

Handläggare
Christina Rosendahl

Datum
2015-02-02

Diarienummer
OSN-2015-0097

Omsorgsnämnden

Avtalsuppföljning vid Imera, daglig verksamhet

Förslag till beslut

Omsorgsnämnden föreslås besluta

att med beaktandet av resultatet lägga rapporten till handlingarna,

Aktuellt

Kontoret genomförde en planerad avtalsuppföljning vid Imera den 7 maj 2014.

Ärendet

Imera (tidigare EBK) är godkänd som utförare inom systemet för eget val avseende insatsen daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS.

Syftet med uppföljningen är att kontrollera om utföraren uppfyller villkoren i avtalet. Som ett led i detta har kontoret genomfört intervjuer med ledning och medarbetare, granskat delar av verksamhetens kvalitetsledningssystem samt dokumentationsgranskning.

Resultat av uppföljning

Vid uppföljningen får kontoret en bild av en välfungerande verksamhet som har en helhetssyn på individen och som drivs i nära dialog med brukarna. Samtliga intervjuade är engagerade i verksamheten och har en vilja att arbeta med ständiga förbättringar.

Kontoret konstaterade avvikelser mot förfrågningsunderlaget och handlingsplan skickades till Imera. Den besvarades inom utsatt tid och enligt följande:

Personal, bemanning och kompetensutveckling - Arbete pågår med utvecklingssamtal där individuell kompetensutveckling beaktas och dokumenteras.

Dokumentation och genomförandeplaner - Samtliga åtgärds punkter som anges för genomförandeplan och dokumentation är genomförda sedan juni 2014 samt att dokumentation sker enligt SOSFS 2014:5.

Utifrån de uppgifter som lämnats i handlingsplanen och de bilagor som bifogats, bedömer kontoret att samtliga krav i avtalet är uppfyllda.

Omsorgsförvaltningen

Tomas Odin
Direktör

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

Handläggare
Ann Larsén
Christina Rosendahl
Charlotta Larsson

Datum
2015-01-12

Diarienummer
NHO-2014-0098

Avtalsuppföljning vid Imera i Uppsala

Beskrivning av den uppföljda verksamheten

Utförare och enhet	Imera (EBK)
Adress	Stabby Backe
Verksamhetschef	Janne Eriksson
Telefon och mejladress till enheten	018-50 31 60, 070-895 78 05
Uppföljning utförd av	Christina Rosendahl, Ann Larsén och Charlotta Larsson
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	VD, verksamhetschef, samt två arbetshandledare
Typ av verksamhet	Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS
Totalt antal	23 platser (Avtal 24 platser)
Avtalstid	2014-04-01—2014-10-30
Datum för uppföljning	2014-05-07

Imera (tidigare EBK) är godkänd som utförare inom systemet för eget val avseende insatsen daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS.

23 brukare har valt Imera som utförare varav 11 brukare är från annan kommun. Åldersspannet är mellan 20-51 år och majoriteten av brukarna är män. Flertalet av brukarna arbetar heltid.

1 Sammanfattning

Imera, daglig verksamhet har sin lokal i Stabby Backe där uppgifterna för brukarna består av monteringsarbeten. Idag monteras hopprep som går vidare till hela Europa. Utanför Uppsala finns en lantgård i Rasbokil där arbetsuppgifterna är främst skötsel av djur och trädgård. De har även en mobil grupp som utför olika uppgifter för företaget och externa företag ute i samhället. Imera är godkända som utförare inom valfrihetssystemet för daglig verksamhet. Kontoret genomförde en planerad avtalsuppföljning vid enheten Stabby Backe genom intervjuer och studier av verksamhetens ledningssystem för kvalitet innehållande bl.a. företagets målsättning och vision, etiska dokument, lagar och riktlinjer, arbetsmiljöpolicy, hälso- och sjukvård, personal och friskvård.

1.1 Kontorets kommentar efter genomförd uppföljning

Nedanstående områden har varit fokusområden i den nu genomförda uppföljningen. Kontorets slutsatser sammanfattas i nedanstående punkter.

