

Handläggare
Maria Lindblom

Datum
2014-02-11

Diarienummer
NHO-2013-0134.31

Nämnden för hälsa och omsorg

Planerad avtalsuppföljning LSS korttidsvistelse Jenny Linds väg 3

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 Jenny Linds väg 3 den 11 november 2013 (bilaga 1). I samband med avtalsuppföljningen genomfördes en dokumentationsgranskning i verksamheten den 18 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

100

Handläggare
Maria Lindblom
Mia Gustafsson

Datum
2013-12-17

Diarienummer
NHO-2013-0134

Nämnden för hälsa och omsorg

Avtalsuppföljning vid LSS korttidsvistelse, Jenny Linds väg 3

Beskrivning av den uppföljda verksamheten

Utförare och enhet	Vård & bildning, LSS korttidsvistelse, Jenny Linds väg 3
Adress	Jenny Linds väg 3, 756 50 Uppsala
Enhetschef	Ulf Karlsson-Sköld
Telefon och mailadress	018-727 82 26 Ulf.karlsson-skold@ uppsala.se
Uppföljning utförd av	Maria Lindblom och Mia Gustafsson
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Enhetschef, utvecklingsledare inom Vård & bildning och 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

Jenny Linds väg 3 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 Jenny Linds väg 3 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 uppfattning är att det finns ett medvetet och aktivt arbete inom verksamheten som motsvarar intentionen med nämndens mål och upplevelsekriterier. Kontoret anser att ställda krav inom området är uppfyllda.

Personal, bemanning och kompetensutveckling

Kontoret får en bild av att personalen på Jenny Linds väg har en god kompetens och ett väl fungerande arbetssätt och rutiner för kompetensutveckling och handledning. Det finns implementerade rutiner vid nyanställning och tydliga rutiner även för introduktion av tillfälliga vikarier. Kontoret bedömer att ska-krav inom området är uppfyllda.

Samverkan

Kontoret ser att verksamheten samverkar med olika aktörer som är av betydelse för den enskilde och för uppdraget. Viss samverkan med ideella organisationer förekommer genom deltagande i aktiviteter organisationerna. Samverkan sker i enlighet med ställda krav i avtal, flexibelt utifrån den enskildes behov och önskemål. Kontoret anser att ska-krav inom området är uppfyllda, men ser som ett förbättringsområde att de tydliggörs vilka ska-krav, behov och förväntningar som finns gällande samverkan med arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska då detta ses som oklart och otydligt i dagsläget. Kontoret kommer med anledning av detta att innan årsskiftet kalla verksamhetschef och berörda enhetschefer till ett möte för att diskutera frågan vidare.

Dokumentation och genomförandeplaner

Kontoret förutsätter att ett arbete för att åtgärda de förbättringsområden som beskrivs i sammanställningen från dokumentationsgranskning inleds omgående i verksamheten. Kontoret begär en kort beskrivning i handlingsplan av *hur* och *när* dessa förbättringsområden ska vara åtgärdade.

Klagomålshantering och avvikelssystem

Kontorets bild är att verksamheten har implementerade rutiner och system för hantering av skriftliga synpunkter, klagomål och avvikelser. Kontorets bedömning är att krav i avtal inom området är uppfyllda.

Hälsa- och sjukvård inklusive habiliterande och rehabiliterande arbetssätt

Kontoret anser att verksamheten utifrån givna förutsättningar arbetar på ett bra sätt. Den intervjuade personalen förmedlar både engagemang och vilja att möta varje enskilds behov och att förbättra och utveckla verksamheten för att minska risken för att den enskildes behov inte blir tillgodosett.

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 Jenny Linds väg 3 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 det tydligare ska framgå när genomförandeplanen upprättats och hur den enskilde varit delaktig i detta, när genomförandeplanerna följts upp och reviderats, vad som uppnåtts i förhållande till uppsatta mål och delmål, hur personalen utfört insatserna utifrån genomförandeplanen och hur den enskilde haft inflytande över utförandet.

