

Handläggare  
Charlotta Larsson

Datum  
2015-02-03

Diarienummer  
OSN-2015-0103

Omsorgsnämnden

## **Avtalsuppföljning vid Täbyvägens gruppbostad, bostad med särskild service LSS**

### **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 vid Täbyvägens gruppbostad som framgår av rapporten (bilaga 1). Verksamheten drivs av Frösunda. I samband med avtalsuppföljningen genomfördes en dokumentationsgranskning (bilaga 2). Uppföljningen visade att det förelåg ett antal brister i förhållande till avtalet och en handlingsplan begärdes därför in. Handlingsplanen godkändes inte och en ny med förtydligande begärdes in (bilaga 3).

HVK bedömde inkommen redogörelse som tillfredsställande förutom när det gällde arbetsterapeut och sjukgymnast. Kontoret kallade in verksamhetens ledning till flera möten där de fick redovisa hur de uppfyller avtalet. De fick även inkomma med uppgifter hur mycket arbetsterapeut och sjukgymnast varit på verksamheten. Det framkom att de haft en arbetsterapeut samt sjukgymnast som tagits in vid behov på enheten. Frösunda har fr.o.m. 2014-09-01 en arbetsterapeut samt en sjukgymnast som arbetar heltid i Uppsala. Kontoret bedömer åtgärderna som tillfredsställande.

Omsorgsförvaltningen

Tomas Odin  
Direktör

Bilaga 1: Rapport från avtalsuppföljning

Bilaga 2: Dokumentationsgranskning

Bilaga 3: Godkänd handlingsplan från utföraren

Handläggare  
Charlotta Larsson

Datum  
2014-09-12

Diarienummer  
NHO-2014-0099

Frösunda, Täbyvägen

## Avtalsuppföljning vid Täbyvägens gruppbostad, bostad med särskild service LSS

### Beskrivning av den uppföljda verksamheten

Utförare och enhet	Täbyvägen, Frösunda
Adress	Täbyvägen 2
Verksamhetschef	Vanja Fridén
Telefon och mejladress	010-2507747 vanja.friden@frosunda.se
Uppföljning utförd av	Charlotta Larsson, Ann Larsén
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Verksamhetschef, medarbetare, legitimerad personal
Typ av verksamhet	Bostad med särskild service LSS
Totalt antal boende	5
Avtal	Avtal för bostad med särskild service enligt LSS för fyra LSS- boendeenheter
Avtalstid	2013-11-01 – 2016-10-31
Datum för uppföljning	2014-05-05 samt 2014-05-16

Täbyvägen drivs av Frösunda. Enheten är beläget i en enplansvilla i Vänge. På boendet bodde vid uppföljningstillfället två män och tre kvinnor i åldrarna 34 - 76. Samtliga har en utvecklingsstörning, några med tilläggshandikapp. Flertalet har nedsatt kommunikationsförmåga. En person har ett stort tillsynsbehov på grund av sitt tilläggshandikapp. Fyra av de boende har daglig verksamhet, en är pensionär.

## 1 Sammanfattning

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning vid Täbyvägens gruppboendestad som drivs av Frösunda. Kontorets bedömning är att boendet är en fungerande verksamhet på många sätt. Dock finns brister och förbättringsområden inom vissa delar. Nedanstående områden har varit fokusområden i den nu genomförda uppföljningen.

Kontorets slutsatser sammanfattas i nedanstående punkter. För utförligare kommentarer se respektive område i rapporten.

### Kontorets upplevelsekriterier

- Nämndens upplevelsekriterier var vid uppföljningstillfället ej förankrade i verksamheten. Kontoret begär i bifogad handlingsplan en beskrivning hur nämndens upplevelsekriterier ska förankras hos samtliga medarbetare.

### Samverkan

- Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att enheten uppfyller villkoren i avtalet i denna del.

### Personal, bemanning, handledning och kompetensutveckling

- Kontoret noterar att nuvarande verksamhetschef har en lång utbildning, men inte tagit ut någon examen. Kontoret bedömer dock efter att ha granskat de kurser hon har läst att de är relevanta och att hon uppfyller kravet i avtalet.
- Med stöd av det som framkommit i intervjuerna samt efter schemagranskning anser kontoret att verksamheten uppfyller avtalet gällande bemanning i dagsläget. Kontoret förutsätter dock att verksamheten har en flexibilitet i bemanningen då det i intervjuerna framkom att personalen upplever att det är för lite personal på förmiddagarna på helgerna.
- Kontoret ser att de flesta av medarbetarna har den kompetens som svarar upp mot dem som bor på boendet. Dock finns medarbetare som inte har någon utbildning inom området. Kontoret begär i bifogad handlingsplan en beskrivning av hur verksamheten säkrar upp att de medarbetare som inte har någon utbildning får den kompetens som behövs.

### Avvikelser och klagomålshantering

- Kontoret begär i bifogad handlingsplan en beskrivning hur verksamheten ska uppfylla kraven enligt SOSFS 2011:9 och därmed även kraven i avtalet.
- Kontoret begär i bifogad handlingsplan en beskrivning av när och hur Lex Sarah implementerats i personalgruppen. Kontoret begär även få ta del av protokoll från APT då Lex Sarah skulle tas upp.

### Dokumentation och genomförandeplaner

- Vid dokumentationsgranskning framkom brister inom den sociala dokumentationen och bedömningen blev att den sociala dokumentationen inte uppfyller krav utifrån 11 kap 5 § SoL och 21 a § LSS samt SOSFS 2006:5. Kontoret begär i bifogad handlingsplan

en beskrivning på hur verksamheten kommer att arbeta för att komma tillrätta med de brister som framkom i dokumentationsgranskningen för att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.

### **Kontaktmannaskap**

- Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att enheten uppfyller villkoren i avtalet i denna del.

