

Handläggare
Christina Rosendahl

Datum
2014-05-12

Diarienummer
NHO-2013-0166.31

Nämnden för hälsa och omsorg

Avtalsuppföljning vid Fålhagsleden 11, bostad med särskild service LSS

Förslag till beslut

Nämnden för hälsa och omsorg föreslås besluta

att med beaktandet av resultatet lägga rapporten till handlingarna.

Ärendet

Enheten på Fålhagsleden 11 drivs av Vård & bildning. Gruppbofastaden är lokaliserad i flerbostadshus där tre av lägenheterna har direkt ingång till baslägenheten och resterande tre lägenheter är utspridda i trapphuset. Åldersspannet är 24 till 47 år varav två män och fyra kvinnor. Vid uppföljningen får kontoret en bild av en välfungerande verksamhet som har en helhetssyn på individen och som drivs i nära dialog med brukaren. Det finns höga ambitioner och ett stort engagemang hos intervjuad enhetschef och personal.

En handlingsplan har inkommit till kontoret inom områdena personal, bemanning och kompetensutveckling, klagomåls- och avvikelshantering, dokumentation och genomförandeplaner, hälso- och sjukvård samt rehabilitering.

Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Tomas Odin
Tf Direktör

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

Handläggare
Christina Rosendahl

Datum
2014-04-01

Diarienummer
NHO-2013-0166

Vård & bildning, division VoO
Fålhagsleden 11

Avtalsuppföljning vid Fålhagsleden 11, bostad med särskild service LSS

Beskrivning av den uppföljda verksamheten

Utförare och enhet	Vård & bildning, division VoO. Affärsområde Boende vuxna
Adress	Salabacksgatan 74, Uppsala
Enhetschef	Marita Uppsäll
Tfn och e-post	018-727 82 78 marita.upsall@ uppsala.se
Uppföljning utförd av	Christina Rosendahl och Charlotta Larsson
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Enhetschef, strategisk kvalitets- och utvecklingschef, 2 medarbetare, sjuksköterska och arbetsterapeut.
Totalt antal boende	Sex platser
Typ av verksamhet	Gruppbostad LSS
Avtalstid	2010-04-01—2013-03-31, med option för beställaren att förlänga avtalet på samma villkor med ytterligare två år, vilket nämnden för hälsa och omsorg valt att göra.
Datum för uppföljning	2013-10-21 och 2013-10-25

Enheten på Fålhagsleden 11 drivs av Vård & bildning, efter vunnen upphandling.

Gruppboستaden är lokaliserad i flerbostadshus där tre av lägenheterna har direkt ingång till baslägenheten och resterande tre lägenheter är utspridda i trapphuset. Åldersspannet är 24 till 47 år varav två män och fyra kvinnor.

1 Sammanfattning

Enheten drivs av Vård & bildning, efter vunnna upphandling. Kontoret genomförde en planerad avtalsuppföljning vid enheten 21 och 25 oktober 2013.

Uppföljda områden	Uppfyller villkoren i avtalet	Uppfyller kraven i avtalet med förbättringsområden	Uppfyller villkoren i avtalet med förbättringsområden
Upplevelsekriterier och inflytande för den enskilde	Innebörden av nämndens upplevelsekriterier är väl kända i verksamheten, de diskuteras löpande i personalgruppen på ett välorganiserat och systematiskt sätt.		
Personal, bemanning och kompetensutveckling	Enheten uppfyller villkoren i avtalet i alla delar med undantag för bemanning under helger, där kontoret ställer sig tveksam		Avvikelse/handlingsplan. Klargörande av hur bemanningen under helger är dimensionerad.
Samverkan	Samverkan sker både extern och internt med de som är viktiga för brukarna samt med anhöriga.	SIP (samordnad individuell plan) – bristande kunskaper.	
Klagomåls- och avvikelsehantering	Verksamheten uppfyller till stor del villkoren i avtalet. Rutiner kring avvikelsehantering, Lex Sarah och Lex Maria är väl kända på enheten.		Avvikelse/handlingsplan Hur rutinerna för klagomålshantering, sammanställning och analys, ska implementeras på enheten och tidsplan för detta.
Dokumentation och genomförandeplaner	Enheten uppfyller villkoren i avtalet till stor del.		Avvikelse/handlingsplan Dokumentation av fortlöpande resultat av genomförandet av beslut samt att mål/delmål saknas i samtliga journaler.
Hälso- och sjukvård samt rehabilitering	Enheten uppfyller villkoren i avtalet med undantag för egenvård.		Kontoret begär i handlingsplan att SOSFS 2009:6 som reglerar egenvård implementeras i personalgruppen och tidplan för detta.
Kultur- och fritidsaktiviteter	Brukarna erbjuds minst en individuell aktivitet per vecka.		