Nämndens upplevelsekriterier och inflytande för den enskilde

- Uppfyller kraven i avtalet. Nämndens upplevelsekriterier är implementerade i det dagliga arbetet. Utöver upplevelsekriterierna arbetar verksamheten på ett strukturerat sätt utifrån den egna värdegrunden samt det av verksamheten framtagna etiska dokument.

Personal, bemanning och kompetensutveckling

- Uppfyller kraven i avtalet med undantag för individuell kompetensutvecklingsplan. Ledning och personal har adekvat utbildning och/eller lång erfarenhet från området. Vid nyanställning krävs omvårdnadsprogrammet och stor vikt läggs vid personlig lämplighet. Det som framkommit är dock att individuell kompetensutvecklingsplan saknas då de löst det på annat sätt. Kontoret begär i handlingsplan vilka åtgärder som kommer att vidtas för att kraven i avtalet ska uppfyllas när det gäller kompetensutvecklingsplaner.

Dokumentation och genomförandeplaner

- Uppfyller inte kraven i avtalet. Kontoret begär i handlingsplan en beskrivning av vilka åtgärder verksamheten kommer att vidta för att komma till rätta med de åtgärdsplaner som framkom vid dokumentationsgranskningen.

Klagomåls- och avvikelshantering

- Uppfyller kraven i avtalet. Samtliga intervjuade kan beskriva arbetet med klagomåls- och avvikelshantering samt med riskanalys och handlingsplan. Ny informationspärm innehållande kvalitetsledningssystem är utarbetad och tillgänglig för all personal. Samtliga intervjuade kan på ett ingående sätt beskriva innebörden av Lex Sarah.

Hälso- och sjukvård samt habiliterande och rehabiliterande arbetsätt

- Uppfyller kraven i avtalet. Verksamheten har skriftliga rutiner gällande hälso- och sjukvårds insatser som är kända av samtliga intervjuade. Personalen arbetar på ett

medvetet sätt med att brukarna ska ges förutsättningar att bli så självständiga som möjligt genom att uppmuntra den enskilde att göra det han/hon kan själv.

Samverkan

- Uppfyller kraven i avtalet.

1.1 Krav på åtgärder

Kontoret begär att Imera senast 2 februari 2015 återkommer med en handlingsplan om hur konstaterade brister ska åtgärdas samt tidplan för detta. Handlingsplanen ska skrivas i av kontoret tillhandahållen mall, se bilaga.

Handlingsplanen ska skickas med e-post till omsorgsforvaltningen@ uppsala.se och kommer då att diarieföras och registreras som offentlig handling.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Imera är godkänd som utförare för daglig verksamhet inom valfrihetssystemet enligt lag om valfrihet (LOV). Avtalet löper ut 2014-10-30. Kontoret genomför därför en planerad avtalsuppföljning.

2.2 Syfte och avgränsningar

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

Syftet med nämndens samlade uppföljning är att:

- Kontrollera avtalsuppfyllelse, och därmed kvaliteten i beställd verksamhet.
- Bidra till verksamhetsutveckling och kvalitetssäkring.
- Säkerställa att utveckling sker i enlighet med politiska beslut och viljeinriktningar.
- Säkerställa att den enskilde som beviljats insatser får dessa verkställda i enlighet med beslut och till förväntad kvalitet.

Resultatet av uppföljningen grundas på den information som framkommit vid samtal med de intervjuade samt granskning av följande dokument:

- Rutin för egenkontroll
- Rutin för klagomålshantering
- Rutin för Lex Sarah
- Rutin för kontakt med legitimerad personal
- Rutin för upprättande av genomförandeplan/individuell plan
- Rutin för hot och våld
- Rutin för att upptäcka och hantera våld och övergrepp mot enskild
- Rutin och checklista för introduktion av nyanställda
- Rutin för kompetensutveckling
- Rutin för tystnadsplikt/ sekretess
- Jämställdhetsplan för enheten/utföraren

Kontoret har därmed inte granskat samtliga av utförarens dokumenterade rutiner i verksamhetens ledningssystem för kvalitet och övriga dokument. Kontorets bedömning utgår således från den information som lämnats vid intervjutillfället och som återfinns i granskade dokument.

