

Handläggare  
Charlotta Larsson

Datum  
2014-06-03

Diarienummer  
NHO-2013-0164.33

Nämnden för hälsa och omsorg

## Avtalsuppföljning vid Mariedal träningsboende

### Förslag till beslut

Nämnden för hälsa och omsorg 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 Mariedal träningsboende som framgår av rapporten (bilaga 1). Verksamheten drivs av Vård & bildning. 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 (bilaga 3).

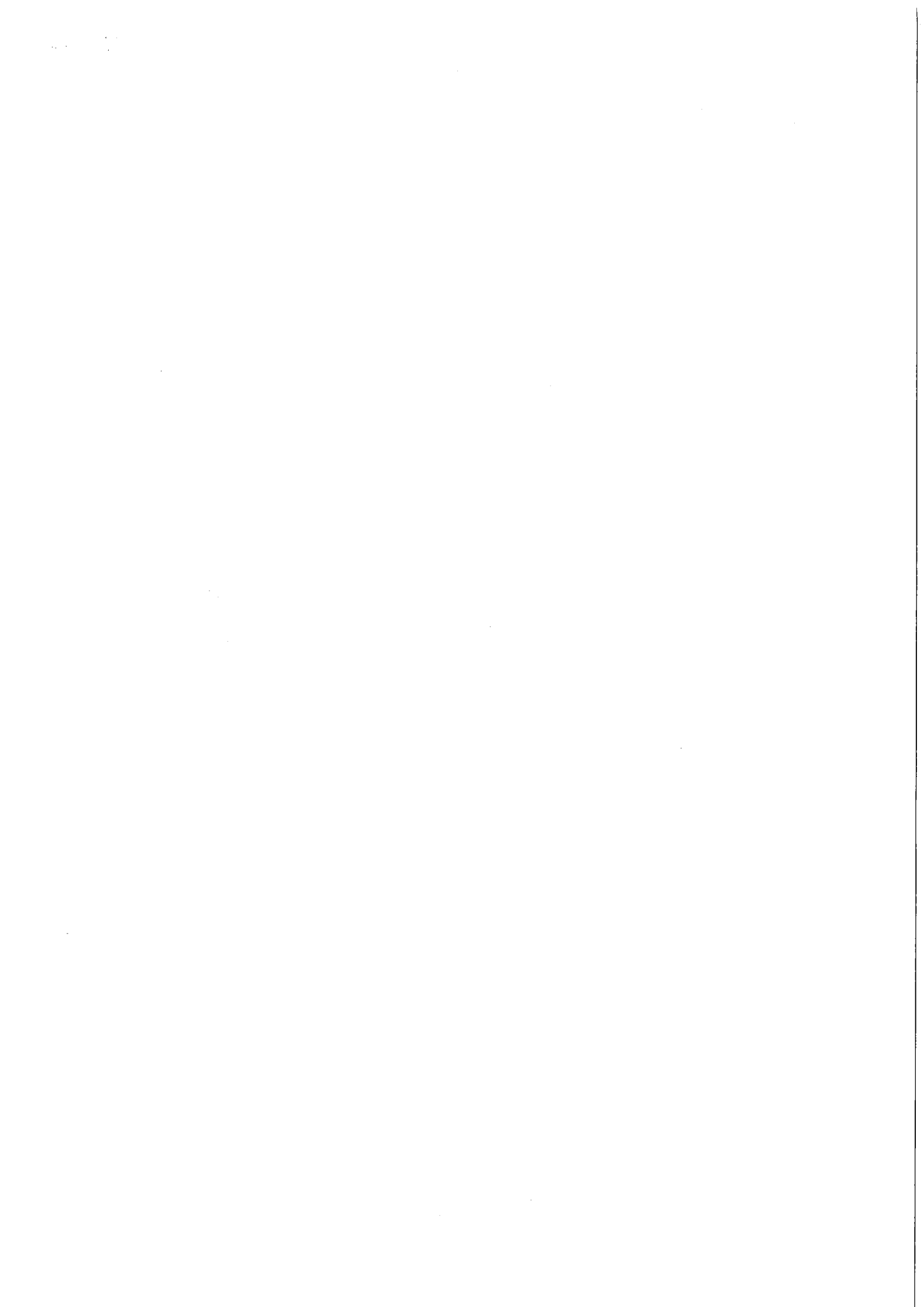
HVK bedömer inkommen redogörelse som tillfredsställande och avtalsuppföljningen anses därmed avslutad. På grund av brister i dokumentationen skulle en ny dokumentationsgranskning ske i maj 2014. Detta för att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument. Denna granskning ställdes in på grund av att ingen av dem som bor på enheten lämnade samtycke (bilaga 4).

Kontoret har haft en tät dialog med verksamheten under perioden då avtalsuppföljningen pågick.

Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Tomas Odin  
Tf Direktör

- Bilaga 1: Rapport från avtalsuppföljning
- Bilaga 2: Dokumentationsgranskning
- Bilaga 3: Godkänd handlingsplan från utföraren
- Bilaga 4: Inställd dokumentationsgranskning



Handläggare  
Charlotta Larsson  
Mia Gustafsson

Datum  
2014-03-24

Diarienummer  
NHO-2013-0164

Mariedal träningsboende  
Vård & bildning  
Enhetschef Berit Gravsjö-Ericsson

## Avtalsuppföljning vid Mariedal träningsboende

### Beskrivning av den uppföljda verksamheten

Utförare och enhet	Vård & bildning, Mariedal träningsboende
Adress	Sylveniusgatan 6, 754 50 Uppsala
Enhetschef	Berit Gravsjö-Ericsson
Tfn och mejladress	018-727 48 82 070-856 37 52 berit.gravsjo-ericsson@ uppsala.se
Uppföljning utförd av	Charlotta Larsson, Mia Gustafsson
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut, psykoterapeut samt två ur personalgruppen.
Totalt antal boende	4 platser
Typ av verksamhet	Boende socialpsykiatri/boende psykiskt funktionsnedsatta
Datum för uppföljning	2013-10-01

Mariedal är ett träningsboende för personer som är överlämnade till öppen rättspsykiatrisk vård och drivs av vård & bildning. På boendet finns tre platser med detta ändamål och en utredningsplats för personer med psykisk funktionsnedsättning. Personerna har sina egna rum med eget hygienutrymme. Under utskrivningen som är beviljad av Förvaltningsrätten får personerna möjlighet att träna upp sina vardagsfärdigheter med hjälp av personalstöd vilket sker utifrån från den egna individens resurser och förutsättningar. Mariedal är en del av rehabiliteringen och verksamheten har ett nära samarbete med Rättspsykiatriska enheten inom Uppsala läns landsting. Målsättningen för personerna som bor på Mariedal är att på sikt kunna flytta till ett anpassat boende.

## **1. Sammanfattning**

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning på träningsboendet Mariedal. Enheten drivs av Vård & bildning. Kontorets bedömning är att Mariedal är en välfungerande verksamhet på många sätt. Några fåtal brister och förbättringsområden finns dock. I detta kapitel beskrivs såväl positiva sidor som de konstaterade förbättringsområden och brister.

### **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.

#### **Upplevelsekriterier och inflytande för den enskilde**

- Kontorets uppfattning är att det finns ett aktivt, medvetet och engagerat arbete inom verksamheten som motsvarar intentionen med nämndens mål och upplevelsekriterier. Kontoret anser att ställda krav inom området är uppfyllda.

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

- HVK ser att personal har god kompetens och erfarenhet från relevant område som svarar upp mot det klientel som bor vid Mariedal. Alla anställda har kompetensutvecklingsplaner samt handledning tillhandahålls medarbetarna vid verksamheten.
- En oro från personalgruppen gällande den nya organiseringen i verksamheten att personalen är schemalagda i två verksamheter framkom vid intervjuerna. Det framkom även att brukarna upplevs påverkas negativt av omorganisationen. Kontoret begär i bifogad handlingsplan en tydlig beskrivning hur verksamheten säkrar att brukarna får en god och säker vård, hur verksamheten säkrar kontinuiteten av personalen vid Mariedal samt när en utvärdering av nuvarande organisering kommer att ske.
- Kontoret ser att nuvarande enhetschef har en lång erfarenhet inom arbetsområdet och förefaller vara en god chef/ledare i verksamheten. Den förteckning över enhetschefens kompetens som kontoret fått tagit del av bedöms dock inte uppfylla ska-kravet på högskoleexamen. Kontoret begär i bifogad handlingsplan en beskrivning hur ska-kravet ska uppfyllas gällande enhetschefens kompetens.

#### **Samverkan**

- Kontoret ser att verksamheten har en samverkan med berörda enheter som behövs kring den enskilde. Enligt förfrågningsunderlaget ska producenten samverka med ideella organisationer och enskilda volontärer. Kontoret har dock en förståelse att detta kan vara svårt med tanke på målgruppen som vistas vid Mariedal. I verksamheten finns en medvetenhet om detta och vid behov tas kontakt och därmed bedömer kontoret att detta krav är uppfyllt.
- Kontoret ser positivt på att verksamheten vill använda sig av samordnad individuell plan (SIP) och förutsätter att detta sker om behov finns.

**Kontakmannaskap**

- Kontoret bedömer att verksamheten, utifrån vad som framkommit vid avtalsuppföljningen, uppfyller ska kraven inom detta område. Kontoret vill dock understryka vikten av att säkerställa att informationen kring klienterna inte missas/uteblir då ansvarig kontaktman inte alltid finns i tjänst på verksamheten.

**Kultur- och fritidsaktiviteter**

- Kontoret ser att verksamheten erbjuder varierande utbud av gruppaktiviteter och aktivt och engagerat arbetar för att ta fram förslag på utbud av aktiviteter. Kontoret ser också att verksamheten aktivt arbetar med att genomföra aktiviteter efter de enskildas individuella behov och önskemål. Kontoret gör därmed bedömningen att verksamheten uppfyller ska-kraven inom detta område.

**Dokumentation och genomförandeplaner**

- Vid dokumentationsgranskningen framkom brister inom den sociala dokumentationen. Då verksamheten vid intervjutillfället uppgav att åtgärder diskuterats och planerats för att komma tillrätta med de brister som framkommit förutsätter kontoret att detta är åtgärdat. En ny dokumentationsgranskning kommer att ske för att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.

**Hälso-och sjukvård samt rehabiliteringsbehov**

- Gällande avtal följs inte avseende handledning av legitimerad personal samt att tillgodose behov av arbetsterapeut. Kontoret begär därför att utföraren beskriver i bifogad handlingsplan hur avtalet kommer att uppfyllas inom detta område.

