

Handläggare
Christina Rosendahl

Datum
2014-10-08

Diarienummer
NHO-2014-0078.31

Nämnden för hälsa och omsorg

Avtalsuppföljning vid Frösunda Omsorg AB, ledsagarservice

Förslag till beslut

Nämnden för hälsa och omsorg föreslås besluta

att med beaktandet av resultatet lägga rapporten till handlingarna,

Aktuellt

Nämnden för hälsa och omsorg beslutade vid nämndsammanträdet den 25 september 2014 att återremittera ärendet för vidare handläggning.

Ärendet

Frösunda Omsorg AB är godkänd som utförare inom systemet för eget val avseende insatsen ledsagarservice enligt SoL och LSS. Därutöver bedriver de verksamhet inom områdena personlig assistans, funktionsnedsättning (LSS), äldreomsorg och individ- och familjeomsorg (SoL). 25-30 brukare har valt Frösunda som utförare av ledsagarservice. Åldersspannet är mellan 20-90 år och majoriteten av brukarna är män. Funktionsnedsättning och behov varierar.

Kontorets samlade bedömning

Frösunda Omsorg AB:s avtal löpte ut 30 juni 2014 och företaget ansökte om förlängning. Kontoret genomförde därför en planerad avtalsuppföljning.

Efter genomförda intervjuer med ledsagarna, regionschef (ny tillträd) och enhetschefer informerade kontoret ledningen om de brister som framkom vid avtalsuppföljningen. Ledningen tog till sig den kritik som framfördes och skulle åtgärda bristerna omgående. Handlingsplan skickades till Frösunda Omsorg AB som besvarades inom utsatt tid. Svaren i handlingsplanen påvisar att Frösunda Omsorg AB tagit till sig kritiken. De hade upprättat ett kvalitetsledningssystem med tydliga rutiner för insatsen ledsagarservice samt en tidsplan för implementering.

Då avtalsbrott konstaterats inom samtliga uppföljda områden beslutade uppdragsstrateg (ansvarig för avtal) att förlänga avtalet under en begränsad period t.o.m. sista september, för att ge Frösunda Omsorg AB en möjlighet att åtgärda bristerna.

Enligt nämnden för hälsa och omsorgs avtal gäller följande:

- *Om en utförare uppvisar fel eller brister i sin verksamhet antingen vid ansökan eller vid uppföljning mot gällande avtal följs normalt en tillämpning av vad som framgår nedan.*
- *Varning – ersättningsreducering – hävning av avtal.*
- *I normalfallet utgår först en varning till utföraren. Med varning avses att utföraren får en tillsägelse att rätta till de fel eller brister som uppstått. Varningen följs upp genom att utföraren får lämna in en handlingsplan.*
- *Om felet eller bristen är av större karaktär, eller om utföraren inte åtgärdar påtalade fel eller brister, aktualiseras ersättningsreducering. Ersättningsreducering innebär att ersättningen reduceras från ett visst datum med 10 procent.*
- *Ersättningsreduceringen gäller fram till dess att felet eller bristen är åtgärdad, alternativt till dess att beställaren bedömer att utföraren inte klarar av att åtgärda fel eller brister. I detta fall kan hävning av avtal ske.*
- *Hävning av avtalet sker när en utförare allvarligt brustit i sitt åtagande, inte uppfyllt ställda krav, alternativt att utförare inte åtgärdat påtalade brister i verksamheten och genom detta åsamkat skada för den enskilde.*
- *Vidare har NHO rätt att direkt häva avtalet med utföraren när ett fel eller en brist är så omfattande eller när flera fel och brister sammantaget inneburit att villkor för godkännande inte längre uppfylls.*

Genom att Frösunda Omsorg AB åtgärdat de påtalade bristerna omgående och har tidplan för implementering av kvalitetsledningssystemet, bedömer kontoret att ersättningsreducering i nuläget inte är tillämpligt.

Kontoret kommer att genomföra en avtalsuppföljning under november månad för att säkerställa att kvalitetsledningssystemet implementerats i enlighet med ingånget avtal.

Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Tomas Odin
Tf Direktör

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

Handläggare
Christina RosendahlDatum
2014-06-25Diarienummer
NHO-2014-0078Frösunda Omsorg AB, ledsagarservice
Salagatan 18

Avtalsuppföljning vid Frösunda Omsorg AB, ledsagarservice

Beskrivning av den uppföljda verksamheten

Utförare och enhet	Frösunda Omsorg AB ledsagarservice
Adress	Salagatan 18
Regionschef	Sandra Lötbom-Andersson
Verksamhetschefer assistans och ledsagning	Marjo Ollgren Teija Österberg Ann Nyren (slutar inom kort) Leila Shirassi (slutar inom kort)
Telefon och mejladress till enheten	
Uppföljning utförd av	Christina Rosendahl och Maria Lindblom
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Regionschef och fyra verksamhetschefer, se ovan. Två ledsagare, båda anställda sedan januari 2014.
Typ av verksamhet	Ledsagarservice enligt SoL och LSS. Målgrupp personer 21 år och äldre.
Totalt antal	25-30 brukare
Avtalstid	2011-07-01--2014-06-30
Datum för uppföljning	2014-04-09

Frösunda Omsorg AB är godkänd som utförare inom systemet för eget val avseende insatsen ledsagarservice enligt SoL och LSS. Därutöver bedriver de verksamhet inom områdena personlig assistans, funktionsnedsättning (LSS), äldreomsorg och individ- och familjeomsorg (SoL).

25-30 brukare i Uppsala har valt Frösunda som utförare av ledsagarservice. Åldersspannet är mellan 20-90 år och majoriteten av brukarna är män. Funktionsnedsättning och behov varierar.

1 Sammanfattning

Nedanstående områden har varit fokusområden i den nu genomförda uppföljningen. Kontorets slutsatser sammanfattas i nedanstående punkter. För utförligare kommentarer se respektive område i rapporten.

Nämndens upplevelsekriterier och inflytande för den enskilde

- Avtalsbrott – kunskap och nämndens upplevelsekriterier saknas helt i verksamheten.

Klagomåls- och avvikelshantering

- Avtalsbrott – Verksamheten följer inte kraven enligt SOSFS 2011:5 och SOSFS 2011:9 då dokumenterade processer, aktiviteter, rutiner för klagomålshantering och anmälan om missförhållanden enligt Lex Sarah saknas helt för insatsen ledsagarservice. Därmed kan avvikelser inte förebyggas, identifieras, analyseras och följas upp.

Riskanalys och säkerhet

- Avtalsbrott – Rutiner för riskanalys och handlingsplan saknas. I vissa fall är riskanalys och handlingsplan en förutsättning för att säkerställa informationsöverföring och därigenom garantera den enskildes säkerhet.