Kontoret har fokuserat på valda ska-krav men förutsätter att verksamheten följer samtliga ska-krav i avtalet.

2.3 Metod

Uppföljningen genomfördes i form av intervjuer med arbetshandledare, verksamhetschef och VD. Intervjuerna hölls separat. Dokumentstudier av valda delar av verksamhetens ledningssystem för kvalitet har genomförts.

Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

2.4 Styrkor och utmaningar i verksamheten enligt de intervjuade

Ledningen och arbetshandledarna beskriver samstämt arbetsglädje, kreativitet och engagemang för verksamheten. Beslutsvägarna är korta och åtgärder som behöver vidtas, avhjälpas omgående. Brukarna är kända sen flera år tillbaka och personalen har arbetat länge i verksamheten. Det negativa som framkommer är att lokalerna är lite trånga.

2.4.1 Iakttagelser

Mycket god stämning mellan arbetshandledarna, chefer och brukare. Brukarna har varit länge i verksamheten och de få som slutat har flyttat till annan ort.

2.5 Nämndens upplevelsekriterier och inflytande för den enskilde

2.5.1 Iakttagelser

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

Vid intervjutillfället framkommer att upplevelsekriterierna är kända i verksamheten. Samsyn råder mellan ledning och personal och de beskriver vad kriterierna betyder för verksamheten.

- *Trygghet:* Personalen har individuella samtal en gång i månaden där brukaren får möjlighet att uttrycka sig om sin situation i gruppen. Vid behov, för den enskilde, samarbetar arbetshandledarna med boendepersonal. Brukarna blir hörda, sedda och förstådda. Verksamheten har genomfört en enkätundersökning med brukarna genom en extern person som intervjuat dem, vilket gav ett gott resultat. På en tidsperiod av 14 år är det två personal som slutat, vilket ger kontinuitet i personalgruppen och skapar trygghet för brukarna.
- *Oberoende:* Brukarna får lära in nya färdigheter och är i ett socialt sammanhang. De får arbeta självständigt och vet sina arbetsuppgifter. Personalen, en och samma, har strukturerade samtal med sin brukare för att lyssna på vad personen vill.
- *Respektfullt bemötande:* Sunt förnuft råder. Behandlar brukarna som man bemöter andra människor. Etiska värderingar genomsyrar verksamheten. Feedback ges till varandra direkt. Personalen har månadssamtal med samtliga brukare utifrån en mall. Frågor som behandlas vid samtalen är bl.a. vad som varit bra och dåligt under månaden, den personliga utvecklingen och individuella mål inför kommande månad.

- *Delaktighet och inflytande:* Utifrån det enskilda månadssamtalet är brukaren med och väljer aktivitet och arbetsuppgifter för kommande vecka.

Utöver upplevelsekriterierna arbetar verksamheten utifrån den egna värdegrunden. All personal har en egen pärm där olika dokument förvaras, exempel etiska dokument, checklistor samt övriga delar i ledningssystemet för kvalitet. En egen pärm finns för introduktion av nyanställda.

2.5.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Med stöd av vad som framkommit vid intervjutillfällena bedömer kontoret att Imera uppfyller kraven i avtalet. Nämndens upplevelsekriterier är implementerade i det dagliga arbetet. Utöver upplevelsekriterierna arbetar verksamheten på ett strukturerat sätt utifrån den egna värdegrunden samt det av verksamheten framtagna etiska dokument.

2.6 Personal, bemanning och kompetensutveckling

I verksamheten finns 8.0 årsarbetare bestående av arbetshandledare, verksamhetschef samt VD. Vid sjukfrånvaro struktureras verksamheten om och man går in för varandra. Verksamhetschefen är legitimerad sjuksköterska, personalen har omvårdnadsprogrammet (förutom en) och alla har gått utbildning i kognitiv beteende terapi (KBT).

