

Handläggare
Charlotta Larsson

Datum
2015-02-03

Diarienummer
OSN-2015-0023

Omsorgsnämnden

Avtalsuppföljning vid Sköldmövägen 19, bostad med särskild service

Förslag till beslut

Omsorgsnämnden föreslås besluta

att med beaktandet av resultatet lägga rapporten till handlingarna.

Ärendet

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning vid Sköldmövägen 19 som framgår av rapporten (bilaga 1). Verksamheten drivs av Frösunda. I samband med avtalsuppföljningen genomfördes en dokumentationsgranskning. Vid dokumentationsgranskningen framkom brister och en ny dokumentationsgranskning gjordes. (bilaga 2). Uppföljningen visade att det förelåg ett antal brister i förhållande till avtalet och en handlingsplan begärdes därför in. Handlingsplanen godkändes inte och en ny med förtydligande begärdes in (bilaga 3).

HVK bedömde inkommen redogörelse som tillfredsställande förutom när det gällde arbetsterapeut och sjukgymnast. Kontoret kallade in verksamhetens ledning till flera möten där de fick redovisa hur de uppfyller avtalet. De fick även inkomma med uppgifter hur mycket arbetsterapeut och sjukgymnast varit på verksamheten. Det framkom att de haft en arbetsterapeut samt sjukgymnast som tagits in vid behov på enheten.

Frösunda har fr.o.m. 2014-09-01 en arbetsterapeut samt en sjukgymnast som arbetar heltid i Uppsala. Kontoret bedömer åtgärderna som tillfredsställande.

Omsorgsförvaltningen

Tomas Odin
Direktör

Bilaga 1: Rapport från avtalsuppföljning

Bilaga 2: Dokumentationsgranskning

Bilaga 3: Godkänd handlingsplan från utföraren

Handläggare
Charlotta Larsson
Mia Gustafsson

Datum
2014-03-24

Diarienummer
NHO-2013-0161

Sköldmövägen 19
Frösunda LSS
Verksamhetschef Sara Sundmark

Avtalsuppföljning vid Sköldmövägen 19, bostad med särskild service

Beskrivning av den uppföljda verksamheten

Utförare och enhet	Sköldmövägen 19
Verksamhetschef	Sara Sundmark
Tfn och mejladress	Tel: 077-0933127 Mail: sara.sundmark@frosunda.se
Uppföljning utförd av	Charlotta Larsson, Mia Gustafsson
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Verksamhetschef, regionschef, medarbetare, arbetsterapeut
Totalt antal boende	7+2
Typ av verksamhet	Bostad med särskild service
Avtalstid	2012-05-01 – 2015-04-30
Datum för uppföljning	2013-10-27

Sköldmövägen 19 drivs av Frösunda sedan maj 2012. Boendet är för personer med alkoholdemens och enheten har sju boendeplatser samt två korttidsplatser. En lägenhet är specialanpassad och är bland annat ljudisolerad samt har larmade dörrar. På boendet bodde vid uppföljningstillfället sju män och en kvinna i åldrarna 59 – 74 år.

1. Sammanfattning

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning vid Sköldmövägen 19 som drivs av Frösunda. Kontorets bedömning är att Sköldmövägen är en fungerande verksamhet på många sätt. Dock finns brister och förbättringsområden inom vissa delar. Nedanstående områden har varit fokusområden i den nu genomförda uppföljningen.

1.1 Kontorets kommentarer efter genomförd uppföljning

Nämndens upplevsekriterier

- Kontoret anser att ställda krav inom området är uppfyllda.

Samverkan

- Kontoret noterar att verksamheten har en samverkan med berörda enheter som behövs kring den enskilde. I förfrågningsunderlaget står bl.a. att läsa att verksamheten ska samverka med ideella organisationer men HVK har en förståelse att detta kan vara svårt med tanke på målgruppen som bor på Sköldmövägen 19. Kontoret anser därför att ställda krav inom området är uppfyllda.