### **Kultur och fritidsaktiviteter**

- Tilläggsbeslut i form av ledsagare är tagna av sektionen för LSS och socialpsykiatri på grund av att verksamheten inte kunna tillgodose behov av kultur och fritidsaktiviteter. Bemanningen har nu utökats för att kunna erbjuda kultur- och fritidsaktiviteter för dem som bor på boendet. Biståndshandläggare kommer att följa upp och avsluta tilläggsbesluten när de ser att behovet faktiskt är tillgodosett på boendet. Kontoret har ett samarbete med sektionen och kommer därigenom att säkerställa att utföraren uppfyller villkoren i avtalet.

### **Hälsa och rehabiliteringsbehov**

- Kontoret noterar att kontakten med sjuksköterska förefaller fungera bra.
- Kontoret bedömer att verksamheten ej uppfyller avtalet gällande arbetsterapeut och sjukgymnast. Kontoret begär i bifogad handlingsplan få en beskrivning av hur verksamheten kommer att uppfylla avtalet gällande arbetsterapeut och sjukgymnast.
- Inga teamträffar förekommer på enheten men diskussioner om detta har förts. Kontoret ser att detta skulle gagna dem som bor på boendet och ser detta som ett förbättringsområde för verksamheten.

#### **1.1 Krav på åtgärder**

Kontoret begär att verksamheten senast den 7 november 2014 återkommer med en handlingsplan om hur konstaterade brister ska åtgärdas samt tidplan för detta. Handlingsplanen ska skrivas i av kontoret tillhandahållen mall, se bilaga.

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

## 2 Inledning

### 2.1 Bakgrund

Verksamheten drivs av Frösunda sedan november 2013. Då verksamheten nyligen blivit upphandlad gjordes en planderad avtalsuppföljning. Kontoret har även fått in synpunkter från sektionen för LSS och socialpsykiatri gällande att behovet av fritidsaktiviteter inte tillgodoses på verksamheten och har därför haft ett särskilt fokus på detta område.

### 2.2 Syfte och avgränsningar

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

Syftet med nämndens samlade uppföljning är att:

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

Resultatet av uppföljningen grundas på den information som framkommit vid samtal med de intervjuade och inlämnad statistik i tertial samt granskning av personalschema. Kontoret har därmed inte granskat samtliga av utförarens dokumenterade rutiner i verksamhetens ledningssystem för kvalitet och övriga dokument. Kontorets bedömning utgår således från den information som lämnats vid intervjutillfället och som återfinns i granskade dokument.

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

### 2.3 Metod

Uppföljningen genomfördes i form av intervjuer med verksamhetschef, medarbetare samt legitimerad personal på enheten. Intervjuerna hölls separat med respektive yrkeskategori. Dokumentstudier av personalschema har genomförts samt dokumentationsgranskning av journaler har gjorts. Även verksamhetens rutin för synpunkter och klagomål har granskats som en del av avtalsuppföljningen. Kontoret har även varit i kontakt med sektionen för LSS och socialpsykiatri för att se hur många tilläggsbeslut om kompletterande insatser som finns på enheten.

### **3 Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser**

#### **3.1 Nämndens upplevelsekriterier**

Nämnden för hälsa och omsorgs (NHO) värdegrund är upplevelsekriterierna trygghet, ett respektfullt bemötande, delaktighet och inflytande samt oberoende. Dessa kriterier ska genomsyra den enskildes upplevelse av den tillhandahållna tjänsten.

##### **3.1.1 Iakttagelser**

Vid intervjutillfället kände varken verksamhetschef eller medarbetarna till begreppet upplevelsekriterier men kunde tydligt beskriva innebörden av dessa. Flera praktiska exempel beskrevs hur de arbetar för att säkerställa att de boende ska kunna uppleva trygghet och oberoende samt att de alltid tänker på att de boende ska få ett respektfullt bemötande. När det gäller delaktighet och inflytande berättade både medarbetarna och ledningen att de inte har brukarmöten. De pratar istället alltid med den enskilde för att få fram önskemål, då de upplever att det då är lättare att få fram vad den enskilde önskar och vill. Verksamhetschefen berättade att respektfullt bemötande och trygghet tagits upp på handledning och att det handlade om värderingar hur man bemöter dem som bor på boendet.

Vid intervju med legitimerad personal framkom att ingen av dem kände till nämndens upplevelsekriterier.

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

Nämndens upplevelsekriterier var vid uppföljningstillfället ej förankrade i verksamheten. Dock kunde medarbetare och ledning förklara hur de arbetar utifrån orden. Kontoret begär i bifogad handlingsplan en beskrivning hur nämndens upplevelsekriterier ska förankras hos samtliga medarbetare.

#### **3.2 Samverkan**

##### **3.2.1 Iakttagelser**

Ledning och medarbetare uppgav vid intervjutillfället att de samverkar med olika enheter och personer som finns kring den enskilde. Bl.a. nämndes anhöriga, legala företrädare, daglig verksamhet, habiliteringen, biståndshandläggare samt legitimerad personal. Verksamheten har även kontakt med intresseorganisationen FUB (föreningen för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna) och går på deras danser. De har även kontakt med Tallkrogen. Personalen berättade att de medvetet inte har någon volontär i verksamheten då brukarna har svårt att kommunicera. Efter att kontoret informerats om vad volontären kan erbjuda sa personalen att de eventuellt kan fungera för någon enstaka och att de ska ta upp detta med resten av personalgruppen.

Både ledning och medarbetare berättade att de brukar bjuda in anhöriga någon gång per år till verksamheten.

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

Enligt gällande avtal ska verksamheten bl.a. ha utarbetade rutiner för att samverka med närstående och andra viktiga personer för den enskilde utifrån den enskildes samtycke. Verksamheten ska även samverka med berörda enheter inom Uppsala kommun och andra huvudmän med den enskilde i fokus, samt samverka med ideella organisationer och enskilda volontärer.

Verksamheten har medvetet gjort ett val att inte ha någon samverkan med enskilda volontärer med hänsyn till de boende och kontoret har en förståelse för detta på grund av de funktionsnedsättningar de boende har. Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att enheten uppfyller villkoren i avtalet i denna del.