Nyanställd personal introduceras genom introduktionspass och uppföljning sker senast tre månader efter start. Vid uppföljningen ska den nyanställda ha fått all information i checklistan och då uppföljning sker, diskuteras alla punkter.

All personal har haft medarbetarsamtal. Däremot saknas skriftliga individuella kompetensutvecklingsplaner. Utbildningsbehov tas upp på personalmöten samt planeringsdagar vilket fungerar väl enligt samtliga intervjuade. Utbildning identifieras och genomförs både enskilt och i grupp. Den som går en utbildning delger sen de övriga i arbetslaget. Vid intervjutillfället framkommer att det främst är verksamhetschefen som ansvarar för omvärldsbevakning och som sen förmedlar denna till personalen vid arbetsplatsträffar.

2.6.1 Kontorets kommentarer och slutsatser

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna och studier av verksamhetens dokument, bedömer kontoret att verksamheten uppfyller villkoret i avtalet i flera delar. Ledning och personal har adekvat utbildning och/eller lång erfarenhet från området. Vid nyanställning krävs omvårdnadsprogrammet och stor vikt läggs vid personlig lämplighet. Det som framkommit är dock att individuell kompetensutvecklingsplan saknas då de löst det på annat sätt. Kontoret begär i handlingsplan vilka åtgärder som kommer att vidtas för att kraven i avtalet ska uppfyllas när det gäller kompetensutvecklingsplaner.

2.7 Dokumentation och genomförandeplaner

2.7.1 Iakttagelser

Personalen har enligt egen utsago inte gått utbildning i social dokumentation. De är till viss del informerade om vad som ska dokumenteras genom verksamhetschefen. Personalen lämnar in skriftlig sammanfattning till verksamhetschef som sen dokumenterar i Siebel.

Verksamhetschefen har till dags datum endast dokumenterat för en brukare. All dokumentation förvaras i låst skåp. Informationsöverföring sker skriftligt via pappersjournaler. När det gäller genomförandeplaner så framkommer att inte alla brukare har en genomförandeplan, mycket beroende på att flera saknar beslut och övriga beställningar är inaktuella eller undermåliga. Medverkande vid upprättandet av genomförandeplaner är brukaren, legal företrädare, personal och verksamhetschef.

De intervjuade uppger att kontakten med handläggarna är bristfällig, de byts ofta ut och de har aldrig besökt brukaren eller verksamheten.

Dokumentationsgranskning har genomförts på enheten som en del i avtalsuppföljningen. Vid dokumentationsgranskningen konstaterades brister (se bilaga 1). Sammanställningen har skickats till verksamhetschef.

2.7.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

- Utföraren ska dokumentera enligt LSS i enlighet med SOSFS 2006:5 samt i förekommande fall enligt hälso- och sjukvårdslagen.
- Utföraren ska upprätta en genomförandeplan tillsammans med den enskilde och/eller dess företrädare.
- Av planen ska bl.a. framgå målet för insatsen, hur den dagliga verksamheten ska vara utformad samt när och hur uppföljning ska ske. Av planen ska också framgå planerad närvaro i tid och antal dagar på daglig verksamhet.

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna samt vid dokumentationsgranskning bedömer kontoret att Imera inte uppfyller kraven i avtalet gällande dokumentation och genomförandeplaner.

Kontoret begär i handlingsplan en beskrivning av vilka åtgärder verksamheten kommer att vidta för att komma till rätta med de åtgärds punkter som framkom vid dokumentationsgranskningen. Därutöver begär kontoret ett klargörande av hur ofta verksamhetschefen dokumenterar i Siebel samt hur dokumentationen förvaras.

2.8 Klagomåls- och avvikelsehantering

Kontoret har vid avtalsuppföljningen fokuserat på:

- Synpunkter och klagomål
- Lex Sarah

2.8.1 Iakttagelser

Verksamheten har skriftliga rutiner för klagomåls- och avvikelshantering. Synpunkter och klagomål hanteras och dokumenteras på klagomålsblankett direkt när de uppstår och återkoppling sker omgående, helst samma dag, enligt samtliga intervjuade. Dessa tas sedan upp på personalmöte.