**Klagomåls- och avvikelshantering**

- Vid verksamheten förefaller rutiner för avvikelshantering och synpunkter och klagomål finnas och vara implementerade i personalgruppen. Kontoret ser positivt på att verksamheten ska starta ett förbättringsarbete gällande sammanställningen över synpunkter och klagomål då detta kommer förenkla egenkontrollen av verksamheten och underlätta i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete. Kontoret begär i bifogad handlingsplan att få ta del av den nya rutinen kring sammanställningen av klagomåls- och avvikelshantering.
- Lex Sarah var känd hos alla intervjuade dock fanns hos boendeassistenterna bristande kunskap gällande de bestämmelserna i lagen som trädde i kraft 1:a juli 2011. Kontoret lyfte detta med ledningen vid intervjutillfället och information skulle ges till boendeassistenterna vid nästkommande möte. Kontoret förutsätter att detta skett och nu är implementerat i personalgruppen.

Se vidare under respektive område i rapporten.

## **1.2 Krav på åtgärder**

Kontoret begär att verksamheten senast den 25 april 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)  
Handlingsplanen kommer att diarieföras och registreras som offentlig handling.

## **2. Inledning**

### **2.1. Bakgrund**

Träningsboendet Mariedal drivs av Vård & bildning.

Byggnaden är en villa i tvåplan med källardel som inrymmer bland annat vilrum, kontor och tvättstuga. Mariedal har platser för personer som är överlämnade till öppen rättspsykiatrisk vård samt en utredningsplats för personer med psykisk funktionsnedsättning. De som kommer till Mariedal är dömda till vård och Mariedal är en del av rehabiliteringen där syftet är att träna upp sina vardagsfärdigheter. Detta sker med personalstöd och utgår från var och ens egna resurser och förutsättningar. Målsättningen är att flytta till ett anpassat boende.

### **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 intervjuer med enhetschef, boendeassistenter, sjuksköterska, arbetsterapeut samt psykoterapeut vid verksamheten. Intervjuerna hölls separat per profession. Dokumentstudier av arbetsschema har genomförts. Dokumentationsgranskning av journaler har genomförts som en del av avtalsuppföljningen.

### **2.4. Närvarande och genomförande**

Uppföljningen genomfördes 1 oktober 2013.

Närvarande från utföraren: enhetschef, boendeassistenter, sjuksköterska, arbetsterapeut samt psykoterapeut.

Närvarande från kontoret uppdragsstrateger: Charlotta Larsson och Mia Gustafsson

### 3. Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

#### 3.1. Upplevelsekriterier och inflytande för den enskilde

Verksamheten ska bedrivas i enlighet med nämnden för hälsa och omsorgs antagna mål och upplevelsekriterier. Nämndens upplevelsekriterier är: *trygghet* (omvårdnad/stöd, kontinuitet, förtroende samt struktur och förutsägbarhet), *ett respektfullt bemötande* (integritet, allas lika värde samt förhållningssätt), *delaktighet/inflytande* (brukarmedverkan, påverkansmöjlighet, kommunikation, delta i vardagen efter förmåga samt närståendemedverkan) och *oberoende* (utveckling för den enskilde, tillgänglighet samt valmöjlighet).

##### 3.1.1 Iakttagelser

Enligt enhetschefen samtalar det ofta inom verksamheten kring dessa begrepp både vid strukturerade träffar och i det dagliga arbetet. Personalen ger samma bild och de beskriver genom flera praktiska exempel hur de säkerställer att den enskilde har inflytande och medbestämmande över de insatser som ges. Personal lyfter även fram hur de konkret arbetar för att insatserna ska vara individuellt utformade men också för att stödja den boendes utveckling av förmågor och självständighet. Det är återkommande i intervjusituationerna, oavsett grupp som intervjuas, att delaktig och medbestämmande är en förutsättning för att lyckas i arbetet där det huvudsakliga målet är att hjälpa de personer som tillfälligt bor på Mariedal mot ett självständigt liv.

##### 3.1.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontorets uppfattning är att det finns ett aktivt, medvetet och engagerat arbete inom verksamheten som motsvarar intentionen med nämndens mål och upplevelsekriterier. Kontoret anser att ställda krav inom området är uppfyllda.

### 3.2. Personal, bemanning, handledning och kompetensutveckling

#### 3.2.1 Iakttagelser

Vid intervjutillfället uppgavs att boendeassistenterna alltid arbetar två eller tre personer dagtid och ansvarar då för, i dagsläget, tre personer (en plats var ej belagd vid avtalsuppföljningen). På kvällen är personalen två som arbetar. Personalen som arbetar natt har s.k. vaken natt och arbetspasset sträcker sig mellan kl: 20.00–07.15. Under helgerna uppges det vara samma bemanning som på vardagarna.

Under intervjutillfället berättar enhetschefen att en ny organisering skett i verksamheten. Med start från 19 augusti 2013 gäller nya scheman för personalen på Mariedal och för personalen på en annan verksamhet som enhetschefen också ansvarar för (ett stödboende för personer med psykisk funktionsnedsättning). Detta innebär i praktiken att personalen är schemalagda i båda verksamheterna. Enhetschefen framför att anledningen till detta nya arbetssätt dels var en ekonomisk aspekt men dels en möjlighet till att avlasta personalen då verksamheterna kan skilja sig åt i arbetstyngd. Enhetschefen fördelar sin tid på Mariedal onsdag, torsdag och varannan fredag. Men uppger sig vara flexibel om behov skulle finnas.