Personal, bemanning och kompetensutveckling

- Kontoret ser att nuvarande verksamhetschef har relevant högskoleexamen.
- Vid granskning av schema finns 8,18 årsarbetare samt bemanningstäthet som motsvarar det som verksamheten uppgivit i anbudet.
- HVK ser att personalen har god kompetens och erfarenhet från relevant område som svarar upp mot det klientel som bor vid Sköldmövägen 19.
- Medarbetar samtal har hållits men kompetensutvecklingsplaner fanns inte upprättade. Vid intervju tillfället uppgav verksamhetschef att sådana skulle upprättas. Kontoret förutsätter att detta skett sedan uppföljningstillfället.
- Handledning tillhandahålls vid behov. Kontoret ser positivt på att lokala rutiner kring hot- och våld ska tas fram på enheten.

Klagomål- och avvikelshantering

- Vid verksamheten finns rutiner för avvikelshantering, synpunkter och klagomål och dessa förefaller vara implementerade i personalgruppen. Dock finns ingen systematik när det gäller sammanställning av de synpunkter och klagomål som inkommit. Kontoret anser att verksamheten brister i sammanställning och analys av synpunkts och klagomålshantering enligt SOSFS 2011:9. Verksamheten var vid uppföljningstillfället i uppstart av ett kvalitetsråd och kontoret begär i bifogad handlingsplan få ta del av rutinen för synpunkts- och klagomålssystemet.

Dokumentation och genomförandeplaner

- Vid dokumentationsgranskning framkom brister inom den sociala dokumentationen. Kontoret begär i bifogad handlingsplan in svar på hur verksamheten kommer att arbeta för att komma tillrätta med de brister som framkom i dokumentationsgranskningen. En ny dokumentationsgranskning kommer att ske innan sommaren 2014.

Kontaktmannaskap

- Kontorets uppfattning är att Sköldmövägen 19 fungerar inom området kontaktmannaskap och anser att ställda krav inom området är uppfyllda.

Kultur och fritidsaktiviteter

- Enligt avtal ska den enskilde få stöd till att ta del av kultur- och fritidsaktiviteter. Då kontoret fått motstridiga uppgifter vid intervjutillfället önskar kontoret i bifogad handlingsplan få en beskrivning hur verksamheten ska uppfylla avtalet gällande kultur och fritidsaktiviteter.

Hälso- och sjukvård samt rehabiliteringsbehov

- Kontoret noterar att inga rutiner/urvalskriterier fanns för när personal ska kontakta arbetsterapeut och sjukgymnast. Kontoret önskar i bifogad handlingsplan få ta del av rutin när arbetsterapeut och sjukgymnast ska kontaktas.
- Då arbetsterapeuten framförde ett behov av att vara mer på enheten för att bättre kunna se behoven hos de enskilda samt att personalen önska stöttning i det rehabiliterande arbetssättet från arbetsterapeut och sjukgymnast önskar kontoret i bifogad handlingsplan få en beskrivning hur verksamheten kommer att tillgodose dessa behov.
- Vid intervjutillfället framkom att ett kvalitetsråd skulle startas upp och teamträffar skulle ske. Kontoret hade en dialog med verksamhetschefen efter intervjuerna kring detta och förutsätter att detta arbetssätt nu är implementerat på verksamheten.

Se vidare under respektive område i rapporten.

1.2 Krav på åtgärder

Kontoret begär att verksamheten senast 11 april 2014 återkommer med en handlingsplan om hur konstaterade brister ska åtgärdas samt tidplan för detta. Handlingsplanen ska skrivas i av kontoret tillhandahållen mall, se bilaga.

Handlingsplanen ska skickas med e-post till halsa-var-domsorg@uppsala.se. Handlingsplanen kommer att diarieföras och registreras som offentlig handling.