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

Jenny Linds väg 3 drivs av Vård & bildning och erbjuder korttidsvistelse enligt LSS. Totalt finns i dagsläget nio personer i åldern 21-39 år som kommer regelbundet till verksamheten och man inväntar enligt personalen ytterligare två personer som ska påbörja sin korttidsvistelse efter jul. Båda dessa har enligt uppgift beslut om två veckors korttidsvistelse per månad, så i och med detta är verksamheten fullbelagd enligt de intervjuade.

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 Ulf Karlsson-Sköld, två boendepersonal och kvalitetsutvecklare från Vård & bildning. Arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska från Vård & bildnings hälso- och sjukvårdsenhet intervjuades vid två andra separata tillfällen 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

Enhetschefen uttrycker att han anser att upplevelsekriterierna "genomsyrar hela verksamheten". De intervjuade beskriver att det ofta pratas kring begreppen delaktighet, bemötande och trygghet på arbetsplatsträffar och på planeringsdagar. Enhetschefen beskriver att det även regelbundet hålls gemensamma medarbetarträffar inom Vård & bildning där bl.a. upplevelsekriterierna och värdegrundsfrågor har diskuterats.

Personalen berättar i flera konkreta exempel under intervjuerna hur de arbetar i verksamheten för att säkerställa bl.a. delaktighet, inflytande och ett respektfullt bemötande för de boende. Som ett exempel på hur man arbetar för att säkerställa inflytande och delaktighet nämns att det hålls möten varje måndag, då de boende gemensamt bestämmer matlista för den kommande veckan och vilka aktiviteter de vill göra.

Samtliga intervjuade beskriver den stabila personalgruppen som en starkt bidragande faktor till upplevelse av trygghet för de boende. Personalen uppger att "alla trivs" på Jenny Linds väg samt att de anser personalgruppen vara både erfaren och "sammansvetsad". Personalen uttrycker en stolthet över att de anser sig vara bra på flexibilitet de utifrån boendes olika önskemål och behov, vilket de upplever ha bidragit till att de även kunnat hantera s.k. akuta placeringar i verksamheten på ett bra sätt.

Det uttrycks av samtliga intervjuade finnas en starkt utpräglad grundtanke inom verksamheten att visa hänsyn till den enskildes behov och önskemål. Personalen beskriver dock att det ibland kan uppstå svåra situationer om en boende vill en sak och en anhörig/företrädare kanske uttryckt något helt annat. Under intervjuerna berättar personalen genom flera beskrivande exempel hur de agerar för att hantera dessa situationer på ett respektfullt sätt för alla parter. Personalen beskriver att de ständigt arbetar aktivt för att anpassa insatsernas innehåll, utformning och t.ex. gruppkonstellationer för att möta den enskildes behov på ett så bra sätt som möjligt.

3.1.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

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

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 person 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

På Jenny Linds väg finns totalt 7,25 årsarbetare (nio anställda personer) och verksamheten har möjlighet att ta emot fem personer samtidigt. På vardagar arbetar två personal under morgon och förmiddag. Alla boende åker till daglig verksamhet under dagen och kommer tillbaka kring kl 15. På eftermiddag och kväll arbetar två eller tre personal, styrt utifrån aktuellt behov. Även helgen bemannas enligt personalen flexibelt utifrån de enskildas tillfälliga behov och de anser generellt att det fungerar mycket väl kring bemanning. Det finns enligt uppgift alltid en vaken nattpersonal.

Enhetschefen har högskoleutbildning inom området vård- och omsorg och tidigare flerårig erfarenhet inom området i arbetsledande ställning. Boendepersonalen beskrivs ha adekvat gymnasieutbildning som bl.a. undersköterska och barnskötare. En personal saknar enligt uppgift gymnasieutbildning. Enhetschefen beskriver att det är en mycket låg omsättning i personalgruppen och de flesta har arbetat inom verksamheten en lång tid.

Samtliga intervjuade uppger att det finns tydliga rutiner och checklistor att följa vid nyanställning i verksamheten samt en rutin kring att gå dubbelt med en erfaren personal. Enhetschefen uppger att krav ställs på undersköterskeutbildning eller motsvarande vid nyanställning. Personalen berättar att de har en s.k. vikariepärm som går igenom med nya vikarier, men att denna är i behov av uppdatering då de upplever att vissa delar i pärmerna beskrivs "lite för ingående".