Personal, bemanning och kompetensutveckling

- I enlighet med avtal – undertecknad förbindelse för sekretess och tystnadsplikt.
- Avtalsbrott - en verksamhetschef saknar den formella kompetens som krävs.
- Avtalsbrott - introduktion av nyanställda ledsagare genomförs inte och rutiner saknas helt för detta.

Hälso- och sjukvård

- I enlighet med avtal - Vid behov kontaktas den för brukaren ansvariga sjuksköterskan för utbildning och delegering.
- Avtalsbrott - Kontoret konstaterar brister när det gäller skriftliga rutiner och information till ledsagarna, vilket även inkluderar rehabilitering.
- Avtalsbrott – Rutiner för samverkan saknas.

Dokumentation och genomförandeplaner

- Avtalsbrott - Verksamheten påbörjade social dokumentation först under mars 2014. Genomförandeplan saknas för de flesta brukare. Rutiner saknas helt för dokumentation (inklusive informationsöverföring), genomförandeplan samt ledsagarnas medverkan i dessa delar.
- Avtalsbrott – Dokumentation och information skickas via e-post.

1.1 Krav på åtgärder

Kontoret begär att Frösunda Omsorg AB senast den 16 juli 2014 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 halsa-var-d-omsorg@uppsala.se och kommer då att diarieföras och registreras som offentlig handling.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Frösunda Omsorg AB är sedan 2008 godkänd som utförare inom valfrihetssystemet enligt lag om valfrihet (LOV). Avtalet löper ut 2014-06-30 och företaget ansöker om förlängning. 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. Nedanstående dokument har begärts in men då verksamheten inte upprättat några rutiner för ledsagarservice, kan dessa inte granskas.

- 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 för att upptäcka och hantera alkohol och andra droger
- Rutin och checklista för introduktion av nyanställda
- Rutin för kompetensutveckling
- Rutin för tystnadsplikt/ sekretess
- Jämställdhetsplan för enheten/utföraren
- Resultat av genomförda egenkontroller
- Resultat av genomförda externa revisioner

2.3 Metod

Uppföljningen genomfördes i form av intervjuer med ledsagare, verksamhetschefer och regionschef på enheten. Intervjuerna hölls separat med respektive yrkeskategori. Dokumentationsgranskning av journaler har genomförts som en del av avtalsuppföljningen.

3 Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

3.1 Styrkor och utmaningar i verksamheten enligt de intervjuade

Ledningen berättar vid intervjutillfället att Frösunda förutom ledsagarservice bedriver verksamhet inom områdena personlig assistans, funktionsnedsättning (LSS), äldreomsorg och individ- och familjeomsorg. De intervjuade verksamhetscheferna ansvarar för ledsagarservice i kombination med personlig assistans. Till sin hjälp har de teamsamordnare för assistansärenden men inte för ledsagarservice.

Regionschef beskriver att Frösundas grundtanke är att lyckas med alla brukare oavsett funktionsnedsättning och svårighet. Enligt ledningen når verksamheten det målet vilket de är väldigt stolta över. Företaget har en kundombudsman som är oberoende och har en medlarfunktion dit brukare kan vända sig när de är missnöjda. Brukarna informeras om detta vid start, i samband med utskick och på företagets hemsida. Ingen information lämnas dock till brukare som har ledsagarservice.

Enligt ledningen kommer verksamhetschefer att överta ansvaret för uppstart av nya ledsagarärenden från affärsutvecklare. I dagsläget saknas rutin för detta men det kommer att skapas enligt ledningen.

Information till nya ledsagare ges idag enbart muntligt till skillnad från personlig assistans ärenden som får en mapp med skriftlig information, enligt ledningen. Ledsagarna uppger vid intervjutillfället att skriftlig information skulle vara till stor hjälp i arbetet och uttrycker att de saknat detta vid introduktion.

Ledningen berättar att Frösundas nya ledningssystem, sedan april 2014, är utgångspunkten för allt kvalitetarbete i verksamheten. Just nu ligger fokus på social dokumentation samt genomförandeplaner p.g.a. att detta brister inom ledsagarservice, enligt ledningen. Verksamheten kommer att ha utbildning i social dokumentation och genomförandeplaner för ledsagare och verksamhetschefer under april 2014.

Vid uppföljningstillfället framkom att utföraren saknar flera rutiner för ledsagarservice samtidigt som dessa rutiner finns inom andra verksamhetsområden i företaget. Rutiner för ledsagarservice kommer att upprättas och när de är klara skickar regionschefen dessa till HVK.

3.2 Nämndens upplevelsekriterier och inflytande för den enskilde

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

3.2.1 Iakttagelser

Ledsagarna berättar vid intervjutillfället att de inte känner till nämndens upplevelsekriterier och de vet heller inte om Frösunda har en egen värdegrund. De uppger vidare att deras lämplighet som ledsagare bedömdes utifrån vad som framkom vid anställningsintervjuerna. När ledsagarna anställdes fick de endast information om brukaren. Frösundas organisation och övriga förutsättningar för uppdraget diskuterades aldrig, enligt ledsagarna.

Verksamhetscheferna uppger vid intervjutillfället att de inte känner till nämndens upplevelsekriterier. De har dialog med ledsagare via e-post för information om hur ledsagningen fungerar. Verksamhetscheferna förutsätter att allt fungerar bra när brukaren inte tar kontakt för byte av ledsagare. Regelbundna möten för ledsagarna arrangeras inte, enligt ledningen.

3.2.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Enligt ingånget avtal ska verksamheten bedrivas i enlighet med NHO:s mål och kvalitetskrav vilket innebär att den enskilde ska uppleva trygghet, respektfullt bemötande, delaktighet/inflytande och oberoende. Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att Frösunda bryter mot ingånget avtal genom att kunskap om nämndens upplevelsekriterier helt saknas i verksamheten för ledsagarservice. Det saknas därmed också ett sätt att systematiskt säkerställa att ledsagarna arbetar enligt nämndens syfte och mål med kriterierna.

Kontoret begär i handlingsplan:

- En beskrivning av hur verksamheten kommer att arbeta för att nämndens upplevelsekriterier ska blir kända och genomsyra hela verksamheten.
- En beskrivning av hur implementering ska ske och tidplan för detta.

3.3 Klagomåls- och avvikelshantering

Kontoret har vid avtalsuppföljningen fokuserat på:

- Synpunkter och klagomål
- Lex Sarah

3.3.1 Iakttagelser

Ledsagarna berättar att de inte är informerade om hur synpunkter och klagomål ska hanteras och de vet heller inte om företaget har en särskild blankett för detta. De uppger vidare att "om problem uppstår löser de situationen på plats" och är det något utanför deras ansvarsområde, kontaktar de verksamhetschef via telefon eller e-post. Enligt ledsagarna är brukarna nöjda med stödet och uttrycker att "uppstår inget behöver man inte diskutera så mycket om det".