2. Inledning

2.1 Bakgrund

Verksamheten drivs av Frösunda sedan maj 2012 och är upphandlad i konkurrens. Kontoret fick under sommaren 2013 in synpunkter på att bemanningen var för låg och två oanmälda uppföljningar gjordes i juli. Uppföljningarna visade inte på en för låg bemanning men kontoret beslutade att en avtalsuppföljning skulle ske under hösten.

2.2 Syfte och avgränsningar

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

2.3 Metod

Uppföljningen genomfördes i form av intervjuer med verksamhetschef, regionschef, arbetsterapeut och personal på enheten. Intervjuerna hölls separat. Dokumentstudier av arbetsschema har genomförts. Dokumentationsgranskning av journaler har genomförts som en del av avtalsuppföljningen.

2.4 Närvarande och genomförande

Närvarande från utföraren: verksamhetschef, regionschef, sjuksköterska, arbetsterapeut samt medarbetare.

Närvarande från kontoret uppdragsstrateger: Charlotta Larsson och Mia Gustafsson.

3. Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

3.1 Kontorets upplevelsekriterier

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. Vid intervjutillfället framkom från medarbetare och ledning att upplevelsekriterierna är kända i verksamheten och diskuteras regelbundet på APT. Flera praktiska exempel beskrevs hur de arbetar för att säkerställa att de boende ska kunna uppleva trygghet och oberoende samt hur de säkerställer att den enskilde alltid ska få ett respektfullt bemötande. När det gäller delaktighet och inflytande framkom att de alltid har det i tanken men att det inte är lätt för denna målgrupp.

3.1.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Nämndens upplevelsekriterier var vid uppföljningstillfället förankrade i verksamheten och diskuteras löpande i personalgruppen. Kontoret anser att ställda krav inom området är uppfyllda.

3.2 Samverkan

3.2.1 Iakttagelser

Både ledning och personal uppgav vid intervjutillfället att de samverkar med olika enheter och personer som finns kring den enskilde. Bl.a. nämndes äldrepsykiatrin, hemvårdsenheten, beroendekliniken, förvaltare, biståndshandläggare och anhöriga. De har även varit i kontakt med och besökt Kultur i vården. Det har dock varit svårt då de flesta aktiviteterna som skulle passa dem som bor på boendet ligger på kvällstid, då de på grund av sina svårigheter är trötta på kvällarna. När det gällde ideella organisationer uppgav verksamhetschefen att det är svårt med den målgruppen som bor på boendet. De har gjort ett medvetet val att inte använda sig av ideella organisationer för att inte oroa dem som bor på boendet. Verksamheten har dock haft tankar på att bjuda in Röda korset.

3.2.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret noterar att verksamheten har en samverkan med berörda enheter som behövs kring den enskilde. Enligt gällande avtal ska verksamheten samverka med ideella organisationer men HVK har en förståelse att detta kan vara svårt med tanke på målgruppen som bor på Sköldmövägen 19. Kontoret anser därför att ställda krav inom området är uppfyllda.

3.3 Personal, bemanning och kompetensutveckling

3.3.1 Iakttagelser

På verksamheten finns en verksamhetschef som är utbildad sjuksköterska. Denne har tidigare ingen ledarerfarenhet men har en mentor som hon regelbundet träffar. Verksamhetschefen är även sjuksköterska på boendet och uppgav vid intervjutillfället att det är svårt att uppge hur mycket hon arbetar som chef och som sjuksköterska då det varierar efter behovet.

Verksamhetschefen uppgav att det är tydligt vem som är ersättare för henne som chef då hon är frånvarande och som sjuksköterska är det Private Nursing som hoppar in vid hennes frånvaro. Medarbetarna uppgav dock att det inte är tydligt vem som är ersättare som chef när denne är frånvarande men att de vet att det är Private Nursing de ska kontakta när det gäller sjuksköterskefrågor.

