3.05

Uppsala KOMMUN

KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

Handläggare
Maria Lindblom

Datum
2014-02-11

Diarienummer
NHO-2013-0136.31

Nämnden för hälsa och omsorg

# Planerad avtalsuppföljning LSS korttidsvistelse Sunnerstavägen 28 B

**Förslag till beslut**
Nämnden för hälsa och omsorg föreslås besluta

**att** med beaktande av resultatet godkänna rapporten.

**Föredragning**
Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) genomförde en planerad avtalsuppföljning vid Sunnerstavägen 28 B den 11 november 2013 (bilaga 1). I samband med avtalsuppföljningen genomfördes en dokumentationsgranskning i verksamheten den 21 november 2013. En sammanställning av resultat från dokumentationsgranskningen finns inkluderad i rapporten.

Uppföljningen visade att det förelåg enstaka brister och förbättringsområden i verksamheten. En handlingsplan begärdes in inom området dokumentation. Handlingsplan inkom den 23 januari 2014 (bilaga 2).

Kontoret godkände svaren i handlingsplanen och ser nu avtalsuppföljningen som avslutad. Dock kommer en ny granskning av dokumentationen att ske under juni 2014 för att säkerställa att inga brister kvarstår.

För kontoret för hälsa, vård och omsorg

Inga-Lill Björklund
Direktör

Postadress: Uppsala kommun, Kontoret för hälsa, vård och omsorg, 753 75 Uppsala
Besöksadress: Strandbodgatan 1 • Telefon: 018-727 86 00 (växel) • Fax: 018-727 08 90
E-post: halsa-vard-omsorg@uppsala.se
www.uppsala.se

Bilaga 1

Uppsala KOMMUN

KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

Handläggare
Maria Lindblom
Mia Gustafsson

Datum
2013-12-16

Diarienummer
NHO-2013-0136

Nämnden för hälsa och omsorg

# Avtalsuppföljning vid LSS korttidsvistelse, Sunnerstavägen 28 B

## Beskrivning av den uppföljda verksamheten

| | |
|---|---|
| Utförare och enhet | Vård & bildning, LSS korttidsvistelse, Sunnerstavägen 28 B |
| Adress | Sunnerstavägen 28 B, 756 51 Uppsala |
| Enhetschef | Annelie Andersson |
| Telefon och mailadress | 018-727 82 84<br>Annelie.andersson@uppsala.se |
| Uppföljning utförd av | Maria Lindblom och Mia Gustafsson |
| Vid uppföljningen medverkade från utföraren | Enhetschef, utvecklingsledare inom Vård & bildning, två boendepersonal. Arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska intervjuades separat vid annat tillfälle 2013-09-10 samt 2013-11-20 |
| Totalt antal platser | Verksamheten har möjlighet att ta emot maximalt fem personer samtidigt |
| Typ av verksamhet | Korttidsvistelse enligt LSS |
| Avtal | Åtagande 2013, verksamheter för personer 21 år och äldre för vilka nämnden för hälsa och omsorg är beställare |
| Avtalstid | 2013-01-01 t o m 2013-12-31 |
| Datum för uppföljning | 2013-11-11 |

Sunnerstavägen 28 B erbjuder korttidsvistelse enligt LSS och drivs av Vård & bildning. Verksamheten ska bidra till att den enskilde kan utveckla sina personliga resurser och få stöd att leva ett så självständigt liv som möjligt. Verksamheten ska bedrivas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt bidra till att den enskilde får leva under trygga och individuellt anpassade former. Verksamheterna ska grundas på respekt för den enskildes integritet och självbestämmande. Den enskilde ska ha naturlig delaktighet och medbestämmande över de insatser som ges. Innehållet i stödet ska utformas enligt en upprättad individuell genomförandeplan. I LSS-verksamheterna ska de enskilda uppnå goda levnadsvillkor.

# 1. Sammanfattning

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning på Sunnerstavägen 28 B som drivs av Vård & bildning. Kontorets bedömning är att verksamheten generellt sett är välfungerande, dock har några förbättringsområden konstaterats. I detta kapitel sammanfattas såväl positiva iakttagelser som 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 bedömning är att det finns ett medvetet och engagerat arbete inom området som motsvarar intentionen med nämndens mål och upplevelsekriterier. Kontorets uppfattning är att det inom verksamheten finns både vilja och drivkraft till utveckling och förbättring inom området. Kontoret anser att ställda krav inom området är uppfyllda.

**Personal, bemanning och kompetensutveckling**
Kontoret får en bild av att Sunnerstavägens personal har en god kompetens och vilja att krav kring bl.a. kompetensutvecklingsplaner och handledning är uppfyllda. Det finns tydliga och implementerade rutiner vid nyanställning och för ersättning av personal vid tillfällig frånvaro. Kontoret bedömer att ska-krav inom området är uppfyllda.

**Samverkan**
Kontoret ser att det inom verksamheten förekommer en samverkan med flera huvudmän som är av betydelse för den enskilde. Samverkan med ideella organisationer sker främst via deltagande i dessa organisationers aktivitetsutbud. Samverkan beskrivs ske flexibelt utifrån den enskildes behov och önskemål och kontoret bedömer att ska-krav inom området är uppfyllda. Kontoret noterar att det uttrycks ett behov av tydliggörande kring vilka krav i avtal, behov och förväntningar som finns gällande samverkan med arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska inom den egna organisationen. Kontoret har med anledning av detta kallat verksamhetschef och berörda enhetschefer inom korttidsvistelse LSS till ett möte för att diskutera frågan vidare.

