3.04

Uppsala KOMMUN

KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

Handläggare
Christina Rosendahl

Datum
2014-02-26

Diarienummer
NHO-2013-0104.31

Nämnden för hälsa och omsorg

Avtalsuppföljning vid Salabacksgatan 74, bostad med särskild service LSS

Förslag till beslut
Nämnden för hälsa och omsorg föreslås besluta

att med beaktande av resultatet godkänna rapporten

Föredragning
Verksamheten på Salabacksgatan 74 drivs av Vård & bildning och har inte varit föremål för konkurrensutsättning.

Servicebasen är lokaliserad i flerbostadshus där tre av lägenheterna ligger i samma trapphus som servicebasen och resterande 4 lägenheter är utspridda i närområdet. Åldersspannet är 24 till 57 år varav fyra kvinnor och tre män.

En handlingsplan med följande innehåll har inkommit till kontoret.

- Personal, bemanning och kompetensutveckling
- Klagomåls- och avvikelsehantering
- Enhetschefens formella kompetens - Kommer att behandlas i särskild ordning. *(Kontoret avvaktar svar från IVO för vägledning när det gäller formell kompetens för enhetschef).*

För kontoret för hälsa, vård och omsorg

Inga-Lill Björklund
Direktör

Postadress: Uppsala kommun, Kontoret för hälsa, vård och omsorg, 753 75 Uppsala
Besöksadress: Stationsgatan 12 • Telefon: 018-727 87 00 (växel) • Fax: 018-727 87 10
E-post: halsa-vard-omsorg@uppsala.se
www.uppsala.se

Bilaga 1

Uppsala KOMMUN

KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

Handläggare
Christina Rosendahl
Carita Öhman

Datum
2013-05-20

Diarienummer
NHO-2013-0104

Nämnden för hälsa och omsorg

Avtalsuppföljning vid Salabacksgatan 74, bostad med särskild service LSS

Beskrivning av enheten

Utförare och enhet	Vård & bildning, division VoO. Affärsområde Boende vuxna
Adress	Salabacksgatan 74, Uppsala
Enhetschef	Ewa Forstén
Tfn och e-post	018-727 83 54 Eva.forsten@uppsala.se
Uppföljning utförd av	Christina Rosendahl och Carita Öhman
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Enhetschef, verksamhetsutvecklare, 2 medarbetare, sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut.
Totalt antal boende	Sju platser
Typ av verksamhet	Servicebostad LSS
Avtalstid	2013-01-01—2013-12-31
Datum för uppföljning	20 och 27 maj 2013

Verksamheten på Salabacksgatan 74 drivs av Vård & bildning och har inte varit föremål för konkurrensutsättning.

Servicebasen är lokaliserad i flerbostadshus där tre av lägenheterna ligger i samma trapphus som servicebasen och resterande 4 lägenheter är utspridda i närområdet. Åldersspannet är 24 till 57 år varav fyra kvinnor och tre män.

1 Sammanfattning

Enheten drivs av vård & bildning och har inte varit föremål för konkurrensutsättning.

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.

Nämndens upplevelsekriterier

Innebörden av nämndens upplevelsekriterier är väl känd i verksamheten, de diskuteras löpande i personalgruppen på ett välorganiserat och systematiskt sätt.

Personal, bemanning och kompetensutveckling

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna och genomgång av enhetens schema, bedömer kontoret att enheten uppfyller villkoren i avtalet i alla delar med undantag för enhetschefens formella kompetens samt att systematisk identifiering av legitimerades kompetensutveckling, utifrån verksamhetens behov, saknas. Kontoret begär en handlingsplan där enheten ska beskriva kommande satsningar på kompetensutveckling för legitimerad personal utifrån enhetens behov.

När det gäller enhetschefens formella kompetens konstaterar HVK bristerna och återkommer till Vård & bildning i frågan om vilka åtgärder som ska vidtas för att säkerställa villkoren i avtalet.

Kontoret bedömer att enheten kommit långt i utvecklingsarbetet samtidigt som kontoret ser att arbetet med omvärldsbevakning kan utvecklas mer. Enheten har viss omvärldsbevakning men enligt personalen saknas systematik och ansvarsfördelning. Kontoret föreslår att enheten skapar en struktur för omvärldsbevakning för samtlig personal.

Samverkan

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att enheten uppfyller villkoren i avtalet i denna del. De samverkar med verksamheter inom Uppsala kommun, habiliteringen inom landstinget, brukarorganisationen Attention samt med andra organisationer som är viktiga för brukarna.

Samverkan sker med anhöriga och har förbättrats de senaste åren. Vid behov hänvisas anhöriga vidare till anhörigcentrum.

