

Handläggare  
Charlotta Larsson

Datum  
2015-02-04

Diarienummer  
OSN-2015-0008

Omsorgsnämnden

## **Avtalsuppföljning boendestöd, socialpsykiatri**

### **Förslag till beslut**

Omsorgsnämnden föreslås besluta

**att** med beaktandet av resultatet lägga rapporten till handlingarna.

### **Ärendet**

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning av samtliga boendestödsteam som framgår av rapporten (bilaga 1). Verksamheten drivs av Vård & bildning. I samband med avtalsuppföljningen genomfördes dokumentationsgranskning vid samtliga boendestödsteam. (bilaga 3-8). Uppföljningen visade att det förelåg ett antal brister i förhållande till avtalet och en handlingsplan begärdes därför in (bilaga 2).

HVK bedömde inkommen redogörelse som tillfredsställande men har haft en dialog med utföraren då kraven i förfrågningsunderlaget varit otydliga. Kontoret har nu sett över skakraken och gjort förtydliganden där det varit ett visst tolkningsutrymme.

Omsorgsförvaltningen

Tomas Odin  
Direktör

Bilaga 1: Rapport från avtalsuppföljning  
Bilaga 2: Godkänd handlingsplan från utföraren  
Bilaga 3-8: Dokumentationsgranskningar

Handläggare  
Sirpa Kramsu  
Carita Öhman

Datum  
2013-12-16

Diarienummer  
NHO-2013-0058.31

## Avtalsuppföljning av boendestöd, socialpsykiatri

### Beskrivning av den uppföljda verksamheten

Utförare och enhet	Vård & bildning, boendestöd, socialpsykiatri
Affärsområdeschef	Susanne Söderberg
Uppföljning utförd av	Sirpa Kramsu och Carita Öhman
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Medarbetare och enhetschefer från samtliga boendestödsteam, legitimerad personal samt affärsområdeschef
Totalt antal brukare	Totalt cirka 500 enskilda personer
Typ av verksamhet	Boendestöd inom socialpsykiatri
Avtal	Förfrågningsunderlag och åtagande 2013. Verksamheter bedrivna av Styrelsen för vård & bildning för personer 21 år och äldre och för vilka NHO är beställare.
Avtalstid	2013-01-01 - 2013-12-31
Datum för uppföljning	Perioden 23 september till 9 oktober

Boendestödet inom socialpsykiatri drivs av Vård & bildning. Boendestödet ges till personer med alla typer av psykiska funktionsnedsättningar. Boendestödet är indelat både utifrån geografiska områden och specialinriktning gentemot neuropsykiatri och självskadebeteende.

## **1. Sammanfattning**

Boendestödet inom socialpsykiatri drivs av Vård & bildning. Boendestödet ges till personer med alla typer av psykiska funktionsnedsättningar. Boendestödet är indelat både utifrån geografiska områden och specialinriktning gentemot neuropsykiatri och självska debeteende.

En trend som beskrivs vid intervjutillfällena är att antalet yngre personer med behov av stöd ökar, speciellt med neuropsykiatriska problem, OCD och bipolaritet. Antalet personer med psykos minskar enligt de intervjuade.

### **1.1. Kontorets kommentarer efter genomförd uppföljning**

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

#### **Värdegrundsarbete**

Nämndens upplevelsekriterier är till viss del kända men behöver i tre av sex team analyseras och föras in i ett värdegrundsarbete. Värdegrundsarbete pågår i samtliga team, dock med olika djup, innebörd och metoder. Vård & bildnings etiska kod är känd. Tre av teamen ses av HVK som goda exempel av värdegrundsarbete. Tre team ska inkomma med handlingsplan inom området.

#### **Samverkan**

Samverkan utåt samhället (kontakter med arbetsliv, försäkringskassa, etc.) beskrivs fungera väl och ser olika ut beroende på individens behov. Samverkan med landstinget fungerar olika och bygger till stor del på personliga kontakter som avgör om det blir smidigt samarbete eller inte. Brister i samverkan finns mellan boendestödets team och den egna verksamhetens legitimerade personal, samt kontakterna med biståndshandläggare.

HVK ser tydligt att en fortsatt utredning behöver göras på hur hela kedjan med samverkan mellan biståndshandläggare och boendestödet bidrar till brukarens livskvalitet och rehabiliterande stöd. Med nuvarande samarbetsformer ses en tydlig risk för stigmatisering istället för en dynamisk process samt försämrade möjligheter till självständighet för brukaren. Samverkan mellan biståndshandläggare och boendestödets utförare förs i och med denna rapport vidare till berörda chefer.

HVK begär handlingsplan för hur teamen möter och samverkar med sjukgymnast och arbetsterapeut så att behandlingsmetoderna kommer den enskilde till nytta.

#### **Egenvård**

HVK ser oklarheter i vad som gäller vid egenvård kontra delegerad hälso- och sjukvårdsinsats utifrån ”gråzoner” som beskrivs vid intervjutillfällena. HVK begär därför handlingsplan om hur kunskap om skillnaden mellan egenvård och hälso-sjukvårdsinsats implementeras, samt vilket ansvar som vilar på var och en som arbetar med en brukare.

### **Legitimerade yrkeskategoriernas funktion**

Nuvarande bemanning av legitimerad personal (totalt 4 sjuksköterskor, 1,75 sjukgymnast och 2 arbetsterapeuter) ska tillgodose behov av hälso- och sjukvård inklusive rehabiliteringsinsatser för mer än 550 enskilda personer (varav i boendestödet ca 495).

Sjuksköterskans roll är känd och tydlig i samtliga team. Yrkesfunktionen används både som omvårdnadsansvarig sjuksköterska, handledare och rådgivande för teamen i linje med intentioner, avtal och Riktlinjer för hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering. Sjuksköterskan bygger sitt arbete på regelbunden kontakt med samtliga boendestödsteam. Arbetsterapeutens roll och möjligheter att bidra med behandling och handledning är delvis känd men sjukgymnastens i princip okänd.

Arbetsterapeutens och framförallt sjukgymnastens förutsättningar att arbeta förebyggande och rehabiliterande för målgruppen ses av HVK som otillräckliga. Handlingsplan begärs utifrån flera aspekter inom området "Legitimerade yrkeskategoriernas funktion": Förutsättningar att utföra den kommunala rollen, dimensionering av resurser i förhållande till antal brukare, samverkan, information och informationsvägar till team och brukare samt tydliggörande av sjukgymnast- och arbetsterapeutens roll. Handlingsplanen ska även beskriva ett arbetssätt som utvecklar samverkan och kunskap hos boendestödjarna att se behov av rehabilitering, förebyggande och hälsofrämjande arbete för den enskildes bästa.

HVK begär handlingsplan för hur intentionerna i förfrågningsunderlaget och "Riktlinjer för hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering" förankras hos alla medarbetare och chefer inom rehabiliteringsområdet.

Ansvarsfördelning psykiatri/somatik och kommun/landsting är gränsdragningsproblematik på individnivå för arbetsterapeutiska interventioner. HVK uppfattar problematiken och för det vidare till långsiktigt arbete genom att informera MAR.

### **Bemanning**

Vikten av att ha en balans mellan flexibilitet och stabilitet vid schemaläggning beskrivs av samtliga team. Det framhålls att man i varje enskilt fall måste ta ställning till om graden av flexibilitet är gynnsam för den enskildes utveckling. Ibland behövs stabilitet och struktur i hög grad – ibland flexibilitet. I två av sex team ser dock HVK att det behövs en översyn av schemaläggning så att brukarnas behov över tid styr schemaläggningen.

### **Personalens kompetensutveckling**

HVK har fått en bild av att hela boendestödet präglas av utvecklingsvilja inom området kompetensutveckling.

HVK har förstått i intervju med affärsområdeschef att utveckling i det stora hela med satsningar på specialisering och utbyte av kunskap mellan olika områden dock har hämmats av osäkerheten om boendestödet ska upphandlas. Även ekonomi uppges vara hämmande faktor då satsningar ska genomföras. HVK kan förstå mekanismerna i att "ständigt vara under lupp" och att det kan påverka engagemanget och modet att satsa men menar dock att kraven i avtalet ska uppfyllas oavsett kontraktstid. HVK begär under andra rubriker handlingsplan inom de områden där brister framkommit.

Enhetschefernas formella kompetens varierar i de olika boendestödsteam. Vid avtalsuppföljningen framkom avvikelser mot avtalet när det gäller 4 av 5 enhetschefer kompetens. Kontoret begär i bifogad handlingsplan ett klargörande hur kraven i avtalet ska uppfyllas när det gäller enhetschefernas kompetens.

### **Informationsöverföring och dokumentation**

HVK har fått en bild av att informationsöverföringen kring brukarnas behov sker på olika sätt i de olika teamen. Kommunikationsvägarna är olika och även förutsättningarna för kommunikation och dokumentation skiljer sig åt. HVK föreslår en översyn av förutsättningarna till informationsöverföring inom teamen och kring brukarna. För Södra teamet begärs handlingsplan för ett säkerställande av informationsöverföring.

Informationsbroschyrer som riktar sig direkt till brukarna är utformade på olika sätt beroende på inriktning. HVK ser positivt på att skriftlig information finns att tillgå men ställer sig frågande till varför stödet beskrivs mer omfattande för brukare med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

I riktlinjerna för hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering finns angivet i avsnitt 7 om rehabilitering/habilitering att: ”Utföraren ska tillse att – ge tydlig information så att den enskilde kan påtala sitt behov av rehabilitering/habilitering”.

HVK ställer sig också frågande till varför det saknas information och kontaktuppgifter till de legitimerade yrkesfunktionernas roll och möjligheter att hjälpa som en naturlig del i stödet. HVK begär handlingsplan inom området under rubriken: Legitimerade yrkeskategoriernas funktion.

Granskning av dokumentation inom SoL har genomförts under perioden 2013-10-12 – 2013-12-04. Vid granskning framkom att det finns brister i den sociala dokumentationen inom fem av teamen, endast ett av teamen uppfyllde kraven utifrån 11 kap 5 § Sol och 21a § LSS samt SOSFS 2006:5.

Kontoret begär i bifogad handlingsplan in svar på hur de fem teamen, som hade brister i den sociala dokumentationen, kommer att arbeta för att komma tillrätta med de brister som framkom vid dokumentationsgranskningen. En ny dokumentationsgranskning kommer därefter att ske för att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.

### **Klagomål**

Enligt gällande avtal ska det finnas dokumenterade rutiner för synpunkts- och klagomålshantering där det tydligt framgår till vem den enskilde ska vända sig för att på ett enkelt sätt lämna synpunkter på verksamheten. Detta krav uppfylls delvis genom att medarbetarna känner till systemet. Den muntliga traditionen av att snabbt lösa problem genom kommunikation medför att synpunkter inte alltid går in i synpunkts- och klagomålssystemet.

Kontoret anser att det är viktigt att systematiskt fånga upp alla synpunkter och klagomål skriftligt, då risken annars finns att egenkontrollen av verksamheten försvåras. Det går därmed inte att härleda och fastställa hur många synpunkter och klagomål som inkommit.

Detta bidrar till att verksamheten inte kan arbeta systematiskt så att brister förhindras och uppstår igen. Kontoret bedömer därmed att verksamheten inte fullt ut har ett fungerande systematiskt klagomålshanteringsystem. I bifogad handlingsplan begärs en beskrivning av hur verksamheten kommer att arbeta för att säkerställa att även muntliga synpunkter och klagomål dokumenteras samt hur detta implementeras i verksamheten.