**Dokumentation och genomförandeplaner**
Kontoret ser att det finns goda förutsättningar och ambition att skapa väl fungerande rutiner för dokumentation inom verksamheten. Kontoret förutsätter att de förbättringsområden som beskrivs i sammanställningen från dokumentationsgranskningen åtgärdas omgående och begär en kort beskrivning av *hur* och *när* detta ska ske i handlingsplan.

**Klagomålshantering och avvikelsesystem**
Kontorets bedömning är att verksamheten har implementerade rutiner för hantering av skriftliga synpunkter, klagomål och avvikelser. Kontoret ser som ett förbättringsområde för verksamheten att även dokumentera muntligt inkomna synpunkter och klagomål, så att dessa

kan analyseras och tas med i det systematiskt kvalitets- och utvecklingsarbetet. Det ses även som ett förbättringsområde att skapa en rutin som tillämpas för systematisk sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål över tid.

**Hälso- och sjukvård inklusive habiliterande och rehabiliterande arbetssätt**
Kontoret anser att verksamheten arbetar på ett bra sätt utifrån givna förutsättningar. Den intervjuade personalen förmedlar ett stort engagemang och vilja till förbättring och utveckling av verksamheten för att kunna möta den enskildes behov och minimera risk för att behov inte blir tillgodosedda.

Det finns en oklarhet kring vilka ska-krav i uppdraget som gäller specifikt för korttidsvistelse LSS inom hälso- och sjukvårdsområdet. Detta anser kontoret i vissa fall kunna medföra sämre möjligheter för personalen att arbeta utifrån ett personcentrerat och patientsäkert sätt, där individens förmågor stimuleras och tas tillvara samt risker minimeras. Kontoret anser att ska-krav är uppfyllda, men ser ett behov av förtydligande inom området. Kontoret kommer med anledning av detta att innan årsskiftet kalla verksamhetschef och berörda enhetschefer till ett möte för att diskutera frågan vidare.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten inklusive LSS ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter fastställa rutiner för samarbetet i samband med egenvård, d.v.s. hälso- och sjukvårdsåtgärd som en legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården bedömt att en person själv kan utföra eller utför med hjälp av någon annan. Kontoret anser att det finns behov av att tydliggöra dessa rutiner inom verksamheten för samtliga berörda.

## 1.2. Krav på åtgärder

Kontorets bedömning är att Sunnerstavägen 28 B generellt sett är en välfungerande verksamhet. Enstaka förbättringsområden har dock konstaterats, vilka framgår av rapporten.

Kontoret förutsätter att de förbättringsområden som beskrivs i rapporten åtgärdas omgående. Kontoret begär en handlingsplan inom området dokumentation och genomförandeplaner. En kort beskrivning ska ges i handlingsplanen av åtgärder för att vad som uppnåtts i förhållande till mål och delmål i genomförandeplanerna, ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut samt hur den enskilde haft inflytande över det praktiska utförandet av insatserna tydligare ska framgå i dokumentationen.

Handlingsplanen ska inkomma till HVK senast **15 januari 2014**, där tidsplan för åtgärder, förväntade effekter samt uppföljning av dessa finns beskrivet för respektive område.

Handlingsplanen ska skrivas i bifogad mall och skickas med e-post till halsa-vard-omsorg@uppsala.se. Handlingen kommer diarieföras och registreras som offentlig handling.

# 2. Inledning

## 2.1. Bakgrund

Sunnerstavägen 28 B drivs av Vård & bildning och erbjuder korttidsvistelse enligt LSS. Totalt finns i dagsläget 15 personer som kommer regelbundet till Sunnerstavägen för korttidsvistelse. Besluten varierar från två till 14 dygn per månad. Personerna är mellan 21-37 år och det beskrivs finnas en stor variation i grad av funktionsnedsättningar och behov av stöd. Flera av de boende har mer omfattande rörelsehinder och behov av hjälpmedel.

På grund av en vattenskada i ordinarie lokaler har verksamheten tillfälligt under en längre period varit lokaliserade till en lägenhet i området Ekeby. Detta beskrivs övergripande ha fungerat bra, trots bl.a. mycket bristfälliga personalutrymmen. Både enhetschef och personal beskriver en viss oro inför den stundande flytten tillbaka till villan på Sunnerstavägen, eftersom flera av både personal och boende upplevt allergiska reaktioner i villan. Flera i personalgruppen har enligt enhetschefen uttryckt att de inte vill flytta tillbaka och även föräldrar till vissa boende har uttryckt oro inför detta.

## 2.2. Syfte och avgränsningar

Syftet med uppföljningen var att kontrollera om utföraren uppfyller krav i avtal.

## 2.3. Metod

Uppföljningen genomfördes i form av intervjuer med enhetschef och personal i verksamheten. Intervjuerna hölls separat. Dokumentstudier av valda delar av verksamhetens ledningssystem för kvalitet har genomförts. Dokumentationsgranskning av journaler har genomförts som en del av avtalsuppföljningen.