Vid intervjun med boendeassistenterna framkommer en oro över denna organisering av arbete, då arbetssätten beskrivs skilja sig åt på respektive arbetsplats. På Mariedal är upplevelsen att de enskilda har stort behov av struktur och kontinuitet för att lyckas med de mål som finns och att detta försvåras när t ex kontaktpersonen försvinner från verksamheten i några dagar. Upplevelsen av att det inte alltid är klart för de boende vilken personal som kommer och att olika saker inte följs upp framkommer också under intervjun. Personalen för vid intervjutillfället fram att det finns en känsla av att vara vikarie på båda verksamheterna. Dock framför personalen att gemensamma arbetsplatsträffar sker sedan en tid tillbaka och att kontaktmannagrupper bildats för att stärka arbetet kring de boende, vilket upplevs som positivt.

Legitimerad personal berättar att även de upplever att arbetet försvåras när boendeassistenterna ibland försvinner från verksamheten i några dagar för att jobba på den andra verksamheten, samt att brukarna också upplevs påverkas.

Samtliga intervjuade uppger att en konsekvensanalys genomförts i verksamheterna innan den nya organiseringen av personalen ägde rum och en utvärdering ska, enligt uppgift från enhetschefen genomföras om ca 6 månader, vilket även var känt i personalgruppen.

Enligt de intervjuade finns sjuksköterskan (har specialistutbildning inom psykiatri) på verksamheten måndag förmiddagar eller vid behov. Arbetsterapeut och sjukgymnast uppges komma vid behov, vilket oftast signaleras från personalen direkt eller från personalen till sjuksköterskan som i sin tur kontaktar arbetsterapeut. Kontoret fick förmånen att intervjua den psykoterapeut som är knuten till verksamheten. Samtliga professioner ingår i Vård och bildnings egen hälso-, sjukvårds- och utvecklingsenhet (HSU-enheten). Det är också härifrån personalen har tillgång till kontinuerlig handledning.

Enhetschefen berättar att denne har en gymnasialutbildning men en mångårig erfarenhet av chefskap. Därtill uppges att ett antal utbildningar genomförts, t ex ledarskapsutbildning. Kontoret begär vid uppföljningstillfället att få en förteckning över genomförda utbildningar, vilket inkom kort efter uppföljningen via mejl.

Enhetschefen informerade att de flesta av personalen har någon form av grundutbildning t ex omvårdnadsprogrammet eller behandlingsassistentutbildning. Vid nyrekrytering krävs omvårdnadsprogrammet och meriterande är erfarenhet från psykiatri eller exempelvis kunskaper i MI (motiverande samtal). Vid nyanställning finns en checklista för introduktion och dubbelgång sker alltid. Kompetensutvecklingsplaner fanns upprättade för samtliga.

Ledningen framför att verksamheten nu fokuserar på en kunskapsfördjupning kring tvångssyndrom/OCD (Obsessive Compulsive Disorder). Vidare framkommer att en tydlig rutin är upprättad i fall det skulle uppstå hot och våld på verksamheten, vilken förefaller vara väl förankrad och hos samtliga intervjuade.

### 3.2.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

HVK ser att personal har god kompetens och erfarenhet från relevant område som svarar upp mot det klientel som bor vid Mariedal. Alla anställda har kompetensutvecklingsplaner samt handledning tillhandahålls medarbetarna vid verksamheten.

Dock framfördes en oro från personalgruppen gällande den nya organiseringen i verksamheten att personalen är schemalagda i båda verksamheterna. Det framkom även att brukarna upplevs påverkas negativt av omorganisationen. Kontoret begär i bifogad handlingsplan en tydlig beskrivning hur verksamheten säkrar att brukarna får en god och säker vård, hur verksamheten säkrar kontinuiteten av personalen vid Mariedal samt när en utvärdering av nuvarande organisering kommer att ske.

I gällande avtal ska ansvarig chef på enheten, med ansvar för den dagliga driften, ha relevant högskoleexamen samt minst två års erfarenhet av arbete inom arbetsområdet. Kontoret ser att nuvarande enhetschef har en lång erfarenhet inom arbetsområdet och förefaller vara en god chef/ledare i verksamheten. Den förteckning över enhetschefens kompetens som kontoret fått tagit del av bedöms dock inte uppfylla ska-kravet på högskoleexamen. Kontoret begär i bifogad handlingsplan en beskrivning hur ska-kravet ska uppfyllas gällande enhetschefens kompetens.

## 3.3. Samverkan

### 3.3.1 Iakttagelser

Vid intervju tillfället framkommer att samtliga intervjuade upplever att det finns en god samverkan "med allt och alla som finns runt den boende", exempelvis landstinget, psykologer, biståndshandläggare, HSU-enheten (som nämnts ovan) olika sysselsättnings verksamheter, anhöriga (där det finns) gode män och förvaltare.

Tallåsen nämns också som ett exempel (är en specialavdelning för rättspsykiatrisk vård på Akademiska sjukhuset där patienter vårdas som av domstol överlämnats till tvångsvård.)

De intervjuade upplever att det är svårt att samverka med ideella organisationer och enskilda volontärer mot bakgrund av verksamhetens målgrupp. Dels är inte alltid klientelet beredda att låta främmande människor ta del av deras vardag och dels upplevs att dessa organisationer inte heller alltid vill arbeta med dömda. Men försök har enligt de intervjuade gjorts för att etablera kontakt och skulle behov uppstå kommer kontakt att återigen att tas.

Samordnad individuell plan (SIP) används inte i någon större omfattning i samarbetet för den enskilde enligt den legitimerade personalen. De berättar att de har efterfrågat detta i och med främst utredningsplatsen, men att det av olika anledningar inte blivit så. Det framförs dock att detta ses som ett bra verktyg och att legitimerad personal gärna ser att det börjar användas i verksamheten.