### **Avvikelse**

Inom detta område har teamen svarat likartat, så generellt kan sägas att alla team känner till rutinen för avvikelshantering, men att det är sällan aktuellt. HVK konstaterar att rutinen för avvikelshantering är känd.

Se vidare under respektive område i rapporten.

### **1.2. Krav på åtgärder**

Kontoret begär att Vård och bildning senast 2014-02-28 återkommer med en handlingsplan om hur konstaterade brister ska åtgärdas samt tidplan för detta. Handlingsplanen ska skrivas i av kontoret tillhandahållen mall, se bilaga.

Områden där brister konstaterats är värdegrundsarbete, samverkan, egenvård, legitimerade yrkeskategoriers funktion, kompetensutveckling samt informationsöverföring och dokumentation samt klagomål.

Handlingsplanen ska skickas med e-post till [halsa-var-d-omsorg@uppsala.se](mailto:halsa-var-d-omsorg@uppsala.se). Handlingsplanen kommer att diarieföras och registreras som offentlig handling.

## **2. Inledning**

### **2.1 Bakgrund**

Boendestödet inom socialpsykiatri drivs av Vård & bildning. Boendestödet ges till personer med alla typer av psykiska funktionsnedsättningar. Boendestödet är indelat både utifrån geografiska områden och specialinriktning gentemot neuropsykiatri och självskadebeteende.

Ersättningsmodellen är i dagsläget i en fas där den s.k. korgmodellen övergår i nivåbedömning som kan indelas i 8 vårdnivåer baserat på behov, men tre olika ersättningsnivåer.

### **2.2 Syfte och avgränsningar**

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

### **2.3 Metod**

Uppföljningen genomfördes i form av 13 intervjuer med enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och personal på de olika enheterna (teamen) samt affärsområdeschefen. Intervjuerna hölls separat. Resultatet av intervjuerna baseras på de utvalda medarbetare som HVK träffat. Dokumentationsgranskning av journaler genomfördes 2013-10-12 – 2013-12-04 som en del av avtalsuppföljningen.

### **2.4 Närvarande och genomförande**

Uppföljningen genomfördes under perioden 23 september till 9 oktober.

Närvarande från utföraren: Affärsområdeschef, enhetschefer, legitimerad personal samt medarbetare från samtliga team.

Närvarande från kontoret uppdragsstrateger Sirpa Kramsu och Carita Öhman.

### 3. Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

#### 3.1 Värdegrundsarbete

##### 3.1.1 Iakttagelser

Vid intervjutillfällena har det varit fokus på huruvida nämndens upplevelsekriterier är kända, på vilket sätt de är implementerade, i vilka forum de diskuteras samt praktiska exempel från vardagen.

##### Södra teamet

Nämndens upplevelsekriterier kunde inte beskrivas av medarbetarna. Under intervjun beskrev medarbetarna svårigheter att arbeta med ”svåra kunder som inte vill vara delaktiga”.

Anledningen till svårigheten beskrivs vara brukarnas orealistiska förväntningar och okunskap om skillnaden mellan hemtjänst och boendestöd. Medarbetarnas egen syn på skillnaden är att man i hemtjänsten är serviceinriktad, men inte i boendestödet. ”Vi gör inte *åt* utan *med* kunden”, ”Vi städar inte om kunden ligger i sängen”. Beskrivning av vad boendestöd och hemtjänst/hemvård innebär önskas hos medarbetarna.

Förfrågningsunderlag och åtagande är inte känt hos medarbetarna. Praktiskt exempel i vardagen som medarbetarna nämnde var personliga överenskommelser med brukarna för att arbeta med delaktighet.

Däremot nämnde chefen att högsta prioritering var etik och det goda mötet i vardagen. Planer finns enligt chefen att arbeta djupare med värdegrundsarbete på möten, planeringsdagar och handledningsmöten.

##### Norra teamet

Nämndens upplevelsekriterier är kända och beskrivs spontant i flera vardagliga situationer av medarbetarna. Speciellt fokus på att ha oberoende som målsättning och alla intervjuade lägger *stor* vikt vid ständig kommunikation. Metoden MI (motiverande samtal) är vägledande för all kommunikation med brukare och i teamet. Värdegrundsarbetet har genomförts även på planeringsdagar och möten då man analyserat innebörden av orden som ska genomsyra det dagliga arbetet. Medarbetare och chef beskriver värdegrundsarbetet på samma sätt – starkt fokus på kommunikation, det omtänksamma vänliga bemötandet som ger en trygghet för brukarna.

##### Kom vidare

Nämndens upplevelsekriterier är inte kända men medarbetarna menade att de utgår från att alltid ha brukaren i fokus och ställa sig jämlik med. Chefen beskriver att hon ser ett värdegrundsarbete som ständigt pågående i vardagen. I ett ”vardagsprat” där man diskuterar ”Hur gör vi? Hur säger vi?”. Chefen nämner också arbete med Vård och bildnings egen etiska kod och hur det är kopplat till målkort och medarbetarsamtal.



### **Neuropsykiatriska teamet unga vuxna**

Nämndens upplevelsekriterier är inte kända som "ord" av medarbetarna men ett värdegrundsarbete kan beskrivas både utifrån vardagliga situationer, analys av värdeord och hörnstenar i verksamheten, Vård och bildnings etiska kod är känd och beskrivs vara i linje med nämndens upplevelsekriterier där innebörden av orden är analyserade och implementerade. Medarbetarna beskriver att de verkligen trängt in i vad den etiska koden innebär för var och en och för dem själva i syfte att få en djup känsla för värdegrundsarbete. Speciellt nämns kundgenomgångar i princip varje vecka som forum för etiska diskussioner. Medarbetarna beskriver att de bildar team med brukaren med självklar delaktighet genom att tänka och kommunicera: "Vi vill jobba med din självständighet - Vad behöver du? - Vad vill du?" Därefter kartläggning av behov av stöd, gemensam målsättning, utvärdering av mål och ett starkt fokus på oberoende beskrivs som ett tydligt arbetssätt med direkt koppling till värdegrund, livskvalitet och upplevelsekriterier för brukaren. Chef och medarbetare beskriver samstämmigt hur värdegrundsarbete genomförs.

### **Neuropsykiatriska teamet 25 år och uppåt**

Nämndens upplevelsekriterier är kända och de diskuteras både på arbetsplatsträffar och planeringsdagar. Medarbetarna beskriver tydligt och spontant att målsättningen är oberoende och hur de arbetar medvetet och strukturerat mot detta mål. De berättar vidare att de med fullaste respekt är medvetna om att de finns med en bit på vägen i en människas liv och att delaktighet är en självklarhet. "Vi arbetar med kunden i *deras* verklighet". Bemötandet och den ständiga dialogen (präglad av MI) nämns av både chef och medarbetare som avgörande för ett lyckat resultat.

### **Östra teamet**

Nämndens upplevelsekriterier är inte kända som "ord" men ett implementeringsarbete med Vård och bildnings etiska kod beskrivs där etik och värdegrund diskuterats på planeringsdagar. Därutöver beskriver både chef och medarbetare att ett respektfullt bemötande är A och O för att uppnå målet med självständighet/oberoende genom delaktighet och inflytande. MI har präglat bemötande och kommunikation men medarbetarna ser också vikten av att gruppen blir mer lika i sitt förhållningssätt och ett arbete med det pågår. I praktiska exempel beskrivs hur MI används för att få så hög grad av delaktighet som möjligt – en tydlig förskjutning i ansvar för måluppfyllelse från stödjure till brukare. Målet är självständighet och medarbetarna beskriver hur de arbetar utifrån kundens förutsättningar. Chefen nämner också arbete med Vård och bildnings egen etiska kod och hur det är kopplat till målkort och medarbetarsamtal.

### **3.1.2 Kontorets kommentarer och slutsatser**

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 som *ord* inte fullt ut är kända i verksamheten, men att ett värdegrundsarbete utifrån Vård och bildnings etiska kod pågår i samtliga team och lever i vardagen. Dock på olika sätt och med olika djup i respektive team. I några av teamen präglades berättelserna i intervjuerna av att nämndens upplevelsekriterier genomsyrar verksamheten och bör ses som goda exempel på implementering av värdegrundsarbete. I de teamen är upplevelsekriterier är kända,

implementerade, analyserade och diskuterade i olika forum, samt praktiska exempel från vardagen.

Södra teamets beskrivning av värdegrundsarbete visar en diskrepans mellan chefens ambitionsnivå (som är hög) och det fokus på etik som enhetschefen beskriver. Det är också oklart för medarbetarna vad skillnaden är mellan boendestödets och hemvård/hemtjänstens uppdrag vilket leder till missförstånd både i kontakterna med brukarna och biståndshandläggarna. Handlingsplan för implementering av uppdraget för boendestöd och nämndens upplevelsekriterier och värdegrundsarbete begärs in.

Norra teamets beskrivning av värdegrundsarbete är samstämmigt från chef och medarbetare. HVK konstaterar att upplevelsekriterierna är kända, analyserade, implementerade och lever i vardagen och diskuteras olika forum såsom planeringsdagar och möten.

Kom vidares beskrivning av värdegrundsarbete har sitt fokus på brukaren i centrum och en vardag där bemötande och kommunikation var ett ständigt ämne. HVK ser dock att nämndens upplevelsekriterier behöver analyseras vidare med fokus på vad innebörden av dessa ord är och implementeras. Handlingsplan för implementering av nämnden upplevelsekriterier begärs in.

Neuropsykiatriska teamet unga vuxna beskriver sitt värdegrundsarbete både med många praktiska exempel i vardagen och en implementering där innebörden av etik och värdeord har genomförts på djupet. De framkommer tydligt i intervjuerna att både chef och medarbetare insiktsfullt är medvetna om hur viktigt detta område är. Nämndens upplevelsekriterier är kända, implementerade i olika diskussionsforum och en rad praktiska exempel från vardagen nämns på ett mycket respektfullt sätt.

Neuropsykiatriska teamet 25 år och uppåt beskriver sitt värdegrundsarbete där det tydligt framgår att nämndens upplevelsekriterier lever i vardagsituationer. Målmedvetenhet, respekt och många praktiska exempel vittnar om att värdegrundsarbetet är ständigt pågående. Teamets beskrivning av värdegrundsarbete är samstämmigt från chef och medarbetare. HVK konstaterar att upplevelsekriterierna är kända, analyserade, implementerade och lever i vardagen och olika forum såsom planeringsdagar och möten.

Östra teamet beskriver sitt värdegrundsarbete som ett arbete som ständigt lever i vardagen, men där samstämmigheten i gruppens förhållningssätt kan förbättras. Nämndens upplevelsekriterier är inte identifierade och analyserade och behöver implementeras. Handlingsplan för implementering av nämndens upplevelsekriterier begärs in.

## **3.2 Samverkan**

### **3.2.1 Iakttagelser**

Vid intervjutillfällena har det varit fokus på huruvida teamets medarbetare samverkar med den enskilde, anhöriga/närstående och deras kännedom om samverkanspartners både internt och externt. All samverkan som skulle berika stödet för den enskildes bästa. En särskild fråga

har ställts om hur SIP (samordnad individuell plan) används och vilken nytta den har för timing av insatser.

Vid intervjutillfällena framkommer att alla team har samverkan med landstinget i någon form och att det fungerar olika beroende på vilka personliga kontakter som är uppbyggda.