## 2.4. Närvarande och genomförande

Uppföljningen genomfördes den 11 november 2013. Närvarande från utföraren var enhetschef Annelie Andersson, två boendepersonal och kvalitetsutvecklare från Vård & bildning. Arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska från Vård & bildnings hälso- och sjukvårdsenhet intervjuades vid två andra separata tillfällen den 9 oktober samt den 20 november 2014. Närvarande från kontoret var uppdragsstrategerna Maria Lindblom 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

Samtliga intervjuade känner till nämndens upplevelsekriterier och uppger att det ofta diskuteras kring begreppen delaktighet, bemötande och trygghet på verksamhetens olika möten och planeringsdagar etc.

Den intervjuade personalen beskriver genom flera praktiska exempel hur de aktivt arbetar för att den enskilde ska ha inflytande och medbestämmande över de insatser som ges. I verksamheten hålls s.k. söndagsmöten med de boende, där de enligt uppgift får möjlighet att tycka till om och utvärdera vistelsen samt bestämma vilka aktiviteter de vill göra nästa gång de kommer. Det beskrivs även konkreta exempel på hur boende som inte kan uttrycka sig med ord får möjlighet till detta, genom ett särskilt verktyg installerat på verksamhetens Ipad.

Personalen uppger att den stabila personalgruppen med låg omsättning i hög grad bidrar till att skapa trygghet för de boende. Det beskrivs också i flera exempel hur personalen på ett konkret sätt arbetar för att stimulera och utveckla ökad självständighet och oberoende, t.ex. genom att skapa förutsättningar för att klara att handla i en affär självständigt.

Både enhetschef och intervjuad personal beskriver att de är stolta över att uppleva den trivsel och glädje de boende uttrycker över att komma till korttidsvistelsen samt den positiva feedback de ofta får från anhöriga. Enhetschefen beskriver att hon är stolt över den "pedagogiska verksamhet" som bedrivs och det engagemang personalen utstrålar. Personalen uttrycker att de drivs av att se de boende kontinuerligt utvecklas och göra framsteg.

Samtliga intervjuade beskriver det som otydligt och svårt att veta vilket uppdrag korttids "egentligen" har, vilket medför att det upplevs som svårt ibland att veta om man "gör för mycket eller för lite". Det anses finnas en förbättringspotential i arbetet kring att skapa smidigare övergång mellan korttidsvistelse och gruppbostad för den enskilde. Flera av de intervjuade uttrycker att de skulle vilja ha ett tydligare uppdrag för att kunna arbeta mer aktivt och medvetet kring detta. I ett exempel beskrivs visionen att ha en särskild "träningslägenhet", där den enskilde kan erbjudas möjlighet att träna färdigheter och förmågor som behövs för att kunna bo själv.

### 3.1.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontorets bedömning är att det finns ett medvetet och engagerat arbete inom området som motsvarar intentionen med nämndens mål och upplevelsekriterier. Kontorets uppfattning är att det inom verksamheten finns både vilja och drivkraft till utveckling och förbättring inom området. Kontoret anser att ställda krav inom området är uppfyllda.

## 3.2. Personal, bemanning och kompetensutveckling

I förfrågningsunderlaget står att läsa:

- Ansvarig chef på enheten **ska** ha en relevant högskoleexamen samt minst två års erfarenhet av arbete inom arbetsområdet, denna persona har ansvar för den dagliga driften
- På enheten **ska** finnas ansvarig chef/arbetsledning
- **Ska** ha personal med sådan kompetens och erfarenhet i verksamheten att den kan tillgodose den enskildes behov av omsorg, hälso- och sjukvård, habilitering, rehabilitering, kommunikation och stöd
- **Ska** ansvara för att all tillsvidareanställd personal har adekvat utbildning på minst gymnasienivå
- **Ska** ge personalen erforderligt stöd, dvs handledning och konsultation. Personlig lämplighet och inlevelseförmåga i den enskildes situation är viktigt
- **Ska** tillhandahålla all schemalagd personal kompetensutveckling
- **Ska** ansvara för att all tillsvidareanställd personal har en individuell kompetensutvecklingsplan
- **Ska** tillse att det finns personalbemanning som säkerställer att den enskilde garanteras en rättssäker vård och omsorg dygnet alla timmar i enlighet med gällande lagstiftning
- **Ska** ansvara för att bemanningen har en god dimensionering och är rätt avvägd utifrån den enskildes behov av trygghet, närhet och stöd
- **Ska** ansvara för att personalbemanningen är flexibel utifrån den enskildes önskemål och individuella behov

### 3.2.1 Iakttagelser

Enhetschefen är utbildad sociolog och har mer än 10 års erfarenhet av arbetsledande ställning inom området. Boendepersonalen beskrivs ha adekvat gymnasieutbildning bl.a. som undersköterska. Enhetschefen beskriver personalgruppen som stabil, med en ytterst låg personalomsättning. Detta beskrivs av flera intervjuade bidra till att skapa trygghet och trivsel för de boende.

På Sunnerstavägen finns åtta anställda och verksamheten har möjlighet att ta emot fem personer samtidigt. De intervjuade berättar att det alltid tas in vikarier vid tillfällig sjukdom, semester eller annat tillfälligt behov av extra resurser. Enligt samtliga intervjuade är det lätt att få tillgång till vikarier. Om enhetschefen är borta, beskriver personalen att någon av cheferna på de två övriga LSS korttidsvistelserna inom Vård & bildning alltid går in som ersättare.