## **3.3 Personal, bemanning, handledning och kompetensutveckling**

### **3.3.1 Iakttagelser**

På verksamheten finns en verksamhetschef som har 232,5 högskolepoäng men dock ingen examen. Kurser som hon gått är Socialrätt 15 p, Autism, adhd och andra funktionsnedsättningar 7,5 p, Organisation och ledarskap 15 p, Etik och ledarskap 15 p, Psykologi 82,5 p, Medie- och kommunikationsvetenskap 60 p, Praktisk svenska 30 p och Muntlig kommunikation 7,5 p. Verksamhetschefen har tidigare erfarenheter av att arbeta som chef. Verksamhetschefen är på enheten en till två dagar per vecka men personalen upplever att hon alltid är tillgänglig på telefon och mejl. Både ledning och medarbetare sa att om verksamhetschefen är ledig så får medarbetarna alltid information om vem som är uttalad ersättare.

Verksamhetschefen uppgav att det i verksamheten finns 7,75 årsarbetare fördelat på nio personer. Medarbetarna berättade att endast en personal har slutat sin anställning sedan övertagandet och att de har en stabil arbetsgrupp.

Både ledning och medarbetarna berättade att det alltid är två personal på morgonen, en personal dagtid och tre personal på kvällarna. De uppgav att den bemanningen fungerar bra förutom på helgerna då det upplevs vara för lite personal på förmiddagarna då de boende inte är på daglig verksamhet. De framförde även att deras arbetspass på helgerna är från 08.00 – 21.00 och att passen är så långa att de har svårt att vara fokuserade på slutet av arbetsdagen. Kontoret informerade verksamhetschefen om detta vid intervjutillfället och hon skulle ta upp detta med personalen.

Medarbetarna berättade att alla utom en i arbetsgruppen har relevant utbildning. Utbildningar som nämndes var undersköterska samt barnskötare. Verksamhetschefen uppgav att krav vid nyanställning är undersköterska med erfarenhet och personlig lämplighet.

Verksamhetschefen berättade att medarbetarsamtal och kompetensutvecklingsplaner pågår. Detta gäller endast tillsvidareanställd personal. Hon berättade även att varje medarbetare får minst två utbildningsdagar per år och att Frösunda har egna webbaserade utbildningar. Dessa får även vikarierna ta del av. Personalen har handledning en gång per månad. Samtliga intervjuade berättade att tydliga rutiner för introduktion vid nyanställning finns.

### **3.3.2 Kontorets kommentarer och slutsatser**

Kontoret noterar att nuvarande verksamhetschef har en lång utbildning, men att hon inte tagit ut någon examen. Kontoret bedömer dock efter att ha granskat de kurser hon har läst att de är relevanta och att hon uppfyller kravet i avtalet.

Enligt gällande avtal ska personalbemanning finnas som säkerställer att den enskilde garanteras en rättssäker vård och omsorg dygnets alla timmar i enlighet med gällande lagstiftning. Med stöd av det som framkommit i intervjuerna samt efter schemagranskning anser kontoret att verksamheten uppfyller avtalet gällande bemanning i dagsläget. Kontoret förutsätter dock att verksamheten har en flexibilitet i bemanningen då det i intervjuerna framkom att personalen upplever att det är för lite personal på förmiddagarna på helgerna.

Enligt gällande avtal ska personal finnas med sådan kompetens och erfarenhet att den kan tillgodose den enskildes behov av omsorg, hälso- och sjukvård, habilitering, kommunikation och stöd. Verksamheten ansvarar även för att all tillsvidareanställd personal har adekvat utbildning på minst gymnasienivå. Kontoret ser att de flesta av medarbetarna har den kompetens som svarar upp mot dem som bor på boendet. Dock finns medarbetare som inte har någon utbildning inom området. Kontoret begär i bifogad handlingsplan en beskrivning av hur verksamheten säkrar upp att de medarbetare som inte har någon utbildning får den kompetens som behövs.

## **3.4 Avvikelse och klagomålshantering**

### **3.4.1 Iakttagelser**

Vid intervjutillfället uppgavs från både verksamhetschef och medarbetare att rutiner för synpunkter och klagomål finns. Dessa kan lämnas till verksamheten både skriftligt och muntligt. Dock uppgavs att blanketterna sällan används. Verksamhetschefen berättade att hon går igenom och sammanställer de synpunkter som inkommit. Frösunda har även en kundombudsman som den som vill kan lämna synpunkter till. Medarbetarna sade att de är dåliga på att dokumentera synpunkter som inkommer och att det är ett förbättringsområde. Efter intervjutillfället ombads verksamheten skicka in deras rutin till kontoret.

Rutin för HSL-avvikelse var känd både av verksamhetschef och medarbetare, detta bekräftades av sjuksköterskan som berättade att avvikelser skrivs på verksamheten.



Verksamhetschefen berättade att hon känner till Lex Sarah. Medarbetarna uppgav även dem att Lex Sarah är känd och information finns lättillgängligt på verksamheten. Dock framkom att de ej kände till de uppdateringar som skett 2011. Medarbetarna sa att de skulle ta upp detta på nästkommande APT. Även legitimerad personal uppgav att de känner till Lex Sarah och Lex Maria.

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

I gällande avtal finns krav om att producenten ska ha ett ledningssystem för kvalitet som motsvarar kraven i Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9. Enligt SOSFS 2011:9 ska inkomna klagomål och synpunkter sammanställas och analyseras för att verksamheten ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Vid verksamheten finns rutiner för avvikelshantering, synpunkter och klagomål. Efter att ha granskat verksamhetens rutiner ser kontoret att de inte helt överensstämmer med SOSFS 2011:9. I rutinen står bl.a. att i de fall det inte är möjligt att åtgärda synpunkter och klagomål ska medarbetarna rapportera till närmast chef och dokumentera synpunkten/klagomålet. Vid uppföljningen framkom att medarbetarna inte alltid dokumenterar de synpunkter/klagomål som inkommer och att de själva ser att det är ett förbättringsområde. Kontoret begär i bifogad handlingsplan en beskrivning hur verksamheten ska uppfylla kraven enligt SOSFS 2011:9 och därmed även kraven i avtalet.