Verksamhetscheferna uppger att de får synpunkter och klagomål via telefon eller e-post. Någon information för hur synpunkter och klagomål hanteras, har inte lämnats till ledsagarna då det inte funnits något behov enligt ledningen. Rutiner för klagomål och

synpunkter finns inom företaget när det gäller personlig assistans. Verksamhetscheferna har ingen förklaring till varför det inte finns inom ledsagarservice men är eniga om att det måste förändras. Rutiner för klagomål och synpunkter kommer att utarbetas även för ledsagarservice, enligt ledningen.

Ledsagarna uppger att de inte fått information om Lex Sarah men har hört talas om det "lite vagt". De kan inte redogöra för innebörden av Lex Sarah eller vilka rutiner Frösunda har för detta. Verksamhetscheferna bekräftar att rutin saknas för att informera ledsagarna om innebörden av Lex Sarah när de blir anställda. Denna rutin finns dock i företaget vid introduktion av personliga assistenter. Verksamhetscheferna uppger att de inte har någon förklaring till varför rutiner saknas gällande Lex Sarah för ledsagarservice.

Ledsagarna berättar att de vid kontakt med verksamhetschef alltid får bra hjälp samtidigt som de uttrycker att en mer ingående och tydlig information vore bra att få i samband med anställning. En lathund och/eller folder som innehåller de mest väsentliga och vad som gäller i olika situationer skulle vara till stor hjälp, enligt ledsagarna. En av ledsagarna undrar t.ex. vilken roll legal företrädare har när den enskilde frågar om ledsagaren kan följa med på en längre resa.

3.3.2 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 bedömer kontoret att Frösunda bryter mot ingånget avtal då verksamheten inte följer kraven enligt SOSFS 2011:5 och SOSFS 2011:9. Dokumenterade processer, aktiviteter, rutiner för klagomålshantering och anmälan om missförhållanden enligt Lex Sarah saknas helt för insatsen ledsagarservice. Därmed kan avvikelser inte förebyggas, identifieras, analyseras och följas upp.

Kontoret begär i handlingsplan:

- Vilka rutiner som kommer att upprättas för att uppfylla kraven i avtalet och SOSFS 2011:5 samt SOSFS 2011:9. De upprättade rutinerna bifogas handlingsplanen.
- En beskrivning av hur implementering ska ske och tidplan för detta.

3.4 Riskanalys och säkerhet

I denna del har kontoret haft fokus på riskanalys och handlingsplan för att brukarnas säkerhet ska garanteras.

3.4.1 Iakttagelser

Ledsagarna uppger att de vid vissa tillfällen fått information av anhöriga/ledningen att de inte ska diskutera vissa förhållanden med den enskilde t.ex. den medicinska prognosen när den

enskilde har en annan uppfattning. De betonar vikten av att lära sig bemöta varje unik situation som ledsagare. För det ställs stora krav på att vara flexibel, enligt ledsagarna.

Någon handlingsplan/riktlinje för en specifik brukare har ledsagarna inte fått av ledningen, de "lär sig ändå" bl.a. genom information från anhöriga eller via personal på den enskildes boende.

Verksamhetscheferna framför att det saknas rutiner för riskanalys och handlingsplan när det gäller ledsagarservice, vilket förklaras av att de inte haft kunder där det behövs. De uppger vidare att informationen ges mer spontant och muntligt när situationer uppstår vilket även kan innefatta specifika önskemål från den enskilde. Denna information dokumenteras inte i genomförandepånen, enligt verksamhetscheferna.

3.4.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Enligt kraven i avtalet ska utföraren göra en riskanalys med påföljande handlingsprogram för verksamheten så att säkerhet erhålls för brukarna.

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att Frösunda bryter mot ingånget avtal. I dagsläget ger verksamhetscheferna muntlig information till ledsagarna när den enskilde har specifika behov. Rutiner för riskanalys och handlingsplan är i vissa fall en förutsättning för att säkerställa informationsöverföring och därigenom garantera den enskildes säkerhet.

Kontoret begär i handlingsplan:

- Att rutiner för riskanalys och handlingsplan upprättas där det även framgår när de ska tillämpas samt att de upprättade rutinerna skickas skriftligt till kontoret.
- En beskrivning av hur implementering ska ske och tidplan för detta.

3.5 Personal, bemanning och kompetensutveckling

I denna del har kontoret haft fokus på:

- Utbildning, kunskap och erfarenhet.
- Introduktion för nyanställda.
- Undertecknad förbindelse gällande sekretess och tystnadsplikt.

3.5.1 Iakttagelser

Vid intervjutillfället framkommer att det i verksamheten finns tre verksamhetschefer (3,0 årsarbetare) som ansvarar för både ledsagarservice och personlig assistans. Två verksamhetschefer slutar inom kort och två nya har rekryterats. De verksamhetschefer som slutar saknar formell kompetens. En av de nyrekryterade verksamhetscheferna har formell kompetens men det är oklart om erfarenheten är tillräcklig. Den andra har erfarenhet men saknar den formella kompetensen. Sammantaget innebär det att regionschef samt en av tre verksamhetschefer har formell kompetens och erfarenhet i enlighet med ingånget avtal.

Ledsagare rekryteras utifrån den enskildes behov och önskemål, enligt verksamhetscheferna. Anställningsintervjuer genomförs där utgångspunkten är utbildning och kompetens. Språkkunskaper i svenska, tal och skrift, bedöms via den skriftliga ansökan och vid anställningsintervjun. Den enskilde kan välja sin anhörige som ledsagare under förutsättning att de är överens, enligt verksamhetscheferna.

Rutin för introduktion av nya ledsagare saknas enligt samtliga intervjuade. Enligt ledningen förklaras det av att majoriteten av ledsagarna endast har ett enstaka ärende. Ledsagarna berättar att de inte fått någon specifik introduktion och heller inte någon information om hur den enskilde ska bemötas utifrån aktuell funktionsnedsättning.

Båda ledsagarna har undertecknat en förbindelse gällande sekretess och tystnadsplikt.

Regelbundna möten för ledsagarna arrangeras inte, enligt ledningen. Ledsagarna uppger att det var positivt att träffa varandra i samband med avtalsuppföljningen för att ta del av varandras kunskap och erfarenheter. De uttrycker också att det vore önskvärt med regelbundna gemensamma träffar.

3.5.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Enligt kraven i avtalet ska:

- Ansvarig chef på enheten ha relevant högskoleexamen för verksamhetsområdet samt minst fem års erfarenhet på minst motsvarande 30 timmar/vecka av arbete inom området vård och omsorg eller specialpedagogik, denna person har ansvar för den dagliga driften.
- Introduktion för nyanställda ska hållas utifrån ansvar för respektive ledsagningsuppdrag.
- Utföraren ansvarar för att all personal och uppdragstagare ska ha för arbetsuppgifterna och verksamhetens inriktning adekvat utbildnings- och erfarenhetsbakgrund i enlighet med Socialstyrelsens "Rätt kompetens hos personal i verksamheter för personer med funktionsnedsättning – Vägledning för arbetsgivare".
- Utföraren ska ansvara för att all personal och uppdragstagare iakttar de bestämmelser i SoL och LSS om sekretess, tystnadsplikt och anmälningsplikt som gäller för socialtjänstens personal.