Verksamhetschefen uppgav att det i verksamheten finns 8,18 årsarbetare fördelat på 9 personer. Samtliga intervjuade uppgav att det vardagar alltid arbetar minst två personal under förmiddagarna. På eftermiddagarna är det under vissa timmar tre personer som arbetar och kvällarna två personal. Under natten är det en person som har s.k. vaken natt och arbetspasset sträcker sig mellan kl. 21.15 – 7.10. Helgerna uppgavs det vara något lägre personalbemanning under eftermiddagarna.

I personalgruppen är de flesta undersköterskor samt mentalskötare. Det framkom även att flera har vidareutbildning inom psykiatri och demens. Verksamhetschefen informerade att kunskapen gällande demens och alkoholdemens är stor och att personalen gått på utbildningar och nämnde då bl.a. BPSD-utbildning. Verksamhetschefen uppgav att krav vid nyanställning är undersköterskeutbildning och erfarenhet av demens, alkoholproblematik samt psykiatri. Samtliga hade vid intervjutillfället haft medarbetarsamtal men dock hade inga kompetensutvecklingsplaner upprättats. Verksamhetschefen uppgav att det berodde på att det inte framkommit några önskemål hos personalen men att kompetensutvecklingsplaner kommer att upprättats. Hon informerade även om att Frösunda har en avdelning som kan stötta gällande kompetenshöjning samt utveckling. Det är den ordinarie personalen som får ta del av de planerade utbildningarna.Handledning sätts in vid behov. Samtliga intervjuade uppgav att rutin för introduktion av nyanställda finns och i introduktionsprogrammet ingår bl.a. dubbelgång, att personen får en handledare i personalgruppen samt en checklista som skall gås igenom. Det informerade även om att rutiner kring hot- och våld finns generellt inom Frösunda och att de håller på och bryter ner den generella rutinen till en lokal rutin. Larm finns på enheten som går direkt till polisen. Det framkom även att riskbedömningar, arbetsplaner och handlingsplaner finns för samtliga som bor på enheten.

3.3.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret ser att nuvarande verksamhetschef har relevant högskoleexamen.

I anbudet har verksamheten uppgivit att det ska finnas 8,14 årsarbetare. Vid granskning av schema finns 8,18 årsarbetare samt bemanningstäthet som motsvarar det som verksamheten uppgivit i anbudet. HVK ser att personalen har god kompetens och erfarenhet från relevant område som svarar upp mot det klientel som bor vid Sköldmövägen 19.

Medarbetarsamtal har hållits men kompetensutvecklingsplaner fanns inte upprättade. Vid intervjutillfället uppgav verksamhetschef att sådana skulle upprättas. Kontoret förutsätter att detta skett sedan uppföljningstillfället.

Handledning tillhandahålls vid behov. Kontoret ser positivt på att lokala rutiner kring hot- och våld ska tas fram på enheten.

3.4 Klagomåls- och avvikelshantering

3.4.1 Iakttagelser

Vid intervjutillfället framkom en samstämmig bild av rutin och arbetssätt med synpunkter, klagomål samt avvikelser. När det gäller synpunkter och klagomål ges alltid en återkoppling så fort som möjligt till den enskilde. Dock görs ingen sammanställning över de synpunkter och klagomål som inkommit. Verksamhetschefen informerade att ett kvalitetsråd kommer att startas på verksamheten där de bl.a. kommer att arbeta med synpunkter och klagomål och hur de ska utredas, förebyggas och planera hur verksamheten ska arbeta utvecklande. Rutin för HSL-avvikelser finns och är känd i personalgrupperna.

Vid intervjutillfället framkom från samtliga intervjuade att Lex-Sarah är väl känd på verksamheterna.

3.4.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Vid verksamheten finns rutiner för avvikelshantering, synpunkter och klagomål och dessa förefaller vara implementerade i personalgruppen. Dock finns ingen systematik när det gäller sammanställning av de synpunkter och klagomål som inkommit. Detta gör att det ej går att härleda hur många klagomål och synpunkter som inkommit och de kan heller inte arbeta så att inte brister uppstår igen. Kontoret anser att verksamheten brister i sammanställning och analys av synpunkter och klagomålshantering enligt SOSFS 2011:9. Verksamheten var vid uppföljningstillfället i uppstart av ett kvalitetsråd och kontoret begär i bifogad handlingsplan få ta del av rutinen för synpunkts- och klagomålssystemet.