De uppdateringar som skett i Lex Sarah var ej kända hos medarbetarna och detta skulle tas upp på nästkommande APT. Kontoret begär i bifogad handlingsplan en beskrivning av när och hur Lex Sarah implementerats i personalgruppen. Kontoret begär även få ta del av protokoll från detta APT.

## **3.5 Dokumentation och genomförandeplaner**

### **3.5.1 Iakttagelser**

Vid intervjutillfället framkom från medarbetarna att rapporttid finns mellan arbetspassen. Dock upplevdes rapporttiden på morgonen som knapp.

Både verksamhetschef samt medarbetare uppgav att rutinen för dokumentation är känd och personalen berättade att de fått utbildning i Siebel. Dokumentationen sker i Siebel samt i kundens pärm.

Vid intervjutillfället berättade samtliga intervjuade att genomförandeplaner finns upprättade för samtliga boende, vilket uppgavs alltid ske tillsammans med legal företrädare, stödperson, verksamhetschef vid behov samt brukaren om den kan/vill delta.

Vid uppföljningen framförde verksamhetschefen att de saknar aktuella beställningar för fyra av dem som bor på boendet och att de varit i kontakt med sektionen för LSS och socialpsykiatri vid flera tillfällen gällande detta.

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

Granskning av personalschema har gjorts då medarbetarna uppgav att rapporttiden på morgonen var knapp. Enligt schema finns 30 minuter avsatt varje morgon för rapporttid och kontoret anser att detta är rimligt.

Gällande saknade beställningar tog kontoret omgående kontakt med sektionen för LSS och socialpsykiatri och framförde detta.

En dokumentationsgranskning genomfördes maj 2014 i samband med avtalsuppföljningen. Granskning genomfördes i samtliga akter på boendet och bedömningen blev att den sociala dokumentationen inte uppfyller krav utifrån 11 kap 5 § SoL och 21 a § LSS samt SOSFS 2006:5.

Vid dokumentationsgranskningen framkom fem åtgärds punkter.

- Att dokumentera orsak för uppföljning/utvärdering av genomförandeplan i löpande text.
- Att dokumentera uppföljning/utvärdering av mål/delmål i löpande text.
- Att förtydliga i löpande text på vilket sätt brukaren/legal företrädare har utövat inflytande över det praktiska genomförandet av stödsatsen utifrån genomförandeplan.
- Att dokumentera ett fortlöpande resultat av genomförande av insatser utifrån beslut i löpande text.
- Att i löpande text inte dokumentera sådant som är avsett för information till personal. Se bilaga.

Vid dokumentationsgranskningen framkom även att det fanns genomförandeplaner för samtliga brukare på Täbyvägen, vilket bekräftar det samtliga intervjuade uppgav vid intervjutillfället. Verksamheten fick kort efter granskningen en skriftlig sammanställning där åtgärds punkter framgick. Kontoret begär i bifogad handlingsplan en beskrivning på hur verksamheten kommer att arbeta för att komma tillrätta med de brister som framkom i dokumentationsgranskningen för att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.

## **3.6 Kontaktmannaskap**

### **3.6.1 Iakttagelser**

Vid intervjutillfället framförde både verksamhetschef samt medarbetare att alla som bor på boendet har en stödperson/kontaktperson. Stödpersonen är bl.a. ansvarig för att ha kontakt

med den legala företrädaren samt att se till att det fungerar kring den enskilde både när det gäller omvårdnad och att personen ska ha en bra fritid.

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

Enligt gällande avtal ska rutiner gällande kontaktmannaskap finnas samt att den enskilde ska erbjudas en namngiven kontaktman/boendeansvarig. Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att enheten uppfyller villkoren i avtalet i denna del.

## **3.7 Kultur och fritidsaktiviteter**

Då synpunkter inkommit från sektionen för LSS och socialpsykiatri om att behov av fritidsaktiviteter ej tillgodoses på enheten och att de därför fått beviljat tilläggsbeslut i form av ledsagare har kontoret fokuserat på detta område i uppföljningen. Kontoret var innan avtalsuppföljningen i kontakt med regionschef för Frösunda som informerade om att schemat ändrats och att det inte längre ska vara några problem med individuella aktiviteter på boendet.

### **3.7.1 Iakttagelser**

Vid uppföljningstillfället uppgav verksamhetschefen att de numera tillgodoser behoven av kultur och fritidsaktiviteter. De planerar in en individuell aktivitet per vecka för dem som bor på boendet samt har gemensamma aktiviteter. Medarbetarna berättade att de erbjuder samtliga på boendet aktiviteter varje vecka, både enskilt och gruppaktiviteter. Som exempel nämndes bl.a. utflykter, ut och äta, på stan och fika samt promenader. Alla tackar inte ja till att delta i aktiviteter som anordnas och erbjuds på enheten men personalen försöker att motivera

### **3.7.2 Kontorets kommentarer och slutsatser**

Enligt gällande avtal ska den enskilde få stöd till att ta del av kultur och fritidsaktiviteter. Den enskilde ska erbjudas individuella kultur- och fritidsaktiviteter utanför boendet minst en gång i veckan och den enskildes önskemål och intressen ska så långt som möjligt styra omfattningen av aktiviteten.

Vid kontorets uppföljning framkom att bemanningen utökats och att det nu är tre personer som är i tjänst varje eftermiddag och kväll för att kunna erbjuda kultur- och fritidsaktiviteter för dem som bor på boendet. Detta bekräftas vid granskning av personalschema som begärdes in vid avtalsuppföljningen.

Kontoret har varit i kontakt med sektionen för LSS och socialpsykiatri i samband med uppföljningen för att höra om det har skett någon förändring gällande aktiviteter som erbjuds på enheten. Myndigheten hade gjort individuppföljning på en person där det framkom att det skett förbättringar. Biståndshandläggare kommer att följa upp och avsluta tilläggsbesluten när de ser att behovet faktiskt är tillgodosett på boendet.