Samverkan med biståndshandläggarna beskrivs med kraftig kritik från samtliga team men där Kom vidare-teamet har en särskild lösning på samarbete och kommunikation med handläggarna. Kritiken har handlat om tillgänglighet, kontakt och möjligheten att fullt ut arbeta rehabiliterande. Exempel på samverkanshinder som beskrivs är att beställningar och förlängningar av beslut saknas delvis. Kommunikationen både innan nystart och vid förlängning beskrivs som bristfällig och sker ibland endast i Siebel. Ingen överrapportering eller dialog sker då biståndshandläggaren inte tar reda på hur personen har utvecklats och om behoven har förändrats. Det beskrivs exempel där beslut och förlängning av beslut gjorts utan att handläggaren träffat personen. Underlag från hälso- och sjukvårdspersonal efterfrågas i princip aldrig i kartläggningsskedet, vilket medför att behov som skulle kunna tillgodoses på annat sätt inte bedöms utifrån den aspekten. Uppföljning från biståndshandläggaren beskrivs som sporadisk.

Biståndshandläggarna uppger att det finns både positiva och mindre gynnsamma exempel på samarbete mellan boendestödet och handläggarna. De positiva exemplen som nämns av handläggarna är när boendestödet agerar med snabba svar och flexibilitet i enskilda ärenden. Handläggarna uppger att det är olika hur engagemang från boendestödjare och chefer tar sig uttryck. Goda exempel är då boendestödet ser till den enskildes bästa och kommunicerar förändringar i behov och arbetar intensivt med motiverande samtal och arbetssätt.

I andra situationer, framförallt i samverkan med Södra teamet beskriver handläggarna att engagemanget tagit sitt uttryck i att ifrågasätta beställningen och även felaktigt informera den enskilde om att han/hon borde ha annan typ av insats, exempelvis kontaktperson eller hemtjänst.

Samtliga team nämner samverkan med olika funktioner i samhället såsom försäkringskassan, arbetsgivare och arbetsförmedlingen men där har boendestödjarna mer en lotsande roll än samverkande roll.

Samverkan med boendestödets egna legitimerade yrkesfunktioner beskrivs olika av teamen. Generellt kan sägas att sjuksköterskans roll och möjligheter att ge stöd var känd, arbetsterapeutens – sporadiskt och sjukgymnastens roll var i princip okänd och samverkan skedde inte.

### **Södra teamet**

Teamet anger flera samverkanspartners både utåt samhället och med landstinget. Däremot uppges att det i princip inte förekommer samarbete alls med den legitimerade personalen i Vård och bildnings egen HS-enhet (Hälso- och sjukvårdsenhet). Teamet hade inte heller kännedom om vad dessa yrkeskategorier skulle kunna bidra med som delar i stödet. Som anledning till detta nämns bl.a. ett hänsynstagande till den stora arbetsbelastningen som de

legitimerade har samt att det uttalats att de legitimerade skulle fokusera på boenden i första hand – inte boendestöd. En annan synpunkt som framkom i intervjun med chef var att hälso- och sjukvård skulle skötas av primärvården.

Rutiner för SIP är okända. Tidsbrist anges som orsak till att inte ta initiativ och arbeta med SIP av medarbetarna. Samverkan med biståndshandläggaren uppges som problematiskt både utifrån tillgänglighet ("man får prata med olika varje gång") och hur besluten är utformade.

### **Norra teamet**

Teamet betonar att samverkanspartners utgår från den enskildes behov och ser därför olika ut i alla individuella fall. De intervjuade beskriver hur de stödjer och lotsar till olika möten och där det behövs kan teammedlem delta som stöd i kontakterna. De uppger också att samarbete med sjuksköterskan i Vård och bildnings egen HS-enhet fungerar med regelbunden kontakt.

Samverkan med sjukgymnast och arbetsterapeut däremot förekommer sporadiskt. Medarbetarna vet hur rutinen för kontakt med sjukgymnast och arbetsterapeut via ett remissförfarande till HS-enhetens chef fungerar - men kännedom om vad dessa yrkeskategorier skulle kunna bidra med är bristfällig.

Samverkan med biståndshandläggarna uppges som problematisk utifrån tillgänglighet (mailkontakt fungerar bättre än telefon) och hänsynstagande till den enskildes förmåga. Det uppges att det kommer stora beslut redan i starten av ett ärende och det är inte realistiskt förankrat i förhållande till kundens förmåga.

### **Kom vidare**

Den samverkan som beskrivs är främst med landstingets slutenvård. SIP uppges vara svår att arbeta med eftersom behov, problem och resurser hos den enskilde svänger så snabbt. I samverkan med biståndshandläggare har team Kom vidare fått "dispens" från att samverka med biståndshandläggarna som team. Därför att utföraren anser att det är av största vikt för resultatet att biståndshandläggaren har kännedom om den enskildes behov och utveckling. Biståndshandläggaren deltar även i nätverksmöten. Viss samverkan sker med HS-enhetens sjuksköterska men samverkan med sjukgymnast och arbetsterapeut förekommer inte. Medarbetarna kan inte beskriva vad arbetsterapeut eller sjukgymnast kan erbjuda och ser inte någon anledning till varför dess yrkeskategorier skulle vara involverade.

Medarbetarna beskriver att antalet kontakter behöver begränsas för brukarna och att det är "svårt nog för boendestödjarna att få komma in och arbeta med dessa skygga individer".

### **Neuropsykiatriska teamet unga vuxna**

Teamet uppger att de samverkar med landstinget och flera olika instanser i samhället. Teamet betonar att samverkanspartners utgår från den enskildes behov och ser därför olika ut i alla individuella fall. Medarbetarna beskriver hur de stödjer och lotsar till olika möten och där det behövs kan teammedlem delta som stöd i kontakterna. Samverkan med biståndshandläggarna beskrivs som sorgligt och trist där både chef och medarbetare saknar kunskapsutbyte och dialog. Beställningar kommuniceras i Siebel och det medför risk för att man "bekräftar det sjuka" när inte kundens behov och förmågor kommuniceras åt båda håll. Teamet beskriver ett

väl fungerande samarbete med sjuksköterska och arbetsterapeut inom den egna HS-enheten men kunskapen om vad sjukgymnasten skulle kunna bidra med som en del i stödet saknas.

Användandet av SIP beskrivs som ett bra verktyg men har nackdel i att det blir så stora möten som upplevs svårt för den enskilde.

### **Neuropsykiatriska teamet 25 år och uppåt**

Samverkan beskrivs i många olika dimensioner och på många olika sätt från medarbetare och chef i teamet. De uppger att de har stor användning av varandra i det egna teamet eftersom det är en sådan mångfald av olika utbildnings- och erfarenhetsgrund. Vidare beskrivs många kontakter och kännedom om kontaktvägar ut i samhället och att all samverkan bygger på den enskildes behov i olika faser. SIP beskrivs av både chef och medarbetare som ett bra instrument som underlättar timing av olika insatser men att det har varit stora svårigheter att få med aktörer (inom landstinget) från somatiken när den enskilde har både psykiatriska och somatiska besvär. Det finns också en önskan om att planen och synen på SIP behöver förenklas och avdramatiseras för att bli ett verktyg som med lätthet används oftare i vardagen. SIP upplevs som ett starkt verktyg, men är för formaliserat.

Intern samverkan som beskrivs förutom det egna teamet är ISA-projektet med jobbcoacher, bra samarbete med sjuksköterska och arbetsterapeut, men har inget samarbete med sjukgymnast.

Samverkan med biståndshandläggarna beskrivs som ”sabotage av det rehabiliterande arbetssättet” då de ser att förlängningar görs utan dialog. Medarbetarna uppger även en tendens till att beslutsnivåerna är orimligt höga i förhållande till vad den enskilde har kapacitet till att klara av. Både chef och medarbetare berättar att de stora besluten i starten kan ge en känsla av misslyckande för både den enskilde och medarbetare. Stödet kan inte ges i den omfattning som beställningen anger av olika skäl t.ex. bristande koncentrationsförmåga hos brukaren.

### **Östra teamet**

Teamet beskriver samverkan som utvecklingsområde ur flera olika aspekter. Det beskrivs att kontakter och kommunikation har försämrats med flera samverkanspartners, t.ex. ätstörningsenheten på Akademiska och dialogen med biståndshandläggarna. Samverkan internt med HS-enhetens legitimerade yrkesfunktioner beskrivs vara under uppbyggnad och medarbetarna såg fram emot ett utökat samarbete med dem för den enskildes bästa. Den saknade dialogen med biståndshandläggarna beskrevs utifrån flera olika ärenden och kritiken handlade vid intervjutillfället både om tillgänglighet, bristande dialog och beslut som inte stämde överens med verkligheten utifrån den enskildes förmåga. Vidare nämndes brister i det rehabiliterande arbetssättet som tydligt kunde ses när beslut förlängs utan kontakt med varken brukare eller med de som arbetade med den enskilde i boendestödet.

### **3.2.2 Kontorets kommentarer och slutsatser**

Enligt förfrågningsunderlag för verksamheten 2013 beskrivs att ”grunden för samverkan är att den enskildes behov ska vara i fokus. Samverkan ska även möjliggöra för den enskilde, att i så stor utsträckning som möjlig, delta i samhällslivet och leva som andra. Beställarens

definition av samverkan är att två parter gör något gemensamt eller samarbetar för den enskildes bästa". Vidare finns krav på att producenten ska ha utarbetade rutiner samt tillämpa SOSFS 2008:20 för samordnad individuell plan, utifrån den enskildes behov samverka med närstående samt vid behov för den närstående även ta stöd av Anhörigcentrum.

I samverkan som beskrivs mellan biståndshandläggarna och boendestödet ser HVK att definitionen av vad boendestöd är har tolkats olika. De områden som omnämns som bristfälliga från handläggarnas sida är desamma som boendestödet anger, men ur en annan synvinkel. Otydliga roller där ansvar och befogenheter inte är tydliggjorda fullt ut försvårar samverkan.

Boendestödet beskriver en trend att besluten som kommer är större nu och skrivna på längre perioder. Om så är fallet ser HVK detta som en risk utifrån ett livskvalitetsperspektiv för den enskilde, hälsoekonomi och samhällsekonomi. HVK ser tydligt att en fortsatt utredning på hur hela kedjan bidrar till brukarens livskvalitet och rehabiliterande stöd, behöver göras. Med nuvarande samarbetsformer ses en tydlig risk för stigmatisering istället för en dynamisk process samt försämrade möjligheter till självständighet för brukaren. Samverkan mellan biståndshandläggare och boendestödets utförare förs i och med denna rapport vidare till berörda chefer.

Samverkan med de legitimerade yrkeskategorierna är generellt en brist både utifrån att medarbetarna inte har kunskap om hur deras behandlingsmetoder skulle kunna berika stödet och ett hänsynstagande till de legitimerades arbetsbelastning. Förfaringssättet med "remiss" från boendestödjarna till HS-enhetens chef som fördelar arbetet ser HVK som ett "filter" där medarbetarnas dåliga kännedom om vad framförallt sjukgymnast och arbetsterapeut kan erbjuda gör att stödet inte kommer den enskilde till nytta. HVK begär handlingsplan för hur teamen möter och samverkar med sjukgymnast och arbetsterapeut så att behandlingsmetoderna kommer den enskilde till nytta.

Kunskaperna om Anhörigcentrum ser HVK som utvecklingsområde.

### **3.3 Egenvård**

#### **3.3.1 Iakttagelser**

Vid intervjutillfällena har det varit fokus på implementerade rutiner, regelbunden uppföljning, ansvar vid omprövning p.g.a. förändring eller när det inte fungerar med Egenvård.