De intervjuade beskriver att det finns tydliga rutiner och checklistor samlade i en s.k. introduktionspärm som används vid nyanställning och introducering av vikarier i verksamheten. De berättar också att det ställs krav på lämplig gymnasieutbildning vid nyanställning. Enhetschefen beskriver att all personal får gå en särskild introduktionskurs om delegering och förflyttningsteknik som hålls centralt inom företaget. Vidare beskrivs att personal från Vård & bildnings hälso- och sjukvårdsenhet tillhandahåller individuell handledning kring förflyttning om det identifieras behov av detta inom verksamheten.

Samtliga intervjuade uppger har haft medarbetarsamtal och att de har individuella kompetensutvecklingsplaner. Personalen berättar att de tidigare haft handledning kring enskilda boende, men ingen handledning pågår i dagsläget. Under intervjuerna framkommer att kompetensutveckling inom tecken och altenativ kommunikation planeras. Enhetschefen beskriver i positiva ordalag personalen som en "kunskapstörstande grupp" och betonar att det finns en stor nyfikenhet och vilja att lära nytt trots att flertalet anställda har mycket lång erfarenhet och arbetat många år inom verksamheten.

### 3.2.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret får en bild av att Sunnerstavägens personal har en god kompetens och vilja att krav kring bl.a. kompetensutvecklingsplaner och handledning är uppfyllda. Det finns tydliga och implementerade rutiner vid nyanställning och för ersättning av personal vid tillfällig frånvaro. Kontoret bedömer att ska-krav inom området är uppfyllda.

## 3.3 Samverkan

I förfrågningsunderlaget står att läsa:

- **Ska** ha upparbetade rutiner samt tillämpa SOSFS:2008:20 för samordnad individuell plan
- **Ska** utifrån den enskildes behov samverka med närstående
- **Ska** vid behov för den närstående även ta stöd av anhörigcentrum
- **Ska** ha utarbetade rutiner för att samverkan med närstående och andra viktiga personer för den enskilde sker utifrån den enskildes samtycke
- **Ska** samverka med berörda enheter inom Uppsala kommun och andra huvudmän med den enskilde i fokus
- **Ska** samverka med ideella organisationer och enskilda volontärer i enlighet med "policy för Uppsala kommuns samverkan med den ideella sektorn" samt "överenskommelse om samverkan om frivilligt socialt arbete mellan Uppsala kommun och frivilligorganisationer"

### 3.3.1 Iakttagelser

De intervjuade berättar att samverkan huvudsakligen sker personal från de boendes olika dagliga verksamheter eller skola, anhöriga och personal från habiliteringen. Kontakten beskrivs övergripande fungera bra. Det beskrivs även förekomma en samverkan med de övriga korttidsvistelserna, Fyrisgården, FUB´s verksamheter och kyrkan.

Personalen berättar att många boende har kontakt med logoped, arbetsterapeut och/eller sjukgymnast från habiliteringen samt att de som personal ofta deltar i habiliteringens

nätverksmöten kring enskilda. Kontakt med arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska från den egna utföraren Vård & bildning beskrivs förekomma i liten utsträckning och denna kontakt beskrivs på flera vis som otydlig och oklar. Detta kan enligt de intervjuade till stor del relateras till oklarheten kring vilka ska-krav som egentligen gäller inom området. Detta beskrivs mer under avsnitt 3.6 (Hälso- och sjukvård inklusive habiliterande och rehabiliterande arbetssätt).

Både enhetschef och personal beskriver att kontakten med anhöriga fungerar bra. Enhetschefen berättar att det finns en särskild introduktionsprocess för korttids. Processen inleds med att enhetschef och personal har ett samtal med den enskilde och dess anhöriga/företrädare och gör en första gemensam planering.

Flera av de intervjuade beskriver att det stundvis kan vara komplicerat och svårt att hantera balansen mellan boendes och de anhörigas önskemål om t.ex. utformning och utförande av insatser. Detta eftersom önskemålen inte alltid överensstämmer och/eller anhörigas önskemål inte alltid enligt personalens uppfattning leder till ökad självständighet och delaktighet för de boende. Samtlig intervjuad personal uttrycker att det finns en starkt utpräglad intention att sätta den enskilde boende i fokus, vilket beskrivs genomsyra "allt" i verksamheten.

Den enda samverkan som beskrivs fungera mindre bra rör busstransporter från daglig verksamhet till korttids, då det finns återkommande upplevelser av att de boende allt oftare skjutsas hem tidigare än avtalat. Det beskrivs i vissa fall uppstå oklarheter och problem kring hjälpmedel, bl.a. s.k. ståskal och tippbrädor och huruvida dessa skall finnas på verksamheten eller inte. De intervjuade uttrycker det som otydligt var gränsen går för vad som betecknas som grundutrustning och därmed är verksamhetens ansvar att tillhandahålla. Enhetschefen uttrycker att det finns behov av att tydliggöra ansvar för hjälpmedel på korttids.

### 3.3.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret ser att det inom verksamheten förekommer en samverkan med flera huvudmän som är av betydelse för den enskilde. Samverkan med ideella organisationer sker främst via deltagande i dessa organisationers aktivitetsutbud. Samverkan beskrivs ske flexibelt utifrån den enskildes behov och önskemål och kontoret bedömer att ska-krav inom området är uppfyllda. Kontoret noterar att det uttrycks ett behov av tydliggörande kring vilka krav i avtal, behov och förväntningar som finns gällande samverkan med arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska inom den egna organisationen. Kontoret har med anledning av detta kallat verksamhetschef och berörda enhetschefer inom korttidsvistelse LSS till ett möte för att diskutera frågan vidare.