3.5 Dokumentation och genomförandeplaner

3.5.1 Iakttagelser

Vid intervjutillfället framkom från samtliga intervjuade att rapporttid finns mellan samtliga arbetspass. Verksamhetschefen framförde att de haft problem med Siebel och att de fått söka hjälp flera gånger men att de dokumenterar på papperjournaler fram tills de får Siebel att fungera. Samtliga uppgav att rutinen för dokumentation är känd och personalen berättade att de gick en dokumentationsutbildning för ca tre år sedan men att de gärna skulle vilja få en utbildning igen.

Vid intervjutillfället uppgav samtliga intervjuade att genomförandeplaner finns upprättade för samtliga boende vilket uppgavs alltid ske tillsammans med den enskilde och/eller legal företrädare.

3.5.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

En dokumentationsgranskning genomfördes november 2013 i samband med avtalsuppföljningen. Granskning genomfördes i samtliga akter på boendet och bedömningen blev att den sociala dokumentationen inte uppfyller krav utifrån 11 kap 5 § SoL och 21 a § LSS samt SOSFS 2006:5.

Vid dokumentationsgranskningen framkom fem åtgärds punkter.

- Att i journal dokumentera när genomförandeplan har upprättats.

- Att dokumentera på vilket sätt den enskilde/legal företrädare varit delaktig i utformandet av innehåll i genomförandeplan.
- Att dokumentera i journal när uppföljning/utvärdering av genomförandeplan har genomförts.
- Att dokumentera hur insatser utifrån genomförandeplan genomförs samt på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över det praktiska genomförandet av insatsen.
- Att dokumentera vad som har uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen.

Se bilaga.

Vid dokumentationsgranskningen framkom även att det fanns genomförandeplaner för samtliga brukare på Sköldmövägen 19 vilket även samtliga intervjuade uppgav.

Verksamheten fick kort efter granskningen en skriftlig sammanställning där åtgärdsplaner framgick. Kontoret begär i bifogad handlingsplan svar på hur verksamheten kommer att arbeta för att komma tillrätta med de brister som framkom i dokumentationsgranskningen. En ny dokumentationsgranskning kommer att ske innan sommaren 2014 för att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.

3.6 Kontaktmannaskap

3.6.1 Iakttagelser

Vid intervjutillfället framförde samtliga intervjuade att rutinen och innebörden av att vara kontaktmannaskap är känd och fungerar väl. Alla som bor på boendet har en kontaktman och om så önskas ges möjlighet till byte av kontaktman.

3.6.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontorets uppfattning är att Sköldmövägen 19 fungerar inom området kontaktmannaskap och anser att ställda krav inom området är uppfyllda.

3.7 Kultur och fritidsaktiviteter

3.7.1 Iakttagelser

Vid uppföljningstillfället framkom motstridiga uppgifter kring kultur och fritidsaktiviteter. Först uppgav samtliga intervjuade att alla som bor på boendet erbjuds både grupp- och individuella kultur och fritidsaktiviteter minst en gång per vecka. Som exempel på aktiviteter nämndes bio, långpromenader, utflykter och luncher på restaurang. Alla tackar dock inte ja till erbjudande om gemensamma aktiviteter då de inte vill umgås med de andra på boendet, men personalen berättade att de försöker att motivera. Senare uppgav personalen att samtliga på boendet inte får en aktivitet per vecka då de upplever att det är för lite personal.

3.7.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Enligt avtal ska den enskilde få stöd till att ta del av kultur- och fritidsaktiviteter. Då kontoret fått motstridiga uppgifter vid intervjutillfället önskar kontoret få en beskrivning i bifogad handlingsplan hur verksamheten ska uppfylla avtalet gällande kultur och fritidsaktiviteter.