Under avsnittet "Egenvård" är berättelserna från de olika teamen relativt lika. Vid intervjutillfället anges att de allra flesta brukare har egenvård när det gäller medicinering och att den är bedömd av läkare och dokumenterad. Det framkom dock en del fallbeskrivningar som uppfattas som "gråzoner". T.ex. där mediciner låses in i hemmet eller på kontoret, där man ger hela rullar av APO-dos utan signatur, eller där man signerar trots att det är egenvård. Alla medarbetare visste var de skulle vända sig vid oklarheter men alla tyckte inte att de fått klara tydliga svar och förklaringar på om det var egenvård eller ett delegerat hälso- och sjukvårdsansvar.

### 3.3.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK ser oklarheter i vad som gäller vid egenvård kontra delegerad hälso- och sjukvårdsinsats utifrån ”gråzoner” som beskrivs vid intervjutillfällena. HVK begär därför handlingsplan om hur kunskap om skillnaden mellan egenvård och hälso-sjukvårdsinsats implementeras, samt vilket ansvar som vilar på var och en som arbetar med en brukare.

## 3.4 Legitimerade yrkeskategoriernas funktion

### 3.4.1 Iakttagelser

Vid intervjutillfällena inom detta område har det varit fokus på rutiner för kontakt med den enskilde, samverkan, synen på de legitimerade yrkeskategoriernas roll, information samt förutsättningar för att utföra den kommunala rollen som sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut. Förfrågningsunderlaget och ”Riktlinjer för hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering” har varit utgångspunkten för dialogen.

Legitimerad personal är organiserad i HS-enheten och samverkar med hela socialpsykiatrin inom Vård och bildning (alla boendestödsteam och boenden). Totalt finns 4 sjuksköterskor, 1,75 sjukgymnast och 2 arbetsterapeuter. Antal brukare inom boendestödet och de boenden som ingår överstiger 550 enskilda personer, varav i boendestödet ca 495 vid uppföljningstillfället.

Varav 1 sjukgymnast och 1 arbetsterapeut arbetar i ett hälsofrämjande projekt riktat mot 3 boenden med totalt 20 brukare. Syftet i projektet är att ta fram information, utveckla samverkan och kunskap att se behov av rehabilitering, förebyggande och hälsofrämjande arbete. Denna satsning är dock inget som boendestödet nyttjar i dagsläget.

Sjuksköterskan beskriver vid intervjutillfället ett arbetssätt med regelbunden kontakt med samtliga boendestödsteam där hon används både som omvårdnadsansvarig sjuksköterska, handledare och rådgivande. Samverkan med landstinget uppges fungera lite olika och att de personliga kontakterna betyder mycket för smidig samverkan. Samverkan med biståndshandläggarna i kartläggningsskedet saknas och sjuksköterskan ser att en kontakt med legitimerad personal skulle kunna berika både starten på ett boendestöd och upplägget.

Arbetsterapeutens arbetssätt bygger på att hon får ”remisser” från boendestödet och att boendestödjarna signalerar behov av bedömningar. Remisserna skickas till chefen för HS-enheten som fördelar och prioriterar inkomna ärenden. Ibland kontaktar brukaren själv och framför önskemål och behov. Vi de tillfällena uppges att motivationen och därmed mottagligheten för intervention är större. Mestadels handlar interventionerna om kognitiva hjälpmedel, fokus på perceptionsproblematik i vardagen och att hitta strategier för att öka självständigheten. De team som samverkade mest med arbetsterapeut (de neuropsykiatriska) nämnde spontant hur man kunde se att självständigheten ofta ökade snabbt efter insats av arbetsterapeut.

Ansvarsfördelning psykiatri/somatisk och kommun/landsting beskrivs vara gränsdragningsproblematik på individnivå för arbetsterapeutiska interventioner.

Sjukgymnastens arbetsätt bygger på ”remissförfarande” på samma sätt som arbetsterapeuten. Sjukgymnasten beskrev idéer och hur man skulle kunna arbeta med ångesthantering och basal kroppskänedom, men i dagsläget handlar de remisser som inkommer om fallincidenter/fallolyckor.

Synen på hur den legitimerade personalen kan användas när de olika teamen intervjuats har varit olika. Sjuksköterskerollen beskrivs vara känd i samtliga team både som omvårdnadsansvarig sjuksköterska, handledare och rådgivande. Arbetsterapeutens roll är känd inom de neuropsykiatriska teamen men vag inom de andra teamen och sjukgymnastrollen okänd i samtliga team.

I de team där boendestödjare och chefer inte har ett nära och fungerande samarbete med de legitimerade yrkesfunktionerna utgick resonemanget från normaliseringstanken om att ”kan man gå till en vårdcentral så ska man det och inte få sitt stöd tillgodosett i hemmet”.

De intervjuade uppger att information och kontaktvägar direkt mellan kund och legitimerad personal finns i princip inte. Några ”kända kunder” ringer själva men det mesta går genom boendestödet som initierar kontakt.

### **3.4.2 Kontorets kommentarer och slutsatser**

HVK konstaterar att sjuksköterskerollen förefaller vara känd i samtliga team både som omvårdnadsansvarig sjuksköterska, handledare och rådgivande. Arbetsterapeutens roll är känd inom de neuropsykiatriska teamen men vag inom de andra teamen och sjukgymnastrollen okänd i samtliga team.

Mot bakgrund av att sjukgymnastrollen är okänd och arbetsterapeutrollen delvis okänd bland de medarbetare som förväntas upptäcka behovet av rehabilitering ifrågasätter HVK att brukarna får sina behov av rehabilitering tillgodosedda. HVK begär en handlingsplan som beskriver ett arbetsätt som utvecklar samverkan och kunskap hos boendestödjarna att se behov av rehabilitering, förebyggande och hälsofrämjande arbete för den enskildes bästa.

Nuvarande bemanning av legitimerad personal (totalt 4 sjuksköterskor, 1,75 sjukgymnast och 2 arbetsterapeuter) ska tillgodose behov av hälso- och sjukvård inklusive rehabiliteringsinsatser för mer än 550 enskilda personer (varav i boendestödet ca 495). HVK ser inte att utföraren skapat förutsättningar att utöva den kommunala rollen för arbetsterapeut och sjukgymnast enligt ”Riktlinjer för hälso-och sjukvård inklusive rehabilitering” och ifrågasätter därför dimensioneringen av antal tjänster i förhållande till antal brukare och uppdraget. HVK begär en handlingsplan för hur utföraren skapar förutsättningar att utföra den kommunala rollen och dimensionera resurserna så att rätt behandlingsinsats kommer den enskilde till godo vid rätt tidpunkt.

HVK begär också en handlingsplan för att utarbeta information om de legitimerade yrkeskategoriernas funktioner, riktade både till boendestödet och direkt till brukaren. Framförallt vad sjukgymnast och arbetsterapeut kan ge som en del i stödet under perioden som boendestödet pågår. I handlingsplanen ska även plan för spridning av informationen ingå.



Synen på "normalisering" är stark och medför att både chefer och medarbetare utgår ifrån att "kan man gå till en vårdcentral så ska man det och inte få sitt stöd tillgodosett i hemmet". Detta synsätt medför risk för att rehabiliteringsinsatser inte bedöms, erbjuds eller genomförs eftersom t.ex. arbetsterapeut inte finns i primärvården. HVK ser det som nödvändigt att utföraren reviderar den synen inom rehabiliteringsområdet och utgår från gällande förfrågningsunderlag och "Riktlinjer för hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering" för att fullgöra sitt åtagande. HVK begär handlingsplan för hur intentionerna i ovan nämnda dokument förankras hos alla medarbetare och chefer.

Ansvarsfördelning psykiatri/somatisk och kommun/landsting är gränsdragningsproblematik på individnivå för arbetsterapeutiska interventioner. HVK uppfattar problematiken och för det vidare till långsiktigt arbete genom att informera MAR.

### **3.5 Bemanning**

#### **3.5.1 Iakttagelser**

Vid intervjutillfället har fokus varit på hur den enskildes behov/önskemål är kopplat till schemaläggning samt dimensionering av personal.

Vikten av att ha en balans mellan flexibilitet och stabilitet beskrivs av samtliga team och framhåller att man i varje enskilt fall måste ta ställning till om graden av flexibilitet är gynnsam för brukarens utveckling. Ibland behövs stabilitet och struktur i hög grad – ibland flexibilitet.

HVK konstaterar att fyra av sex team arbetar både dag, kväll och helg. Södra teamet och Kom Vidare arbetar dagtid måndag-fredag. Helgbemanningen är samorganiserad så att man arbetar över teamgränserna. Natttid hänvisas antingen till trygghetsjouren, akutpsykiatrin eller både och.

#### **Södra teamet**

Teamet beskriver att personalens arbetstider styr vilka tider kunderna får stöd (dagtid). Medarbetarna i södra teamet uppger att de upplever tidsbrist till och från. Chefen beskriver tankar om att utveckla fördelningen av medarbetarna i mindre grupper för att fördela bemanning mera utifrån brukarnas behov.

#### **Norra teamet**

Medarbetare och chef beskriver samstämmigt att arbetstiderna är anpassningsbara efter kundens behov med en ständig beredskap att ändra om nya behov uppstår. "En plan A och en plan B". En ständig kommunikation mellan varandra och chefen i bemanningsfrågor beskrivs tydligt.

#### **Kom vidare**

Teamets medarbetare beskriver fasta arbetstider och en tydlig inriktning mot att stabilitet och struktur går före flexibilitet med anledning av brukarnas behov av detta. Tiderna ändras inte och personkontinuiteten väger tungt. Vikarier används helst inte alls.

### **Neuropsykiatriska teamet unga vuxna**

Medarbetarna beskriver att tider anpassas efter kundernas behov både dag eller kvällstid. I nuläget dagtid samt kvällsbesök måndag till torsdag, men det ändras om behoven ändras. Chefen för teamet har ett pågående utvecklingsarbete tillsammans med HR (Human resources) för att se hur det går att få till flexibla scheman inom arbetstidslagens ram.

### **Neuropsykiatriska teamet 25 år och uppåt**

Bemanningen anpassas efter brukarnas behov och olika faser i stödet. Chefen i teamet beskriver en målmedveten tanke både vid rekrytering och ”matchning” av lämplig boendestödjare kontra brukare. Mångfald både utifrån kompetens, ålder, kön och kulturell bakgrund väger tungt i hennes sätt att rekrytera och bemanna. Hon beskriver hur hon analyserar verksamhetens behov och tar hänsyn till ”trender” med olika diagnoser som dominerar och hur olika personligheter kan lämpa sig olika bra för olika brukares behov. Hon är själv alltid delaktig då nya brukare kommer och träffar alla enskilda personer som tar emot stöd. De målmedvetna tankarna om teamets sammansättning beskrivs även av medarbetarna som ser vinsten av mångfald för att kunna stödja och berika varandras kunskap.

### **Östra teamet**

Teamets medarbetare uppger att de har ett schema under uppbyggnad som ska kunna ge en högre grad av stabilitet eftersom det i dagsläget löser sin bemanning med en så hög grad av flexibilitet att det ibland blir ”rörigt”. Anledningen är att personalgruppen vuxit i snabb takt och chefen har tankar om att organisera medarbetarna annorlunda för att täcka behoven kvällstid.

### **3.5.2 Kontorets kommentarer och slutsatser**

I förfrågningsunderlag krävs att producenten ska tillse att det finns personalbemanning som säkerställer att den enskilde garanteras en rättssäker vård och omsorg dygnets alla timmar i enlighet med gällande lagstiftning. Vidare ansvarar utföraren för att bemanningen har en god dimensionering och är rätt avvägd utifrån den enskildes behov av trygghet och närhet och stöd och att den är flexibel utifrån den enskildes önskemål och individuella behov, Producenten ska också tillse att personal utöver grundbemanningen tillsätts om ett sådant behov föreligger.