1.1. Krav på åtgärder

Vid avtalsuppföljningen framkom avvikelser mot avtalet. Kontoret begär en handlingsplan där enheten ska beskriva vilka åtgärder som vidtas för att säkerställa villkoren i avtalet. Handlingsplanen ska skrivas i bifogad mall och skickas med e-post till halsa-var-d-omsorg@ uppsala.se. Handlingen kommer att diarieföras och registreras som offentlig handling.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Enheten drivs av Vård & bildning, efter vunnen upphandling.

2.2 Syfte

Syftet med uppföljningen var att kontrollera om utföraren uppfyller villkoren i avtalet.

2.3 Metod

Uppföljningen genomfördes i form av intervjuer med enhetschef, strategisk kvalitets- och utvecklingschef, två medarbetare samt legitimerad personal. Intervjuerna hölls separat.

Dokumentstudier av arbetsschema har genomförts. Dokumentationsgranskning av journaler har genomförts som en del av avtalsuppföljningen.

2.4 Närvarande och genomförande

Uppföljningen genomfördes 21 och 25 oktober 2013.

Närvarande från utföraren: Enhetschef Marita Uppsäll, strategisk kvalitets- och utvecklingschef, två medarbetare, sjuksköterska och arbetsterapeut, sjukgymnast lämnade återbud.

Närvarande från kontoret: Uppdragsstrateger Christina Rosendahl och Charlotta Larsson.

3 Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

3.1 Upplevelsekriterier och inflytande för den enskilde

3.1.1. Iakttagelser

Nämnden har antagit upplevelsekriterierna trygghet, oberoende, respektfullt bemötande och delaktighet och inflytande som ska genomsyra all verksamhet som bedrivs på uppdrag av nämnden.

Nämndens upplevelsekriterier och Vård & bildnings etiska koder diskuteras regelbundet på APT en gång i månaden vilket leder till utveckling av verksamheten, enligt ledningen. Utöver APT arrangeras möten på Fyrisborg för samtlig personal fyra gånger per år.

Samtliga intervjuade uppger att nämndens upplevelsekriterier är väl kända i verksamheten, orden kan definieras och samsyn råder mellan enhetens olika professioner. Respektive ord exemplifieras nedan.

- *Trygghet* – Enheten har övergått från vaken natt till sovande jour då brukarna är självständiga nattetid. Anhöriga är delaktiga och vågar samtidigt ”släppa taget”.
- *Oberoende* – Brukarna ges stöd att bli så självständiga som möjligt utifrån sina förutsättningar. För ett par brukare har det resulterat i uppnådda mål varav en flyttat till egen lägenhet och den andra väntar på lägenhet. De brukare som har förmågan att sköta sina kontakter självständigt gör det samtidigt som de vid behov efterfrågar personalstöd. Majoriteten av enhetens brukare kommer från föräldrahemmet, enligt ledningen. Därför är det angeläget att den enskilde och anhöriga ges stöd att hitta en balans genom att dels uppmuntra brukarna till att ta egna beslut och dels stödja anhöriga att släppa taget. Anhöriga bjuds in på träffar till Fyrisborg två gånger per år. I år kommer de anhöriga att bjudas in till adventsfika på enheten efter beslut av brukarna.
- *Respektfullt bemötande* - Den etiska koden är en levande diskussion på APT där bl.a. respektfullt bemötande diskuteras för att sedan översättas i praktiken, enligt personalen.
- *Delaktighet*- Brukarna är med och bestämmer mål, delmål och stödets utformning i genomförandeplanen. Boendemöten arrangeras en gång i månaden där alla är välkomna. Majoriteten av brukarna deltar och framför sina synpunkter som sedan diskuteras.

3.1.2. Kontorets kommentarer och slutsatser

Med stöd av vad som framkommer vid intervjuerna bedömer kontoret att enheten uppfyller villkoren i avtalet. Innebörden av nämndens upplevelsekriterier är väl känd i verksamheten och de diskuteras löpande i personalgruppen på ett välorganiserat och systematiskt sätt.