Klagomåls- och avvikelsehantering

Enheten arbetar systematiskt med förbättringsarbete bl.a. genom att analysera brister och vidta åtgärder med regelbundna diskussioner på APT för att utveckla enheten. Kontoret bedömer att enheten uppfyller villkoren i avtalet i alla delar med undantag för att personalen saknar ingående kunskap gällande Lex Sarah. Kontoret begär en handlingsplan där det ska framgå hur Lex Sarah ska implementeras på enheten och tidplan för detta.

Kontoret noterar att vissa utvecklingsområden synliggjorts vid uppföljningen och föreslår följande:

- **Systematiskt utvecklingsarbete** Kontoret föreslår att den legitimerade personalen ser över hur trender ska fångas för att skapa ett systematiskt utvecklingsarbete och ligga steget före.

Dokumentation och genomförandeplaner
Skriftliga rutiner finns för vad som ska dokumenteras och hur det dokumenteras samt att det finns en muntlig tradition. Detta styrks av den genomförda dokumentationsgranskningen som påvisar att dokumentationen fungerar bra på enheten. Kontoret bedömer att enheten uppfyller villkoren i avtalet i denna del.

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

Kultur- och fritidsaktiviteter
Enheten erbjuder samtliga brukare minst en individuell aktivitet per vecka. Kontoret bedömer att enheten uppfyller villkoren i avtalet.

1.2. Krav på åtgärder

Vid avtalsuppföljningen framkom avvikelser mot avtalet när det gäller enhetschefens formella kompetens. Kontoret begär en handlingsplan där enheten ska beskriva vilka åtgärder som vidtas för att säkerställa villkoren i avtalet.
Handlingsplanen ska skrivas i bifogad mall och skickas med e-post till halsa-vard-omsorg@uppsala.se. Handlingen kommer att diarieföras och registreras som offentlig handling.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Enheten drivs av vård & bildning och har inte varit föremål för konkurrensutsättning.

2.2 Syfte

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

2.3 Metod

Uppföljningen genomfördes i form av intervjuer med enhetschef och verksamhetsutvecklare, personal på enheten samt legitimerad personal. Intervjuerna hölls separat.

Dokumentstudier av arbetsschema har genomförts. Dokumentationsgranskning av journaler har genomförts som en del av avtalsuppföljningen.

2.4 Närvarande och genomförande

Uppföljningen genomfördes 20 och 27 maj 2013.

Närvarande från utföraren: Enhetschef Ewa Forstén, kvalitetsutvecklare, två medarbetare, sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut.
Närvarande från kontoret: Uppdragsstrateger Carita Öhman och Christina Rosendahl.

3 Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

3.1 Upplevelsekriterier och inflytande för den enskilde

3.1.1. Iakttagelser

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

Vid intervjuer med samtlig personal framkommer att nämndens upplevelsekriterier är väl kända i verksamheten och orden kan definieras. Samsyn råder mellan samtliga intervjuade och de beskriver vad kriterierna betyder för verksamheten.

Enhetschefen berättar att nämndens upplevelsekriterier regelbundet diskuteras i verksamheten där ordens betydelser och individuella tolkningar diskuteras mest. Exempel som beskrivs är den enskildes möjlighet att till viss del välja personal, speciellt i svåra perioder. Ett annat exempel är den enskildes känsla av oberoende trots beroendet av annan person. Upplevelsekriterierna diskuteras även vid upprättande av genomförandeplanen där den enskilde medverkar.

Den legitimerade personalen berättar vid intervjutillfället att nämndens upplevelsekriterier genomsyrar allt arbete på enheten där samtlig personal hjälper, stöttar och lyssnar in. De beskriver att personalen är duktiga på att arbeta funktionsuppehållande och vid behov utses en kontaktperson för att värna om den enskildes gångförmåga i förebyggande syfte.

Trygghet – Personalen berättar att de arbetar för att brukarna ska känna trygghet genom att ha ett inbjudande förhållningssätt så att den enskilde vågar lämna synpunkter. De finns tillgängliga dygnet runt och vid behov har den enskilde även möjlighet att ringa nattetid. Personalen samtalar med brukarna och ger vägledning och tips samtidigt som de är noga med att hitta en balans. De berättar vidare att eventuella svårigheter lyfts fram och ger konflikter som exempel där syftet är att den enskilde ska få strategier att nå en lösning.

Oberoende – Personalen uppger att de arbetar för brukarnas självständighet och oberoende där stödet att bygga upp självkänslan är en viktig del, oavsett om den enskilde har förmågan att nå oberoende fullt ut eller delvis. De berättar vidare att de har bra samverkan med legala företrädare som bl.a. hjälper den enskilde att ställa sig i bostadkö.