HVK ser både bemanning och schemaläggning som utvecklingsområden för det Södra teamet. Bemanning bör vara rätt avvägd och schemaläggning flexibel utifrån den enskildes önskemål och individuella behov – inte som i dagsläget grundat på medarbetarnas schema. För Södra teamets bemanning föreslår HVK en översyn av schemaläggning.

Norra teamet ses av HVK som ett gott exempel på flexibel schemaläggning utifrån den enskildes behov och anpassningsbar över tid då behov förändras.

Kom vidare har en schemaläggning som ligger fast på grund av brukarnas behov av stabilitet. HVK förstår problematiken med att skapa stabilitet i tillvaron för den enskilde med rutiner och ”fasta” överenskommelser. HVK ställer sig dock frågande till hur behov över tid för den enskilde då olika aktiviteter ersätter varandra under stödperioden. Hur olika målsättningar och stödinsatser kopplas till schemaläggning, så att den enskilde får sitt stöd de tidpunkter som

stämmer överens med behoven. HVK ser schemaläggning utifrån behov över tid som ett utvecklingsområde för Kom vidare.

#### Neuropsykiatriska teamet unga vuxna

Strävan efter balansen mellan stabilitet och flexibilitet som grundar sig i behov över tid är tydlig. HVK ser positivt på att utveckling av schemaläggning inom ramen för arbetstidslagen kopplat till brukarnas behov pågår.

#### Neuropsykiatriska teamet 25 år och uppåt

HVK ser positivt på att bemanningen anpassas efter brukarnas behov och olika faser i stödet och att det finns en så stark och målmedveten tanke både vid rekrytering och ”matchning” av lämplig boendestödjare kontra brukare. Tankarna kring bemanning och schemaläggning som beskrivs av både chef och medarbetare grundar sig i ständigt pågående analys av verksamhet, trender och präglas av mångfald vid rekrytering och bemanning som möter behoven.

#### Östra teamet

HVK ser positivt på den medvetenhet som finns kring balans mellan stabilitet och flexibilitet kopplat tillschemaläggning och att det så tydligt framkommer att brukarnas behov är styrande. HVK har förtroende för att de utvecklingstankar chefen har genomförs med att organisera medarbetarna annorlunda för att täcka behoven kvällstid och få ett stabilare schema.

### **3.6 Personalens kompetensutveckling**

#### **3.6.1 Iakttagelser**

Vid intervjutillfällena har fokus varit på kompetensutvecklingsplaner, introduktion och hur analys av verksamheternas behov görs vid planering av kompetensutveckling.

I de flesta team utgår man från den anställdes vilja och önskemål som diskuteras i s.k. målkortssamtal mellan chef och medarbetare. Samtliga team beskriver hur det har satsats på vidareutbildning inom MI (motiverande samtal). Utveckling i det stora hela gällande kompetensutveckling har hela tiden pågått och pågår.

Enhetschefernas formella kompetens varierar i de olika boendestödsteamerna. Cheferna har generellt lång erfarenhet av ledarskap men utbildningsmässigt saknar fyra av fem formell kompetens enligt de krav som ställs i förfrågningsunderlaget.

#### **Södra teamet**

Teamet beskriver en situation där det varit chefsbyten och därmed inte någon direkt analys av verksamhetens samlade behov av kompetensutveckling. Däremot har det funnits en kommunikation på ”individnivå” för varje medarbetare där kompetensutveckling diskuterats årligen i målkortssamtal. Rutiner för introduktion finns och chefen tar det största ansvaret för introduktion av nyanställda.

### **Norra teamet**

Teamet beskriver att det varit regelbundna målkortssamtal där kompetensutveckling på "individnivå" för varje medarbetare tas upp. Både chef och medarbetare uppgav att det inte har gjorts någon analys av verksamhetens samlade behov av kompetensutveckling. Chefen beskriver dock en medveten satsning på MI, återhämtning och inlärningspsykologi. Rutiner för introduktion finns och den följs även upp efter ett par månader.

### **Kom vidare**

Teamet har handledning en gång per månad av DBT-terapeut. Chef och medarbetare beskriver att det varit regelbundna målkortssamtal där den individuella kompetensutvecklingsplanen diskuteras årligen. Alla medarbetare har gått utbildning i MI och en vidareutbildar sig i DBT (Dialektisk beteendeterapi). En kommande satsning på kompetensutveckling för teamet är "Barn som anhöriga". Chefen planerar också utbildning inom OCD (Obsessive-compulsive disorder, tvångssyndrom) och ätstörningsproblematik. Inriktning på kompetensutveckling utgår från behovet att förstå brukarnas situation. Rutiner för introduktion finns.

### **Neuropsykiatriska teamet unga vuxna**

Alla medarbetare i detta team har högskoleutbildning som bas. Kompetensutveckling som pågår nu är grundkurs i psykiatri och alla har tidigare gått kurs i MI. Verksamhetens behov av kompetensutveckling analyseras återkommande och nu har "sektiv mutism" setts som ett område där teamet ska få mera kunskap om. Chef och medarbetare beskriver att det varit regelbundna målkortssamtal där den individuella kompetensutvecklingsplanen diskuteras årligen. Rutiner för introduktion finns med tillhörande checklista som är anpassad till verksamheten.

### **Neuropsykiatriska teamet 25 år och uppåt**

Chef och medarbetare beskriver hur de uppmärksammar "trender" av t.ex. olika diagnoser för att analysera verksamhetens behov och planera kompetensutveckling. En tydlig och styrning och målmedvetet beskrivs av både chef och medarbetare. Chefen betonar tydligt mångfaldens betydelse för hela teamets kompetens och att hon aldrig slutar ställa krav på kompetensutveckling så länge medarbetare arbetar i hennes team. Hon beskriver också vikten av att kompetensutveckla sig själv som ledare och berättar att hon just nu går en kurs i systemteori. Teamet har regelbunden handledning en gång i månaden och möjligheten finns att få individuell handledning vid behov. Chef och medarbetare beskriver att det varit regelbundna målkortssamtal där den individuella kompetensutvecklingsplanen diskuteras årligen. Alla i teamet har utbildning i MI och OCD. Rutiner för introduktion finns med mentorskap. Varje introduktion utformas individuellt.

### **Östra teamet**

Chef och medarbetare beskriver att det varit regelbundna målkortssamtal där den individuella kompetensutvecklingsplanen diskuteras årligen. De flesta i teamet har utbildning i MI. Verksamhetens behov av kompetensutveckling analyseras och satsningar den närmaste tiden kommer att ha fokus på gruppens gemensamma förhållningssätt. Handledning och kollegiestöd i MI finns som en ständigt pågående kompetensutveckling. Rutiner för introduktion finns.

### **3.6.2 Kontorets kommentarer och slutsatser**

HVK har fått en bild av att hela boendestödet präglas av utvecklingsvilja inom området kompetensutveckling.

HVK har förstått i intervju med affärsområdeschef att utveckling i det stora hela med satsningar på specialisering och utbyte av kunskap mellan olika områden har hämmats av osäkerheten om boendestödet ska upphandlas. Även ekonomi uppges vara hämmande faktor då satsningar ska genomföras. Ett exempel är satsning på hur de legitimerade yrkesfunktionernas kunskap ska användas. HVK kan förstå mekanismerna i att ”ständigt vara under lupp” och att det kan påverka engagemanget och modet att satsa men menar dock att kraven i avtalet ska uppfyllas oavsett kontraktstid. HVK begär under andra rubriker handlingsplan inom de områden där brister framkommit.

Enhetschefernas formella kompetens varierar i de olika boendestödsteamerna. Vid avtalsuppföljningen framkom avvikelser mot avtalet när det gäller 4 av 5 enhetschefer kompetens. Kontoret begär i bifogad handlingsplan ett klargörande hur kraven i avtalet ska uppfyllas när det gäller enhetschefernas kompetens.

## **3.7 Informationsöverföring och dokumentation**

### **3.7.1 Iakttagelser**

#### **Informationsöverföring**

Nedanstående iakttagelser och kommentarer har sitt fokus på information och informationsöverföring både mellan medarbetare och till brukare.

#### **Södra teamet**

Informationsöverföring bygger på eget ansvar och att alla medarbetare har ”koll på sina kunder”. Medarbetarna uppger att de inte känner sig fullt ut säkra med informationsöverföringen. Informationsöverföringen beskrivs inte som strukturerad. Medarbetarna ringer varandra, ses på raster och överrapporterar och skriver i en bok om det är något ”kom ihåg” som alla ska se. De uppger att de inte alltid hinner skriva och läsa i dokumentationen. Ingen avsatt tid fanns i schemat för dokumentation och överrapportering.

#### **Norra teamet**

Teamet beskriver att de medarbetare som är i tjänst träffas varje morgon och vid lunchtid då de rapporterar till varandra. Utöver det uppges att både sms och telefon används som komplement. En ”blå bok” används för ”kom ihåg” som alla ska se och där skriver också alla medarbetare var de befinner sig under dagen. Alla uppger att de skriver och läser i Sibel. Rutin finns för att lyssna av teamets gemensamma telefonsvarare flera gånger dagligen. Både chef och medarbetare uppger att de känner sig trygga med den informationsöverföring som är.

**Kom vidare**

Teamet uppger att de överrapporterar via telefon och Sibel. Ingen inlagd tid finns för överrapportering i schemat. Alla uppger dock att de känner att de har en säker överrapportering med en så hög personalkontinuitet. Medarbetarna "kan sina kunder" och arbetar två och två.

**Neuropsykiatriska teamet unga vuxna**

Teamet uppger att de pratar med varandra och överrapporterar på olika sätt. Via telefon, eller när de ses. Via surfplattor och en tavla där aktuell information skrivs ser de varandras scheman och kan på det sättet säkerställa att information inte tappas bort och skapa trygghet för varandra när de är ute hos brukarna. Både chef och medarbetare uppger att de känner sig trygga med säker informationsöverföring både kring brukarna och för medarbetarna.

**Neuropsykiatriska teamet 25 år och uppåt**

Teamet beskriver att de har en säker informationsöverföring som sker via Siebel kring brukarna. Muntlig överrapportering sker endast om det är något speciellt. Arbetsplaner skrivs vid sidan av Sibel och är de som ger den detaljerade informationen om brukarna. Det beskrivs att det finns en speciell "helgpärm" som komplement till Siebel. Teamet har en telefonsvarare och rutiner för att lyssna av den flera gånger dagligen. Teamet har avsatt tid för dokumentation på schemat. Både chef och medarbetare uppger att de känner sig trygga med säker informationsöverföring kring brukarna.

**Östra teamet**

Teamet uppger att informationsöverföring sker då tillfälle ges, när man är inne på kontoret, på morgonen eller vid lunchtid. Ingen tid för överrapportering eller dokumentation finns inlagt i schemat utan det bygger på eget ansvar. Teamet och chefen uppger att arbetsgruppen växt så snabbt på sista tiden att de nu börjar bli svårt att ha "koll på varandras ärenden". Chefens berättar att det finns planer på att strukturera arbetet så att informationsöverföringen underlättas.

**Information och informationsöverföring till brukare**

Vid intervjutillfället fick HVK ta del av den skriftliga information som används till brukarna.

**Social dokumentation under genomförandet**

Granskning av dokumentation inom SoL har genomförts under perioden 2013-10-12 – 2013-12-04. Vid granskning framkom att det finns brister i den sociala dokumentationen inom fem av teamen, endast ett av teamen uppfyllde kraven utifrån 11 kap 5 § Sol och 21a § LSS samt SOSFS 2006:5. Se bilaga(1-6) för respektive team.