Personalen beskriver att det alltid tas in vikarier vid tillfällig sjukdom, semester eller om någon boende är orolig och i behov av extra stöd under en period. Det är enligt dem aldrig svårt att få tag i personal vid tillfälliga behov, även på kort varsel. Även enhetschefen uttrycker att det oftast är mycket lätt och smidigt 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 gå in som ersättare.

Alla intervjuade uppger att de har haft medarbetarsamtal och att de har individuella kompetensutvecklingsplaner i form av s.k. målkort. Personalen berättar att de haft utbildning i teckenspråk och att det planeras för en gemensam utbildning om autism och självskadebeteende. De berättar också att de varit på studiebesök till Klara Mera, som är ett kunskapscenter och visningsmiljö för kommunikativt och kognitivt stöd. Enhetschefen beskriver det som viktigt att personalen "hänger med" i den tekniska utvecklingen och personalen berättar att de skaffat en Ipad till verksamheten med olika appar som de boende har både nytta och glädje av.

Enhetschefen berättar att de tidigare haft handledning på Jenny Linds väg, både från resurser inom den egna verksamheten och via personal från habiliteringen. Detta beskrivs ha styrts utifrån tillfälliga behov och samtlig intervjuad personal uttrycker en upplevelse av att det är möjligt att få handledning på nytt få om det skulle uppstå behov.

3.2.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret får en bild av att personalen på Jenny Linds väg har en god kompetens och ett väl fungerande arbetssätt och rutiner för kompetensutveckling och handledning. Det finns implementerade rutiner vid nyanställning och tydliga rutiner även för introduktion av tillfälliga vikarier. Kontoret bedömer att ska-krav inom området är uppfyllda.

3.3 Samverkan

I förfrågningsunderlaget står att läsa:

- **Ska** ha utarbetade 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 samverka 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

Enligt de intervjuade är den vanligast förekommande samverkanspartnern personal från de boendes olika dagliga verksamheter och anhöriga/företrädare till den enskilde. Denna kontakt beskrivs övergripande fungera väl. Personalen beskriver att många av de boende har kontaktböcker eller egna Ipads, där man varje dag skriver meddelande för kommunikation och samverkan med dem.

Personalen berättar att de har regelbundna och fortlöpande träffar med de andra korttidsvistelserna. Syftet med dessa träffar beskrivs vara bl.a. att samverka för att hitta gemensamma lösningar, kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling samt att skapa goda förutsättningar för att utifrån tillfälliga behov kunna "dela" personalresurser.

En viss kontakt och regelbunden samverkan beskrivs finnas med landstingets habiliteringsverksamhet. Personalen berättar att de deltar vid habiliteringens nätverksmöten kring den enskilde varje år. Dock betonar personalen att huvudansvaret för denna kontakt ligger på föräldrarna.

Samverkan med arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska från den egna utförarens s.k. hälso- och sjukvårdsenhet beskrivs förekomma i begränsad utsträckning. Personalen berättar att de i enstaka fall tar kontakt när de behöver råd i särskilda ärenden kring enskilda personer samt att de har gemensamma möten varje år då de diskuterar kring samtliga boende. Kontakten med hälso- och sjukvårdsenhetens personal beskrivs främst fungera som en "back-up" av personalen. Denna samverkan och kontakt beskrivs dock till viss del som otydlig och oklar, bl.a. relaterat till osäkerhet kring vilka ska-krav som gäller inom området. Detta beskrivs mer under avsnitt 3.6 (Hälso- och sjukvård inklusive habiliterande och rehabiliterande arbetssätt).

Vad gäller samverkan med ideella organisationer och/eller enskilda volontärer beskrivs att de flesta boende deltar på Fyrisgårdens Café Fantasia, samt att många går på FUB (föreningen för Utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och Vuxna) dans. Ingen övrig pågående kontakt inom detta område beskrivs finnas, men flera boende beskrivs delta på andra organiserade aktiviteter som boendepersonalen följer med till.