Respektfullt bemötande – Personalen berättar att verksamheten har etiska koder som de följer vilka bl.a. innebär att inte prata över huvudet på den enskilde, de bestämmer inte över den enskilde utan kommer överens. Personalen berättar vidare att de är gäster i den enskildes hem och respekterar självbestämmandet. De tar gemensamma beslut och har trivselregler på enheten.

Delaktighet och inflytande – Utöver genomförandeplanen ges brukarna möjlighet att påverka utbudet av aktiviteter på boendemöten samt genom boendelänken där en brukare och en personal medverkar. Varje brukare har två kontaktmän och i ansvaret ingår att förmedla kontakter med bl.a. godman och hälso- och sjukvården samt se till att brukaren i det stora hela har det bra. Den enskilde ges möjlighet att välja kontaktman samt att det vid behov finns möjlighet att byta.

3.1.2. Kontorets kommentarer och slutsatser

Innebörden av nämndens upplevelsekriterier är väl känd i verksamheten, de diskuteras löpande i personalgruppen på ett välorganiserat och systematiskt sätt.

3.2 Styrkor och utmaningar i verksamheten enligt de intervjuade

Enhetschefen berättar vid intervjutillfället att hon är stolt över resultatet av den senaste NMI (nöjd medarbetar index) undersökningen. Flera av målen är nådda och som exempel beskrivs personalens delaktighet i processerna. Personalen lyssnar in brukarna och förändringar genomförs vid synpunkter.

Personalen berättar att de alltid känner sig välkommen till arbetet både av brukare och av kollegor. Personalen berättar vidare att de har tydliga mål och beskriver arbetsklimatet som "fantastiskt" med fokus på kunden och ett gemensamt förhållningssätt där alla är överens. Vid varje APT har de en "må bra runda" där samtlig personal får berätta hur de mår. De berättar vidare att alla känner sig trygga i gruppen och vågar säga vad de tycker.

Under en 10 års period har tre brukare blivit helt oberoende och kunnat flytta till egna lägenheter. Detta har varit möjligt genom tydliga mål samt att den enskilde fått stöd att jobba för självständighet och oberoende. Enligt personalen har en viktig del i arbetet varit att stärka den enskildes självkänsla.

Enhetschefen påtalar vikten av att bevara och värna om det goda samarbetet som råder på enheten samt att ge feedback. Personalen berättar att teamarbetet kan bli ännu bättre och det inkluderar även vikarier.

Legitimerad personal berättar att ambitionsnivån och förutsättningen för dem idag endast tillåter att ordna det viktigaste. Arbetet skulle kunna utvecklas mer om de gavs möjlighet att sitta tillsammans med enhetscheferna. Det skulle dels öka möjligheten till samverkan och dels öka förutsättningarna för legitimerad personal att träffa brukarna oftare i vardagen och därigenom kunna se behovet av t.ex. kognitiva hjälpmedel och strategier i vardagen.

3.3 Personal, bemanning och kompetensutveckling

3.3.1. Iakttagelser

Personal och bemanning

Vid intervjutillfället berättar enhetschefen att ca 4,9 årsarbetare är schemalagda på enheten fördelat på sex personer varav en arbetar helger. Det överensstämmer med det inlämnade schemat där det framgår att 5,04 årsarbetare är schemalagda.
En personal arbetar dagtid och två arbetar kväll (16,00-21,00) under vardagar. Under helger arbetar två personal klockan 11,00-21,00 och övrig tid en personal. Jouren börjar 22,00 på vardagar samt söndag och 23,00 fredag och lördag.

Samtliga intervjuade uppger att enheten har utrymme att tillgodose individuella önskemål och behov minst en gång i veckan, det kan bli fler om någon avstår. Aktiviteterna behöver planeras i förväg enligt personalen men i viss mån finns utrymme till spontana aktiviteter.

Enhetschefen berättar att vikarier alltid sätts in vid kortare frånvaro men att turer kan kortas, vilket bekräftas av personalen. Uttalad ersättare finns för enhetschef vid planerad- och sjukfrånvaro. Det meddelas personalen via e-post eller telefon av enhetschef eller utvecklingsledare. Kvällar, nätter och helger är det arbetsledare jourtid enligt personalen.

Personalkontinuiteten är hög, ingen personal har slutat under det senaste året enligt enhetschefen. Personalen berättar att de i stort sett är samma arbetsgrupp som när enheten startades.

Legitimerad personal ansvarar över flera enheter, där varje enhet har ca 10-20 brukare.
- Sjuksköterska 13-15 enheter.
- Arbetsterapeut 17-18 enheter.
- Sjukgymnast 33 enheter.

Kompetens

Enhetschefen har elva års erfarenhet som chef inom området. Hon saknar formell kompetens i enlighet med förfrågningsunderlaget men har kompletterat med en beteendevetenskaplig grundkurs ett år samt ledarskapsutbildning, kommunikation och ledarskap.