**3.7.2 Kontorets kommentarer och slutsatser**

HVK har fått en bild av att informationsöverföringen kring brukarnas behov sker på olika sätt i de olika teamen. Kommunikationsvägarna är olika och även förutsättningarna för kommunikation och dokumentation skiljer sig åt. HVK föreslår en översyn av förutsättningarna till informationsöverföring inom teamen och kring brukarna. För Södra teamet begärs handlingsplan för ett säkerställande av informationsöverföring.

Informationsbroschyrer som riktar sig direkt till brukarna är utformade på olika sätt beroende på inriktning. HVK ser positivt på att skriftlig information finns att tillgå men ställer sig frågande till varför stödet beskrivs mer omfattande för brukare med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

I riktlinjerna för hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering finns angivet i avsnitt 7 om rehabilitering/habilitering att: ”Utföraren ska tillse att – ge tydlig information så att den enskilde kan påtala sitt behov av rehabilitering/habilitering”. HVK ställer sig också frågande till varför det saknas information och kontaktuppgifter till de legitimerade yrkesfunktionernas roll och möjligheter att hjälpa som en naturlig del i stödet. HVK begär handlingsplan inom området under rubriken: Legitimerade yrkeskategoriernas funktion.

Kontoret begär i bifogad handlingsplan in svar på hur de fem teamen, som hade brister i den sociala dokumentationen, kommer att arbeta för att komma tillrätta med de brister som framkom vid dokumentationsgranskningen. En ny dokumentationsgranskning kommer därefter att ske för att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.

### **3.8 Klagomål**

#### **3.8.1. Iakttagelser**

Vid intervjuerna har det fokuserats på hur information går ut till den enskilde, om den är anpassad (muntliga, skriftliga alternativ, språk), hur synpunkter/klagomål dokumenteras, återkopplas, sammanställs och leder till ständiga förbättringar i verksamheten.

Inom detta område har teamen svarat likartat, så generellt kan sägas att alla team känner till blanketter och att muntliga synpunkter och klagomål kan nedtecknas på särskild blankett. Alla team beskriver dock att de har som högsta prioritet att snabbt lösa problemen. Det är tydligt vid intervjuerna att systemet för klagomål/synpunkter inte fullt ut används, vilket medför att systematik för att identifiera utvecklingsområden och sammanställningar inte görs. Få synpunkter uppges komma in och det blir tydligt under intervjutillfällena att diskussionen om vad som ska känneteckna en synpunkt/klagomål behöver föras i teamen.

#### **3.8.2 Kontorets kommentarer och slutsatser**

Enligt gällande avtal ska det finnas dokumenterade rutiner för synpunkts- och klagomålshantering där det tydligt framgår till vem den enskilde ska vända sig för att på ett enkelt sätt lämna synpunkter på verksamheten. Detta krav uppfylls delvis genom att medarbetarna känner till systemet. Den muntliga traditionen av att snabbt lösa problem genom kommunikation medför att synpunkter inte alltid går in i synpunkts- och klagomålssystemet.

Kontoret anser att det är viktigt att systematiskt fånga upp alla synpunkter och klagomål skriftligt, då risken annars finns att egenkontrollen av verksamheten försvåras. Det går därmed inte att härleda och fastställa hur många synpunkter och klagomål som inkommit. Detta bidrar till att verksamheten inte kan arbeta systematiskt så att brister förhindras och uppstår igen. Kontoret bedömer därmed att verksamheten inte fullt ut har ett fungerande systematiskt klagomålshanteringssystem. I bifogad handlingsplan begärs en beskrivning av

hur verksamheten kommer att arbeta för att säkerställa att även muntliga synpunkter och klagomål dokumenteras samt hur detta implementeras i verksamheten.

### **3.9 Avvikelse**

#### **3.9.1. Iakttagelser**

Vid intervjutillfällena har fokus varit på avvikelser inom hälso- och sjukvård. Dvs om avvikelser skrivs och rutinen kring hur de går vidare och återkopplas för att leda till ständiga förbättringar i verksamheten.

Inom detta område har teamen svarat likartat, så generellt kan sägas att alla team känner till rutinen för avvikelshantering, men att det är sällan aktuellt.

#### **3.9.2 Kontorets kommentarer och slutsatser**

HVK konstaterar att rutinen för avvikelshantering är känd.

## **4 Kontorets avslutande kommentar**

HVK har fått en bild av en verksamhet som går mot en ökad specialisering utifrån de trender de ser. De nya brukarna som kommer har neuropsykiatriska, bipolära och OCD-diagnoser och brukare med psykos minskar. Verksamhet har tankar om utveckling men där satsningar på längre sikt hämmats bl.a. av att boendestödet befunnit sig under "ständig lupp" och osäkerhet om upphandling eller ej.

På teamnivå finns en utvecklingsglädje och yrkesstolthet, men det är i vissa områden stora skillnader i värdegrundsarbete och samverkan.

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

Uppsala 2013-12-16

Sirpa Kramsu  
Uppdragsstrateg



Carita Öhman  
Uppdragsstrateg





Handläggare  
Charlotta Larsson

Datum  
2015-02-04

Diarienummer  
OSN-2015-0008

Omsorgsnämnden

## **Avtalsuppföljning boendestöd, socialpsykiatri**

### **Förslag till beslut**

Omsorgsnämnden föreslås besluta

**att** med beaktandet av resultatet lägga rapporten till handlingarna.

### **Ärendet**

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning av samtliga boendestödsteam som framgår av rapporten (bilaga 1). Verksamheten drivs av Vård & bildning. I samband med avtalsuppföljningen genomfördes dokumentationsgranskning vid samtliga boendestödsteam. (bilaga 3-8). Uppföljningen visade att det förelåg ett antal brister i förhållande till avtalet och en handlingsplan begärdes därför in (bilaga 2).

HVK bedömde inkommen redogörelse som tillfredsställande men har haft en dialog med utföraren då kraven i förfrågningsunderlaget varit otydliga. Kontoret har nu sett över skakraken och gjort förtydliganden där det varit ett visst tolkningsutrymme.

Omsorgsförvaltningen

Tomas Odin  
Direktör

Bilaga 1: Rapport från avtalsuppföljning  
Bilaga 2: Godkänd handlingsplan från utföraren  
Bilaga 3-8: Dokumentationsgranskningar

Handläggare  
Charlotta Larsson  
Christina Rosendahl

Datum  
2014-05-07

## Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO

Uppföljningsobjekt: Boendestöd socialpsykiatri  
Enhetschefer och affärsområdeschef Susanne Söderberg  
Handlingsplan HVK tillhanda senast: 2014-02-28

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 i wordformat med e-post till [halsa-var-d-omsorg@uppsala.se](mailto:halsa-var-d-omsorg@uppsala.se). Ange det diarienummer som finns på uppföljningsrapporten i mejlet. Handlingsplanen kommer att diarieföras och registreras som offentlig handling.

Uppföljningsobjekt: Boendestöd inom socialpsykiatri (södra teamet, östra teamet, Kom vidare, neuropsykiatriska teamet unga vuxna, neuropsykiatriska teamet 25 år och uppåt)

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
<b>Värdegrundsarbete</b> <b>Södra teamet, norra teamet, Kom Vidare</b> Beskriv hur nämndens upplevelsekriterier kommer att implementeras i teamet så att de blir väl kända och kan omsättas i praktiken.	Upplevelsekriterierna kommer att diskuteras på: <ul style="list-style-type: none"> <li>- APT</li> <li>- Planeringsdagar</li> <li>- Individuella målkortssamtal (medarbetarsamtal)</li> </ul>	Enhetschef	Under 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vid målkortssamtal</li> <li>- Verksamhetsberättelse i slutet av året</li> <li>- Följs upp på APT</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Samverkan</b> <b>Samtliga team</b> Beskriv hur samverkan ska organiseras mellan boendestödet och legitimerad personal (sjukgymnast och arbetsterapeut) för att behandlingsmetoderna ska komma den enskilde till gagn.	Det finns en tidplan för att arbetsterapeuter och sjukgymnaster ska besöka alla enheter för att informera om hur behandlingsmetoder ska komma den enskilde till gagn. Arbetet är påbörjat.	Verksamhetschef Enhetschef	Klart Augusti 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Följs upp i målkortssamtal</li> <li>- Verksamhetsberättelse i slutet av året</li> <li>- Följs upp på APT</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Egenvård</b> <b>Samtliga team</b> Beskriv hur begreppen och innebörden av Egenvård samt Hälso- och sjukvårdsinsatser implementeras i respektive team. Beskriv även respektive professions ansvar.	Rutiner finns i vårt ledningssystem och beskrivet i läkemedelsinstruktionerna som finns på varje enhet. Ingår i delegeringsutbildningen. Legitimerad personal	Enhetschef	Under 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- APT</li> <li>- Vid förnyelse av delegering</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	har genomgång av innebörden av de olika termerna minst en gång/år och vid behov.						
<p><b><u>Legitimerade yrkeskategoriernas funktion</u></b></p> <p><b>Samtliga team</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beskriv ett arbetssätt som utvecklar samverkan och kunskap hos boendestödjarna att se behov av rehabilitering, förebyggande och hälsofrämjande arbete för den enskildes bästa.</li> <li>Beskriv hur verksamheten skapar förutsättningar för sjukgymnast och arbetsterapeut att utföra den kommunala rollen för arbetsterapeut och sjukgymnast enligt ”Riktlinjer för hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering” så att rätt</li> </ul>	<p>Den legitimerade personalen har gjort ett presentationsprogram om hur man bedriver rehabiliterande arbetssätt som ska presenteras på varje enhet. Arbetet är påbörjat.</p> <p>Enhetscheferna utbildades i november 2013. Nästa steg blir att utbilda boendestödjarna.</p>	Verksamhetschef Enhetschef	Klart Augusti 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>Följa upp på målkortssamtal</li> <li>Följa upp på APT</li> <li>Verksamhetsberättelse i slutet av året</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
<p>behandlingsinsatser kommer den enskilde till godo vid rätt tidpunkt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beskriv hur verksamheten ska informera om de legitimerades funktioner och roller både till boendestödjarna samt direkt till brukarna.</li> <li>Beskriv hur intentionerna i "Riktlinjer för hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering" ska förankras hos alla chefer och medarbetare.</li> </ul>	<p>Sjukgymnaster och arbetsterapeuter har gjort ett presentationsmaterial som lämnas ut till både medarbetare och brukare. Presentationsmaterialet finns med vid de inbokade tiderna med enheterna som tidigare beskrivits.</p> <p>Informera alla medarbetare att riktlinjerna finns i ledningssystemet</p>	<p>Verksamhetschef</p> <p>Enhetschef</p>	<p>Under 2014</p> <p>Under 2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Finns med som fråga i vår NKI, nyttjande kund</li> <li>APT</li> <li>Teammöten</li> <li>Verksamhetsberättelse</li> </ul>			