Vad gäller samverkan med boendesamordnare beskrivs en upplevelse av att täta personalombyten påverkat kontakten negativt. De intervjuade beskriver att de haft en tätare samverkan tidigare, då personalkontinuiteten upplevdes mer stabil.

3.3.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret ser att verksamheten samverkar med olika aktörer som är av betydelse för den enskilde och för uppdraget. Viss samverkan med ideella organisationer förekommer genom deltagande i aktiviteter organisationerna. Samverkan sker i enlighet med ställda krav i avtal, flexibelt utifrån den enskildes behov och önskemål. Kontoret anser att ska-krav inom området är uppfyllda, men ser som ett förbättringsområde att de tydliggörs vilka ska-krav, behov och förväntningar som finns gällande samverkan med arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska då detta ses som oklart och otydligt i dagsläget. Kontoret kommer med anledning av detta att innan årsskiftet kalla verksamhetschef och berörda enhetschefer 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 det under arbetsdagen finns tid för att dokumentera och tid för muntlig överrapportering mellan natt- och förmiddagspersonal. Mellan övriga pass sker huvudsakligen en skriftlig överrapportering. Enligt samtliga intervjuade finns tydliga rutiner kring att all personal ska gå in och läsa och/eller skriva i dokumentationssystemet varje dag och de anser generellt att dokumentationssystemet fungerar väl.

Enligt både enhetschef och boendepersonal finns vissa förbättringsområden vad gäller genomförandeplanerna. Enligt personalen har alla boende genomförandeplaner, men det pågår ett aktivt arbete för att uppdatera dem just nu. En svårighet som de intervjuade tar upp är kravet på att skicka in en genomförandeplan inom 14 dagar till myndigheten. Enligt de intervjuade är det svårt att lära känna den enskilde tillräckligt väl under denna korta tid och därmed ha möjlighet att utforma en genomförandeplan där innehållet på ett bra sätt speglar den enskildes unika behov och önskemål. Det beskrivs som ett hinder att det upplevs som svårt att få gehör och respons från anhöriga/företrädare när det skickas ut förslag på tider för att göra genomförandeplanerna.

Vid den dokumentationsgranskning som genomfördes i verksamheten den 18 november 2013 (se bilaga) framkom att det fanns behov av ett förtydligande kring när genomförandeplanen upprättats och hur den enskilde varit delaktig i detta. Det fanns också behov av förtydligande gällande när genomförandeplanerna följts upp och reviderats. Det var inte tydligt i dokumentationen vad som uppnåtts i förhållande till uppsatta mål och delmål, hur personalen utfört insatserna utifrån genomförandeplanen eller hur den enskilde haft inflytande över utförandet.

Ingen granskning av hälso- och sjukvårdspersonals dokumentation har genomförts i verksamheten.

3.4.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret förutsätter att ett arbete för att åtgärda de förbättringsområden som beskrivs i sammanställningen från dokumentationsgranskning inleds omgående i verksamheten. Kontoret begär en kort beskrivning i handlingsplan av *hur* och *när* dessa förbättringsområden ska vara åtgärdade.

3.5 Klagomålshantering och avvikelssystem

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 avvikelshantering inom hälso- och sjukvård
- **Ska** alltid analysera och följa upp avvikelser 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

Personalen beskriver att det finns rutiner för skriftlig klagomåls- och avvikelshantering i verksamheten. De berättar att blanketter finns uppsatta i entrén till verksamheten. Information om tillvägagångssätt för hantering av synpunkter och klagomål i verksamheten finns enligt personalen sammanställt i en lättillgänglig pärm.

Enhetschefen beskriver att det inkommer väldigt få klagomål och synpunkter, men tror inte detta beror på bristande rutiner utan att verksamheten generellt sett fungerar mycket väl. Vidare beskriver enhetschefen att de arbetar aktivt med att öka tydligheten för den enskilde kring vad som gäller och är överenskommet under korttidsvistelsen och detta tros kunna öka den upplevda kvaliteten ytterligare. Personalen beskriver att de synpunkter och klagomål som inkommit alltid tas upp på verksamhetens arbetsplatsträffar och att det sker en dokumentation i journal.