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

Kontoret ser att verksamheten har en samverkan med berörda enheter som behövs kring den enskilde. Enligt förfrågningsunderlaget ska producenten samverka med ideella organisationer och enskilda volontärer. Kontoret har dock en förståelse att detta kan vara svårt med tanke på målgruppen som vistas vid Mariedal. I verksamheten finns en medvetenhet om detta och vid behov tas kontakt och därmed bedömer kontoret att detta krav är uppfyllt.

Kontoret ser positivt på att verksamheten vill använda sig av samordnad individuell plan (SIP) och förutsätter att detta sker om behov finns.

## **3.4. Kontaktmannaskap**

### **3.4.1 Iakttagelser**

Enligt de intervjuade finns rutiner för kontaktmannaskap och alla upplevs vara införstådda med innebörden av detta. Varje boende har en kontaktman som är huvudansvarig. På grund av den nya organiseringen av boendeassistentgruppen (se personal, bemanning, handledning och kompetensutveckling) har kontaktmannagrupper bildats som den boende kan vända sig till då huvudansvariga kontaktman inte finns tillgänglig. Detta för att säkra upp så den enskilde alltid har någon ansvarig att vända sig till i olika frågor.

Om så önskas ges möjlighet till byte av kontaktman, vilket samtliga intervjuade noga understryker att det inte finns någon prestige i denna fråga.

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

Kontoret bedömer att verksamheten, utifrån vad som framkommit vid avtalsuppföljningen, uppfyller ska kraven inom detta område. Kontoret vill dock understryka vikten av att säkerställa att informationen kring brukarna inte missas/uteblir då ansvarig kontaktman inte alltid finns i tjänst på verksamheten.

## **3.5. Kultur- och fritidsaktiviteter**

### **3.5.1 Iakttagelser**

Vid intervjutillfället framkommer att både individuella aktiviteter och aktiviteter i grupp genomförs. Enligt de intervjuade boendeassistenterna erbjuds alla boenden minst en aktivitet per vecka men att det kan bli flera gånger i vecka och ibland flera gånger per dag, vilket uppges vara avhängigt på dagsformen hos den enskilde.

Vidare lyfter de intervjuade fram att många individuella aktiviteter handlar om socialträning, som att t.ex. våga åka buss, vistas på stan med mycket folk omkring etc. Flera praktiska exempel beskrivs av både personal och ledning hur det säkerställs att den enskilde har inflytande och medbestämmande över de insatser som ges. Samtliga betonar vikten av att insatserna är individuellt utformade då detta är ett sätt stödja den boendes utveckling av förmågor och självständighet.

Det berättas av personalen att de enskilda är mycket delaktiga i verksamhetens dagliga arbete, så som skriva matlistor, handla, laga mat, städa etc.

Alla är inte alltid lika motiverade till aktiviteter, men personalen understryker att de inte ger upp utan motiverar och försöker om och om igen. De intervjuade framhåller att alla aktiviteter alltid dokumenteras och att det även dokumenteras om någon tackar nej till aktivitet.

När det gäller förslag och önskemål kring olika aktiviteter fångar kontaktmannen upp detta och planerar tillsammans med den enskilde. Det finns också möjlighet för de boende att vid de kontinuerliga boendemötena som hålls varje söndag i verksamheten att framföra förslag/önskemål kring aktiviteter.

Boendeassistenterna berättar att de tagit del av den dokumentationsgranskning som genomförts och säger sig vara väl medvetna om att de enskildas delaktighet och inflytande inte syns. De berättar att det förts diskussion i verksamheten kring hur detta ska kunna förtydligas.

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

Kontoret ser att verksamheten erbjuder varierande utbud av gruppaktiviteter och aktivt och engagerat arbetar för att ta fram förslag på utbud av aktiviteter. Kontoret ser också att verksamheten aktivt arbetar med att genomföra aktiviteter efter de enskildas individuella behov och önskemål. Kontoret gör därmed bedömningen att verksamheten uppfyller skakraven inom detta område.

## **3.6. Dokumentation och genomförandeplaner**

### **3.6.1 Iakttagelser**

Vid dokumentationsgranskningen framkom inga förbättringsområden gällande sjuksköterskans eller arbetsterapeutens dokumentation. Dock saknades dokumentation upprättad av sjukgymnast.

I den sociala dokumentationen framkom förbättringsområden, *se bilaga 1*.

Genomförandeplanerna uppfyllde inte kraven som avses i SOSFS: en 2006:5, men det fanns tydliga arbetsinstruktioner upprättade som tydligt beskrev hur den enskilde medverkar i utförandet av insatserna. Däremot framkom inte en individuellt planerad vård utifrån den enskildes behov, och inte heller framkom hur den enskilde varit delaktig eller vilket inflytande den enskilde haft, *se bilaga 1*.

Vid intervjutillfället berättar både personal och ledning att genomförandeplaner finns upprättade för samtliga boende samt att det alltid ske tillsammans med den enskilde. Planerna uppdateras en gång per år eller vid behov. Kontoret ställde inledningsvis frågan (se avsnitt 3.1 Upplevelsekriterier och inflytande för den enskilde) hur verksamheten säkerställer att de enskilda är delaktiga och har inflytande i planeringen av sin vård och utförandet av insatser.

Samtliga intervjuade lyfte fram flera praktiska exempel hur detta säkerställs, detta framkommer inte i dokumentationen, *se bilaga 1*. Ledning och de intervjuade boendeassistenterna lyfter fram att de tagit del av vad som framkommit i sammanställningen av dokumentationsgranskningen och att åtgärder diskuterats och planeras.