All personal har grundutbildning såsom omvårdnadsprogrammet, vårdarinna samt barn och fritid med inriktning mot funktionshinder.

Vid nyanställning av personal krävs omvårdnadsprogrammet eller motsvarande enligt enhetschefen.

Kompetensutveckling

Samtliga anställda har en individuell kompetensutvecklingsplan via målkort. Den legitimerade personalen berättar att det inte finns någon systematisk identifiering av kompetensutvecklingsbehovet från ledningen, den anställdes önskemål styr. De berättar

vidare att det inte finns några direkta krav från ledningen hur legitimerad personal ska användas. Handledning kan fås på eget initiativ enligt legitimerad personal.

När det gäller kompetensutveckling det senaste året har enheten fokuserat på utbildning inom autism samt SIP (samordnad individuell plan) enligt enhetschefen och personal. Därutöver har personalen gått utbildning utifrån intresse när det varit relevant för arbetet samt att de via handledning fått kunskap om MI (motiverande intervju). Handledningen har upphört och enligt personalen får de stöd av metodutvecklarna inom Vård & bildning. Den legitimerade personalen har fokuserat på utbildning gällande delegering.

Sjuksköterskan berättar att hon trivs jättebra med arbetet och är stolt över att arbeta i Uppsala kommun. Den legitimerade personalen berättar vidare att de känner sig osäkra på om de får behålla jobben med tanke på att flera enheter upphandlats.

Enhetschefen berättar att det främst är ordinarie personal som får ta del av kompetensutveckling och det beror till stor del på att vikarier inte har tid p.g.a. studier eller föräldraledighet, vilket bekräftas av personalen.

Introduktion av nyanställda
Nyanställd personal introduceras på ett strukturerat sätt utifrån en mall enligt personalen. Den nyanställde går dubbelt minst tre pass som följs upp via dialog. En del i introduktionen är att gå igenom de lokala instruktionerna som finns i en pärm på enheten och som personalen uppmuntrar den nyanställde att gå tillbaka till.

Enhetschefen berättar att enheten inte tagit emot studenter under lång tid dels p.g.a. att de inte haft några förfrågningar och dels för att det är svårt att ta emot studenter på servicebasen.

Utvecklingsarbete
Enhetschefen berättar att all personal är ombud inom olika ansvarsområden t.ex. hygien, miljö och dokumentation där återkoppling sker på APT. När enhetens arbete behöver utvecklas inom något område finns en beredskap att genomföra detta omgående enligt enhetschefen och ger exemplet ny kunskap. Personalen berättar att de har miljöombud samt att enheten är pilotgrupp för inköp och köpavtal. De berättar vidare att sex- och samlevnad är ett område som de vill förkovra sig i för att få den kunskap som behövs för att samtala med brukarna. Den legitimerade personalen uppger att det är kundernas behov som "drar igång" utvecklingsarbetet inom ett visst område.

Omvärldsbevakning
Vid intervjutillfället berättar enhetschefen att enheten arbetar systematiskt med utveckling och omvärldsbevakning genom samverkan med andra chefer och genom planeringsdagar där flera enheter deltar. Enheten har även olika diskussionsforum där all personal medverkar.

Personalen berättar att de söker information via nätet, prenumerationer såsom NOVA magasinet och snabelposten. De berättar vidare att de informeras om nyheter inom området på

APT. Systematisk omvärldsbevakning och ansvarsområden saknas samtidigt som förutsättningar och nyfikenhet finns hos samtliga enligt personalen.

3.3.2. Kontorets kommentarer och slutsatser

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna och genomgång av enhetens schema, bedömer kontoret att enheten uppfyller villkoren i avtalet i alla delar med undantag för enhetschefens formella kompetens samt att systematisk identifiering av legitimerades kompetensutveckling, utifrån verksamhetens behov, saknas. Kontoret begär en handlingsplan där enheten ska beskriva kommande satsningar på kompetensutveckling för legitimerad personal utifrån enhetens behov.

När det gäller enhetschefens formella kompetens konstaterar HVK bristerna och återkommer till Vård & bildning i frågan om vilka åtgärder som ska vidtas för att säkerställa villkoren i avtalet.

Kontoret bedömer att enheten kommit långt i utvecklingsarbetet samtidigt som kontoret ser att arbetet med omvärldsbevakning kan utvecklas mer. Enheten har viss omvärldsbevakning men enligt personalen saknas systematik och ansvarsfördelning. Kontoret föreslår att enheten skapar en struktur för omvärldsbevakning för samtlig personal.