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att Frösunda uppfyller kraven i avtalet när det gäller undertecknad förbindelse, sekretess och tystnadsplikt. I övriga delar bryter Frösunda mot ingånget avtal vad gäller anmälningsplikt, en verksamhetschef saknar den formella kompetens som krävs. Introduktion av nyanställda genomförs inte och rutiner saknas helt för detta.

Kontoret konstaterar att samtliga uppföljda områden är bristande vad gäller kunskap och rutiner. Kontoret anser att en förutsättning för att implementera de rutiner som skapas för ledsagarna är att regelbundna möten anordnas.

Kontoret begär i handlingsplan:

- En beskrivning av hur verksamheten kommer att arbeta för att kraven i avtalet ska uppfyllas gällande verksamhetschefens formella kompetens och tidplan för detta.
- Kontoret begär kompletterande uppgifter när det gäller erfarenhet för den verksamhetschef som nyligen anställts.
- Att rutiner för introduktion upprättas samt en beskrivning av hur implementering ska ske och tidplan för detta. De upprättade rutinerna ska bifogas handlingsplanen.
- En beskrivning av hur möten kommer att anordnas för ledsagarna (innehåll, syfte och frekvens).

3.6 Hälsa- och sjukvård

Enligt kraven i avtalet ska personal och uppdragstagare i förekommande fall kunna ta emot och omsätta hälso- och sjukvårdsuppgifter efter handledning och utifrån delegering och instruktion från legitimerad personal. Vidare ska personalen ges förutsättningar att kunna utföra delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter på ett patientsäkert sätt. Som exempel kan nämnas hantering av läkemedel eller hjälpmedel (exempelvis tekniskt avancerad rullstol).

3.6.1 Iakttagelser

Verksamhetscheferna uppger vid intervjutillfället att det sällan förekommer delegering men i de fall det blir aktuellt kontaktar verksamhetschef ansvarig sjuksköterska för respektive brukare. De uppger vidare att verksamheten saknar rutiner för genomgång med ledsagarna om vilka moment som ingår för respektive brukare (t.ex. förflyttning).

En av ledsagarna har gått delegeringsutbildning för en brukare. Den andra ledsagarens erfarenhet är att boendet hjälper till vid överflyttning till rullstol. Båda ledsagarna upplever en välfungerande samverkan med personal på t.ex. boenden.

3.6.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Med stöd av vad som framkommer vid intervjutillfällena bedömer kontoret att Frösunda delvis uppfyller kraven i avtalet. Vid behov kontaktas den för brukaren ansvariga sjuksköterskan för utbildning och delegering. Kontoret konstaterar dock brister när det gäller skriftliga rutiner och information till ledsagarna vilket även inkluderar rehabilitering. Därutöver konstaterar kontoret brister mot SOSFS 2011:9 avseende rutiner för samverkan.

Kontoret begär i handlingsplan:

- Att skriftliga rutiner upprättas för samverkan, hälso- och sjukvårdsinsatser samt implementering och tidplan för detta. De skriftliga rutinerna ska bifogas handlingsplanen.

3.7 Dokumentation och genomförandeplaner

I denna del har kontoret haft fokus på social dokumentation och genomförandeplaner.

3.7.1 Iakttagelser

Ledsagarna berättar vid intervjutillfället att de inte dokumenterat i social journal förrän mars 2014. De uppger att det var först då de fick information om dokumentationsskyldighet och blev ålagda att dokumentera av verksamhetschef. Dokumentationen skickas till verksamhetschef via e-post. Verksamhetschef för sedan in dokumentationen i Siebel. Information om vad som ska dokumenteras var från början otydlig, enligt ledsagarna. Ledsagarna har inte fått några direktiv om hur de ska hantera dokumentationen som skickas från privat dator men anser att detta borde ses över med tanke på sekretessen.

Verksamhetscheferna berättar att de fick tillgång till Siebel i början av året och bekräftar att de nyligen påbörjat dokumentation i social journal. De uppger vidare att inte alla ledsagare är informerade om dokumentationsskyldigheten ännu. När det gäller dokumentationsöverföring via e-post så har verksamhetscheferna inte funderat över detta men anser att rutin behöver skapas.

Majoriteten av brukarna har aktuella beställningar, enligt verksamhetscheferna. Beställningen delges inte ledsagaren utan verksamhetschefen ger kort muntlig information om brukarens funktionsnedsättning. Verksamheten har enbart utgått från brukarens önskemål och därför saknas genomförandeplaner för många brukare. I de fall genomförandeplan upprättats har ledsagaren inte varit närvarande. Det kan enligt verksamhetscheferna vara en bidragande orsak till att det är otydligt för samtliga parter.

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

3.7.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna samt vid dokumentationsgranskning bedömer kontoret att Frösunda bryter mot ingånget avtal, då verksamheten inte dokumenterar i enlighet med SOSFS 2006:5. Dessutom uppfyller inte verksamheten krav i LSS, SoL, OSL (offentlighets- och sekretesslag) samt SOSFS 2006:5 avseende sekretess och säker förvaring av information om den enskildes förhållanden då dokumentation och information skickas via e-post. Verksamheten påbörjade social dokumentation först under mars 2014. Genomförandeplan saknas för de flesta brukare. Rutiner saknas helt för dokumentation (inklusive informationsöverföring), genomförandeplan samt ledsagarnas medverkan i dessa delar. Det innebär att Frösunda även brister mot kraven i avtalet när det gäller inflytande och medbestämmande över insatser som ges.

Kontoret begär i handlingsplan:

- En beskrivning av hur verksamheten kommer att arbeta för att kraven i avtalet ska uppfyllas gällande dokumentation och genomförandeplaner, vilket även innefattar informationsöverföring och den enskildes inflytande och medbestämmande över insatser som ges.

- Att rutiner för social dokumentation, genomförandeplaner och informationsöverföring upprättas samt implementering och tidplan. De upprättade rutinerna ska bifogas handlingsplanen.
- En beskrivning av vilka åtgärder verksamheten kommer att vidta för att komma till rätta med de åtgärdsplaner som framkom vid dokumentationsgranskningen.
- En beskrivning av vilka åtgärder verksamheten kommer att vidta för att komma till rätta med de brister som framkom vid uppföljningen avseende sekretess och säker förvaring.

3.8 Tilläggstjänster

3.8.1 Iakttagelser

Frösunda erbjuder inte tilläggstjänster.