## 3.4 Dokumentation och genomförandeplaner

I förfrågningsunderlaget står att läsa:

- **Ska** föra och förvara journal och dokumentation i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, LSS och SoL
- **Ska** föra och förvara journal och dokumentation av hälso- och sjukvård i enlighet med patientdatalagen samt förvaras åtskilda från de anteckningar som görs i den övriga verksamheten i socialtjänsten

- **Ska** ansvara för att en individuell genomförandeplan enligt Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 2006:5 upprättas tillsammans med den enskilde eller dennes legala företrädare
- **Ska** vid behov följa upp, utvärdera genomförandeplanen minst en gång per år eller vid behov
- **Ska** omgående insända en genomförandeplan till myndigheten

### 3.4.1 Iakttagelser

Personalen beskriver att de generellt sett tycker det fungerar bra kring dokumentation inom verksamheten. De anser att det finns både tid och förutsättningar för att dokumentera och ser inga specifika svårigheter kring detta. Personalen berättar att det finns tid under arbetsdagen för att dokumentera och för muntlig överrapportering mellan natt- och förmiddagspersonal. Mellan övriga pass sker huvudsakligen en skriftlig överrapportering.

Ett problem som beskrivs av samtliga intervjuade är dock att det anses svårt att hinna göra bra och genomtänkta genomförandeplaner inom tidsramen för myndighetens krav på insänd genomförandeplan inom 14 dagar. Personalen berättar att de inte hinner lära känna nya personer ordentligt under denna korta tidsperiod och att de då finns en risk för att genomförandeplanen enbart speglar anhörigas "syn och tyckande". Enhetschefen anser att det med anledning av detta finns behov av att ändra den nu gällande rutinen kring genomförandeplan. Detta för att undvika det "dubbelarbete" som krävs i nuläget när planen måste göras om flera gånger och minimera risken för att planen inte speglar den enskildes behov och önskemål på ett rättvisande sätt.

Vid den dokumentationsgranskning som genomfördes i verksamheten den 21 november 2013 (se bilaga) framkom att det fanns behov av ett förtydligande kring vad som uppnåtts i förhållande till mål och delmål i genomförandeplanerna. Det fanns också ett behov av tydliggörande av ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut samt hur den enskilde haft inflytande över det praktiska utförandet av insatserna. I övrigt var den sociala dokumentationen god.

Ingen dokumentationsgranskning av hälso- och sjukvårdspersonals journaler har genomförts.

### 3.4.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret ser att det finns goda förutsättningar och ambition att skapa väl fungerande rutiner för dokumentation inom verksamheten. Kontoret förutsätter att de förbättringsområden som beskrivs i sammanställningen från dokumentationsgranskningen åtgärdas omgående och begär en kort beskrivning av *hur* och *när* detta ska ske i handlingsplan.

## 3.5 Klagomålshantering och avvikelsesystem

I förfrågningsunderlaget står att läsa:

- **Ska** följa Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter

- **Ska** ha dokumenterade rutiner för synpunkt/klagomålshantering, där det tydligt framgår till vem den enskilde ska vända sig för att på ett enkelt sätt lämna synpunkter på verksamheten
- **Ska** inom sju dagar återkoppla vidtagna åtgärder av framförda synpunkter/klagomål till den enskilde
- **Ska** ha dokumenterade rutiner för lokal avvikelsehantering inom hälso- och sjukvård
- **Ska** alltid analysera och följa upp avvikelsen för hälso- och sjukvård
- **Ska** ha dokumenterade rutiner för att rapportera, utreda och följa upp allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden enligt Lex Sarah. Av rutinen ska framgå hur anmälan till Socialstyrelsen sker
- **Ska** ha dokumenterade rutiner som följer Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter för Lex Maria

### 3.5.1 Iakttagelser

De intervjuade beskriver att det finns rutiner och blanketter för skriftlig klagomåls- och avvikelsehantering i verksamheten. Blankett och information om hur synpunkter och klagomål kan lämnas ges enligt uppgift till varje enskild deltagare och dennes anhöriga/företrädare vid det första samtalet med den enskilde och dess anhöriga/företrädare. Det finns alltid blanketter lättillgängliga på verksamhetens kontor enligt personalen, som kan delas ut när behov uppstår.

Enhetschefen beskriver att en stående punkt vid arbetsplatsträff varannan vecka är att gå igenom de synpunkter och klagomål som inkommit. Det beskrivs dock som ett förbättringsområde att på ett mer systematiskt sätt sammanställa och analysera det som inkommit över en längre tid, vilket inte görs i dagsläget.

Det framkommer under intervjuerna att muntliga synpunkter och klagomål inte alltid dokumenteras. Dessa hanteras ofta istället direkt med en åtgärd.

Personalen berättar att avvikelser alltid skrivs ned och tas upp på arbetsplatsträff och vid verksamhetens möten. Personalen uppger att återkoppling på skrivna avvikelser görs.

Samtliga intervjuade känner till den lokala rutinen för hantering av Lex Sarah och Lex Maria samt beskriver att detta regelbundet tas upp till diskussion på arbetsplatsträff.