Personalen framför att de tidigare fått utbildning i social dokumentation och även om detta var länge sedan upplever sig boendeassistenterna veta hur dokumentationen ska skrivas. Legitimerad personal framför att dokumentationssystemet Siebel upplevs krångligt och inte användarvänligt eller patientsäkert. Enligt de intervjuade ur denna grupp framförs att "sökordsträdet" är uppbyggt enligt traditionell hemsjukvård och upplevs inte alltid passa in på klientelet vid Mariedal, att vissa ord inte finns med. Sedan lyfter de fram att det inte alltid syns i systemet vem som personalen avser att dokumentera kring då "man får flacka runt" i systemet och detta kan lätt leda till att det dokumenteras kring fel individ.

Samtliga av de intervjuade uppger att överrapporterings tid finns mellan de olika arbetspassen.

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

Dokumentationsgranskning gjordes den 25 september vid verksamheten och där framkom brister inom den sociala dokumentationen. Verksamheten fick kort efter granskningen en skriftlig sammanställning av dokumentationsgranskningen där förbättringsområdena framgick. Då verksamheten vid intervjutillfället uppgav att åtgärder diskuterats och planerats för att komma tillrätta med de brister som framkommit förutsätter kontoret att detta är åtgärdat. En ny dokumentationsgranskning kommer att ske för att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.

## **3.7. Hälso- och sjukvård samt rehabiliteringsbehov**

### **3.7.1 Iakttagelser**

Sjukgymnast var inte med vid intervjutillfället och legitimerad personal uppgav att en bedömning gjorts att inget behov av denna profession fanns på verksamheten vid intervjutillfället. När det gäller arbetsterapeut och sjukgymnast uppger ledningen att inga kontinuerliga dagar finns fastställda för när dessa professioner ska finnas i verksamheten, utan de tillkallas utifrån behov som oftast signalerats av boendeassistenterna. Sjukgymnasten får också till sig signaler om behov eller annan relevant information vid de gemensamma ärendegenomgångar som sker varje vecka på HSU-enheten med sina kollegor. Arbetsterapeut uppges dock vara mer involverad i verksamheten då denne bland annat gör funktionsbedömningar kopplade till verksamhetens utredningsplats.

Samtliga intervjuade uppgav att sjuksköterska finns på Mariedal på måndag förmiddagar eller vid behov. Det framkom att sjuksköterskan upplever att området är hanterbart. Arbetsterapeut har ett stort ansvarsområde och uppger känslan av att inte hinna med det ålagda inom professionens ansvar. Att utveckla och handleda personalen är något som arbetsterapeuten lyfter fram som ett behov i verksamheten.

I intervjutillfället berättar enhetschefen att det i dag inte finns några skriftliga rutiner för när arbetsterapeut eller sjukgymnast ska/kan kontaktas, utan detta sker utifrån de boendes behov. Enligt enhetschef gör inte dessa professioner inte några funktionsbedömningar för de enskilda utan detta har redan genomförts inom rättspsykiatri.

Kontoret lyfter frågan om de enskilda har egenvård eller om personalen hanterar medicingivning. Enligt ledningen har ingen egenvård i de termerna. Rättspsykiatriska har gått med på att de enskilda har egenvård men att medicinerna låses in och ges av personalen på Mariedal.

Den psykoterapeut som arbetar i verksamheten uppges arbeta utifrån uppdrag, vilket rör främst handledning och/eller konsultation. Under omvandlingen till utredningsplats har det varit större kontakt i form av utbildning kring exempelvis bemötande och då i form av KBT inriktat (kognitiv beteende terapi). Psykoterapeuten uppgav att det finns behov av en kompetenshöjning hos personalen kring neuropsykiatri, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och sjukdomar.

De intervjuade boendeassistenterna framför att de upplever sig veta när dessa professioner ska kontaktas. Det berättas att samarbetet tidigare fungerat bra med dessa professioner då kontinuerliga träffar ägde rum. Dessa har upphört i och med den nya organiseringen av personalen, att personalen på Mariedal också arbetar på en annan verksamhet enligt schema. I dagsläget är det oklart om dessa träffar kommer återupptas eller inte.

Kvällar, nätter och helger tillgodoses hälso-och sjukvården av den gemensamma joursjukvården.

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

I förfrågningsunderlaget står att läsa att: *producenten ska säkerställa att all schemalagd personal får handledning av legitimerad personal i habiliterande/rehabiliterande arbetssätt.* Det står även att: *arbetsterapeut och sjukgymnast ska handleda, utbilda och vara rådgivande till den enskilde och personalen i verksamheterna utifrån den enskildes behov.*

I åtagandet står bl.a. att läsa: *Ett väl fungerande habiliterande/rehabiliterande arbetssätt förutsätter att kunskap ständigt hålls aktuell hos alla medarbetare, såväl dag som natt. Arbetsterapeut och sjukgymnast handleder, instruerar och inspirerar till ett rehabiliterande arbetssätt.* Då det vid intervjuerna framkom att arbetsterapeuten upplever att denne inte hinner med det som är dennes ansvar samt ser ett behov av att handleda personalen på verksamheten, begär kontoret i bifogad handlingsplan en beskrivning hur verksamheten ska uppfylla avtalet inom detta område.

Kontoret noterar att inga rutiner/urvalskriterier finns för när personal ska kontakta arbetsterapeut och sjukgymnast samt att inga teammöten genomförs på verksamheten. I åtagandet har Vård & bildning beskrivit att: *i samband med teammöten genomför vi uppföljning och utveckling av det habiliterande/rehabiliterande arbetssättet.* Kontoret önskar i bifogad handlingsplan få ta del av rutin när arbetsterapeut och sjukgymnast ska kontaktas.