4 Kontorets avslutande kommentar

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuer och dokumentationsgranskning konstaterar kontoret avtalsbrott inom samtliga uppföljda områden. Eftersom utföraren saknar rutiner för verksamheten uppfylls inte SOSFS 2011:9. Verksamheten har inte kartlagt processer, aktiviteter och rutiner som behövs i tillräcklig omfattning. Därmed är heller inte krav i avtalet uppfyllda angående ledningssystem.

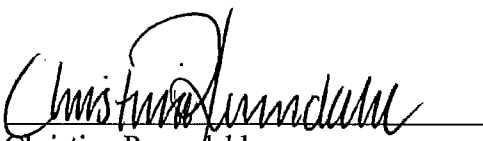
Kontoret noterar att de intervjuade ledsagarna har en ambition att utföra ett bra arbete och har idéer om vad som kan förbättras. Verksamhetscheferna tar på ett ödmjukt sätt till sig de brister strategerna framför och säger att de kommer att verka för att bristerna avhjälpas omgående.

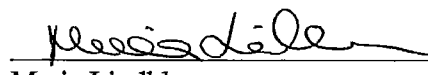
Kontoret vill påminna Frösunda om ansvar och sanktioner vid fel eller brister, vilket framgår av aktuellt förfrågningsunderlag.

- Varning
- Ersättningsreducering
- Hävning av avtal

Kontoret förutsätter att verksamheten omgående vidtar nödvändiga åtgärder. Om detta inte sker inom rimlig tid och omfattning kan ersättningsreducering utgå och avtalet kommer inte att förlängas efter 2014-10-31.

Uppsala 2014-06-16


Christina Rosendahl
Uppdragsstrateg


Maria Lindblom
Uppdragsstrateg

Handläggare
Christina Rosendahl

Datum
2014-06-25

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO

Uppföljningsobjekt: Frösunda Omsorg AB, ledsagarservice
Regionschef: Sandra Lötbom-Andersson
Handlingsplan HVK tillhanda senast: 2014-07-16

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-varld-omsorg@ uppsala.se Ange det diarienummer som finns på uppföljningsrapporten i mejlet. Handlingsplanen kommer att diarieföras och registreras som offentlig handling.

Uppföljningsobjekt: Frösunda Omsorg AB, ledsagarservice

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
<p>Nämndens upplevelse- kriterier och inflytande för den enskilde.</p> <p>Beskriv hur verksamheten kommer att arbeta för att nämndens upplevelsekriterier ska bli kända och genomföra hela verksamheten.</p>	<p>Frösunda kommer att arbeta på flera fronter med att implementera kriterierna trygghet, oberoende, respektfullt bemötande, delaktighet och inflytande. Både ur ett kundperspektiv och ur ett medarbetarperspektiv.</p> <p>Kundperspektiv; När en ny kund kommer till oss så får hen ett välkomstmateriale av oss där det bla ingår Uppsalas kriterier där de beskrivs samt Frösundas värdegrund med beskrivning vad detta i praktiken betyder dvs att kunden alltid ska känna sig välkommen att höra av sig till närmaste chef (kontaktuppgifter finns med i</p>	<p>Regionchef att ta fram rutiner och skapa förutsättning samt att följa upp</p> <p>Verksamhetscheferna inom assistans i Uppsala för implementering och utbildning av ledsagaren samt info till kund</p>	<p>Rutiner och implementering i verksamheten är klart till 140930 på alla förbättringsområden i handlingsplanen</p>	<p>Egenkontroll görs 2 gånger/år på alla beskrivna ledsagarinsatser samt fler utifrån avtal.</p> <p>En extra internuppföljning kommer att ske november -14</p> <p>Se bilaga 27 dokument för egenkontroll bilaga 28 rutin för egenkontroll</p>	Ja	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	<p>mappen), att chef har regelbunden uppföljning i hur ledsagningen bedrivs genom telefonsamtal och besök till kund. Att kund alltid blir behandlad med respekt och att sekretess råder kring kunden. Hen ska alltid känna att det finns möjlighet att byta ledsagare om så önskas. Kunden är med vid rekrytering av ny ledsagare och kunden är den som avgör om hen vill pröva utvalda ledsagare. Kunden är alltid den som bestämmer över sin insats samt när och hur insatsen ska bedrivas.</p> <p>I genomförandeplanen som är upprättad hos och tillsammans med varje kund finns detta beskrivet men kunden kan ändra dag/tid och aktivitet i samråd med ledsagaren. Om kunden önskar kan detta gå via ansvarig chef.</p> <p>Genomförandeplanerna revideras minst 1 g/år oftare vid behov.</p>					

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	<p>(Bilaga 1 Välkomstpärm kund).</p> <p>Medarbetarperspektiv; På samma sätt som ovan beskrivet får medarbetare en introduktions och välkomstmapp när det blir aktuellt för anställning med info kring ovan samt vad som ingår i uppdraget. Utöver detta kommer Frösunda att ha ledsagarträffar minst två (2) gånger/år.</p> <p>Medarbetarna för månadsvis social journal på avsedd blankett för att dokumentera utförda insatser vilka verksamhetschef sedan för in i Siebel 1g/månad. Syftet med dokumentationen och hur den ska ske går igenom vid introduktionspasset samt att manual finns med i välkomstpärmen (se vidare avsnittet social dokumentation nedan)</p> <p>(Bilaga 2 Välkomstpärmen ledsagare. Till välkomstpärm</p>				Ja	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
<p>Beskriv hur implementering ska ske och tidplan för detta.</p>	<p>hör checklista bilaga 3 med tillhörande bilagor som återfinns i bilagor nedan under resp avsnitt)</p> <p>Implementering är påbörjad. Verksamhetscheferna har haft möten med regionchef och gått igenom vilka rutiner som ska finnas på enheten utifrån vårt uppdrag samt på vilket sätt vi ska arbeta. Dessa möten påbörjades under april månad när ny regionchef tillträdde samt två nya chefer började sin anställning och har sedan fortgått månadsvis.</p> <p>Information till nya ledsagare och kunder finns framtagna. Till befintliga kunder och medarbetare skickas materialet (välkomstmateriale kund/ledsagare) hem till både kund och medarbetare med start 1/8 och ska vara klart senast 140930.</p>	<p>Verksamhetscheferna inom assistans i Uppsala för implementering och utbildning av ledsagaren samt info till kund</p>	<p>Klart 140930</p>		<p>Ja</p>	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	<p>Journalanteckningar som ledsagare för görs hos de allra flesta redan i dag efter vår uppföljning med kommunen 140407 men ska finnas och komma chefen tillhanda från alla medarbetare månadsvis (se vidare under avsnitt social dokumentation).</p> <p>Ledsagarträffar är inplanerat och kommer att äga rum på Salagatan 17/9 -14 och med uppföljningsmöte i dec-14. Där nya rutiner samt välkomstpärm går igenom av verksamhetschef. Skriftlig info kring inbjudan och syftet har skickats ut till och medarbetare under juli månad. Kunderna har även fått ta del av denna information om förändrade rutiner för social dokumentation för ledsagarna i ett brev även det skickat i juli-14.</p>					
<p>Klagomåls- och avvikelshantering</p> <p>Vilka rutiner kommer</p>	I både medarbetar- och	Regionchef att	Klart 140930	Egenkontroll görs 2 gånger/år	Ja	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
<p>att upprättas för att uppfylla kraven i avtalet och SOSFS 2011:5 samt SOSFS 2011:9. De upprättade rutinerna bifogas handlingsplanen.</p>	<p>kundintroduktionen finns rutiner och information kring hur, när och var en synpunkt och/eller ett klagomål ska hanteras samt vad chefen gör med detta när det kommer denne tillhanda antingen från kund eller från ledsagare.</p> <p>Verksamhetschefen dokumenterar informationen i vårt datoriserade ledningssystem (som utgår från SOSFS 2011:5) som utgår från ett ärende (Bilaga 4.1 beskrivning av ledningssystemet 4.2 bilder ledningssystem 4.3 rollfördelning ledningssystem)</p> <p>I ledningssystemet lagras och spåras all information och styrs av behörigheter. Verksamhetschef kan på så sätt lätt se "sina" ärenden och systematiskt arbeta med förbättringar samt ta ut statistik. Regionchef ser alla chefers</p>	<p>ta fram rutiner och skapa förutsättning samt att följa upp</p> <p>Verksamhetscheferna inom assistans i Uppsala för implementering och utbildning av ledsagaren blir utförd</p>		<p>på alla beskrivna ledsagarinsatser insatser samt fler utifrån avtal.</p> <p>En extra internuppföljning kommer att ske november -14</p> <p>Se bilaga 27 dokument för egenkontroll bilaga 28 rutin för egenkontroll</p>		