3.2 Styrkor och utmaningar i verksamheten enligt de intervjuade

Styrkan i verksamheten är den duktiga personalgruppen som gör ett "fantastiskt bra" arbete enligt ledningen. De beskriver arbetssättet med den enskilde som ges stöd att bli så självständig som möjligt, vilket även bekräftas av personalen. Det har bl.a. resulterat i att:

- Enheten övergått från vaken natt till sovande jour.
- Brukarna utvecklas och blir mer självständiga.
- En person har flyttat till egen lägenhet och ytterligare en person är på väg att flytta men bristen på lägenheter i Uppsala utgör ett hinder.

Personalen beskriver arbetsplatsen som positiv och de får bekräftelse på att de gör ett bra jobb genom att brukarna utvecklas och blir med självständiga.

Ledningen berättar att enheten har vissa förbättringsområden och ger rutiner som exempel samtidigt som detta arbete redan påbörjats. De utmaningar ledningen ser är lokalernas utformning som inte är optimala samt att de höga hyrorna medför att flera brukare "far illa ekonomiskt".

För de brukare som klarar sig med reducerat personalstöd och därmed inte längre är i behov av bostad med särskild service saknas ett "mellanstöd", enligt personalen. De uppger vidare att någon form av "mobilt team" skulle underlätta för den enskilde att ta steget vidare och flytta till eget boende.

De intervjuade uppger att enhetens målgrupp är varierad och har skiftande behov. De som är mer självständig tillbringar mindre tid i de gemensamma utrymmena vilket enligt personalen kan förklaras av att de inte vill identifiera sig med målgruppen.

Ledningen uppger att sektionen för LSS och socialpsykiatri inte informerar enheten om brukarna har tilläggsbeslut. Då brukarna sköter sina kontakter självständigt avgör den enskilde om personalen ska informeras. Enligt information från brukarna själva, har fyra av sex brukare tilläggsbeslut så som kontaktperson, kontaktfamilj eller ledsagare.

3.3 Personal, bemanning och kompetensutveckling

3.3.1. Iakttagelser

Personal och bemanning

Vid intervjutillfället berättar enhetschefen att 4,6 årsarbetare är schemalagda på enheten fördelade på fem personer, vilket överensstämmer med det inlämnade schemat för personalbemanning.

Ledning och personal berättar att schemat är anpassat utifrån brukarnas behov. Vid behov, t.ex. om den enskilde vill göra en aktivitet, finns möjlighet att ta in extra personal. Detta gör personalen själva, efter beslut av enhetschef.

Vid studier av enhetens schema konstaterar kontoret att enheten har den lägsta bemanningen under helgerna.

Kompetens

Enhetschefen har formell kompetens (3 år sociala omsorgsprogrammet) och flerårig erfarenhet som chef inom området.

Tre av personalen har grundutbildning såsom omvårdnadsprogrammet och barn och fritidsprogram. En personal studerar på omvårdnadsprogrammet och en validerar. Två av personalen som är tjänstlediga saknar utbildning.

Kompetensutveckling

Enhetschefen berättar att medarbetarsamtal är genomförda med samtliga anställda och alla har en kompetensutvecklingsplan. Under året har personalen fått utbildning i hygien och tecken som stöd. Kompetensutvecklingsbehovet för att bemöta enhetens behov är identifierat och planering finns enligt enhetschefen. Vid nya behov hos brukarna finns möjlighet till utbildning, för att bemöta specifika behov, bl.a. via egna utvecklingsdagar och habiliteringen. Enhetschefen berättar vidare att personalen har handledning vid behov och ger exempel på situationer.

Introduktion av nyanställda

Enhetschefen berättar att alla timvikarier går en introduktion på Fyrisborg där delegeringsutbildning ingår.

Nyanställda introduceras på ett strukturerat sätt utifrån en checklista där rutiner finns beskrivna, enligt personalen. Vid genomgång av checklistan ska både den nyanställde och den som introducerar, signera vid varje moment som genomförts. Dubbelgång minst tre pass som följs upp via dialog.

Utvecklingsarbete

Enhetschefen uppger vid intervjutillfället att de varje vecka arbetar enligt Lean med avvikelser, synpunkter och klagomål.

Omvärldsbevakning

Enligt samtliga intervjuade är omvärldsbevakning en stående punkt på APT och det är enhetschefen som ansvarar.