Utföraren ska även beskriva hur verksamheten kommer att arbeta med teamträffar eller motsvarande för att säkerställa samverkan mellan boendeassistenter och legitimerad personal.

Det framkom även att personalen valt att låsa in och ge mediciner trots att personerna som bor på Mariedal är bedömda till egenvård av rättspsykiatrin. Kontoret begär i bifogad handlingsplan hur verksamheten ska implementera kunskap om skillnaden mellan egenvård och hälso-sjukvårdsinsats.

### **3.8. Klagomåls- och avvikelsehantering**

#### **3.8.1 Iakttagelser**

Vid intervjutillfället framkommer att rutiner för avvikelsehantering finns och dessa förefaller vara implementerade i personalgruppen. När det gäller synpunkts-/klagomålshantering har verksamheten en blankett för detta och en rutin som förefaller vara välkänd av samtliga intervjuade. Enhetschefen framför att personalen är behjälplig brukaren om denne inte själv vill skriva och att synpunkter och klagomål, oavsett om de är skriftliga eller muntliga, dokumenteras. Detta bekräftas i intervjun med boendeassistenterna.

Enhetschefen berättade vid intervjutillfället att återkoppling till den enskilde ges inom en vecka samt till personalen var 14:e dag på arbetsplatsträffarna som sker i verksamheten. Här diskuteras vad som hänt, bakomliggande orsaker och eventuella åtgärder. Återkoppling till enskilda sker antingen direkt, beroende på ärendets karaktär, eller på de boendemöten som äger rum varje söndag. Enhetschefen berättar att ett förbättringsarbete behövs kring sammanställningen över synpunkter och klagomål så det blir enklare att överblicka dem i sin helhet.

Vidare förefaller lagen om Lex Sarah vara känd bland alla medarbetare, men bestämmelserna i lagen som trädde i kraft 1:a juli 2011 vara kända hos boendeassistenterna.

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

Vid verksamheten förefaller rutiner för avvikelsehantering och synpunkter och klagomål finnas och vara implementerade i personalgruppen. Kontoret ser positivt på att verksamheten ska starta ett förbättringsarbete gällande sammanställningen över synpunkter och klagomål då detta kommer förenkla egenkontrollen av verksamheten och underlätta i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete. Kontoret begär i bifogad handlingsplan att få ta del av den nya rutinen kring sammanställningen av klagomåls- och avvikelsehantering.

Lex Sarah var känd hos alla intervjuade men hos boendeassistenterna fanns bristande kunskap gällande de bestämmelserna i lagen som trädde i kraft 1:a juli 2011. Kontoret lyfte detta med ledningen vid intervjutillfället och information skulle ges till boendeassistenterna vid nästkommande möte. Kontoret förutsätter att detta skett och nu är implementerat i personalgruppen.

#### 4. Kontorets avslutande kommentar

Kontorets bedömning är att Mariedal är en fungerande verksamhet på många sätt. Avvikelse mot förfrågningsunderlaget har dock konstaterats i vissa delar av de uppföljda områdena. 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**.

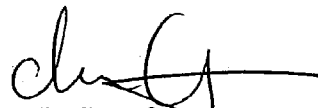
Bilaga 1: Sammanställning från dokumentationsgranskning

Bilaga 2: Mall Handlingsplan

Kontoret för hälsa, vård och omsorg

Uppsala 2014-03-24

  
Charlotta Larsson  
Uppdragsstrateg

  
Mia Gustafsson  
Uppdragsstrateg



Datum 2013- 09-27

**Sammanställning från dokumentationsgranskning vid Mariedal 2013-09-25 i samband med avtalsuppföljning****Bakgrund**

Dokumentationen är beviset på vård som planerats och genomförts samt på de effekter som uppnåtts av hjälpen och vården av den enskilde. Legitimerad personals dokumentation skall vara strukturerad och beskriva en sammanhållen vårdprocess, problem ska identifieras, åtgärd, resultat, uppföljning och utvärdering ska beskrivas. Innehållet i dokumentationen ska beskriva individuellt planerad vård för att garantera kontinuitet och säkerhet för den enskilde. I behandlingsassistenternas dokumentation ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut. Innehållet i dokumentationen ska visa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för den enskilde. En av förutsättningarna för att den enskilde ska hjälpas och vårdas utifrån ett rehabiliterande synsätt är att professionerna i teamet samverkar, vilket bör framgå i samtliga professioners dokumentation

**Syfte**

Som en del i avtalsuppföljning genomfördes dokumentationsgranskning vid Mariedal. Syftet med granskningen var att se om dokumentation utförs utifrån gällande riktlinjer, lagstiftning och avtal.

**Metod**

Verksamhetschef ombads att inhämta samtycke från de tre brukare som vistas vid Mariedal. Samtycke gavs av två brukare.

**Resultat**

Sjuksköterskans dokumentation var strukturerad och en individuell planerad vård kunde ses. Samverkan inom och utom verksamheten kunde ses i dokumentationen. Det fanns ingen anteckning om att driftstoppsskrift gjorts.

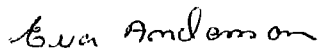
Arbetsterapeutens dokumentation var strukturerad och en individuell planerad vård kunde ses. Samverkan inom och utom verksamheten framgick tydligt. Det fanns ingen anteckning om att driftstoppsskrift gjorts.

Någon dokumentation upprättad av sjukgymnast fanns inte.