### 3.5.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontorets bedömning är att verksamheten har implementerade rutiner för hantering av skriftliga synpunkter, klagomål och avvikelser. Kontoret ser som ett förbättringsområde för verksamheten att även dokumentera muntligt inkomna synpunkter och klagomål, så att dessa kan analyseras och tas med i det systematiskt kvalitets- och utvecklingsarbetet. Det ses även som ett förbättringsområde att skapa en rutin som tillämpas för systematisk sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål över tid.

## 3.6 Hälso- och sjukvård inklusive habiliterande och rehabiliterande arbetssätt

I förfrågningsunderlaget står att läsa:

- **Ska** tillhandahålla hälso- och sjukvård enligt HSL inom ramen för kommunens ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser
- **Ska** ha en namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska som ansvarar för sjukvårdsinsatser samt utfördar och utvärderar delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift
- **Ska** ansvara för att behovet av hälso- och sjukvård och omvårdnad upp till och med sjuksköterskenivå tillgodoses dygnet runt
- **Ska** ansvara för att legitimerad personal säkerställer att omvårdnadspersonalen har den utbildning och kompetens som krävs för att utföra delegerade arbetsuppgifter
- **Ska** ha dokumenterade rutiner för när sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast ska kontaktas
- **Ska** ha dokumenterade rutiner för att vid behov ta kontakt med läkare
- Sjuksköterskan **ska** ha en personlig kontakt inom 30 minuter med enheten för bedömning
- Sjuksköterskan **ska** handleda, utbilda, vara rådgivande till den enskilde och personalen i verksamheterna utifrån den enskildes behov och önskemål
- Producenten **ska** tillgodose den enskildes behov av insatser från arbetsterapeut och sjukgymnast i enlighet med kommunens ansvar för dessa insatser
- Arbetsterapet och sjukgymnast **ska** handleda, utbilda och vara rådgivande till den enskilde och personalen i verksamheterna utifrån den enskildes behov och önskemål
- **Ska** ansvara för att personalen får handledning från legitimerad personal för att kunna utföra enklare insatser som uppehåller och förstärker funktionsförmågan
- **Ska** tillämpa ett rehabiliterande förhållningssätt för att förebygga ohälsa och förbättra fysisk hälsa hos den enskilde
- **Ska** ha rutiner för att tillämpa ett aktivt rehabiliterande/habiliterande abretssätt SOSFS 2011:9
- **Ska** säkerställa att all schemalagd personal får handledning av legitimerad personal i ett habiliterande/rehabiliterande arbetssätt

### 3.6.1 Iakttagelser

Den intervjuade personalen beskriver att de flesta nuvarande boende på Sunnerstavägen har pågående hälso- och sjukvårdsinsatser i form av mediciner. Personalen berättar att ungefär en tredjedel av de boende har hjälpmedel. Vissa enskilda har omfattande rörelsehinder och ett stort behov av hjälpmedel och andra har endast behov av kognitiva hjälpmedel.

För de aktuella fallen med mediciner har ingen delegering gjorts till personal på Sunnerstavägen, utan medicinen kommer färdigdelad från hemmet i dosetter. De intervjuade beskriver dock att detta vid flera tillfällen medfört osäkerhet och rädsla för att "göra fel", då det t.ex. kan finnas dubbla doser eller ibland okänd medicin/vitaminer som personalen inte känner igen.

I verksamheten finns ett gemensamt låst medicinskåp, där de boendes mediciner finns uppdelade i olika fack. Det har enligt personalen fungerat relativt bra och inte förekommit

förväxlingar. Anledningen till att det finns ett gemensamt skåp är att rummen bedömts vara för små för att kunna sätta upp individuella skåp.

Enhetschefen beskriver att all personal gått en utbildning kring delegering. Detta trots att delegering i praktiken inte förekommer. Sjuksköterskan beskriver det som önskvärt med tillgång till läkemedelslistor och delning i s.k. Apodos (medicin förpackad i dospåsar) för att ytterligare höja patientsäkerheten för de enskilda som har korttidsvistelse, men tror att det kan vara svårt att uppnå i verkligheten.

Enhetschefen beskriver det som otydligt i avtal vilka ska-krav som i praktiken gäller för verksamheten inom hälso- och sjukvård och ser fram emot det planerade mötet med kontoret i december då frågan ska diskuteras. Personalen beskriver att det ofta uppstår svårigheter kring de boendes medicinering, t.ex. eftersom de inte alltid får uppdaterade s.k. ordinationskort från de anhöriga och det skapas en oro och osäkerhet kring om man gör rätt. Det beskrivs ha förekommit avvikelser kring medicinering.

Både enhetschef och personal uttrycker att de upplevt det som svårt att få anhöriga/företrädare att komma till möten då t.ex. frågeställningar kring hälso- och sjukvårdsområdet varit tänkt att diskuteras. De beskrivs av personalen som ett dilemma att hantera frågan kring vem som ska ge sitt formella godkännande i olika situationer kring den enskilde där detta av någon anledning krävs. Dilemmat uppstår i de fall där den anhöriga inte är legala företrädare för den enskilde. Enhetschefen beskriver som en önskvärd lösning att det skulle ställas någon form av "grundkrav" redan i samband med ansökan om insats, för att tydliggöra tillvägagångssätt och rutiner kring förfarandet i dessa situationer.