3.3.2. Kontorets kommentarer och slutsatser

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna och genomgång av enhetens schema, bedömer kontoret att enheten uppfyller villkoren i avtalet i alla delar med undantag för bemanning under helger, där kontoret ställer sig tveksam. Kontoret begär i handlingsplan ett klagörande över hur bemanningen under helgerna är dimensionerad för att tillgodose de enskildas behov, vilket även innefattar kultur- och fritidsaktiviteter.

3.4 Samverkan

3.4.1. Iakttagelser

Personalen beskriver vid intervjutillfället en väl fungerande samverkan med legitimerad personal, daglig verksamhet och volontär. När det gäller samverkan med sektionen LSS och socialpsykiatri försvårar myndighetens arbete i team samverkan bl.a. genom kontakt med flera biståndshandläggare, enligt personalen.

Anhöriga bjuds in till träffar på Fyrisborg två gånger per år samt till enheten och ger som exempel adventsfika. Enhetens brukare tillfrågas alltid innan anhöriga bjuds in till enheten. Personalen uppger vidare att de har bra samverkan med de anhöriga.

Vid intervjutillfället berättar personalen att majoriteten av brukarna har ett "rikt liv" utanför boendet. Personalen informerar brukarna om ideella organisationer men för tillfället är det inte någon som är intresserad. Fritidsombuden, som samverkar över enheterna, anordnar olika fritidsaktiviteter som anslås på enheten t.ex. FUB dans.

Legitimerad personal beskriver den interna samverkan samt hur de vid behov samverkar med varandra. De medverkar vid APT på enheten samt att de vid behov träffar brukare tillsammans med personal.

Arbetsterapeuten har kontakt med habiliteringen bl.a. genom samverkan och tydliggörande av ansvar i de fall den enskilde har kontakt med habiliteringen. I övrigt sker samverkan med personal på hjälpmedelsenheten (HME), bostadsanpassningen och läkare. När problem uppstår kontaktas alltid anhöriga/legal företrädare, enligt den legitimerade personalen.

Den legitimerade personalen berättar att affärsområdet har en rutin för SIP (samordnad individuell plan) och de har positiva erfarenheter av detta. Personalen uppger att de inte har kännedom om SIP och har heller inte använt sig av den.

3.4.2. Kontorets kommentarer och slutsatser

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att enheten uppfyller villkoren i avtalet i denna del. Samverkan sker både extern och internt med de som är viktiga för brukarna samt med anhöriga.

Kontoret ser ett förbättringsområde och det gäller personalens bristande kunskap om SIP. Där förutsätter kontoret att enheten implementerar detta omgående och begär därmed ingen handlingsplan.

3.5 Klagomåls- och avvikelsehantering

3.5.1. Iakttagelser

Klagomål

Ledningen beskriver enhetens systematiska arbete med klagomål. Blanketter finns tillgängliga i lokalen och brukarna informeras regelbundet. Dessa lämnas även ut till anhöriga/legal företrädare. Personalen är behjälplig att fylla i blanketten för den som vill lämna muntliga

klagomål. Brukarna är även informerade om möjligheten att ringa enhetschefen. Samtliga synpunkter och klagomål dokumenteras och återkoppling sker till den enskilde. Enhetschefen berättar att rutinen behöver implementeras på enheten vilket även innefattar sammanställning och analys.

Personalen uppger vid intervjutillfället att de inte fått några klagomål. Flera anhöriga är nöjda och förmedlar detta till enhetschefen. Personalen uppger vidare att de arbetar för att "få bort den negativa stämpeln" som förknippas med klagomål bl.a. genom att uppmuntra brukarna att lämna klagomål. Ibland ställer sig anhöriga tveksamma till att synpunkterna dokumenteras, enligt personalen. Personalen känner inte till rutinerna för klagomålshantering p.g.a. att det händer så sällan men om det blir aktuellt inhämtar de information kring detta.

Legitimerad personal är väl informerad om rutinerna kring klagomålshantering men har inte tagit emot något klagomål på Fålhagsleden.

Avvikelser

Samtliga intervjuade berättar att rutinerna för avvikelser, Lex Sarah och Lex Maria är väl kända och implementerade på enheten. De uppger vidare att det sällan förekommer avvikelser.

Upptäckta avvikelser ska lämnas till enhetschefen som avgör vad som ska åtgärdas och vid behov kontaktas MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska), enligt enhetschefen. Vid läkemedelsavvikelser kontaktar personalen sjuksköterskan och det inträffade diskuteras på personalmöte.