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
<p><b><u>Personalens kompetensutveckling</u></b> Klargör bedömningen av relevant högskoleexamen när det gäller enhetscheferna.</p> <p>Om relevant högskoleutbildning saknas - beskriv vilka åtgärder som kommer att vidtas för att säkerställa enhetschefernas formella kompetens samt tidsplan för detta.</p>	<p>En chef har relevant högskoleexamen.</p> <p>2 Enhetschefer går inom en snar framtid i pension. 2 Enhetschefer finns det handlingsplan för att uppnå formella krav. I övrigt avvaktar vi besked från KLK</p>	<p>Affärsområdes -chef</p>	2017	- Styrkortssamtal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p><b><u>Informationsöverföring o dokumentation</u></b> <b>Östra teamet, Kom vidare, Södra teamet, Norra teamet samt Neuropsykiatriska teamet Vuxna</b> Beskriv hur teamen kommer att arbeta för att komma tillrätta med de brister som framkom vid dokumentationsgranskningen.</p>	<p>Vi kommer att gå igenom socialstyrelsens riktlinjer angående social dokumentation för att sedan se över personalens utbildningsbehov. Utifrån det lägger vi upp en utbildningsplan.</p>	Enhetschef	Under 2014	- Uppdrag till internrevisionen att kontrollera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
<p><b>Södra teamet</b> Beskriv hur teamet kommer att säkerställa informationsöverföringen.</p>	<p>Södra teamet har redan rutiner, vilket kommer att implementeras igen. Rutinen är följande: Alla medarbetare träffas varje morgon kl.08.00. Då lyssnas även enhetens telefon av, om det skulle finnas meddelande som kommit in när ingen är på kontoret. Vid lunchtid rapporteras det igen. SMS och telefon används som komplement, varje boendestödjare har egen arbetstelefon. Det finns ett grundschema där det skrivs in var, var och en är under dagen. Det finns även en bok där det skrivs in om det är något speciellt för kommande dag/dagar, sjukskrivningar mm. Dokumentationstid planerar personalen</p>						



Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	<p>själva in.            En gång/ vecka är det genomgång av våra kunder. Då tas det upp om det är något speciellt med någon kund och här delas även ut nya beställningar.            En gång/ månaden är det handledning.            Handledningen har fokus på kund.</p>						
				-			

Handläggare  
Eva-Lena Tverå  
Mari Larsson

Datum 2013-12-02

## **Granskning av social dokumentation vid Boendestödsteamet KOM VIDARE, Vård och Bildning, 2013-11-25.**

### **Social dokumentation under genomförandet**

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.

### **Syfte**

I samband med att avtalsuppföljning genomfördes i verksamheten i september månad genomförs granskning av den sociala dokumentationen 2013-11-25.

Syfte med granskningen var att se om 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. Samtycke från brukare inhämtades av verksamhetschef utifrån ett slumpmässigt urval av 11 brukare på verksamheten. 6 brukare lämnade samtycket till att HVK får ta del av personakt/journal för granskning av den sociala dokumentationen. Granskning har genomförts i 6 personakter/journaler.

## Resultat

### Samtycke

- Anteckning *saknas* i samtliga journaler att den enskilde samtyckt till att HVK har fått ta del av personakt/journal för dokumentationsgranskning.

### Beställning

- Giltig beställning finns för 6 brukare.

### Genomförandeplan

- Finns för 6 brukare. En plan stämmer *inte* överens med beställning.
- Namngiven kontaktman, upprättande datum samt underskrift från den enskilde *finns* i 6 planer.
- Uppföljnings/utvärderingsdatum *saknas* i 6 planer.
- Mål/delmål *finns* i 6 planer vilka är av övergripande karaktär.
- HUR man utför en insats är inte tydligt beskrivet det är skrivet "tillsammans med".
- NÄR man utför insatsen är beskriven på flera sätt. Ofta generellt "en gång i veckan", "2 ggr/vecka".

### Journalanteckningar

- Den enskildes delaktighet i planering och utförande utifrån genomförandeplanen *saknas* i anteckningarna
- Innehållet i dokumentationen ska visa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för den enskilde detta *saknas* i anteckningarna.
- I dokumentationen ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut detta *saknas*.
- Uppföljning/Utvärdering av mål/delmål *saknas* i anteckningarna.
- I flertalet anteckningar förekommer det att den enskilde avbokar överenskommen tid för insatsen men det framkommer *inte* om insatsen utförs vid annat tillfälle.
- I flera journaler framkom anteckningar av HSL karaktär.
- I ett antal journaler fanns fåtal anteckningar skrivna under 2013, ca 5-7 anteckningar.

### Samverkan

- Samverkan både inom och utanför verksamheten vilket kan vara kontakter med försäkringskassan, arbetsgivare osv. gällande den enskilde framkommer.

### Kommentar

Gemensam "driftsstoppspärm" för samtliga brukare. I de flesta granskade journaler var det få anteckningar gjorda, förekom uppehåll med flera månader mellan anteckningarna.

### Sammanfattning

Vid granskningen framkom att det finns **brister** i den sociala dokumentationen utifrån SOFS 2006:5. SoL

#### Åtgärds punkter

- Att förtydliga mål/delmålen.
- Att förtydliga i genomförandeplanen HUR man utför insatsen.
- Att förtydliga tidpunkter NÄR insatsen ska utföras. Om NÄR inte kan fastställas ska det framkomma att det är utifrån brukarens önskemål.
- Att förtydliga på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över det praktiska genomförandet av insatsen i dokumentationen.
- Att förtydliga i dokumentationen ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut
- Att dokumentera i journal vad som har uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen.



Eva-Lena Tverå  
Biståndshandläggare



Mari Larsson  
Biståndshandläggare

*Sammanställningen har skickats till:*

*Verksamhetschef Maud Bergman*

*Uppdragsstrateg Charlotta Larsson*

Handläggare  
Eva-Lena Tverå  
Mari Larsson

Datum 2013-11-19

## **Granskning av social dokumentation vid Norra Boendestödsteamet, Vård och Bildning, 2013-10-12.**

### **Social dokumentation under genomförandet**

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.

### **Syfte**

I samband med att avtalsuppföljning genomfördes i verksamheten i september månad genomförs granskning av den sociala dokumentationen 2013-10-12.

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

### **Metod**

Verksamhetschef ombads att inhämta samtycke från ett slumpmässigt urval av 34 brukare. Samtycke gavs av 25 brukare. Granskning genomfördes på 20 brukare.

### **Resultat**

#### **Samtycke**

- Anteckningar finns i samtliga journaler att den enskilde lämnat samtycke tillgång journal.

#### **Beställning**

- Giltig beställning finns för 19 brukare, 1 beställning upphörde att gälla 30 september 2013.

#### **Genomförandeplan**

- Finns för 20 brukare. En plan saknar giltig beställning. Av 20 genomförandeplaner är det 2 planer där planeringen stämmer överens med beställning. Övriga planer stämmer inte överens med beställning från myndighet.
- Namngiven kontaktman, upprättande datum samt uppföljnings/utvärderingsdatum samt underskrift från den enskilde finns i samtliga journaler.

- Mål/delmål finns i 17 journaler av övergripande karaktär eller svår definierade mål/delmål.
- 3 genomförandeplaner saknar mål/delmål.
- HUR man utför en insats beskrivs på flera sätt i genomförandeplanerna. I en del planer är det tydligt beskrivet medan i andra planer skriver man "tillsammans" med brukaren.
- NÄR man utför insatsen är beskriven på flera sätt. Ofta generellt "en gång i veckan", "Samtal kombinerat med medicinering", "vid behov", "boendestöd x antal timmar/månad"

### **Journalanteckningar**

- Den enskildes delaktighet i planering och utförande utifrån genomförandeplanen *saknas* i anteckningarna
- Innehållet i dokumentationen ska visa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för den enskilde detta *saknas* i anteckningarna.
- I dokumentationen ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut detta *saknas*.
- Uppföljning/Utvärdering av mål/delmål *saknas* i anteckningarna.
- I flertalet anteckningar förekommer det att den enskilde tackar nej till stödet vid upprepade tillfällen. I de fallen *saknas åtgärd*.
- I flera anteckningar förekommer att besöket uteblir p.g.a. sjukdom hos personal eller för lite personal. *Åtgärd t.ex. erbjudande om ny tid och dag saknas*.
- I flera journaler framkom anteckningar av ren HSL karaktär.
- I några journaler fanns fåtal anteckningar skrivna under 2013, ca 7-12 anteckningar.
- I anteckningarna är det ofta förekommande de dagliga händelserna vad den enskilde gjort eller inte gjort under dagen.

### **Samverkan**

- Samverkan både inom och utanför verksamheten vilket kan vara kontakter med försäkringskassan, arbetsgivare osv. gällande den enskilde framkommer tydligt.

### **Kommentar**

Verksamhetschefen informerar att det finns svagheter i samverkan med myndigheten vilket kan avspeglas i utförandet hos den enskilde såsom otydliga genomförandeplaner.

### Sammanfattning

Vid granskningen framkom att det finns **brister** i den sociala dokumentationen som inte uppfyller kraven utifrån SOFS 2006:5.

### Åtgärds punkter

- Att förtydliga den enskildes medverkan i upprättandet av genomförandeplan.
- Att förtydliga genomförandeplanen med mål/delmål samt på vilket sätt stödet ska ges.
- Att förtydliga på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över det praktiska genomförandet av insatsen.
- Att förtydliga i dokumentationen 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 Marianne Wijkmark  
Uppdragsstrateg Sirpa Kramsu samt Charlotta Larsson*

Handläggare  
Eva-Lena Tverå  
Mari Larsson

Datum 2013-12-05

## **Granskning av social dokumentation vid Boendestödsteamet Södra, Vård och Bildning, 2013-12-03.**

### **Social dokumentation under genomförandet**

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.

### **Syfte**

I samband med att avtalsuppföljning genomfördes i verksamheten i september månad genomförs granskning av den sociala dokumentationen 2013-12-03.

Syfte med granskningen var att se om 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. Samtycke från brukare inhämtades av verksamhetschef utifrån ett slumpmässigt urval av 34 brukare på verksamheten. 16 brukare lämnade samtycket till att HVK får ta del av personakt/journal för granskning av den sociala dokumentationen. Granskning har genomförts i 15 personakter/journaler.



## Resultat

### Samtycke

- Anteckning *finns* i samtliga journaler att den enskilde samtyckt till att HVK får ta del av personakt/journal för dokumentationsgranskning.

### Beställning

- Giltig beställning *finns* för 15 brukare.

### Genomförandeplan

- *Finns* för 15 brukare. 2 planer stämmer *inte* helt överens med beställning. 10 planer finns endast i pappersjournaler och *inte* i Siebel.
- Namngiven kontaktman *finns* i samtliga.
- Upprättande datum *saknas* i 2 planer.
- Underskrift eller att planen är presenterad för den enskilde *finns* i samtliga.
- Uppföljnings/utvärderingsdatum *saknas* i 9 planer.
- Mål/delmål *saknas* i 10 planer.
- HUR man utför en insats är *inte* tydligt beskrivet. Beskrivs "tillsammans med".
- NÄR man utför insatsen är beskriven på flera sätt. Ofta generellt "en gång i veckan", "2 ggr/vecka", "mån-fred".

### Journalanteckningar

- I anteckningarna framkommer i *flertalet* av journalerna på vilket sätt den enskilde utövat inflytande över upprättandet av genomförandeplanen.
- Den enskildes delaktighet i planering och utförande av stödet/hjälpen *saknas* i anteckningarna
- Innehållet i dokumentationen ska visa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för den enskilde detta *saknas* i anteckningarna.
- I dokumentationen ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut detta *saknas*.
- I flertalet av journalerna *framkommer* den enskildes nätverk, exempel sjukvårdskontakter, försäkringskassan, socialtjänsten, dagligverksamhet osv.
- Uppföljning/Utvärdering av mål/delmål *saknas i flertalet* anteckningar.
- I *flertalet* journaler fanns fåtal anteckningar skrivna under 2013, ca 6-16 anteckningar.

