haft en stor omsättning på sjuksköterskor men upplever att det under 2018 varit mer stabilt. Verksamheten registrerar inte i Senior alert och palliativa registret. Bristen på dokumentation i dessa register har också påtalats vid årliga verksamhetsuppföljningar sedan 2016. Trots detta har verksamheten ännu inte åtgärdat bristen. Förvaltningen har även begärt in egenkontroll av verksamhetens HSL dokumentation. Verksamheten har svarat att en sådan ska ske senare under våren 2018. Även egenkontroll för tidigare år har efterfrågats. Något sådant underlag har inte inkommit.

Bemanning

Personalkontinuitet

Enligt anbudet är målet för verksamheten att varje individ som har max två insatser ska ha hjälp av som mest fem personal under en månad. Enligt biträdande verksamhetschef når verksamheten inte riktigt upp till målet, och landar på sex personal. Någon åtgärdsplan för att nå målet har inte presenterats.

Beställda kontra utförda timmar

Verksamheten får ersättning för antalet beställda timmar. Nedan följer ett resonemang kring den ersättning som erhålls i förhållande till de timmar som utförs. Beräkningen är gjord utifrån att en årsarbetare arbetar maximalt antal timmar, 148 h per månad. Detta är en ögonblicksbild och säger inte nödvändigtvis att verksamheten har denna fördelning från månad till månad.

Antalet beställda timmar uppgick till 3317 per den 5 april. Antalet årsarbetare uppgår till 21,39 enligt uppgift i verksamhetsuppföljningen per 2017.

Teoretiskt max antal utförda timmar:

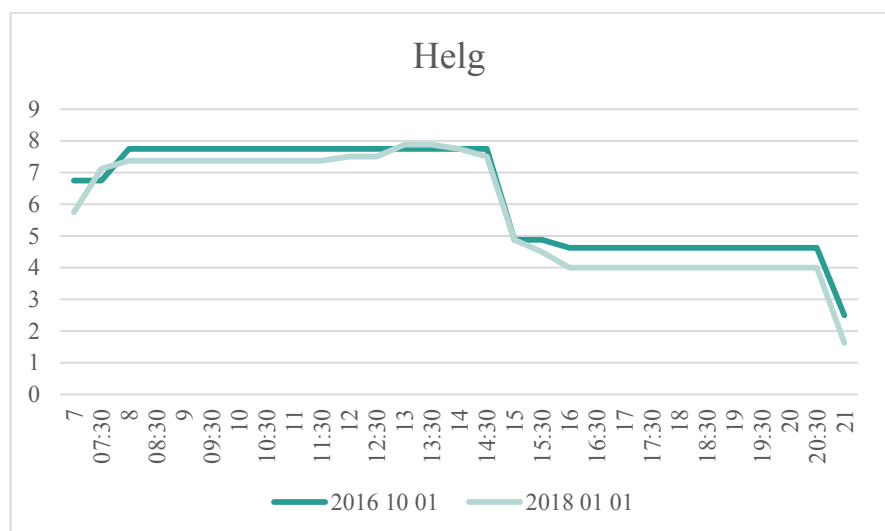
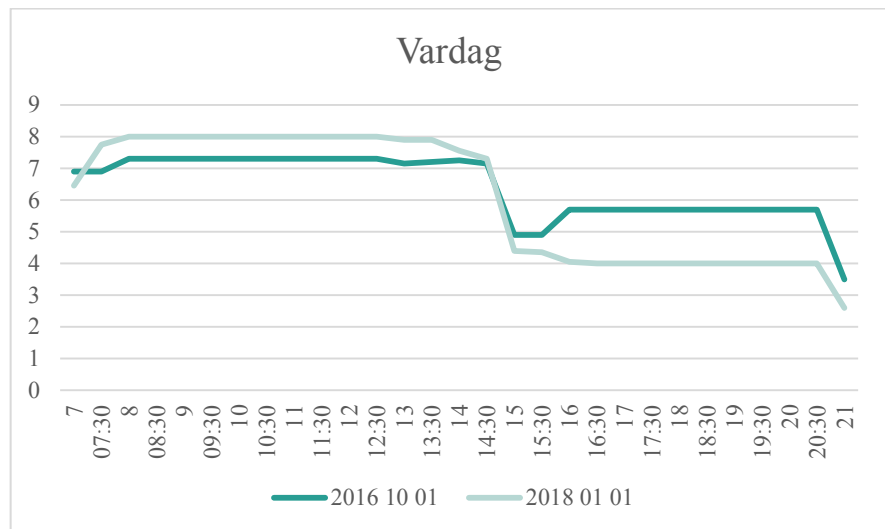
$$21,39 \text{ \AA} * 148 \text{ tim/\AA} = 3165,72 \text{ timmar}$$