3.8 Hälsa- och sjukvård samt rehabiliteringsbehov

3.8.1 Iakttagelser

Verksamhetschefen är även sjuksköterska på enheten. Personalen uttryckte vid intervjutillfället att det är en fördel att ha en sjuksköterska närvarande när behov av sjuksköterska uppstår. Kvällar och helger har verksamheten avtal med Privte Nursing och samtliga intervjuade berättade att det fungerar bra. Sjukgymnast var inte med vid intervjutillfället och personalen berättade att det var länge sedan någon sjukgymnast var på verksamheten. Arbetsterapeut är inhyrd från RehabResurs och hon berättade att hon kommer till verksamheten vid behov men att det inte är några fasta tider. Arbetsterapeuten informerade att hon gjort bedömningar på samtliga som bor på boendet och sedan gått igenom alla brukare med sjukgymnasten. Hon uppgav dock att hon inte upplever att personalen har kännedom om vad hon kan stötta med förutom hjälpmedel. Hon nämnde även att ett önskemål är att hon skulle vilja vara mer på enheten för att kunna se behoven hos de enskilda. Vid intervjutillfället framkom att det inte finns några skriftliga rutiner/urvalskriterier för när arbetsterapeut eller sjukgymnast ska kontaktas.

Personalen uppgav att de har god erfarenhet av målgruppen och att de alltid tar direkt kontakt med legitimerad personal om det sker någon förändring i hälsotillståndet samt att de ofta vet vad som ska göras. Dock framfördes att de gärna skulle önska stöttning i det rehabiliterande arbetssättet från arbetsterapeut och sjukgymnast då inga rehabmöten hålls på verksamheten. Vid intervjutillfället informerade sjuksköterskan/verksamhetschefen att ett kvalitetsråd kommer att startas upp på verksamheten, och tanken är att arbetsterapeut och sjukgymnast ska delta för att öka kvaliteten. Personalen berättade att ett kvalitetsombud är utsett som ska delta i kvalitetsrådet och de såg positivt på att teamträffar kommer att ske. Träffarna ska ske var sjätte vecka och sedan kommer verksamhetschefen att informera övrig personal på APT. Verksamhetschefen informerade även om att utbildning för personalen är planerat när det gäller hjälpmedel och förflyttningsteknik.

Tandhygienist kommer till verksamheten en gång per år och samtliga brukare får årlig munhälsobedömning. Samtlig personal är utbildad inom munhälsa.

3.8.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret noterar att inga rutiner/urvalskriterier fanns för när personal ska kontakta arbetsterapeut och sjukgymnast. Kontoret önskar i bifogad handlingsplan få ta del av rutin när arbetsterapeut och sjukgymnast ska kontaktas. Då arbetsterapeuten framförde ett behov av att vara mer på enheten för att bättre kunna se behoven hos de enskilda samt att personalen önska stöttning i det rehabiliterande arbetssättet från arbetsterapeut och sjukgymnast önskar kontoret i bifogad handlingsplan få en beskrivning hur verksamheten kommer att tillgodose dessa behov.

Vid intervjutillfället framkom att ett kvalitetsråd skulle startas upp och teamträffar skulle ske. Kontoret hade en dialog med verksamhetschefen efter intervjuerna kring detta och förutsätter att detta arbetssätt nu är implementerat på verksamheten.

4. Kontorets avslutande kommentar

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

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

Bilaga 1: Sammanställning från dokumentationsgranskning

Bilaga 2: Mall Handlingsplan

Uppsala 2014-03-24



Charlotta Larsson
Uppdragsstrateg



Mia Gustafsson
Uppdragsstrateg

Handläggare
Charlotta Larsson

Datum
2015-02-03

Diarienummer
OSN-2015-0023

Omsorgsnämnden

Avtalsuppföljning vid Sköldmövägen 19, bostad med särskild service

Förslag till beslut

Omsorgsnämnden föreslås besluta

att med beaktandet av resultatet lägga rapporten till handlingarna.