3.5.2. Kontorets kommentarer och slutsatser

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att verksamheten till stor del uppfyller villkoren i avtalet. Rutiner kring avvikelshantering, Lex Sarah och Lex Maria är väl kända på enheten och implementerade.

Ledningen uppger vid intervjutillfället att rutinen för klagomålshantering behöver implementeras på enheten vilket även innefattar sammanställning och analys, vilket bekräftas av personalen som uppger att de inte känner till rutinerna för klagomålshantering. Leanarbete pågår på enheten för att utveckla arbetet med avvikelser, synpunkter och klagomål, vilket kontoret ser mycket positivt på. Kontoret konstaterar dock att rutin för sammanställning och analys inte är färdigställd ännu och därmed inte implementerad på enheten. Kontoret begär i handlingsplan en beskrivning av hur rutinerna för klagomålshantering, sammanställning och analys, ska implementeras på enheten och tidsplan för detta.

3.6 Dokumentation och genomförandeplaner

3.6.1. Iakttagelser

Enhetschefen berättar vid intervjutillfället att personalen vet vad som ska dokumenteras och att de är duktiga på det. Samtliga brukare har genomförandeplaner och dessa följs upp en

gång per år eller vid behov då den enskilde, anhörig/legal företrädare och den enskildes kontaktman deltar. Personalen har börjat arbeta aktivt med delmål och mål utifrån de enskildas önskemål och behov, enligt de intervjuade. Beställning utifrån beslut av biståndshandläggare (ca tre år gamla) finns för samtliga brukare.

Personalen uppger att de tycker att det fungerar bra att dokumentera i Siebel och att det är bekvämt. De berättar vidare att de fått utbildning av expertanvändare och att supporten fungerar bra. På grund av "mycket ensamarbete läggs mycket tid på överrapportering".

Dokumentationsgranskning har genomförts på enheten som en del i avtalsuppföljningen. Handlingsplanen har skickats till enhetschef. Se vidare bilaga 1. *Rapport från dokumentationsgranskning.*

3.6.2. Kontorets kommentarer och slutsatser

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att enheten till stor del uppfyller villkoren i avtalet i denna del. Kontoret konstaterar dock att dokumentation helt saknas inom två områden. Det gäller dokumentation av fortlöpande resultat av genomförandet av beslut samt att mål/delmål saknas i samtliga journaler. I den senare delen har enheten börjat arbeta aktivt, vilket tyder på att enheten vidtar åtgärder för att avhjälpa de brister som framkom vid dokumentationsgranskningen. Kontoret begär i handlingsplan en tidsplan när detta ska vara genomfört vilket även inkluderar de områden där dokumentation delvis saknas.

3.7 Hälsa- och sjukvård samt rehabilitering

3.7.1 Iakttagelser

De intervjuade berättar att HS (hälsa- och sjukvårdsrond) har gjorts på enheten och samtliga brukare är bedömda av legitimerad personal. Sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, personal samt enhetschef medverkar vid dessa tillfällen. Kundhälsombud samt hygienombud finns på enheten.

Personalen uppger att de flesta av enhetens brukare har egenvård. Personalen är osäker på om egenvården är bedömd av legitimerad personal. Den legitimerade personalen uppger att bedömning för egenvård gjordes i samband med HS ronderna.

Skriftliga rutiner finns för kontakt med legitimerad personal och i dessa framgår i vilka situationer legitimerad personal ska kontaktas. Personalen kan tydligt beskriva dessa urvalskriterier. Samtliga intervjuade är eniga om att samverkan mellan professionerna fungerar bra på Fålhagsleden.

Personalen berättar att de vid behov får snabb hjälp av legitimerad personal för individuella bedömningar och beskriver olika exempel. Vid delegering får personalen handledning av den som ordinerat.

Legitimerad personal berättar att utvecklingsarbetet för rehabilitering kommit långt på Fålhagsleden och personalen är väl insatta. Samtlig personal går utbildning i tecken som stöd

samt kommunicerar med pictogrambilder. Sjukgymnast delegerar vid behov träning i t.ex. gym och bad.

Samtliga brukare har intyg om nödvändig tandvård samt att de har erbjudits munhälsobedömning enligt de intervjuade.