3.4 Samverkan

3.4.1. Iakttagelser

Samtliga intervjuade berättar vid intervjutillfället att samverkan sker vid behov med bl.a. habiliteringen, daglig verksamhet, tandläkare och primärvården. De flesta av brukarna sköter dock kontakterna självständigt. Samverkan med legitimerad personal fungerar bra enligt personalen.

Legitimerad personal berättar att de är väl insatta i SIP och tycker det är ett bra verktyg. De har goda erfarenheter av att använda SIP i samverkan med bl.a. landstinget. I de fall någon anhörig har en avvikande mening så förs diskussion på APT för att hitta förslag på lösning och få en helhet. Legitimerad personal berättar vidare att attityden och dialogen gentemot anhöriga har förbättrats de senaste åren beroende på att personalen ser mera sammanhang och helhet nu än tidigare. Vid behov hänvisas anhöriga till anhörigkonsulenter.

Personalen berättar att enheten har nätverk som de regelbundet samverkar med vilka beskrivs nedan.

- Kommunens egna nätverk för aktivitetsutbud nöff (nordöstra för framtiden). En fritidsledare ansvarar för aktiviteten och personal från olika boendeenheter medverka där antalet styrs utifrån svårighetsgraden i aktiviteten.
- Boendelänken med brukarrepresentant från varje enhet inom Vård & bildning.
- Attention (brukarorganisation för autism).
- Esters orkester (musikverksamhet).

Legitimerad personal beskriver nätverket de vid behov samverkar med enligt nedan.

- Habiliteringen.
- UAS inför utskrivning samt vårdplanering.
- Vårdcentraler.

Enhetschefen berättar att enheten använder NKI (nöjd kund index) och NMI (nöjd medarbetarindex) som verktyg för att få en värdering av enheten. Hon berättar vidare att bredden och mångfalden inom målgruppen medför svårigheter att identifiera parametrar för vad enheten generellt är bra på och ser därför den enskildes individuella behov som den gemensamma nämnaren.

Personalen berättar att en enkätundersökning genomförts där boendepersonal från andra enheter intervjuat brukarna (kollegial granskning) som ett led att utveckla verksamheten. De berättar vidare att regelbundna uppföljningar av arbetet görs på APT.

Legitimerad personal berättar att de för tillfället inte har några nätverk för samverkan men beskriver anhöriga som samverkanspartners vid vissa tillfällen. De berättar vidare att utvärdering och dokumentation i journal alltid görs av insatt intervention och ger exemplen läkemedel, träning och hjälpmedel.

3.4.2. Kontorets kommentarer och slutsatser

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att enheten uppfyller villkoren i avtalet i denna del. De samverkar med verksamheter inom Uppsala kommun, habiliteringen inom landstinget, brukarorganisationen Attention samt med andra organisationer som är viktiga för brukarna.

Samverkan sker med anhöriga och har förbättrats de senaste åren. Vid behov hänvisas anhöriga vidare till anhörigcentrum.

3.5 Klagomåls- och avvikelsehantering

3.5.1. Iakttagelser

Samtliga intervjuade beskriver enhetens systematiska arbete med klagomål och avvikelser. Information och blanketter ges till nyinflyttade brukare och anhöriga samt att blanketterna finns lättillgängliga vid baslägenheten. Vid klagomål skickas blanketten till enhetschef som vidtar åtgärder omgående och därefter sker återkoppling till brukaren, främst av enhetschefen. Inkomna klagomål sammanställs, analyseras samt att de alltid diskuteras på APT.

Personalen berättar att enheten har få avvikelser vilket förklaras av att de har arbetat upp bra rutiner. De berättar vidare att samtliga brukare har egenvård så det som benämns som avvikelser är synpunkter från brukare/anhöriga där personalen avviker.

Legitimerad personal berättar att de har årliga läkemedelsgranskningar samt årliga HS ronder per enhet. De tittar på tidiga tecken utifrån vissa kriterier och screenar. De uppger vidare att de vid smitta t.ex. vinterkräksjuka poängterar vikten av hygien. De har regelbundna utbildningar i förflyttningsteknik både på gruppnivå och på individnivå.

Den legitimerade personalen beskriver klagomålshanteringen tydligt med rutiner, flöde och återkoppling. De kan inte riktigt förklara hur man fångar trender och skapar systematiskt utvecklingsarbete samtidigt som de känt av att de behöver förkovra sig mer när det gäller kognitiva hjälpmedel. Det finns kunskapsbrister idag och de är medvetna om att de frustrationer som finns, skulle kunna avhjälpas med en fungerande kommunikation.