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	<p>ärenden.</p> <p>Ärendet går sedan vidare till närmaste chef som vidtar ev åtgärder. Verksamhetschef är ansvarig för förbättringsarbetet och åtgärd (se rutin). Kommer ärendet direkt till verksamhetschef och inte via ledsagaren gör verksamhetschef ett ärende direkt i ledningssystemet.</p> <p>Utöver detta arbetar vi i Frösunda med regionala kvalitetsråd som 4 gånger/år mera övergripande följer upp avvikelser, synpunkter, egenkontroller och klagomål. I kvalitetsråden ingår verksamhetschef och regionchef.</p> <p>(Bilaga 5.1 rutin kunders och närståendes Synpunkter och klagomål. Bilaga 5.2 Lokala ruiner för synpunkter och klagomålshantering för ledsagning Uppsala. Bilaga 5.3 Lämna synpunkter,</p>					

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
<p>Beskriv hur implementering ska ske och tidplan för detta.</p>	<p>klagomål, idéer och beröm och blankett för synpunkter och klagomål).</p> <p>(Bilaga 6 Rutin för avvikelshantering)</p> <p>(Bilaga 7 rutin för kvalitetsråd)</p> <p>(Bilaga 8 Rutin för Lex Sarah) Implementering;</p> <p>Verksamhetscheferna har haft möten med regionchef och gått igenom vilka rutiner som ska finnas på enheten utifrån vårt uppdrag samt på vilket sätt vi ska arbeta. Dessa möten påbörjades under april månad och har fortgått månadsvis. Rutiner för ovan finns i dag i Frösunda dock har det ej varit känt för våra ledsagare och våra ledsagarkunder hur rutinerna sett ut. Detta delges kunder och medarbetare genom sina respektive välkomst/informationspärmar</p>	<p>Verksamhetscheferna inom assistans i Uppsala för implementering och utbildning av ledsagaren blir utförd</p>	<p>Klart 140930</p>			

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	som både kund och medarbetare får och som numera används vid nyrekrytering och som kommer att skickas hem till befintliga kunder och medarbetare senast 140930.					
<p>Risakanalys och säkerhet</p> <p>Att rutiner för riskanalys och handlingsplan upprättas där det även framgår när de ska tillämpas. De upprättade rutinerna bifogas handlingsplanen.</p>	<p>I varje kunds genomförandeplan ska det finnas en bedömning om en riskanalys ska göras. När bedömningen görs dokumenterar verksamhetschef det i genomförandeplanen ja eller nej. Om det sedan ska göras en riskanalys ska det framgå vad riskanalysen innehåller samt handlingsplan kopplat till den. Dessa ska vara kända för varje medarbetare och delges ledsagaren vid introduktion eller om det blir aktuellt under pågående insats delges ledsagaren denna information genom möte med ansvarig chef. Riskanalys och tillhörande handlingsplan går då igenom.</p> <p>(Bilaga 9.1 rutin riskanalys,</p>	<p>Regionchef att ta fram rutiner och skapa förutsättning samt att följa upp</p> <p>Verksamhetscheferna inom assistans i Uppsala för implementering och utbildning av ledsagaren</p>	<p>140930</p> <p>Klart 140930</p>	<p>Egenkontroll görs 2 gånger/år på alla beskrivna ledsagarinsatser insatser samt fler utifrån avtal.</p> <p>En extra internuppföljning kommer att ske november -14</p> <p>Se bilaga 27 dokument för egenkontroll bilaga 28 rutin för egenkontroll</p>	<p>Ja</p>	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
<p>Beskriv hur implementering ska ske och tidplan för detta.</p>	<p>bilaga 9.2 lokal rutin riskanalys, bilaga 9.3 handlingsplan)</p> <p>Verksamhetscheferna har haft möten med regionchef och gått igenom vilka rutiner som ska finnas på enheten utifrån vårt uppdrag samt på vilket sätt vi ska arbeta. Dessa möten påbörjades under april månad och har fortgått månadsvis.</p> <p>När kund och verksamhetschef träffas för att göra genomförandeplan gås ev risker igenom ex om kund lätt ramlar då gör chef en handlingsplan till detta som dokumenteras i kundens genomförandeplan i Siebel. Uppkommer risker i arbetet efter att kund och chef träffats så tar verksamhetschef kontakt med kund för att revidera genomförandeplan och riskanalys med kopplad handlingsplan. Är risken en arbetsmiljöfråga avhjälpas den på samma sätt.</p>					