3.7.2. Kontorets kommentarer och slutsatser

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att enheten uppfyller villkoren i avtalet i denna del med undantag för egenvård. Kontoret begär i handlingsplan att SOSFS 2009:6 som reglerar egenvård implementeras i personalgruppen och tidplan för detta.

3.8 Kultur- och fritidsaktiviteter

3.8.1. Iakttagelser

De intervjuade berättar att samtliga brukare erbjuds minst en enskild aktivitet per vecka och de flesta tackar ja till detta och ger exemplen bada, bowling och friskis och svettis. Därutöver genomförs aktiviteter i grupp så som kubb, grilla och loppis. Fritidsombud finns på enheten.

Flera av brukarna träffar vänner på andra boenden. Några brukare har fasta enskilda aktiviteter. Därutöver är flera av enhetens brukare beviljade tilläggsbeslut av sektionen för LSS och socialpsykiatri bl.a. kontaktfamilj.

Enligt de intervjuade erbjuder enheten aktiviteter på ett jämställt sätt och önskemålet om aktiviteter utgår från den enskilde.

3.8.2. Kontorets kommentarer och slutsatser

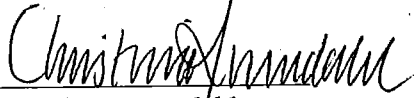
Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer HVK att enheten uppfyller villkoren i avtalet i denna del. De erbjuder samtliga brukare minst en individuell aktivitet per vecka.

3.9 Kontorets avslutande kommentar

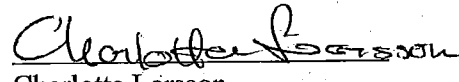
Vid uppföljningen får kontoret en bild av en välfungerande verksamhet som har en helhetssyn på individen och som drivs i nära dialog med brukarna. Det finns höga ambitioner och ett stort engagemang hos intervjuad personal och enhetschef.

Avvikelse mot förfrågningsunderlaget har konstaterats inom områdena personal, bemanning och kompetensutveckling, klagomåls- och avvikelshantering, dokumentation och genomförandeplaner samt hälso- och sjukvård samt rehabilitering. Kontoret begär en handlingsplan, där enheten ska beskriva vilka åtgärder som vidtas för att säkerställa villkoren i avtalet.

Uppsala 2014-04-01



Christina Rosendahl
Uppdragsstrateg



Charlotta Larsson
Uppdragsstrateg

Handläggare
Eva-Lena Tverå
Mari Larsson

Datum 2013-12-05

Granskning av social dokumentation vid Fålhagsleden 11, gruppbostad LSS, Vård och Bildning, 2013-11-26.

Bakgrund

I samband med att avtalsuppföljning genomförs i verksamheten sker även en granskning av den sociala dokumentationen 2013-11-26.

Syfte

Syftet med granskningen var att se att dokumentationen förs utifrån gällande riktlinjer, lagar och avtal.

Metod

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har begärt att få ta del av brukares dokumentation i personakt/journal i samband med dokumentationsgranskning. Verksamhetschef ombads att inhämta samtycke från samtliga brukare i boendet. 3 brukare/legal företrädare har samtyckt till att HVK får ta del av personakt/journal. Granskning har genomförts i dessa 3 akter.

Resultat

Samtycke

- Samtyckesblankett underskriven av den enskilde/legal företrädare finns i SoL-pärm
- Anteckningar att den enskilde lämnat samtycke till att HVK får ta del av personakt/journal *saknas* i de 3 granskade journalerna.

Beställning

- Beställning finns för *samtliga* brukare.

Genomförandeplan

- *Finns* för samtliga brukarna.
- Datum för upprättande av planen *finns* i samtliga planer
- Uppföljnings/utvärderingsdatum *finns* i 2 planer, *saknas* i en plan
- Mål/delmål av övergripande karaktär *finns* i samtliga planer
- HUR man utför en insats *finns* beskrivet i planerna
- NÄR man utför en insats finns beskrivet på olika sätt i planerna. Ofta generellt t.ex. varje dag, 1gång i veckan.
- Underskrift av den enskilde eller legal/ företrädare *finns* i 2 planer, *saknas* i en plan

Journalanteckningar

- Anteckningar är regelbundet förda i samtliga journaler
- Datum för upprättande av genomförandeplan *finns* i samtliga journaler
- Orsak till uppföljning/utvärdering av genomförandeplan *saknas* i 2 journaler.
- På vilket sätt den enskilde/legal företrädare varit delaktig i planering och utförande av insatser utifrån genomförandeplan *finns* i *en* journal
- Uppföljning/utvärdering av mål/delmål *saknas* i samtliga journaler.
- Anteckningar av HSL-karaktär *finns* i samtliga journaler
- I anteckningarna är ofta noterat dagliga händelser, t.ex. vad den enskilde gjort eller inte gjort under dagen
- I dokumentationen ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut, detta *saknas*

Samverkan

- Samverkan inom och utanför verksamheten vilket kan vara kontakter med sköterska, god man, daglig verksamhet osv. gällande den enskilde framkommer.