Kontoret har ett samarbete med sektionen och kommer därigenom att säkerställa att utföraren uppfyller villkoren i avtalet.

### **3.8 Hälsa och rehabiliteringsbehov**

#### **3.8.1 Iakttagelser**

Verksamheten har avtal med Private Nursing när det gäller sjuksköterska på enheten dygnet runt. Sjuksköterskan uppgav vid intervjutillfället att hon är regelbundet på enheten men att hon inte har någon fast dag då hon är där utan att hon åker dit vid behov. Ingen av de boende har egenvård. Personalens uppfattning var att det fungerar bra med kontakten med sjuksköterskan och att de har rutiner för när denne ska kontaktas. Sjuksköterskan har träffat samtliga som bor på boendet.

Arbetsterapeut och sjukgymnast är anställda av Frösunda och berättade vid intervjutillfället att de har ansvar för 19 enheter i Uppsala. De är anställda på 20% och är i Uppsala varje fredag. Arbetsterapeuten arbetar övrig tid i Stockholm och sjukgymnasten har en annan anställning måndag-torsdag.

Sjukgymnasten uppgav att hon har kontakt med enheten varje vecka gällande träningsprogram som är delegerade till personalen. Dock framkom att hon upplevde att personalen inte hinner att utföra uppgifterna och att hon därför anpassar träningsprogrammen utifrån personalens möjligheter.

Arbetsterapeuten berättade att hon träffar brukarna på daglig verksamhet gällande hjälpmedel. Hon uppger dock att hon önskar att hon hann träffa brukaren på boendet tillsammans med personalen för att kunna tillgodose övriga behov av arbetsterapeutiska insatser. I dagsläget ringer hon och informerar personalen på boendet om hjälpmedel som skrivits ut. Hon uttryckte ” vi hinner inte tillgodose behov på 19 enheter då vi endast arbetar 20 % ”. Arbetsterapeuten berättade också att hon skulle vilja se över hjälpmedelsbehovet på enheten men då tid för detta ej finns får hon ta det mest akuta.

Både arbetsterapeut och sjukgymnast uppgav att rehabplaner som tidigare legitimerad personal gjort finns, men att de själva inte hunnit följa upp dessa. Båda sa att målet är att nya rehabplaner beräknas vara klara under sommaren men kan inte svara på huruvida detta är realistiskt och genomförbart.

Samtliga legitimerade uppgav att inga teamträffar förekommit där legitimerad personal och personal på boendet träffats och pratat om de boende för att få en helhetssyn utifrån olika professioners bedömning. Dock berättade sjuksköterskan att hon ibland är med på APT på enheten. Arbetsterapeut och sjukgymnast berättade att det finns en planering för att all legitimerad personal kommer att ha möte en gång i månaden med deras chef, dock inte personal på boendet.

Både arbetsterapeut och sjukgymnast upplevde att personalen inte känner till när de ska ta kontakt med dem. Detta bekräftades vid intervju med personalen då de uppgav att inga skriftliga rutiner/urvalskriterier finns när det gäller att ta kontakt med legitimerad personal.

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

Kontoret noterar att kontakten med sjuksköterska förefaller fungera bra.

Vid uppföljningen framkom tydligt att arbetsterapeut och sjukgymnast inte hinner med de arbetsuppgifter som åligger dem och som ingår för att uppfylla krav i avtal inom området. Inga bedömningar på dem som bor på boendet har gjorts och personalen berättade att inga skriftliga rutiner/urvalskriterier finns när det gäller att ta kontakt med dessa yrkeskategorier.

Enligt gällande avtal ska insatser av arbetsterapeut och sjukgymnast tillgodoses. Enligt riktlinjer för hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering/habilitering ska utföraren tillse att arbetsterapeut och sjukgymnast ges mandat och förutsättningar att utöva den kommunala rollen. Kontoret ser inte att verksamheten har skapat förutsättningar för detta, då de arbetar endast en dag per vecka motsvarande 20 % och har ansvar för 19 enheter denna dag. Kontoret anser att det är anmärkningsvärt att verksamheten endast har dessa yrkeskategorier en dag i veckan då behovet finns och kan behöva tillgodoses även övriga dagar. Anmärkningsvärt är också att sjukgymnast delegerar uppgifter utifrån personalens möjlighet att hinna med att utföra dessa och därmed inte utifrån den enskildes behov.

Kontoret bedömer att verksamheten ej uppfyller avtalet gällande arbetsterapeut och sjukgymnast. Kontoret begär i bifogad handlingsplan få en beskrivning av hur verksamheten kommer att uppfylla avtalet gällande arbetsterapeut och sjukgymnast. Kontoret förutsätter även att utföraren omgående vidtar åtgärder för att tillgodose behoven.

Vid intervjutillfället framkom att teamträffar ej förekommer men att diskussioner om detta har förts på enheten. Kontoret ser att detta skulle gagna dem som bor på boendet och ser detta som ett förbättringsområde för verksamheten.

## **4 Kontorets avslutande kommentar**

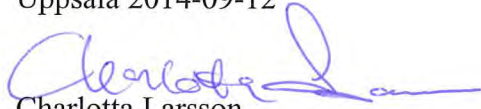
Kontorets bedömning är att Täbyvägens gruppbostad är en fungerande verksamhet på många sätt. Dock har avvikelser mot förfrågningsunderlaget konstaterats i vissa delar av de uppföljda områdena vilket gör att det förefaller för kontoret som om utföraren inte implementerat uppdraget i alla dess delar hos den nu uppföljda enheten.

För mer information se **sammanfattningen**, där mer instruktioner gällande inkrävd handlingsplan följer under **krav på åtgärder**.