Ärendet

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning vid Sköldmövägen 19 som framgår av rapporten (bilaga 1). Verksamheten drivs av Frösunda. I samband med avtalsuppföljningen genomfördes en dokumentationsgranskning. Vid dokumentationsgranskningen framkom brister och en ny dokumentationsgranskning gjordes. (bilaga 2). Uppföljningen visade att det förelåg ett antal brister i förhållande till avtalet och en handlingsplan begärdes därför in. Handlingsplanen godkändes inte och en ny med förtydligande begärdes in (bilaga 3).

HVK bedömde inkommen redogörelse som tillfredsställande förutom när det gällde arbetsterapeut och sjukgymnast. Kontoret kallade in verksamhetens ledning till flera möten där de fick redovisa hur de uppfyller avtalet. De fick även inkomma med uppgifter hur mycket arbetsterapeut och sjukgymnast varit på verksamheten. Det framkom att de haft en arbetsterapeut samt sjukgymnast som tagits in vid behov på enheten.

Frösunda har fr.o.m. 2014-09-01 en arbetsterapeut samt en sjukgymnast som arbetar heltid i Uppsala. Kontoret bedömer åtgärderna som tillfredsställande.

Omsorgsförvaltningen

Tomas Odin
Direktör

Bilaga 1: Rapport från avtalsuppföljning

Bilaga 2: Dokumentationsgranskning

Bilaga 3: Godkänd handlingsplan från utföraren

Handläggare
Mari Larsson
Eva-Lena Tverå

Datum
2014-05-30

Granskning av social dokumentation vid Sköldmövägen 19D, vård-och omsorgsboende Frösunda AB, 2014-05-14.

Bakgrund

På uppdrag av Avdelningen för avtal och uppföljning genomfördes den 26 november 2013 en dokumentationsgranskning vid Sköldmövägen 19D i samband med avtalsuppföljning. Vid granskningen framkom vissa förbättringsområden i den sociala dokumentationen, se tidigare utskickad sammanställning, ”Granskning av social dokumentation vid Sköldmövägen 19D, vård- och omsorgsboende 26 november 2013”.

Ny granskning genomförs 14 maj 2014.

Syfte

Syftet med granskningen var att se att tidigare förbättringsområden åtgärdats och att dokumentationen förs utifrån gällande riktlinjer, lagstiftning och avtal.

Metod

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) begärde att få ta del av brukares dokumentation i personakt/journal i samband med dokumentationsgranskning 2013-11-26. Dessa samtycken gäller 6 månader. Dokumentationsgranskning 2014-05-14 har genomförts i samma personakter/journaler som vid granskning 2013-11-26.

Kommentar

Samtliga genomförandeplaner som granskas är uppdaterade under en period från slutet av april till början av maj månad 2014.

I Sol pärm finns HSL flik men denna används inte utan HSL information förs i den sociala dokumentationen. I dokumentationen framkommer anteckningar gällande ovidkommande värdeord. I en brukares journal framkommer anteckningar av privat karaktär gällande personal.

Resultat

Verksamheten dokumenterar fortsatt i "pappersjournal". Verksamheten har *inte* påbörjat någon dokumentation i it - system Siebel.

Genomförandeplaner

Framkommer att verksamheten har *åtgärdat* påpekande som framkom vid granskningen 26 november 2013. Brukarens/legal företrädarens delaktighet i utformandet av innehåll av genomförandeplan *framkommer*.

Delaktigheten beskrivs på samma sätt för samtliga brukare " *Vi har intervjuat kund om vad denne vill och hur denna tycker om att göra olika dagliga moment. Kunden har också erhållit genomförandeplan att läsa. Dock har inte kunden velat eller haft förmåga att lämna synpunkter/åsikter i slutförandet.* "

Följande förbättringsområden kvarstår

- Brukarens delaktighet bör förtydligas mer individuellt

Journalanteckningar

Framkommer *inte* att verksamheten har *åtgärdat* de påpekanden i löpande text i journal sedan granskningen 26 november 2013.