### Samverkan

- Samverkan både inom och utanför verksamheten vilket kan vara kontakter med försäkringskassan, arbetsgivare osv. gällande den enskilde framkommer.

### Kommentar

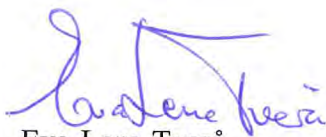
I journalen fanns uppehåll med flera månader mellan anteckningarna.

**Sammanfattning**

Vid granskningen framkom att det finns **brister** i den sociala dokumentationen utifrån SOFS 2006:5 SoL

**Åtgärds punkter**

- Att uppföljningsdatum/utvärderingsdatum finns i genomförandeplanen
- Att förtydliga mål/delmålen samt att mål/delmål ska finnas i samtliga journaler.
- Att förtydliga i genomförandeplanen HUR man utför insatsen.
- Att förtydliga tidpunkter NÄR insatsen ska utföras. Om NÄR inte kan fastställas ska det framkomma att det är utifrån brukarens önskemål.
- Att förtydliga på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över det praktiska genomförandet av insatsen i dokumentationen.
- Att förtydliga i dokumentationen ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut
- Att dokumentera i journal vad som har uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen.



Eva-Lena Tverå  
Biståndshandläggare



Mari Larsson  
Biståndshandläggare

*Sammanställningen har skickats till:  
Verksamhetschef Annika Dahlberg  
Uppdragsstrateg Charlotta Larsson*

Handläggare  
Eva-Lena Tverå  
Mari Larsson

Datum 2013-11-22

## **Granskning av social dokumentation vid boendestöd för unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, Vård och Bildning, 2013-11-20.**

### **Social dokumentation under genomförandet**

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.

### **Syfte**

I samband med att avtalsuppföljning genomfördes i verksamheten i september månad genomförs granskning av den sociala dokumentationen 2013-11-20.

Syfte med granskningen var att se om 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. Samtycke från brukare inhämtades av verksamhetschef utifrån ett slumpmässigt urval av 21 brukare i verksamheten. Granskning har genomförts i 14 journaler där brukare har samtyckt till att HVK får ta del av deras personakt/journal.

## Resultat

### Samtycke

- Anteckningar saknas i flera personakter/ journaler att den enskilde lämnat samtycke tillgång personakt/ journal.

### Beställning

- Giltig beställning finns för samtliga brukare.

### Genomförandeplan

- Finns för 14 brukare. Av 14 planer är 2 **inte** helt överensstämmande med beställning. En plan saknas i Siebel men finns i papper.
- Namngiven kontaktman, upprättande datum finns i samtligt granskade journaler. Uppföljnings/utvärderingsdatum saknas i samtliga journaler som granskas. Underskrift från den enskilde saknas i 2 däremot finns anteckning att brukaren har "tittat på" och godkänt genomförandeplanen.
- Mål/delmål finns i 14 journaler. I 1 journal överensstämmer inte mål/delmål med mål i beställning.
- HUR man utför en insats är tydligt beskrivet.
- NÄR man utför insatsen är beskrivet exempelvis "en gång i veckan", "1 träff/vecka", "en gång i månaden", "1-2 ggr/vecka eller Vb".

### Journalanteckningar

- I anteckningar framkommer **när** genomförandeplan upprättas.
- Den enskildes delaktighet i planering och utförande utifrån genomförandeplanen **framkommer** i anteckningarna.
- I anteckningar **framkommer** uppföljning/utvärdering som är gjorda utifrån beviljad insats.
- Av innehållet i dokumentationen **framkommer** beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för den enskilde.
- I anteckningar framkommer **när** en insats påbörjats eller avslutas samt orsak.

### Samverkan

- Samverkan mellan olika verksamheter samt myndigheter **framkommer** tydligt.

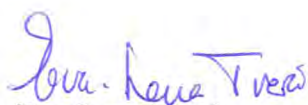
**Kommentar**

Verksamhetschefen informerar att det finns en efterfrågan av tydligare syften/mål i biståndsbesluten från myndighet.

Verksamheten har tydliga och detaljerade arbetsplaner förutom genomförandeplanerna.

**Bedömning**

Den sociala dokumentationen bedöms uppfylla kraven utifrån 11 kap 5 § SoL och 21 a § LSS samt SOFS 2006:5. Verksamheten bör tänka på att skriva uppföljnings/utvärderingsdatum i genomförandeplanen.



Eva-Lena Tverå  
Biståndshandläggare



Mari Larsson  
Biståndshandläggare

*Sammanställningen har skickats till:  
Verksamhetschef Lisbet Söderlund  
Uppdragsstrateg Sirpa Kramsu samt Charlotta Larsson*

Handläggare  
Eva-Lena Tverå  
Mari Larsson

Datum 2013-12-10

## **Granskning av social dokumentation vid Boendestödsteamet Vuxna med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, 2013-12-04.**

### **Social dokumentation under genomförandet**

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.

### **Syfte**

I samband med att avtalsuppföljning genomfördes i verksamheten i september månad genomförs granskning av den sociala dokumentationen 2013-12-04.

Syfte med granskningen var att se om 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. Samtycke från brukare inhämtades av verksamhetschef utifrån ett slumpmässigt urval av 39 brukare på verksamheten. 17 brukare lämnade samtycket till att HVK får ta del av personakt/journal för granskning av den sociala dokumentationen. Granskning har genomförts i 17 personakter/journaler.

## Resultat

### Samtycke

- Anteckning *finns* i samtliga journaler att den enskilde samtyckt till att HVK får ta del av personakt/journal för dokumentationsgranskning.

### Beställning

- Giltig beställning finns för 16 brukare. En beställning har passerat slut datum för giltighet.

### Genomförandeplan

- Finns för 15 brukare. Flera av planerna är *inte* uppföljda/utvärderade under 2013 eller stämmer *inte* överens med beställning.
- Namngiven kontaktman *saknas* i en.
- Upprättande datum *saknas* i 3.
- Underskrift eller att planen är presenterad för den enskilde *saknas* i 11.
- Uppföljnings/utvärderingsdatum *saknas* i 4 planer.
- Mål/delmål *saknas* i 11 planer. I 2 av 11 planer *finns* ett *delvis* mål.
- HUR man utför en insats är *inte* tydligt beskrivet det är skrivet ”tillsammans med”, eller tillsammans med bs (boendestöd).
- NÄR man utför insatsen är beskriven på flera sätt. Ofta generellt ”en gång i veckan”, ”2 ggr/vecka”, ”boendestöd tid”.

### Journalanteckningar

- I anteckningarna framkommer *inte* på vilket sätt den enskilde utövat inflytande över upprättandet av genomförandeplanen.
- Den enskildes delaktighet i planering och utförande av stödet/hjälpen *saknas* i anteckningarna
- Innehållet i dokumentationen ska visa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för den enskilde detta *saknas* i flertalet anteckningar.
- I dokumentationen ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut detta *saknas*.
- Uppföljning/Utvärdering av mål/delmål *saknas i flertalet* anteckningar.
- I *flertalet* journaler fanns fåtal anteckningar skrivna under 2013, ca 5-11 anteckningar.

### Samverkan

- Samverkan utanför verksamheten vilket kan vara kontakter med försäkringskassan, arbetsgivare osv. gällande den enskilde framkommer.

### Kommentar

I journalen fanns uppehåll med flera månader mellan anteckningarna.

**Sammanfattning**

Vid granskningen framkom att det finns **brister** i den sociala dokumentationen utifrån SOFS 2006:5. SoL

**Åtgärds punkter**

- Att uppföljningsdatum/utvärderingsdatum finns i genomförandeplanen
- Att förtydliga mål/delmålen samt att mål/delmål ska finnas i samtliga journaler.
- Att förtydliga i genomförandeplanen HUR man utför insatsen.
- Att förtydliga tidpunkter NÄR insatsen ska utföras. Om NÄR inte kan fastställas ska det framkomma att det är utifrån brukarens önskemål.
- Att förtydliga på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över det praktiska genomförandet av insatsen i anteckningarna.
- Att förtydliga i dokumentationen ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut
- Att dokumentera i journal vad som har uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen.



Eva-Lena Tverå  
Biståndshandläggare



Mari Larsson  
Biståndshandläggare

*Sammanställningen har skickats till:  
Verksamhetschef Lena Borg  
Uppdragsstrateg Charlotta Larsson*



Handläggare  
Eva-Lena Tverå  
Mari Larsson

Datum 2013-12-02

## **Granskning av social dokumentation vid Östra Boendestödsteamet, Vård och Bildning, 2013-11-25.**

### **Social dokumentation under genomförandet**

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.

### **Syfte**

I samband med att avtalsuppföljning genomfördes i verksamheten i september månad genomförs granskning av den sociala dokumentationen 2013-11-25.

Syfte med granskningen var att se om 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. Samtycke från brukare inhämtades av verksamhetschef utifrån ett slumpmässigt urval av 28 brukare på verksamheten. 21 brukare lämnade samtycke till att HVK får ta del av personakt/journal för granskning av den sociala dokumentationen. Granskning har genomförts i 15 personakter/journaler.

## Resultat

### Samtycke

- Anteckningar **saknas** i samtliga journaler att den enskilde lämnat samtycke till att HVK får ta del av personakt/ journal för dokumentationsgranskning.

### Beställning

- Giltig beställning **finns** för 15 brukare.

### Genomförandeplan

- Finns för 15 brukare. Av 15 genomförandeplaner är det 4 planer där planeringen **inte** stämmer överens med beställning.
- Namngiven kontaktman, upprättande datum samt underskrift från den enskilde **finns i** samtliga planer.
- Uppföljnings/utvärderingsdatum **saknas** i 3 planer.
- Mål/delmål finns beskrivet i 15 planer. Målen är av övergripande karaktär.
- HUR man utför en insats beskrivs på flera sätt i genomförandeplanerna. I flertalet av planerna är HUR beskrivet ”tillsammans med” medan i andra planer skriver man ”med boendestöd”.
- NÄR man utför insatsen är beskriven på flera sätt. Ofta generellt ” en gång i veckan”, ”v.a.v”, var 14:de dag”.

### Journalanteckningar

- Den enskildes delaktighet i planering och utförande utifrån genomförandeplanen **saknas** i anteckningarna
- Innehållet i dokumentationen ska visa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för den enskilde detta **saknas** i anteckningarna.
- I dokumentationen ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut detta **saknas**.
- Uppföljning/Utvärdering av mål/delmål **saknas** i anteckningarna.
- I flera journaler framkom anteckningar av ren HSL karaktär.
- I några journaler fanns fåtal anteckningar skrivna under 2013, exempel, i en journal saknas anteckningar mellan april till augusti.
- I anteckningarna är ofta noterat de dagliga händelserna vad den enskilde gjort eller inte gjort under dagen.

### Samverkan

- Samverkan både inom och utanför verksamheten vilket kan vara kontakter med försäkringskassan, arbetsgivare osv. gällande den enskilde framkommer tydligt.

**Kommentar**


I flertalet av journalerna är det få anteckningar gjorda med långa intervaller mellan anteckningarna.


**Sammanfattning**

Vid granskningen framkom att det finns **brister** i den sociala dokumentationen som inte uppfyller kraven utifrån SOFS 2006:5 SoL

**Åtgärds punkter**

- Att förtydliga den enskildes medverkan i upprättandet av genomförandeplan.
- Att förtydliga genomförandeplanen med mål/delmål samt på vilket sätt stödet ska ges.
- Att förtydliga på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över det praktiska genomförandet av insatsen.
- Att förtydliga i dokumentationen 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 Maud Bergman  
Uppdragsstrateg Charlotta Larsson*