Differens beställda timmar och maximalt utförda:

$$3317 \text{ best\AA}llda \text{ timmar} - 3165,72 \text{ timmar} = 151,28 \text{ timmar}$$

Ovanstående beräkningar tar ej hänsyn till eventuella timvikarier. Vikarier kan mycket väl förekomma i verksamheten. Resonemanget ger ändå en indikation på att antalet årsarbetare är lågt i förhållande till antalet beställda timmar, och pekar på att om verksamheten ska utföra alla de timmar som är beställda krävs en utökning av personal motsvarande 151,28 timmar per månad, vilket är mer än en årsarbetare. Förvaltningen har begärt in ytterligare underlag som mycket väl skulle kunna bidra till vissa förklaringar i förhållande till bemanning och antalet beviljade kontra utförda timmar. Följande underlag har begärts men har inte inkommit, antalet årsarbetare fördelat över yrkeskategori, statistik för total sjukfrånvaro och vikariekostnad för perioden 1 oktober 2017 – 31 mars 2018.

Nedan diagram är ett snitt av en period om fyra veckors schema. En minskning i antalet årsarbetare under perioden 2016-2018 framgår. En minskning av antalet årsarbetare sett över tid kan ibland vara skälig utifrån att antalet brukare minskar i verksamheten. 2016 hade verksamheten 130 brukare, 2017 hade verksamheten 122 brukare. Antalet brukare har således varit relativt konstant under perioden.



Kvalitet

Dokumentationsgranskning

Verksamheten har inte genomfört någon egenkontroll avseende dokumentationen 2017. Resultat 2016 har begärts in men inte erhållits. Verksamheten har för året planerat in sin egenkontroll till april/maj.

Eftersom det inte finns något resultat för avtalstiden har förvaltningen därför genomfört en egen granskning. Se bilaga 4.

Fjorton enskilda akter granskades. Av dessa hade en brukare en aktuell upprättad genomförandeplan. En av de granskade akterna hade en godkänd löpande dokumentation. Sju akter hade högst

sporadiska anteckningar där det flera månader i rad saknades information om den enskildes behov. I sex av de granskade akterna saknades helt löpande anteckningar.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det finns stora brister i dokumentationen. Det går inte att följa de enskilda ärendena. Det saknas genomförandeplaner som talar om hur, när, vad och var den enskilde ska få sin hjälp utförd. Någon åtgärdsplan för hur verksamheten ska förbättra dokumentationen har inte presenterats för förvaltningen trots att ledningen säger sig vara medvetna om bristerna. Det är allvarligt att journalföringen kring den enskilde är så bristfällig samtidigt som man har vetskapen om detta.

Medarbetare

Vad gäller personalens kompetens uppger ledningen att ca 70% av medarbetarna har utbildning som undersköterska. Verksamheten har som mål i anbudet att minst 90% ska ha en utbildning vid årsskiftet 2019/2020.

Det finns skriftliga rutiner för introduktion av nyanställda. Granskning har också gjorts av viktiga dokument i samband med nyanställning. Följande dokument finns och är signerade av medarbetarna; nyckelkvittenser, servicekontrakt, sekretessförbindelser och dokument för tystnadsplikt.

Medarbetarna har genomgått webutbildning ”Demens abc” och flera har påbörjat ”Demens abc plus”. Samtliga medarbetare har slutfört utbildning som handlar om bemötande i offentlig sektor likväl som samtliga har genomfört socialstyrelsens webutbildning, ”äldreomsorgens nationella värdegrund”.

Personalen har inte någon handledning, vilket enligt anbudet ska erbjudas utifrån medarbetarnas behov. Några medarbetare säger att de skulle vända sig till sjuksköterskan om det är något de behöver rådgöra om.

Förvaltningen har efterfrågat resultat och analys av de senaste medarbetarundersökningarna. Enligt ledningen har medarbetarundersökning inte genomförts de senaste två åren. Det är oklart varför. Däremot har man gjort temperaturmätningar så kallade medarbetartermometern. Resultatet för den senaste mätningen är enligt ledningen bra och man har därför inte analyserat resultatet eller dragit några slutsatser.

Bedömningen är att eftersom verksamheten inte gjort några medarbetarundersökningar och inte heller analyserat resultaten för

medarbetartermometern går det inte att utläsa hur ledningen systematiskt tar tillvara medarbetarnas önskemål och möjlighet att påverka verksamheten. Ledningen saknar kunskap om hur medarbetarna uppfattar sin arbetsmiljö och därmed viktigt kunskap om hur arbetsplatsen kan förbättras.

Kommunikation och förtroende

Under främst slutet av 2017 och början av 2018 har flera uppföljningar mellan förvaltningen och entreprenören genomförts. I samtliga fall har de skett på förvaltningens inrådan och inte sällan utifrån klagomål från enskilda eller anhöriga.