Under året kommer verksamheten att påbörja arbetet med årlig kvalitetsuppföljning då de sammanställda klagomålen/synpunkterna analyseras och följs upp som ett led i verksamhetens förbättringsarbete. Ny informationspärm innehållande kvalitetsledningssystem har utarbetats och delats ut till all personal.

Samtliga intervjuade kan på ett ingående sätt beskriva innebörden av Lex Sarah. Verksamheten har skriftliga rutiner för extra ordinära händelser där det framgår hur personalen ska agera i olika situationer och dessa är väl kända av all personal.

Verksamheten har skriftliga rutiner för riskanalys och handlingsplan inom flera områden enligt samtliga intervjuade. Därutöver pågår arbete med att utarbeta en lathund för att se tidiga signaler och arbeta förebyggande så att hotfulla situationer inte uppstår.

2.8.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Enligt kraven i avtalet ska utföraren ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som uppfyller kraven enligt Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2011:9). Ledningssystemet ska bl.a. säkerställa att rutiner finns för hur avvikelser i verksamheten ska förebyggas, identifieras, analyseras och följas upp.

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna samt granskning av verksamhetens rutiner bedömer kontoret att Imera uppfyller kraven i avtalet i denna del. Samtliga intervjuade kan beskriva arbetet med klagomåls- och avvikelshantering samt med riskanalys och handlingsplan. Ny informationspärm innehållande kvalitetsledningssystem är utarbetad och tillgänglig för all personal. Samtliga intervjuade kan på ett ingående sätt beskriva innebörden av Lex Sarah.

2.9 Hälso- och sjukvård samt habiliterande och rehabiliterande arbetsätt

I förfrågningsunderlaget framgår följande:

Hälso- och sjukvårdsinsatser av medicinsk och rehabiliterande karaktär kan ingå i personalens arbetsuppgifter. Om så är fallet så gäller för hälso- och sjukvårdsinsatserna följande:

- Om den enskilde bor i en bostad med särskild service så har utföraren med driftansvaret för bostaden även hälso- och sjukvårdansvaret inom den enskildes dagliga verksamhet.
- Om den enskilde har insatsen boendestöd så har boendestödet hälso- och sjukvårdansvaret.
- Om den enskilde bor i ordinärt boende och inte har boendestöd så ska den enskilde välja en utförare inom hemvården som har behörighet för hälso- och sjukvård.

Legitimerad personal från bostad med särskild service, boendestöd eller hemvård ska tillhandahålla delegering och den reella kompetens som behövs för att utföra uppgiften till personalen inom daglig verksamhet.

2.9.1 Iakttagelser

Verksamheten har skriftliga rutiner för kontakt med legitimerad personal, delegering/egenvård, signeringslista, avvikelshantering läkemedel samt hälso- och sjukvårdsavvikelser. Rutinerna är kända av samtliga intervjuade.

Personalen beskriver vad rehabiliterande/habiliterande arbetssätt innebär för verksamheten. De har ett medvetet tänk och gemensamt förhållningssätt när det gäller träning av funktionella färdigheter. De uppmuntrar den enskilde att självständigt genomföra varje moment i en aktivitet som han/hon har förmågan att klara.

2.9.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att Imera uppfyller kravet i avtalet i denna del. Verksamheten har skriftliga rutiner gällande hälso- och sjukvårds insatser som är kända av samtliga intervjuade. Personalen arbetar på ett medvetet sätt med att brukarna ska ges förutsättningar att bli så självständig som möjligt genom att uppmuntra den enskilde att göra det han/hon kan själv.

2.10 Samverkan

I förfrågningsunderlaget framgår att utföraren ska ha en rutin för samverkan med den enskilde, anhöriga, biståndshandläggare, eventuell bostad med särskild service, eventuellt boendestöd, berörd hälso- och sjukvårdsansvarig och/eller andra för den enskilde viktiga personer. Samverkan förutsätter den enskildes samtycke.