Följande förbättringsområden kvarstår

- Att dokumentera i journal när uppföljning/utvärdering av genomförandeplan har genomförts.
- Att dokumentera hur insatser utifrån genomförandeplan genomförs samt på vilket sätt brukaren har utövat inflytande över det praktiska genomförandet av insatsen.
- 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 Sara Sundmark, Linda Wetterberg (vikarie)

Uppdragsstrateg Charlotta Larsson

Handläggare
Charlotta Larsson

Datum
2014-02-27

Handlingsplan utifrån konstaterade brister gentemot avtal med NHO/ÄLN

Uppföljningsobjekt: Sköldmövägen 19
Enhetschef: Sara Sundmark
Handlingsplan HVK tillhanda senast: 13 maj

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

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

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

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

Uppföljningsobjekt: Sköldmövägen 19

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
Klagomål- och avvikelshantering – kontoret önskar ta del av rutinen för synpunkts- och klagomålssystemet.	Se bifogat dok. ”Rutin synpunkter – Klagomål”.	VC	Klart		Ja	
Dokumentation och genomförandeplaner – Kontoret önskar få svar på hur verksamheten kommer att arbeta för att komma tillrätta med de brister som framkom vid dokumentationsgranskningen.	Bristen kommer att avhjälpas med sakkunnig inom SoL och dokumentation från Frösundas egen kvalitetsavdelning, som tillsammans med respektive kontaktperson kommer gå igenom varje kunds journal.	VC BOASS SAKKUNNIG	Mål: Klart 14 maj.	Egenkontroll/kollegial kontroll kommer att ske under April månad 2014.	Ja	
Kultur och fritidsaktiviteter – kontoret önskar få en beskrivning av hur verksamheten ska uppfylla avtalet gällande kultur och fritidsaktiviteter.	Ett nytt schema startades den 17/3. Starttiderna på morgonen samt avslutande tider på kvällarna har glesats ur och timmarna har komprimerats mitt på dagen vilket resulterat i mycket bättre förutsättningar för aktivitet. Vi är också	VC BOASS	Klart		Ja	

Område (se rapport)	Åtgärd (<i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
	omregistrerade i "Kultur i Vården", där vi nu får fler förslag på utflykter.					

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
<p>Hälso- och sjukvård samt rehabiliteringsbehov –</p> <ul style="list-style-type: none"> - kontoret önskar få ta del av rutin när arbetsterapeut och sjukgymnast ska kontaktas. 	<p>Se bifogat dok. 50, 51, 54, 56, 57, 60, 63, 72 samt 77. Besvaras också med bifogat dok "Ansvar och kvalitetsledning patientsäkerhet".</p> <p>Medarbetare kan själva ta kontakt med AT/SG går bra så länge rutinerna följs.</p>	VC	Klart		Ja	

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar
<p>- Kontoret önskar en beskrivning av hur verksamheten kommer att tillgodose behovet av arbetsterapeut på verksamheten.</p>	<p>Beskrivning: Arbete pågår inom Frösunda att upprätta en lokal rehabgrupp i Uppsala. Denna beräknas att starta efter sommaren. Fram till dess kommer kundernas behov på Sköldmövägen, att tillgodoses med arbetsterapeut från bemanningsföretaget Vårdlänken. Överenskommelsen med Vårdlänken kommer att innefatta möjlighet till kontakt med arbetsterapeut mån-fred dagtid med besöksmöjlighet minst en gång i veckan. Inställelsetid har vi lämnat ett önskemål om att de skall komma senast dagen efter kontakt. Utöver detta kommer vårt nuvarande rehabteam i Stockholm med sjukgymnast och arbetsterapeut att kunna göra besök på enheten om behov uppstår och vid nyinflytt.</p>		Klart			Kontoret kommer att kalla in företagets ledning.