I den sociala dokumentationen fanns beställningar, målformulering och genomförandeplaner samt kontaktman. Genomförandeplanen fanns upprättad i pappersform (ej inlagd i it-systemet siebel). Genomförandeplanerna uppfyller inte de krav som avses i SOFS:en 2006:5, däremot har verksamheten upprättat tydliga arbetsinstruktioner gällande hur den enskilde ska medverka i utförandet av insats genom att beskriva Hur, När och av Vem. Den löpande texten var genomförd med täta noteringar och med varierande information. Det framkom inte en individuell planerad vård utifrån den enskildes behov. Det framkom heller inte hur den enskilde kunnat utövat inflytande. Samverkan mellan professioner både inom och utom verksamheten framkom tydligt.

#### Förbättringsområde

- Att i den löpande texten tydliggöra den enskildes medverkan och delaktighet i utförandet av den planerade vården



Eva Andersson  
Hälso- och sjukvårdscontroller



Karin Eriksson  
Hälso- och sjukvårdscontroller



Eva-Lena Tverå  
Biståndshandläggare

*Sammanställningen har skickats till:  
Verksamhetschef Berit Gravsjö-Ericsson  
Uppföljningsstrateg Charlotta Larsson*

Handläggare  
Charlotta Larsson

Datum  
2014-04-03

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

Uppföljningsobjekt: Mariedals träningsboende  
Enhetschef: Berit Gravsjö-Ericsson  
Handlingsplan HVK tillhanda senast: 2014-04-25

Av uppföljningsrapporten framgår inom vilka områden avvikelser mot gällande avtal konstaterats. Om flera brister förekommer inom samma område finns i handlingsplanen en rad för respektive avvikelse. Utföraren ska kortfattat beskriva hur konstaterade avvikelser/brister ska åtgärdas, ansvarig för åtgärd, tidplan samt uppföljning för respektive avvikelse. Detta ska göras i den av HVK tillhandahållna mallen. Om utföraren vill hänvisa till bilaga ska det tydligt framgå i handlingsplanen till vilken bilaga, alternativt sidhänvisning i bilaga. De grå fälten i mallen fylls i av HVK.

Åtgärder som vidtas ska fokusera på förändring i verksamheten för att godkännas av HVK. Om utföraren hänvisar till förändringar i ledningssystem för kvalitet ska det tydligt framgå hur dessa förändringar kommer att implementeras i verksamheten.

Utföraren ska vid begäran presentera innehållet i handlingsplanen för HVK, Munin, Strandbodgatan 1.

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

Uppföljningsobjekt: Mariedals träningsboende

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
<b>Personal, bemanning, handledning och kompetensutveckling</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beskriv hur verksamheten säkrar att brukarna får en god och säker vård samt hur verksamheten säkrar kontinuitet av personalen vid Mariedal samt när en utvärdering av nuvarande organisering kommer att ske.</li> </ul>	Varje brukare har en huvudkontaktman. Personalen är också indelad i kontaktmannagrupper och när huvudkontaktmannen inte är i tjänst skall någon annan i kontaktmannagruppen träda in. Dokumentation sker i Siebel. Genomförandeplan och arbetsbeskrivning upprättas. Utvärdering av gemensamt schema för medarbetarna på Mariedal och Leopoldsgatan kommer att ske under hösten	Personal samt Enhetschef	Hösten	Oktober / November	Ja	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
<ul style="list-style-type: none"> <li>Beskriv hur skakravet ska uppfyllas gällande enhetschefens kompetens.</li> </ul>	<p>Ec har lång erfarenhet som chef, dock ej högskoleexamen. Diskussion förs tillsammans med HVK med IVO angående krav av högskoleexamen för ec.</p>				Ja	
<p><b>Hälso- och sjukvård samt rehabiliteringsbehov</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beskriv hur avtalet kommer att uppfyllas avseende handledning av legitimerad personal samt att tillgodose behov av arbetsterapeut.</li> </ul>	<p>Enligt Vård &amp; omsorgs ledningssystem In 105 Ru 108 finns beskrivet när kontakt skall tas med legitimerad personal, vilken vi följer. Vid de tillfällen vi har brukare för funktionsutredning ingår både psykoterapeut samt arbetsterapeut för planering samt genomförande. Handledning ges av legitimerad personal dit även arbetsterapeut tillhör.</p>	Enhetschef	Hösten		Ja	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
<b>Klagomåls- och avvikelshantering</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontoret önskar ta del av den nya rutinen kring sammanställningen av klagomåls- och avvikelshantering.</li> </ul>	Vi följer Vård o Bildnings ledningssystem RU 142 (02) ang. synpunktshantering, samt In 185 (02), RU 122 (04) ang. avvikelshantering, Detta tas upp på APT samt en egen blankett för ifyllande av vad vi skickat iväg eller registrerat Bilaga 1	Enhetschef	Pågår	Oktober / November	Ja	

Handläggare  
Eva-Lena Tverå  
Mari Larsson

Datum 2014-05-12

Planerad granskning av social dokumentation vid Mariedal träningsboende 2014-05-12

Granskning av den sociala dokumentationen vid Mariedal träningsboende, 2014-05-12 ställdes in på grund av att ingen av de personer som beviljats plats på Mariedal har lämnat samtycke till att kontoret hälsa vård och omsorg (HVK) får tillgång till akt/journal för dokumentationsgranskning.

Eva-Lena Tverå  
Biståndshandläggare

Mari Larsson  
Biståndshandläggare

*Skickas till*  
*Uppdragsstrateg Mia Gustafsson*