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 bild är att verksamheten har implementerade rutiner och system för hantering av skriftliga synpunkter, klagomål och avvikelser. Kontorets bedömning är att krav i avtal inom området är uppfyllda.

3.6 Hälsa- 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
- Arbetsterapeut 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 arbetssätt SOSFS 2011:9
- Ska säkerställa att all schemalagd personal får handledning av legitimerad personal i ett habiliterande/rehabiliterande arbetssätt

3.6.1 Iakttagelser

Enhetschefen beskriver det som otydligt i avtal vilka krav som gäller inom hälso- och sjukvårdsområdet specifikt för korttidsvistelse. Denna otydlighet medför enligt samtliga intervjuade svårigheter och oklarheter i vissa frågor kring enskilda boendes insatser från både arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska.

Den intervjuade personalen beskriver att de flesta nuvarande boende på Jenny Linds väg har pågående hälso- och sjukvårdsinsatser i form av mediciner. Några av de boende har rörelsehinder som medför behov av hjälpmedel (t.ex. rullstol), en person har behov av sondmatning och flera personer har kognitiva hjälpmedel. För de aktuella fallen med mediciner kommer denna färdigdelad från hemmet i dosetter. Personalen beskriver att det "är egenvård" och att sjuksköterskan från den egna utföraren därmed inte har något medicinskt ansvar.

Personalen beskriver att det ibland uppstår situationer då de får funderingar och frågor kring hjälpmedel och/eller medicin i dosetter etc. Det kan t.ex. gälla ett hjälpmedel som är i dåligt skick eller trasigt eller om inte förteckning på baksida av dosett överensstämmer med vad som ligger delat i dosett. Personalen uppger att de i första hand i dessa situationer tar kontakt med föräldrarna och i andra hand ringer till arbetsterapeut, sjukgymnast eller sjuksköterska från den egna verksamhetens s.k. hälso- och sjukvårdsenhet för att få råd och hjälp.

Som ett konkret exempel på svårigheter som kan uppstå inom området nämner enhetschefen att det ibland i dosetter kan ligga tabletter som personalen inte känner igen, t.ex. olika slags vitaminer och hälsokostpreparat i dosetten, dubbla doser av vissa mediciner och/eller fattas tabletter som vanligtvis brukar ligga i dosetten. Detta medför bristande trygghet för personalen. Personalen uttrycker att det inte känns bra att ge den boende tabletter man inte vet vad de innehåller eller har för effekt. Det beskrivs som komplext att man saknar möjlighet att "ifrågasätta" tabletterna och/eller konsultera sjuksköterska inom den egna verksamheten i enskilda och specifika fall.

Enhetschefen beskriver det som önskvärt med ett "eget" avtal för korttidsvistelse, där det tydligt framgår vilka specifika krav som gäller för den egna verksamheten. Detta för att tydliggöra de olika rollerna för arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska från den egna verksamheten samt kunna tydliggöra för den enskilde och dess anhöriga företrädare vad som "gäller" inom området när man är på korttids.

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. Även personalen uttrycker att de skulle önska Apodoser.

Personalen berättar att de har en viss 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.

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 några fall kontaktat sjuksköterska inom Vård & bildning för konsultation 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 utifrån givna förutsättningar arbetar på ett bra sätt. Den intervjuade personalen förmedlar både engagemang och vilja att möta varje enskilds behov och att förbättra och utveckla verksamheten för att minska risken för att den enskildes behov inte blir tillgodosett.

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 många hälsofrämjande, habiliterande och rehabiliterande aktiviteter vilka stämmer väl överens med nämndens inriktning, mål och krav i avtal.

Ett behov av att specificera och förtydliga vilka förutsättningar, förväntningar, behov och skakrav i åtagande som gäller har framkommit. Detta för att kunna särskilja de unika förutsättningar och krav som finns för korttidsvistelse enligt LSS. I dagsläget nämns särskilt boende och korttidsvistelse under samma rubriker i förfrågningsunderlaget, vilket i praktiken visat sig medföra otydligheter framförallt inom hälso- och sjukvårdsområdet.

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 Jenny Linds väg 3 korttidsboende, Vård och Bildning, 2013-11-18.