Begreppen Lex Sarah och Lex Maria är kända av samtliga intervjuade. Personalen berättar att de har ett "hum" om innebörden av Lex Sarah. Enheten har haft en Lex Maria efter anmälan av anhöriga men enheten har inte fått någon återkoppling från MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) enligt personalen. De berättar vidare att de alltid diskuterar med enhetschefen när problem uppstår samt att diskussioner förs på APT.

Den legitimerade personalen uppger att avvikelser och Lex Maria diskuteras med personalen vid delegeringsutbildningen samt att utvecklingsledarna informerar om Lex Sarah och Lex Maria på stora informationsmöten som genomförs med personalen varje kvartal.

3.5.2. Kontorets kommentarer och slutsatser

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att enheten uppfyller villkoren i avtalet i alla delar med undantag för att personalen saknar ingående kunskap gällande Lex Sarah. Kontoret begär en handlingsplan där enheten ska beskriva hur Lex Sarah ska implementeras på enheten och tidplan för detta.

Kontoret bedömer att enheten arbetar systematiskt med förbättringsarbete genom att bl.a. analysera brister och vidta åtgärder med regelbundna diskussioner på APT för att utveckla enheten.

Kontorets förslag på utvecklingsområden som framkommit vid uppföljningen:

- **Systematiskt utvecklingsarbete** Kontoret föreslår att den legitimerade personalen ser över hur trender ska fångas för att skapa ett systematiskt utvecklingsarbete och ligga steget före.

3.6 Dokumentation och genomförandeplaner

3.6.1. Iakttagelser

Vid intervjutillfället med enhetschefen framkommer att skriftliga rutiner finns för vad som ska dokumenteras och hur det dokumenteras samt att det finns en muntlig tradition. När det gäller att dokumentera i Siebel berättar enhetschefen att det finns vissa problem. Det är många "klick" innan dokumentation kan påbörjas. Kontaktuppgifterna i Siebel räcker inte till så andra yrkeskategorier måste dokumenteras under anhörig. Vid utskrift inför arkivering visas att dokumentationen skrivits ut tio gånger trots att den skrivits ut en gång.

Personalen berättar att det finns beställning för samtliga brukare och därmed har de kunnat upprätta genomförandeplan med alla. De berättar vidare att det i det stora hela fungerar bra att dokumentera i Siebel men de saknar vissa delar och ger genomförandeplanen som exempel.

Den är inte tillräckligt detaljerad då det är för få sökord och de passar inte riktigt in enligt personalen. De använder därför arbetsplaner som komplement men uppger att dessa ska tas bort.

Rutiner för dokumentation finns enligt personalen. All personal går in i Siebel varje dag och det dokumenteras dagligen. Den personal som varit ledig tar del av all dokumentation som varit sedan förra arbetspasset.
Dokumentationsgranskning har genomförts på enheten som en del i avtalsuppföljningen med följande kommentarer:

- Genomförandeplanerna var tydliga. Verksamheten bör utveckla den löpande textens innehåll för att synliggöra den enskildes medverkan och upplevelse i utförande av insats.
- Dokumentationen har förts i Siebel sedan våren 2012.

Se vidare bilaga 1. *Rapport från dokumentationsgranskning.*

3.6.2. Kontorets kommentarer och slutsatser

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att enheten uppfyller villkoren i avtalet i denna del. Skriftliga rutiner finns för vad som ska dokumenteras och hur det dokumenteras samt att det finns en muntlig tradition. Detta styrks av den genomförda dokumentationsgranskningen som påvisar att dokumentationen fungerar bra på enheten.

3.7 Hälso- och sjukvård samt rehabilitering

3.7.1 Iakttagelser

Legitimerad personal uppger att skriftliga rutiner finns som beskriver i vilka situationer de ska kontaktas och personalen kan tydligt beskriva dessa urvalskriterier. De berättar vidare HS ronder genomförs en gång per år och vid behov förs diskussioner på APT när något inom området hälso- och sjukvård behöver klargöras.

Samtliga intervjuade är eniga om att samverkan mellan professionerna fungerar bra på Salabacksgatan. Enhetschef och sjuksköterska är lokaliserade på samma plats vilket underlättar samverkan dem emellan.

Enhetschefen berättar att Salabacksgatan har två kundhälsoombud som är en länk till legitimerad personal och framförallt till sjuksköterska. Deras arbetsuppgift är ha kontroll över tekniska hjälpmedel och det medicinska i kombination med att ha ett bredare perspektiv och framåttänk.

Legitimerad personal uppger att de tar vara på den enskildes möjligheter och förutsättningar samt ger exemplet att hitta hjälpmedel som förbättrar självständigheten både fysiskt och kognitivt. Arbetsterapeut och sjukgymnast arbetar genom personalen och sjuksköterskan finns i bakgrunden. Personalen kontaktar legitimerad personal och rådfrågar. Det förekommer att den enskilde kontaktar arbetsterapeut själv.