Kommentar

Många anteckningar i journalerna gällde information mellan personal.

Social dokumentation under genomförande

I 11 kap 5 § SoL och 21 a § LSS framgår att dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

Dokumentationen är beviset på den hjälp samt den omvårdnad som planerats och genomförts samt på de effekter som uppnåtts utifrån planeringen tillsammans med den enskilde.

I dokumentationen ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut. Det ska framkomma samverkan både inom och utanför verksamheten gällande den enskilde.

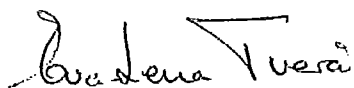
I socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2006:5, 6 kapitlet finns beskrivet hur dokumentationen bör se ut i samband med utförande av beslut.

Bedömning

3 brukare har samtyckt till att HVK får ta del av deras personakt/journal. Dessa personakter/journaler bedöms *inte* uppfylla krav utifrån 11 kap 5 § SoL och 21 a § LSS samt SOFS 2006:5.

Åtgärds punkter

- Att dokumentera orsak till uppföljning av genomförandeplan samt på vilket sätt den enskilde/legal företrädare varit delaktig i utformandet av innehåll i genomförandeplan.
- Att förtydliga på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över det praktiska genomförandet av insatsen utifrån genomförandeplan.
- Att förtydliga ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut.
- Att dokumentera vad som har uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen.