Bilaga 1: Sammanställning från dokumentationsgranskning

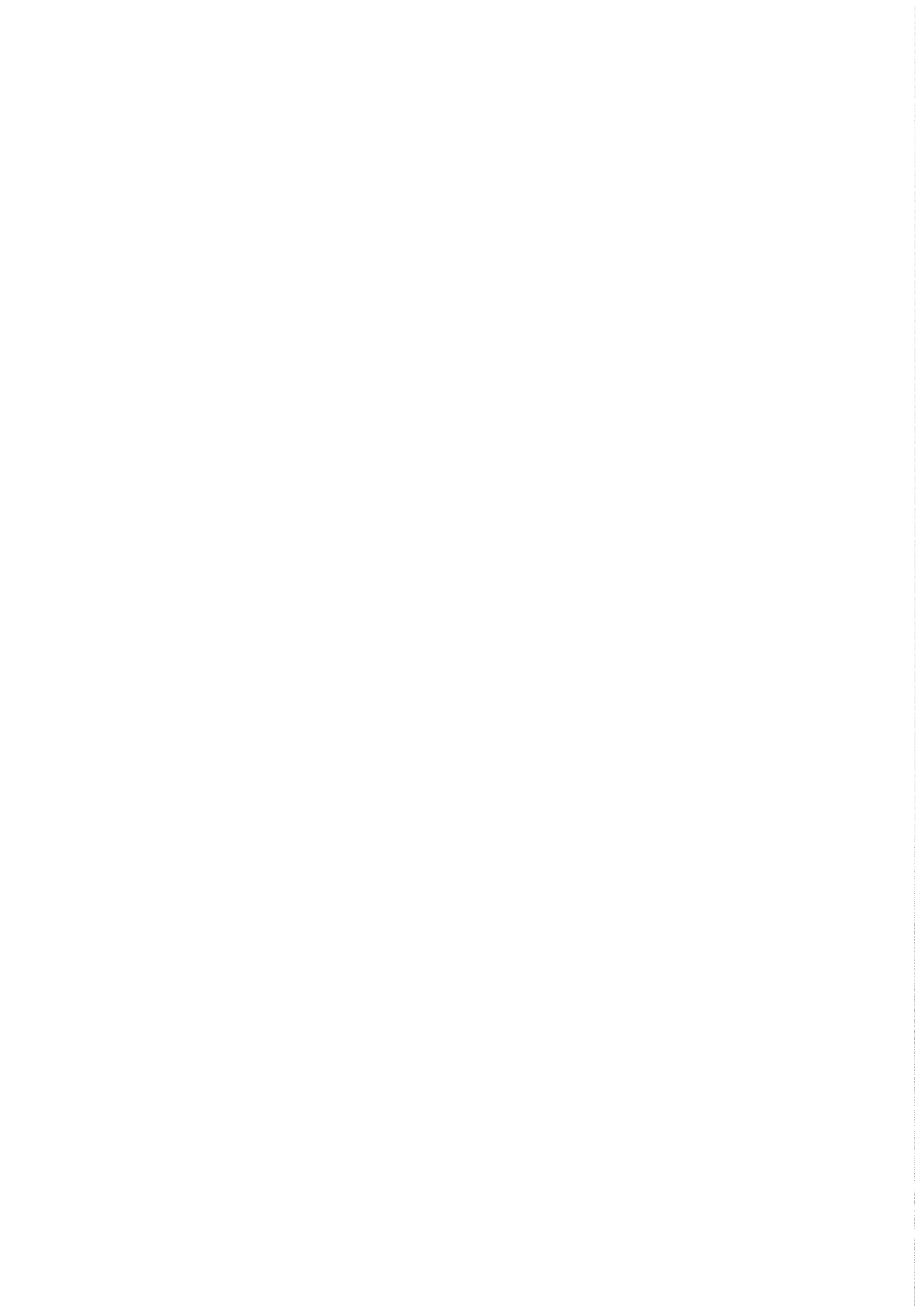
Bilaga 2: Mall Handlingsplan

Uppsala 2014-09-12



Charlotta Larsson  
Uppdragsstrateg

Ann Larsén  
Uppdragsstrateg



Handläggare  
Eva-Lena Tverå  
Mari Larsson

Datum 2014-05-30

## **Granskning av social dokumentation vid Täbyvägen 2, gruppbostad LSS Frösunda AB, 2014-05-22.**

### **Bakgrund**

I samband med att avtalsuppföljning genomförs i verksamheten sker även en granskning av den sociala dokumentationen 2014-05-22.

### **Syfte**

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

### **Metod**

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har begärt att få ta del av brukares dokumentation i personakt/journal i samband med dokumentationsgranskning. Verksamhetschef ombads att inhämta samtycke från samtliga 5 brukare i gruppbostad. 5 brukare/legal företrädare har samtyckt till att HVK får ta del av personakt/journal. Granskning har genomförts i 5 akter/journaler.

### **Resultat**

#### **Samtycke**

- Samtyckesblankett underskriven av brukare/legal företrädare *finns*
- Anteckningar att brukare/legal företrädare lämnat samtycke till att HVK får ta del av personakt/journal *saknas* i samtliga journaler

#### **Genomförandeplan**

- Genomförandeplan *finns* för samtliga brukare.  
*Finns i pappersform i brukarens pärm. Saknas i it -system Siebel.*
- Upprättandedatum av *finns* i samtliga planer.
- Uppföljnings/utvärderingsdatum *finns* i 4 planer *saknas* i en plan.
- Mål/delmål *finns* i samtliga planer.
- Hur brukaren önskar att hjälp/stöd ska utföras *finns* i samtliga planer.
- När stöd/hjälp ska utföras *finns* i samtliga planer.



- Hur brukaren/legal företrädare varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen framkommer dels genom beskrivning som t.ex. "*genom god man, kund/god man/förvaltare vill ej medverka utöva inflytande till upprättande av genomförandeplan. Planen är skapad och förändrad enbart utifrån Frösundas perspektiv*". Underskrifter finns i fyra planer.

### **Journal**

I en brukares pärm fanns anteckningar gällande ett planeringsmöte. I den löpande texten saknas anteckningar om detta möte.