Enhetschefen berättar att sjuksköterskan skickar e-post för att säkerställa informationsflödet över dygnet gällande ordinationer från läkare, sjuksköterska och annan legitimerad personal. E-post används p.g.a. att sjuksköterskan inte kommit igång med delningsfunktionen i Siebel ännu.

Legitimerad personal uppger att informationsflödet inte alltid fungerar mellan yrkeskategorierna, speciellt med psykiatrin. Det gäller främst vid utskrivning från sjukhus då avdelningen informerar medföljande personal vilket innebär att sjuksköterskan får andrahandsinformation. För att komma till rätta med detta överlämnar personalen sjuksköterskans visitkort till läkare för direktkontakt.

Samtliga brukare har intyg om nödvändig tandvård samt att de har erbjudits munhälsobedömning enligt enhetschefen.

3.7.2. Kontorets kommentarer och slutsatser

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

3.8 Kultur- och fritidsaktiviteter

3.8.1. Iakttagelser

Samtliga brukare erbjuds minst en individuell aktivitet per vecka enligt de intervjuade. När någon tackar nej försöker de motivera den enskilde samt att de ger stöd att hitta aktiviteter som lockar, allt dokumenteras.

3.8.2. Kontorets kommentarer och slutsatser

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att enheten uppfyller villkoren i avtalet i denna del. De erbjuder samtliga brukare minst en individuell aktivitet per vecka.

3.9 Kontorets avslutande kommentar

Vid uppföljningen får kontoret en bild av en välfungerande verksamhet som har en helhetssyn på individen och som drivs i nära dialog med brukarna. Det finns höga ambitioner och ett stort engagemang hos intervjuad personal och enhetschef.

Uppsala 2013-10-30

Christina Rosendahl
Uppdragsstrateg

Carita Öhman
Uppdragsstrateg

Bilaga 2

Datum 2013-05-13

Sammanställning från dokumentationsgranskning vid Salabacksgatans servicebas i samband med avtalsuppföljning 2013-05-06

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 boendeassistenternas 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 Salabacksgatans servicebas. Syftet med granskningen var att se om dokumentation utförs utifrån gällande riktlinjer, lagstiftning och avtal.

Metod
Verksamhetschef ombads att hämta in samtycke från samtliga sju kunder vid servicebasen. Samtycke gavs av fyra kunder, två kunder gav inte sitt samtycke och en kund var nyligen "inflyttad" och där hade man inte frågat om samtycke.

Resultat
Samtliga sjuksköterskejournaler var upprättade under april -13. Det fanns allmänna uppgifter, anamnes och status i samtliga. Det var få daganteckningar förda (journalerna var nyupprättade). Det framgick att samtliga hade egenvård. Samordnad individuell plan (SIP) fanns i en journal. Samverkan med boendeassistenterna kunde ses i en av sjuksköterskans journaler, dock framgick samverkan mellan alla professioner tydligt i sjukgymnastens och arbetsterapeutens journaler. Driftstoppsutskrifter från Siebel fanns noterat i tre journaler.

Det fanns fyra journaler upprättade av arbetsterapeut. Det fanns anamnes och status i samtliga journaler. Bedömning att det inte fanns behov av åtgärder från kommunal arbetsterapeut i dagsläget fanns dokumenterad i samtliga journaler. Det framgick att personerna hade kontakt med Habiliteringen Uppsala Län. Samverkan med övriga professioner på enheten i samband

Postadress: Uppsala kommun, Kontoret för hälsa, vård och omsorg, 753 75 Uppsala
Besöksadress: Stationsgatan 12 • Telefon: 018-727 87 00 (växel)
E-post: halsa-vard-omsorg@uppsala.se
www.uppsala.se

med rond (boendeassistenter, enhetschef, sjukgymnast och sjuksköterska) framkom i samtliga journaler. Det fanns notering om driftsstoppsutskrifter från Siebel i samtliga journaler.

Det fanns fyra journaler upprättade av sjukgymnast. Det fanns anamnes och status i samtliga journaler. Bedömning att det inte fanns behov av åtgärder från kommunal sjukgymnast i dagsläget fanns dokumenterad i samtliga journaler. Det framgick att personerna hade kontakt med Habiliteringen Uppsala Län. Samverkan med övriga professioner på enheten i samband med rond (boendeassistenter, enhetschef, arbetsterapeut och sjuksköterska) framkom i samtliga journaler. Det fanns notering om driftsstoppsutskrifter från Siebel i samtliga journaler.

Genomförandeplaner med upprättandedatum/ uppföljningsdatum samt namngiven kontaktman fanns på samtligt fyra granskade journaler. I den löpande texten gick det delvis att följa den enskildes vardag, däremot framkom inte på vilket sätt den enskilde varit delaktig i planering av utförandet av insats. Varför eller när uppföljning av genomförandeplan genomförts framkom inte i löpande text.