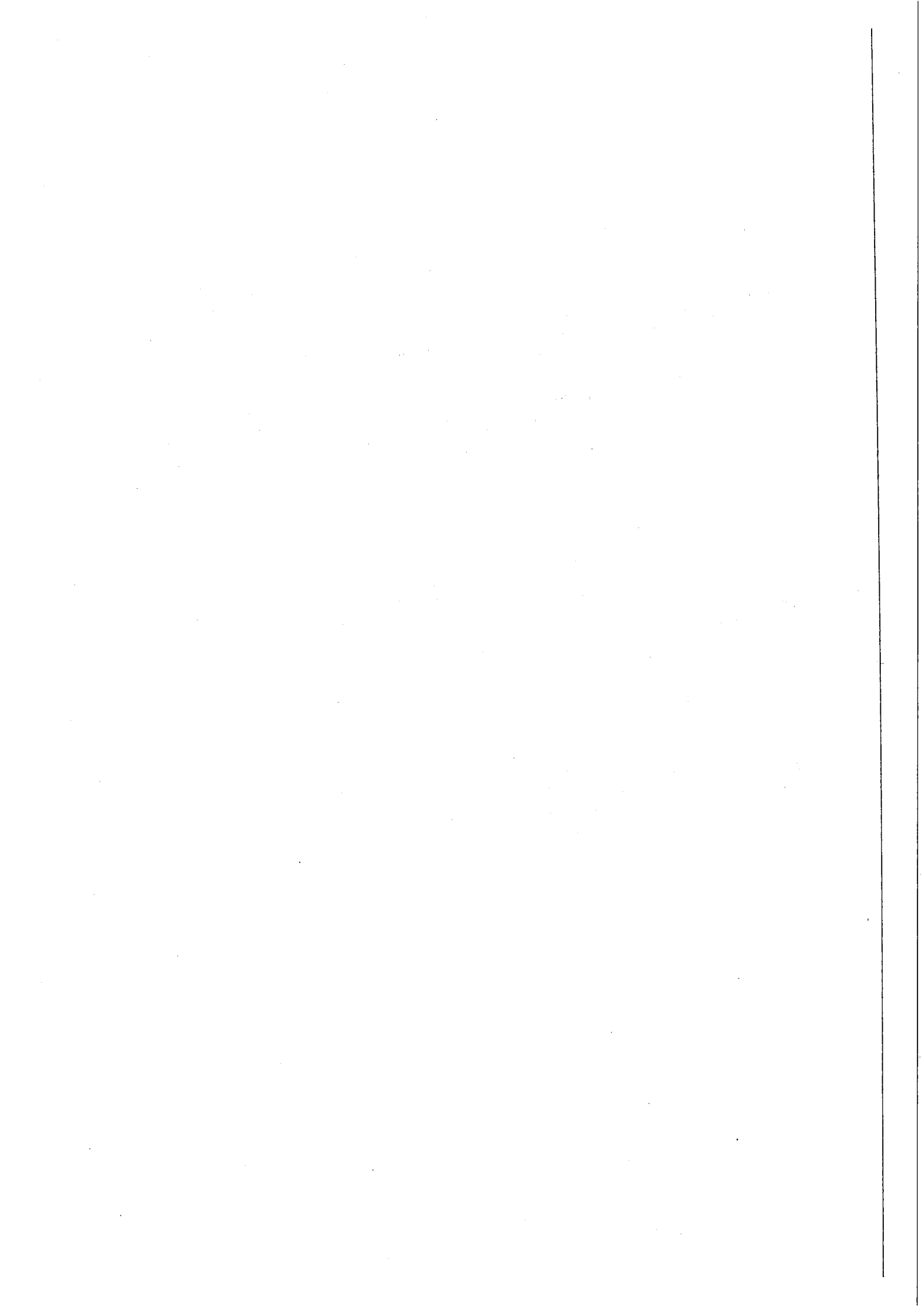


Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare



Mari Larsson
Biståndshandläggare

Sammanställningen har skickats till:
Verksamhetschef Marita Uppsäll
Uppdragsstrateg Christina Rosendahl



Handläggare
Christina Rosendahl

Datum
2014-03-31

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO

Uppföljningsobjekt: Fålhagsleden 11
Enhetschef: Anette Brenje (Marita Uppsäll)
Handlingsplan HVK tillhanda senast: 2014-04-22

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, Munin, Strandbodgatan 1.

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

Uppföljningsobjekt: Fålhagsleden 11

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
Personal, bemanning och kompetensutveckling. Klargör hur bemanningen under helger är dimensionerad för att tillgodose de enskildas behov, vilket även innefattar kultur- och fritidsaktiviteter	Kunderna på Fålhagsleden har ett stort eget nätverk och umgås frekvent med dessa personer under helgerna. Om kunden under helg har behov av personalstöd vid aktiviteter finns alltid möjlighet att sätta in extra personal. Schemaöversyn pågår.	Enhetschef	Pågående	Kontinuerligt på APT samt vid planeringsdag september 2014	X	
Klagomåls- och avvikelshantering. Beskriv hur rutinerna för klagomålshantering, sammanställning och analys ska implementeras på enheten och tidsplan för detta.	Rutinen för klagomålshantering (Synpunktshanering RU142 (02) implementeras på enheten vid APT 27/3-2014	Enhetschef	Klart 24/3-2014	Kontinuerligt på APT samt vid planeringsdag september 2014	X	

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
<p>Dokumentation och genomförandeplaner.</p> <p>Dokumentation av fortlöpande resultat av genomförandet av beslut samt mål/delmål saknas i samtliga journaler. Kontoret begär en tidsplan när detta ska vara genomfört vilket även inkluderar de områden där dokumentation delvis saknas.</p>	<p>Ett divisionsövergripande arbete pågår gällande social dokumentation. I samband med detta genomförs utbildning i social dokumentation för medarbetarna på Fålhagsleden 11. Inom ramen för det arbetet säkerställs att dokumentation innehåller fortlöpande resultat av genomförandet samt mål/delmål.</p>	<p>Enhetschef</p>	<p>Påbörjat 27/3-2014 Klart 30/9-2014</p>	<p>Kontinuerligt på APT samt vid planeringsdag september 2014</p>	<p>X</p>	
<p>Hälso- och sjukvård samt rehabilitering</p> <p>Beskriv hur SOSFS 2009:6 som reglerar egenvård ska implementeras på enheten och tidplan för detta.</p>	<p>Rutinen för egenvård RU124 (02), skapad med utgångspunkt i SOSFS 2009:6, implementeras på enheten vid apt 23/4-2014</p>	<p>Enhetschef</p>	<p>Klart 23/4-2014</p>	<p>Kontinuerligt på APT samt vid planeringsdag september 2014</p>	<p>X</p>	