Både enhetschef och boendepersonal beskriver genom flera konkreta exempel under intervjuerna hur ett habiliterande och rehabiliterande synsätt präglar det dagliga arbetet. Det beskrivs finnas ett stort fokus på att öka självständighet för de boende i olika dagliga aktiviteter (ADL).

Personalen berättar att de har en regelbunden kontakt med legitimerad personal (arbetsterapeut, sjukgymnast, logoped och psykolog) från habiliteringen, där de fått hjälp i form av handledning kring enskilda boende och t.ex. kognitiva- och kommunikations hjälpmedel. Personalen berättar att de i vissa fall kan känna en osäkerhet kring enskildas hjälpmedel, då de t.ex. inte vet av vem och hur ett specifikt hjälpmedlet är förskrivet och huruvida det är "säkert".

Kontakten med arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska från den egna utföraren Vård & bildning beskrivs ske mer konsultativt och huvudsakligen vid verksamhetens s.k. HS-ronder (hälso- och sjukvårdsronder) i nuläget. Vid HS-ronderna träffar arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska personalgruppen från boendet för en diskussion och genomgång av de boendes behov av hälso- och sjukvårdsinsatser, men de träffar inte de enskilda boende.

Personalen berättar att de i flera fall kontaktat sjuksköterska inom Vård & bildning kring enskilda boende, men att de i första hand kontaktar föräldrarna när det uppstår någon frågeställning. Den intervjuade sjuksköterskan beskriver att det sker en sporadisk kontakt och

samverkan med korttidsvistelse och personalen upplever att sjuksköterskan har en uttalat konsultativ roll.

Sjukgymnast och arbetsterapeut uttrycker en upplevelse av oklarhet och otydlighet kring sina roller, formulerat i uttryck som "vet inte om jag ens har någon roll" och "väldigt liten roll". De berättar att personalen vet vilka de är och "kan ringa om det är något". De enskilda har i de flesta fall en annan pågående kontakt med sjukgymnast och arbetsterapeut i sitt ordinarie boende (t.ex. från habiliteringen) enligt de intervjuade. Det beskrivs att ansvarsfördelningen för olika frågor rörande arbetsterapeut- och sjukgymnastinsatser är otydlig. Det beskrivs också att det i de flesta fall finns en bristande kännedom om vem som är ordinarie sjukgymnast och arbetsterapeut för den boende i det egna hemmet samt i vissa fall en bristande kännedom hos dessa personer om att den enskilde har korttidsvistelse som beviljad insats. Arbetsterapeuten uttrycker som en farhåga i och med detta att vissa enskildas behov av arbetsterapeut- och sjukgymnastinsatser på så vis kan "hamna mellan stolarna".

Den intervjuade legitimerade personalen uttrycker en upplevelse av att det inte finns ett avtal med ska-krav som i praktiken stämmer överens med och skildrar deras faktiska ansvar för hälso- och sjukvård vid korttidsvistelsen. Det uttrycks en vilja att "komma in" mer i personalgruppen och skapa ett tydligare teamarbete, men otydlighet kring krav och förväntningar upplevs som ett hinder för detta. Sjukgymnasten uttrycker att det är svårt att göra en bra bedömning enbart utifrån boendepersonalens beskrivning och en önskan om att kunna arbeta mer direkt med de enskilda individerna.

### 3.6.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret anser att verksamheten arbetar på ett bra sätt utifrån givna förutsättningar. Den intervjuade personalen förmedlar ett stort engagemang och vilja till förbättring och utveckling av verksamheten för att kunna möta den enskildes behov och minimera risk för att behov inte blir tillgodosedda.

Det finns en oklarhet kring vilka ska-krav i uppdraget som gäller specifikt för korttidsvistelse LSS inom hälso- och sjukvårdsområdet. Detta anser kontoret i vissa fall kunna medföra sämre möjligheter för personalen att arbeta utifrån ett personcentrerat och patientsäkert sätt, där individens förmågor stimuleras och tas tillvara samt risker minimeras. Kontoret anser att ska-krav är uppfyllda, men ser ett behov av förtydligande inom området. Kontoret kommer med anledning av detta att innan årsskiftet kalla verksamhetschef och berörda enhetschefer till ett möte för att diskutera frågan vidare.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten inklusive LSS ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter fastställa rutiner för samarbetet i samband med egenvård, d.v.s. hälso- och sjukvårdsåtgärd som en legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården bedömt att en person själv kan utföra eller utför med hjälp av någon annan. Kontoret anser att det finns behov av att tydliggöra dessa rutiner inom verksamheten för samtliga berörda.

## 4 Kontorets avslutande kommentar

Kontoret får en bild av att verksamheten har fokus på den enskilde individens behov och förmågor samt att insatserna utformas i nära dialog med den enskilde och dess anhöriga/företrädare. Verksamheten erbjuder hälsofrämjande, habiliterande och rehabiliterande aktiviteter vilket stämmer väl överens med nämndens inriktning, mål och krav i avtal.