Kommentar
- Genomförandeplanerna var tydliga. Verksamheten bör utveckla den löpande textens innehåll för att synliggöra den enskildes medverkan och upplevelse i utförande av insats.
- Dokumentation har förts i Siebel sedan våren 2012

Eva Andersson
Hälso- och sjukvårdscontroller

Karin Eriksson
Hälso- och sjukvårdscontroller

Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare

Mari Larsson
Biståndshandläggare

Sammanställningen har skickats till:
Verksamhetschef Ewa Forstén
Uppföljningsstrateg Christina Rosendahl

Bilaga 3

Uppsala KOMMUN

KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

Handläggare
Christina Rosendahl, Carita Öhman

Datum
2013-12-09

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO

Uppföljningsobjekt:	Vård & bildning, division VoO Affärsområde boende vuxna Servicebostad LSS
Enhetschef:	Ewa Forstén
Handlingsplan HVK tillhanda senast:	2013-12-19

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

Uppföljningsobjekt: Salabacksgatan 74, servicebostad LSS

Område (se rapport)	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd**		Ev **krav på ytterligare åtgärd/kommentar**
					Ja	**Nej**	
Personal, bemanning och kompetensutveckling Beskriv kommande satsningar på kompetensutveckling för legitimerad personal utifrån enhetens behov	Kompetensutvecklingsplanen för legitimerad personal utgår från hela affärsområdets behov. Då alla kunder på Salabacksgatan har dokumenterad egenvård ser vi inga behov av kompetens-utvecklingsplaner specifikt för Salabacksgatan. Medarbetarens kompetens-utvecklingsplan tas fram i samband med det årliga målkortssamtalet, och utgår från tidigare erfarenheter/utbildningar och medarbetarens önskemål och affärsområdets behov av kompetensutveckling. Det kan bestå av kurser, litteratur, konferenser, intern fortbildning, auskultation etc.	Verksamhetschef	Kontinuerligt	Görs i samband med: • Målkortssamtal med legitimerad personal. • HS-enhetens arbetsplatsträffar • Affärsområdets affärsplan	☒	☐	Beskriv hur kartläggningen av kompetensutvecklingsbehovet genomförs på hela affärsområdet inför att komptensutvecklingsplanen fastställs (legitimerad personal).
Klagomåls- och avvikelsehantering Hur ska Lex Sahra implementeras på enheten och tidplan för detta	Lex Sarah har implementerats till all personal i Affärsområde Boende vuxna på informationsträffar 24-25/1 2012 . Enheten har haft en Lex Sarah anmälan för ca 3 år sedan. (I rapporten står att det var en Lex Maria anmälan men som	Eva Forstén, Enhetschef	131126	Kontinuerligt vid APT:n där även bemötande diskuteras.	☒	☐	

Område (se rapport)	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd**		Ev **krav på ytterligare åtgärd/kommentar**
					Ja	**Nej**	
	sedan blev en Lex Sarah) Personalen kommer att uppdateras på Lex Sarah och den rutin som gäller för detta vid nästkommande APT 131126.						
					☐	☐	
					☐	☐	

Bilaga 4

Uppsala KOMMUN

KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

Handläggare
Christina Rosendahl, Carita Öhman

Datum
2014-01-23

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO

Uppföljningsobjekt:	Vård & bildning, division VoO Affärsområde boende vuxna Servicebostad LSS
Enhetschef:	Ewa Forstén
Handlingsplan HVK tillhanda senast:	2014-01-31

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

Uppföljningsobjekt: Salabacksgatan 74, servicebostad LSS

Område (se rapport)	**Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas)	**Ansvarig**	**Tidplan**	**Uppföljning/Egenkontroll**	**Godkänd**		Ev **krav på ytterligare åtgärd/kommentar**
					Ja	**Nej**	
					☐	☐	
Personal, bemanning och kompetensutveckling Klargör bedömningen av relevant högskoleexamen för enhetschefen. Om relevant högskoleutbildning saknas - beskriv vilka åtgärder som kommer att vidtas för att säkerställa enhetschefens formella kompetens samt tidsplan för detta.	Enligt bifogad CV 25p Psykologi Validering av informell komptens 15 år som chef enl IVO krav. Handikapprätt Mentorsskap inom Affärsområdet	Karin Brolin Ewa Forsten	Q2 2014	Efter avslutad kurs Dec 2014	☐	☐	Kommer att behandlas i särskild ordning. Kontoret avvaktar svar från IVO för vägledning när det gäller formell kompetens för enhetschef.
					☐	☐	
					☐	☐	