Bakgrund

I samband med att avtalsuppföljning genomfördes i verksamheten genomförs granskning av den sociala dokumentationen 2013-11-18.

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 9 brukare på verksamheten. Granskning har genomförts i 6 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 samtliga journaler.

Beställning

- Beställningar finns i 5 akter. 1 beställning upphörde att gälla 31 oktober 2012, 1 beställning upphörde att gälla 31 mars 2013.
- I en akt saknas beställning men beslutsmeddelande med pågående giltighetstid finns.

Genomförandeplan

- *Finns* för samtliga brukare, även upprättade för brukare som saknar giltig beställning.
- Datum för upprättande och uppföljnings/utvärderingsdatum samt underskrift från den enskilde/legal företrädare *finns* i samtliga.
- Mål/delmål *finns* i samtliga.
- HUR man utför en insats *finns* beskrivet.
- NÄR man utför insatsen *finns* beskrivet.
- Underskrift av den enskilde /legal företrädare *finns* i samtliga.

Journalanteckningar

- Anteckningar är regelbundet förda i samtliga journaler.
- I anteckningarna *framgår inte* när brukaren påbörjat eller avslutat sin vistelse på korttidsboendet.
- När genomförandeplan har upprättats *saknas* i anteckningarna.
- Uppföljning/utvärdering av genomförandeplan *saknas* i anteckningarna.
- Flertalet anteckningar beskriver hur brukaren deltagit i olika fritidsaktiviteter, promenerat, duschat, sovit gott.
- I anteckningarna beskrivs ofta de dagliga händelserna vad den enskilde gjort eller inte gjort under dagen.
- I dokumentationen ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av insatser utifrån beslut detta *framgår inte i anteckningarna*.

Samverkan

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

Kommentar

I samtliga genomförandeplaner saknas namngiven kontaktman/personal. Närstående har antecknats som kontaktman.

Några av de brukare som har beslut om bistånd på Jenny Linds väg saknar vid granskningstillfället aktuell beställning från myndighet. Verksamheten saknar i dessa fall aktuellt underlag för att upprätta en genomförandeplan tillsammans med brukare.

Verksamhetschefen informerar att det finns svagheter i samverkan med myndigheten.

Social dokumentation under genomförande

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

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

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

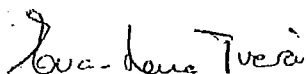
I socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2006:5, 6 kapitlet finns beskrivet hur dokumentationen bör se ut i samband med utförande av beslut.

Bedömning


Den sociala dokumentationen gällande den löpande texten bedöms inte helt uppfylla krav utifrån Socialtjänstlagen 11 kap 5 § SoL och 21 a § LSS samt SOFS 2006:5.

Åtgärds punkter i den löpande texten

- Att dokumentera när genomförandeplan har upprättats och på vilket sätt den enskilde/legal företrädare varit delaktig.
- Att dokumentera när genomförandeplanen har följts upp och varför den har reviderats.
- Att dokumentera vad som har uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen.
- Att beskriva på vilket sätt personal har utfört insatser utifrån genomförandeplan samt på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över det praktiska genomförandet av insatsen.



Eva-Lena Tverå
Biståndshandläggare



Mari Larsson
Biståndshandläggare

Sammanställningen har skickats till:
Verksamhetschef Ulf Karlsson-Sköld
Uppdragsstrateg Maria Lindblom

4 (3)

Handläggare
Maria Lindblom

Datum
2013-12-17

Diarienummer
NHO-2013-0134

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN

Uppföljningsobjekt: Jenny Linds väg 3
Enhetschef: Ulf Karlsson-Sköld
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: Jenny Linds väg 3

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 det tydligt i dokumentationen ska framgå <i>när</i> genomförandeplanen upprättats, <i>hur</i> den enskilde varit delaktig i detta, <i>när</i> genomförandeplanerna följts upp och reviderats, <i>vad</i> som uppnåtts i förhållande till uppsatta mål och delmål, <i>hur</i> personalen utfört insatserna utifrån genomförandeplanen och <i>hur</i> den enskilde haft inflytande över utförandet.	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.