Kontoret noterar att det uttrycks önskemål från verksamheten kring tydliggörande av korttidsvistelsen uppdrag och vilka ska-krav i åtagandet som gäller specifikt för den egna verksamheten. Detta för att kunna specificera förutsättningar, förväntningar och behov samt se att krav uppfylls ändamålsenligt. Det uttrycks behov av att särskilja de unika förutsättningar och krav som gäller för korttidsvistelse enligt LSS. I dagsläget nämns särskilt boende och korttidsvistelse under samma rubriker i förfrågningsunderlaget, vilket i praktiken visat sig medföra otydligheter. Detta gäller framförallt inom hälso- och sjukvårdsområdet, men även kring t.ex. utveckling av arbete kring den enskildes självständighet och oberoende.

Uppsala 2013-12- 17

Maria Lindblom
Uppdragsstrateg

Mia Gustafsson
Uppdragsstrateg

Handläggare
Eva-Lena Tverå
Mari Larsson

Datum 2013-11-25

**Granskning av social dokumentation vid Sunnerstavägen 28 B korttidsboende, Vård och Bildning, 2013-11-21.**

**Bakgrund**
I samband med att avtalsuppföljning genomförs i verksamheten sker även en granskning av den sociala dokumentationen vilket utförs 2013-11-21.

**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. Samtycke från brukare inhämtades av verksamhetschef utifrån ett slumpmässigt urval av 14 brukare på verksamheten. Granskning har genomförts i 2 journaler där brukare har samtyckt till att HVK får ta del av deras personakt/journal.

**Resultat**

**Samtycke**
- Anteckningar att den enskilde lämnat samtycke till att HVK får ta del av personakt/journal *saknas* i de 2 granskade journalerna.

**Beställning**
- En beställning finns vilken är i Siebel. En brukare har beslutsmeddelande men beställning saknas.

**Genomförandeplan**
- *Finns* för båda brukarna.
- Datum för upprättande av planen *finns* .
- Uppföljnings/utvärderingsdatum finns i en plan, en plan saknar.
- Mål/delmål *finns*.
- HUR man utför en insats *finns* beskrivet i planerna
- NÄR man utför insatsen *finns* beskrivet i planerna.

**Journalanteckningar**

- Anteckningar är regelbundet förda i båda journalerna.
- I anteckningarna framgår *inte* när brukaren påbörjat eller avslutat sin vistelse på korttidsboendet
- Uppföljning/utvärdering av mål/delmål *saknas* i en av de granskade journalerna.
- Flertalet anteckningar beskriver hur brukaren deltagit i olika fritidsaktiviteter. Anteckningarna är detaljrika kring måltiderna, exempel " ätit tjockpannkaka och sylt". I dokumentationen ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av insatser utifrån beslut detta *framgår inte i de 2 granskade journalerna.*
- I dokumentationen framkommer ovidkommande värdeomdömen av nedsättande karaktär såsom "prattfull o skratta", "pratglad kille" " Skötte sig exemplariskt på båten".

**Samverkan**

- Samverkan utanför verksamheten vilket kan vara kontakter med god man, daglig verksamhet osv. gällande den enskilde 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. tex

**Bedömning**

Då det endast var 2 brukare som samtyckt till att HVK fick tillgång till granskning i akt/journalen går det inte att göra en bedömning på den övriga dokumentaionen i verksamheten
I de 2 granskande journalerna har dessa *inte* uppfyllt kraven utifrån Socialtjänstlagen 11 kap 5 § SoL och 21 a § LSS samt SOFS 2006:5.

**Åtgärdspunkter**

- Att förtydliga på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över det praktiska genomförandet av insatsen utifrån genomförandeplan.
- Att förtydliga ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut
- Att dokumentera vad som har uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen.

Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare

Mari Larsson
Biståndshandläggare

*Sammanställningen har skickats till:*
*Verksamhetschef Annelie Andersson*
*Uppdragsstrateg Maria Lindblom*

Bilaga 2

Uppsala KOMMUN

KONTORET FÖR HÄLSA, VÅRD OCH OMSORG

| Handläggare | Datum | Diarienummer |
|---|---|---|
| Maria Lindblom | 2013-12-17 | NHO-2013-0136 |

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

Uppföljningsobjekt: Sunnerstavägen 28 B
Enhetschef: Annelie Andersson
Handlingsplan HVK tillhanda senast: 2014-01-15

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

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

Utföraren ska vid begäran presentera innehållet i handlingsplanen för HVK, Lokföraren, Stationsgatan 12.

Handlingsplanen ska skickas med e-post till halsa-vard-omsorg@uppsala.se. Ange det diarienummer som finns på uppföljningsrapporten i mejlet. Handlingsplanen kommer att diarieföras och registreras som offentlig handling.

Uppföljningsobjekt: Sunnerstavägen 28 B

| **Område** (se rapport) | **Åtgärd** (*hur* bristen ska avhjälpas) | **Ansvarig** | **Tidplan** | **Uppföljning/Egenkontroll** | **Godkänd** Ja/Nej | Ev **krav på ytterligare åtgärd/kommentar** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dokumentation och genomförandeplaner** Åtgärder för att resultat i förhållande till mål och delmål i genomförandeplaner, ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut och beskrivning av hur den enskilde haft inflytande över det praktiska utförandet av insatser tydligare ska framgå i dokumentationen. | Genomföra utbildningsinsats och uppföljande planeringsdag gällande social dokumentation. | Enhetschef | Klart 31/5-2014 | Kontinuerligt på APT | Ja | Ny dokumentationsgranskning kommer genomföras under juni månad 2014 för att säkerställa att brister ej kvarstår. |