- Datum för upprättande av genomförandeplan *finns i samtliga* journaler då det med automatik framkommer i it -system Siebel.
- Uppföljning/utvärdering av genomförandeplan *saknas* i samtliga journaler.
- Uppföljning/utvärdering av mål/delmål *saknas* i samtliga journaler.
- I dokumentationen ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av insatser utifrån beslut detta framgår *inte*.
- Att personalen arbetar utifrån genomförandeplanen framgår *delvis* i journalerna.
- Flertalet anteckningar beskriver att brukaren deltagit i olika aktiviteter t.ex. handlat, åkt en biltur, tagit en promenad, bjudit på fika.
- I några journaler framkom en del anteckningar rörande information personal emellan.
- I en journal fanns många anteckningar av HSL- karaktär

### **Samverkan/Nätverk**

Samverkan/kontakt inom och utanför verksamheten till exempel med god man, daglig verksamhet, närstående *framkommer*.

### **Social dokumentation under genomförande**

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

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

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


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


**Bedömning**

Den sociala dokumentationen i personakter/journaler gällande den löpande texten bedöms *inte* uppfylla kraven utifrån 11 kap 5 § Sol och 21 a § LSS samt SOFS 2006:5.

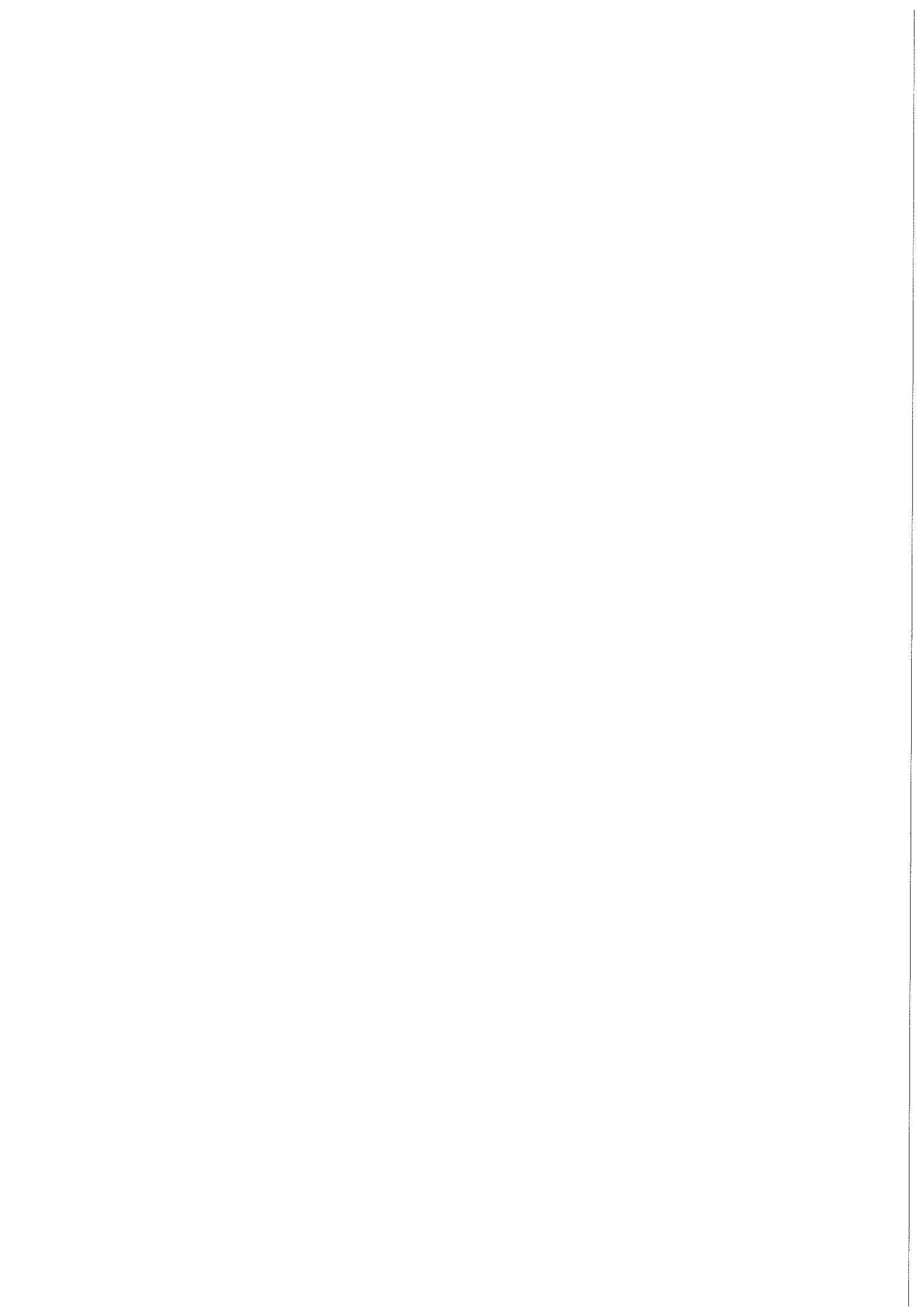
**Åtgärds punkter**

- Att dokumentera orsak för uppföljning/utvärdering av genomförandeplan i löpande text.
- Att dokumentera uppföljning/utvärdering av mål/delmål i löpande text.
- Att förtydliga i löpande text på vilket sätt brukaren/legal företrädare har utövat inflytande över det praktiska genomförandet av stödinsatsen utifrån genomförandeplan.
- Att dokumentera ett fortlöpande resultat av genomförande av insatser utifrån beslut i löpande text.
- Att i löpande text inte dokumentera sådant som är avsett för information till personal.