Vid avtalsuppföljningen ålades verksamheten att inkomma med diverse underlag. Senaste kompletteringen begärdes den 6 april och där svar skulle erhållits senast den 11 april kl 12.00. Begäran omfattade sedan tidigare efterfrågade dokument. Således har verksamheten haft flera tillfällen att inkomma med efterfrågade handlingar vilket illustreras nedan.

- Resultat medarbetarundersökning 2016 och 2017. Har ej inkommit.
- Resultat egenkontroll 2016, 2017 och 2018. Har ej inkommit.
- Inkomna lex Sarah rapporter samt efterföljande utredningar och information till beställande nämnd. Har begärt in kompletteringar vid flertalet tillfälle, har inte inkommit.
- Har begärt 10 apt protokoll för 2017. Endast 5 har inkommit.
- Antalet årsarbetare fördelat på yrkeskategori. Har ej inkommit.
- Sjukfrånvaro 1 okt 2016- 31 mars 2018. Har en inkommit.
- Vikariekostnad 1 okt 2016-31 mars 2018. Har ej inkommit.

Beställande enheter

Förvaltningen har hos beställande enheter efterfrågat underlag om hur de upplever kvaliteten på Fristad. Svar har inkommit från följande förvaltningar: Rinkeby-Kista, Bromma, Södermalm,

Spånga-Tensta. Förvaltningarna har en spridning av antalet beviljade timmar, från 138 och uppåt.

Samtliga förvaltningar framför att de mottagit klagomål under perioden. En förvaltning framför att de mottagit klagomål som handlar om att man är missnöjd med den hjälpen man blivit beviljad. En av de boende har av sagt sig insatserna, på grund av bristande förtroende, och får idag hjälp av anhöriga istället. Samma förvaltning framför även klagomål riktat mot HSL insatserna. Det missas till exempel depåinjektioner och de anhöriga får själva påkalla hjälp från sjuksköterska. Även biståndshandläggarna i denna förvaltning upplever en försämring. Dels upplever de att lokalerna är eftersatta. De är slitna och det förekommer ingrodd smuts i allmänna utrymmen. Flera brukare har också efterfrågat att restaurangen ska öppna upp igen.

De övriga förvaltningarna uttrycker att det förekommer bristande bemötande, att tillgängligheten är dålig då det är svårt att nå ledning och personal samt att det generellt råder dåliga kunskaper kring brukarna.

Klagomålen som inkommit gäller att flera besök uteblir vid olika tillfällen samt att personal kommer och inte vet vad de skall utföra hemma hos den enskilde. Det framgår även att personalen inte alltid svarar på larm.

Förvaltningarna har uttryckt att verksamheten och dess ledning inte tar klagomålen på allvar. Generellt är upplevelsen att fokus läggs på ursäkter för varför saker skett i stället för fokus på förbättringar.

Övrigt

Den 12 april meddelade Attendo till förvaltningen att de inte har för avsikt att gå in i en avtalsförklaring. Detta innebär att Attendo inte kommer driva verksamheten efter den 30 september 2019, verksamheten övergår då i kommunal regi. Vid ett möte mellan Attendo och förvaltningen den 28 maj lämnade Attendo öppet för att träda ur avtalet redan under hösten 2018, således ännu tidigare än vad som fört meddelats. Den 7 juni inkommer en skriftlig begäran från Attendo om att frånträda avtalet senast den 30 november 2018.

Slutsatser

En rad händelser har sedan hösten 2017 föranlett att förvaltningen haft återkommande möte med utföraren. Vid möte den 31 januari

2018 står det klart för utföraren att förvaltningen inte kommer räkna upp ersättningen till dessa att samtliga brister som framkom den 7 december bedöms vara åtgärdade. Förvaltningen upplyser nu också utföraren om möjligheter att enligt § 27 i avtalet utfästa vite om 10 000 kronor per påbörjad kalender vecka tills den dag bristerna upphör.

Vissa av bristerna som iakttagits har av förvaltningen uppfattat som betydande. Till exempel hur verksamheten uppmärksammar, dokumenterar, drar slutsatser och utvecklar sig utifrån händelser som sker. Det finns brister i både ledningen och personalens kunskaper kopplade till avvikelser, lex Sarh och alvarliga händelser, något som också speglas i inkomna klagomål från enskilda. I vissa fall har det också saknats kunskaper om brister och hur åtgärder ska vidtas. I vissa fall har ledningen känt till brister i verksamheten men har inte kunnat presentera någon plan för åtgärdande av dem. Beställande nämnder upplever brist på systematik, bemötande, tillgänglighet, kunskap och transparens.

Utifrån uppföljningen och Attendos egna begäran om att frånträda avtalet senast den 30 november 2018, överlämnar förvaltningen vidare beslut till stadsdelsnämnden.