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	All info om detta samt upprättandet av genomförandeplan med ev riskanalyser och handlingsplaner ska vara klart senast 140930 genom kontakt med kund under upprättandet av genomförandeplan/förnyande av genomförandeplan samt genom informations/ledsagarträff som äger rum i september och genom välkomst/infomapparna som går till både kund och medarbetare som redan nu används och som skickas hem till befintliga kunder/medarbetare.					
Personal, bemanning och kompetensutveckling En beskrivning av hur verksamheten kommer att arbeta för att kraven i avtalet ska uppfyllas gällande verksamhetschefens formella kompetens	Frösunda kommer under hösten att se över hur organisationen ska se ut framöver med tanke på de ökade kraven på verksamhetschefer. I Frösunda personlig assistans har vi ett	Regionchef att ta fram rutiner och skapa förutsättning samt att följa upp	140930	Egenkontroll görs 2 gånger/år på alla beskrivna ledsagarinsatser insatser samt fler utifrån avtal. En extra internuppföljning kommer att ske november -14	Ja	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
och tidplan för detta.	flertal medarbetare med socionomutbildning samt erfarenhet från verksamhetsområdet. Vi har fn 4 verksamhetschefer i Uppsala. Varav 2 lever upp till kraven som Uppsala kommun ställer på verksamhetschef. Regionchef som leder arbetet och har ansvar för verksamheten vilken är huvudansvarig för Uppsala uppfyller även hon kraven. Regionchefen är den som är ansvarig för att ledsagningen utförs utifrån avtal och lagstiftning och kan delegera visst ansvar till verksamhetschef. De verksamhetschefer som lever upp till kraven är ansvariga för ledsagarkunderna som vi har i Uppsala.	Verksamhetscheferna inom assistans i Uppsala för implementering och utbildning av ledsagaren		Se bilaga 27 dokument för egenkontroll bilaga 28 rutin för egenkontroll		
Kontoret begär kompletterande uppgifter när det gäller	Kompletterande uppgifter verksamhetschef Nathalie Nordin;	Regionchef skickar med CV	140716			

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
<p>erfarenhet för den verksamhetschef som nyligen anställts.</p> <p>Att rutiner för introduktion upprättas samt en beskrivning av hur implementering ska ske och tidplan för detta. De upprättade rutinerna ska bifogas handlingsplanen.</p>	<p>Socionomexamen januari 2014. Arbetat på Danderyds sjukhus som vårdbiträde, personlig assistans, hemtjänst, gruppboheter, administratör inom gruppboheter och LSS chef inom Frösunda (Bilaga 10 CV verksamhetschef).</p> <p>Verksamhetscheferna har haft möten med regionchef och gått igenom vilka rutiner som ska finnas på enheten utifrån vårt uppdrag samt på vilket sätt vi ska arbeta. Dessa möten påbörjades under april månad och har fortgått månadsvis.</p> <p>Rutiner för introduktion av nya kundnära medarbetare bifogas. Utöver den skriftliga informationen som medarbetaren får i välkomstpärmen så får varje medarbetare en muntlig genomgång av bifogad bilaga samt en muntlig genomgång av kundens beslut och behov av stöd som ska ges till varje</p>	<p>Verksamhetscheferna inom assistans i Uppsala för implementering och utbildning av ledsagaren</p>	<p>Klart 140930</p>			

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	<p>kund utifrån genomförandeplanen. När kund och ledsagare arbetat ihop 1 månad följer verksamhetschef upp medarbetaren. Medarbetaren ska under denna period ha gått delar ur Frösunda Akademin introduktionsprogram som är webbaserat där bla instruktionsfilm finns samt diverse utbildningar som kan vara aktuella för uppdraget. Ledsagarna erbjuds att göra dessa utbildningar antingen i grupp på kontoret på Salagatans mötes rum eller hemma vid sin egen dator. När genomgången utbildning är avslutat får ansvarig verksamhetschef ett meddelande från Akademin om att ledsagaren genomgått utbildning varpå ledsagaren får betalt för tiden.</p> <p>(bilaga 11 Lokal rutin för introduktion av nyanställda ledsagare, Uppsala. Bilaga 12 checklista introduktion</p>					

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
<p>Beskriv hur möten kommer att anordnas för ledsagarna (innehåll, syfte och frekvens).</p>	<p>ledsagare Uppsala se även bilaga 2 välkomstpärm).</p> <p>Implementering; Nya ledsagare får muntlig och skriftlig info samt medarbetarpärm vid introduktion. Redan anställda medarbetare får denna pärm hemskickad samt muntligt via ledsagarträffen i september -14 där bla pärmen går igenom.</p> <p>Utöver introduktion och Frösunda akademi kommer verksamhetscheferna att ha regelbundna informationsträffar för ledsagare minst 2 gånger/år. Under hösten 2014 kommer 2 sådana att äga rum på Salagatan då de nya arbetssätten ska implementeras och följas upp. Mötena kommer att innehålla information om lagstiftning (fokus på bla SoL, LSS, SekrL), avvikelshantering, lex Sarah, Synpunkter och klagomålshantering,</p>	<p>Verksamhetscheferna inom assistans i Uppsala för implementering och utbildning av ledsagaren samt att hålla i ledagarträffarna.</p>	<p>Klart 140930</p>			

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	<p>information om social dokumentation, samt om Frösundas värdegrund och bemötande samt att vi arbetar på uppdrag av Uppsala kommun och att delge de Nämndens upplevelse-kriterier och inflytande Trygghet, oberoende, respektfullt bemötande, delaktighet och inflytande samt vad det i praktiken innebär dvs att kunden alltid ska ha möjlighet att byta ledsagare, bli behandlad med respekt och vara den som styr ledsagningen.</p> <p>Syftet med dessa dagar är att säkerställa att Frösunda lever upp till de krav som ställs och därmed öka och säkerställa ledsagarens kunskap om kundernas rätt till stöd samt öka kunskapen kring vilket ansvar medarbetarna har i sitt dagliga arbete utöver att stötta kund genom att vara bla rapporterings- och dokumentationsskyldiga samt</p>					

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	vad det innebär.					
<p>Hälso- och sjukvård Att skriftliga rutiner upprättas för samverkan, hälso- och sjukvårdsinsatser samt implementering och tidplan för detta. De skriftliga rutinerna ska bifogas handlingsplanen.</p>	<p>I de fall våra ledsagarkunder bor i ordinärt boende är det den enskildes egen hemvård som har HsL ansvaret. Ska Frösundas ledsagare utföra HsL insatser så ska delegering ges av ansvarig vårdgivare. Detta ska framgå och dokumenteras i kundens genomförandeplan.</p> <p>Är det egenvård som gäller för kunden hänvisas till följande bilaga (Bilaga 13 Rutin egenvård, omfattning, ansvar mot sjukvård)</p> <p>I de fall kund har delegerad hälso och -sjukvårdsinsats är det den aktuella vårdgivarens rutiner som Frösunda arbetar utifrån. Saknar vårdgivaren rutiner använder vi oss av våra egna som är framtagna av Frösundas kvalitetsavdelning (bilaga 14 teoretisk utbildning för delegering av medicinska arbetsuppgifter)</p>	<p>Frösundas MAS att ta fram rutiner kring HsL. Regionchef för att skapa lokal rutin och att skapa förutsättning för verksamhetscheferna samt att följa upp</p>	140930	<p>Egenkontroll görs 2 gånger/år på alla beskrivna ledsagarinsatser insatser samt fler utifrån avtal.</p> <p>En extra internuppföljning kommer att ske november -14</p> <p>Se bilaga 27 dokument för egenkontroll bilaga 28 rutin för egenkontroll</p>	Ja	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	<p>Lokal rutin bifogas för hur kontakter tas med vårdgivare (Bilaga 15 Lokal rutin kontakter med vårdgivare)</p> <p>Implementering; Verksamhetscheferna har haft möten med regionchef och gått igenom vilka rutiner som ska finnas på enheten utifrån vårt uppdrag samt på vilket sätt vi ska arbeta. Dessa möten påbörjades under april månad och har fortgått månadsvis.</p> <p>Om kund har behov av stöd med sin egenvård så informeras ledsagaren om detta samt hur stödet är utformat vid introduktionstillfället samt vid uppföljningstillfället som verksamhetschefen gör en månad efter startad insats. Om det är aktuellt med HsL insatser står detta dokumenterat i kundens genomförandeplan som går igenom med ledsagaren vid anställning samt vid introduktion på plats med</p>	<p>Verksamhetscheferna inom assistans i Uppsala för implementering och utbildning av ledsagaren</p>	<p>Klart 140930</p>			