  
Eva-Lena Tverå  
Biståndshandläggare

  
Mari Larsson  
Biståndshandläggare

*Sammanställningen har skickats till:*  
*Verksamhetschef Vanja Fridén*  
*Uppdragsstrateg Charlotta Larsson*



Handläggare  
Charlotta Larsson

Datum  
2014-11-14

## Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN

Uppföljningsobjekt: Täbyvägens gruppbostad  
Enhetschef: Vanja Fridén  
Handlingsplan HVK tillhanda senast: 20 november 2014

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, 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: Täbyvägens gruppbostad

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
<p><b>Kontorets upplevelsekriterier:</b></p> <p>Beskriv hur nämndens upplevelsekriterier ska förankras hos samtliga medarbetare.</p>	<p>Vi har satt upplevelsekriterierna som en punkt på APT-agendan. Vi kommer utifrån dessa diskutera hur vi kan öka upplevelsen av trygghet, självbestämmande, oberoende hos kunderna. Vi kommer att aktivt arbeta med ett respektfullt bemötande, genom att utifrån upplevelsekriterierna föra samtal kring moral och etik. Detta är något vi arbetar med på handledning och APT utefter våra värderingar respekt, engagemang och nyfikenhet. Vidare kommer vi att arbeta kring hur dokumentationen kan skrivas med utgång från upplevelsekriterierna. Vi kommer ha en planeringsdag den 20 november och kommer då påbörja arbetet med en genomgång och diskussion</p>	<p>Vanja Linderlöf och Sara Wettervik</p>	<p>Start den 20/11 och därefter löpande. Upplevelsekriterierna kommer att vara implementerade inom sex månader.</p>	<p>Uppföljning vid varje APT.</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>-</p>

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	kring upplevelsekriterierna. Legitimerad personal är utefter behov med på APT och planeringsdagar.						
<b>Personal, bemanning, handledning och kompetensutveckling:</b>  Beskriv hur verksamheten säkrar upp att de medarbetare som inte har någon utbildning får den kompetens som behövs.	Vi har interna utbildningar i aktuella ämnen för verksamheten. Vi använder oss även av habiliteringskurser. Vi har handledning en gång i månaden.	Vanja Linderlöf och Sara Wettervik	Klart 30/11 2014  Ja det finns en tydlig kompetensutvecklingsplan, bifogar denna.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
<b>Avvikelser och klagomålshantering:</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Beskriv hur verksamheten ska uppfylla kraven enligt SOSFS 2011:9 och därmed även kraven i avtalet.</li> </ul>	Täbyvägens gruppbostad arbetar utifrån Frösundas kvalitetsledningssystem. Vi definierar kvalitet genom kundnöjdhet, avtalstrohet och regulatorisk följsamhet. Vårt sätt att styra och följa upp för fortlöpande lärande och kvalitetsutveckling är kvalitetsåret. Vi följer upp genomförandet genom månadsuppföljning där VC	Vanja Linderlöf och Sara Wettervik	Löpande		<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	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Beskriv när och hur Lex Sarah implementerats i personalgruppen.</li> </ul>	<p>varje månad rapporterar till RC som vidare rapporterar till AOC om uppnådda resultat i arbetet med kvalitetsmålen. Vi har både externa och interna tillsyner av verksamheten. Var tredje månad görs en egenkontroll där vi identifierar starka och svaga delar av verksamheten. Vi har kvalitetsråd som leds av VC där medarbetare är med från olika verksamheter i Frösunda. En medarbetare från Täbyvägen är med i kvalitetsrådet. Kvalitetsrådet arbetar med att hantera rapporterade avvikelser samt klagomål och synpunkter samt driver arbetet med ständiga förbättringar. Två gånger per år genomförs kollegial kontroll där VC genomför kontroller på varandras verksamheter. På Täbyvägens gruppbestad lägger vi stor vikt på avvikelserapporteringen. Vi arbetar ständigt med att följa upp avvikelserna och gör åtgärdsplaner tills varje avvikelse är till 100 %</p>						

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	<p>genomförd. VC rapporterar alla avvikelser vidare till RC. På Täbyvägen har vi handledning som är ett direkt stöd till verksamheten för ökad kvalitet. Frösunda har ett utvecklat system för synpunkter och klagomål där kunder, anhöriga, företrädare och beställare kan lämna synpunkter och klagomål. Dessa blanketter har anhöriga fått mailade till och de finns tillgängliga i verksamheten på Täbyvägen. Vi har på flertalet APT-möten pratat om synpunkter och klagomålshanteringen. Vi har dock bara fått in en synpunkt från anhörig och det var beröm. Frösunda har en oberoende kundombudsman dit kunder, anhöriga och företrädare kan vända sig med synpunkter och klagomål.</p> <p>Vi har på APT tagit upp lex Sarah vid två tillfällen och gått igenom innebörden samt att medarbetarna fått läsa igenom Socialstyrelsens föreskrifter</p>						



Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd		Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
					Ja	Nej	
	och allmänna råd om Lex Sarah. Vi har även gått igenom var de hittar blanketterna samt vilka typer av händelser som kan vara exempel på lex Sarah. Vi kommer med jämna mellanrum att ta upp lex Sarah på APT för att säkerställa att alla medarbetare känner till Lex Sarah. Vi bifogar protokoll från APT där vi tagit upp Lex Sarah.						
<b>Dokumentation och genomförandeplaner:</b>  Beskriv hur verksamheten kommer att arbeta för att komma tillrätta med de brister som framkom i dokumentationsgranskningen för att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.	Vi kommer att gå igenom de punkter vi fått nedslag på och därefter aktivt arbeta för att medarbetarna ska dokumentera på ett sätt som lever upp till de krav som finns. Frösunda håller på att ta fram en utbildning om hur man dokumenterar och när den kommer ska alla medarbetare på Täbyvägen gå denna.		Utbildning i dokumentation kommer att vara klar i mars 2015.		<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	
<b>Hälsa och rehabiliteringsbehov:</b>  Beskriv hur verksamheten kommer att uppfylla avtalet gällande arbetsterapeut och sjukgymnast.	Vi har sedan 1 september en sjukgymnast samt en arbetsterapeut som arbetar mot verksamheten så bristen är åtgärdad.	Regionchef Annika Vogel	Åtgärdat 1/9-14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verksamhetschef kommer att kallas in till möte.