2.10.1 Iakttagelser

Verksamheten har en skriftlig rutin för samverkan. De samverkar med bl.a. den enskildes boende, habiliteringen och psykiatrin, enligt personalen. Kontakten med anhöriga kan se olika ut beroende av önskemål från både enskild och anhörig.

Personalen samverkar med den enskildes boende och arbetsterapeut när miljön behöver anpassas för att tillgodose den enskildes behov. Som exempel ges visuella hjälpmedel, tidslinje, instruktioner, rollator och IPAD.

2.10.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

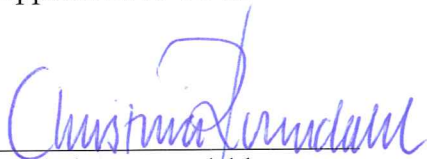
Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att Imera uppfyller kraven i avtalet i denna del.

3 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. Samtliga intervjuade är engagerade i verksamheten och har en vilja att arbeta med ständiga förbättringar.

Då avvikelser mot förfrågningsunderlaget konstaterats i ett av de uppföljda områdena förefaller det som att utföraren inte implementerat uppdraget tillräckligt hos den nu uppföljda enheten.

Uppsala 2015-01-12



Christina Rosendahl
Uppdragsstrateg



Ann Larsén
Uppdragsstrateg

Handläggare
Christina Rosendahl

Datum
2015-01-19

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN

Uppföljningsobjekt: Imera daglig verksamhet

Verksamhetschef: Janne Eriksson

Handlingsplan Omsorgsförvaltningen tillhanda senast: 2 februari 2015

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 Omsorgsförvaltningen, strategiska avdelningen, Svartbäcksgatan 44.

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

Uppföljningsobjekt: Imera, daglig verksamhet

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
Individuell kompetensutvecklingsplan Vilka åtgärder kommer att vidtas för att kraven i avtalet ska uppfyllas när det gäller kompetensutvecklingsplaner.	Individuell kompetensutveckling beaktas och dokumenteras i årliga utvecklingssamtal, se bifogad mall för utvecklingssamtal, bilaga 1	VC (Verksamhetschef)	Ett samtal per år, samtal pågår under jan/feb 2015 med samtliga anställda enligt bilaga 1.	Uppföljning sker vid nästkommande utvecklingssamtal, d.v.s. en gång per år. Uppföljning sker också vid varje personalmöte under obligatorisk punkt "utbildning" på Imeras agenda	JA	
Dokumentation och genomförandeplaner. Beskriv vilka åtgärder som kommer att vidtas för att komma till rätta med de åtgärdsplaner (definiera samtliga) som framkom vid dokumentationsgranskning.	Samtliga åtgärdsplaner (se bilaga 2) som anges för genomförandeplan och dokumentation är genomförda sedan juni 2014 (går att kontrollera i Siebel). Dokumentation sker enligt SOSFS 2014:5	VC	Löpande	Uppföljning av genomförandeplaner och dokumentation sker enligt krav görs varje personalmöte under obligatorisk punkt på Imeras agenda. Genomförandeplan i sig följs upp varje månad under månadssamtal mellan kund och Arbetshandledare. Övrig uppföljning av genomförandeplan sker efter önskemål från handläggare, t.ex. halvårsvis	JA	

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
Klargör hur ofta verksamhetschefen dokumenterar i Siebel samt hur den sociala dokumentationen förvaras.	VC dokumenterar i Siebel en g per månad då personalens månadssammanfattning och uppföljning av genomförandeplan förs in. Utöver det dokumenteras i Siebel vid speciella tillfällen/behov samt när ny kund anländer. Pappersdokumentation, "Siebeldator" och tillhörande inloggningsdosa förvaras i låst dokumentskåp. Siebeldokumentation förvaras på kommunal server.	VC	Löpande	Uppföljning av att dokumentation sker enligt krav görs varje personalmöte under obligatorisk punkt på Imeras agenda.	JA	