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	<p>kund. Samt om ledsagaren ska utföra delegerade arbetsuppgifter eller egenvård.</p> <p>Rutiner finns (se bifogat) och kunskapen implementeras hos varje verksamhetschef under juli månad genom möte med regionchef. Information ges till ledsagaren skriftligt samt vid kommande ledsagarträff i september -14. Vid nyanställningar ges informationen om from juli -14.</p>					
<p>Dokumentation och genomförandeplaner</p> <p>Beskriv hur verksamheten kommer att arbeta för att kraven i avtalet ska uppfyllas gällande dokumentation och genomförandeplaner, vilket även innefattar informationsöverföring och den enskildes inflytande och</p>	<p>Alla kunder ska ha en aktuell genomförandeplan i Siebel som är upprättat utifrån beslutet tillsammans med kund. Genomförandeplan ska upprättas inom 15 dagar from verkställighetsdatum. Verksamhetschef och kund träffas och går igenom hur insatsens ska utföras, av vem och när samt om speciella önskemål finns. Detta dokumenteras i genomförandeplanen som</p>	<p>Kvalitetsavdelningen för övergripande rutiner kring social dokumentation och regionchef att ta fram lokala rutiner och skapa förutsättningar för verksamhetschef samt att</p>	140930	<p>Egenkontroll görs 2 gånger/år på alla beskrivna ledsagarinsatser insatser samt fler utifrån avtal.</p> <p>En extra internuppföljning kommer att ske november -14</p> <p>Se bilaga 27 dokument för egenkontroll bilaga 28 rutin för egenkontroll</p>	Ja	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
<p>medbestämmande över insatser som ges.</p> <p>Att rutiner för social dokumentation, genomförandeplaner och informationsöverföring upprättas samt implementering och tidplan för detta. De upprättade rutinerna ska bifogas handlingsplanen.</p> <p>Beskriv vilka åtgärder verksamheten kommer att vidta för att komma till rätta med de åtgärds punkter som framkom vid dokumentationsgranskningen.</p>	<p>skrivs under av kund. Kunden får 1 exemplar.</p> <p>Ledsagaren dokumenterar insatsen de utfört på ett arbetsmaterial som skickas i slutet kuvert till verksamhetschef 1 gång/månad och ska vara chefen tillhanda senast den 7:e i månaden efter aktuell rapporterad månad (Bilaga 16 ledsagarens journalanteckning)</p> <p>Verksamhetschef för sedan, skyndsamt, in anteckningen i kundens journal i Siebel.</p> <p>Informationsöverföring verksamhetschef – ledsagare. Vid nystart av ny kund berättar verksamhetschefen om kundens problematik samt hur kunden önskar få sin hjälp. Genomförandeplanen gås igenom med ledsagaren. Genomförandeplanen finns även hemma hos kunden. Uppföljning av insatsen sker</p>	<p>följa upp</p> <p>Verksamhetscheferna inom assistans i Uppsala för implementering och utbildning av ledsagaren</p> <p>Regionchef att ta fram rutiner och skapa förutsättning samt att följa upp</p> <p>Verksamhetsch</p>	<p>Klart 140930</p>			

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
<p>Beskriv vilka åtgärder verksamheten kommer att vidta för att komma till rätta med de brister som framkom vid uppföljningen avseende sekretess och säker förvaring.</p>	<p>genom att verksamhetschef 1 månad efter upprättande av genomförandeplan har kontakt med kund och följer upp insatsen. Sedan har verksamhetschef uppföljning minst var 6:e månad med kund via antingen möte, mail eller telefon beroende på vad kund önskar. Vid behov sker uppföljningen oftare.</p> <p>(Bilaga 17.1 Rutin Social dokumentation, bilaga 17.2 Lokal rutin för upprättande av genomförandeplan och social dokumentation för ledsagare Uppsala)</p> <p>Verksamhetscheferna har haft möten med regionchef och gått igenom vilka rutiner som ska finnas på enheten utifrån vårt uppdrag samt på vilket sätt vi ska arbeta. Dessa möten påbörjades under april månad och har fortgått månadsvis. Verksamhetscheferna har i maj -14 deltagit i utbildning i hur social dokumentation ska ske</p>	<p>eferna inom assistans i Uppsala för implementering och utbildning av ledsagaren</p> <p>Regionchef att ta fram rutiner och skapa förutsättning samt att följa upp</p> <p>Verksamhetscheferna inom assistans i Uppsala för</p>	<p>Klart 140930</p>			

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	<p>av vår sakkunnige inom området från Frösundas kvalitetsavdelning höll i. De har även gått de webbaserade utbildningarna i Siebel som Uppsala kommun tillhandahåller.</p> <p>From 1 augusti dokumenterar ledsagaren ingen sociala journal via e-post utan ledsagaren lämnar in blankett som ovanstående där kundens kodade kundnummer står ex 20005 för att inte kund ska kunna identifierad av annan än verksamhetschef. Inkommit arbetsmaterial från ledsagare tuggas i dokumentförstörare på kontoret skyndsamt efter införande i Siebel</p> <p>Information kring detta med syfte och hur är skickat till ledsagaren under juli -14 samt ett liknande brev till kund om att dokumentation sker kring dennes insats. Även detta skickat till kund juli -14.</p> <p>Verksamhetschef dokumenterar regelbundet alla</p>	implementering och utbildning av ledsagaren				

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev. krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	<p>kontakter kring kund som tas. Verksamhetschef är ansvarig för att dagligen arbeta i Siebel. 1 verksamhetschef är ansvarig för att dagligen gå in och se efter nya beställningar, 1 vice ansvarig finnas utsedd om inte aktuell verksamhetschef är i tjänst.</p> <p>Varje verksamhetschef är ansvarig för att löpande föra social journal kring kund</p>					