

Handläggare  
Sirpa Kramsu  
Carita Öhman

Datum  
2013-07-31

Diarienummer  
NHO-2013-0054.31

Nämnden för hälsa och omsorg

## Avtalsuppföljning vid Ärentunavägen 7A, bostad med särskild service LSS

Nämnden för hälsa och omsorg föreslås besluta

**att** med beaktande av resultat godkänna rapporten

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning 2013-04-29 och 2013-05-08 vid Ärentunavägen 7A, bostad med särskild service LSS. Dokumentationsgranskning har genomförts 2013-03-20.

Verksamheten drivs av Vård & bildning sedan oktober 2011, efter vunnen upphandling enligt lagen om offentlig upphandling 10 kap. 2 §. Verksamheten har även innan den upphandlingen drivits av Vård & bildning sedan 2003.

Områden som har följts upp:

- Värdegrundsarbete utifrån nämndens upplevelsekriterier
- Samverkan/samarbete
- Klagomåls- och avvikelshantering
- Dokumentation och informationsöverföring
- Personal, bemanning, handledning och kompetensutveckling
- Kontaktmannaskap
- Kultur- och fritidsaktiviteter
- Hälsa och rehabiliteringsbehov

Kontoret bedömer att enheten fungerar bra och i största del motsvarar krav i avtalet. Förbättringsområden konstateras dock som kontoret förväntar sig att Vård och Bildning arbetar vidare med.

Områden som kontoret särskilt sett som förbättringsområden är:

- Delar i SoL-dokumentationen (enligt bilaga 1)
- Kompetensutveckling med målmedveten satsning kopplat till målgruppen för samtliga yrkeskategorier utom sjuksköterskan
- Hantering av fallavvikelser (en vecka i dagsläget) innan de når sjukgymnast och arbetsterapeut

- Kännedom om de förväntningar som anges för arbetsterapeut och sjukgymnast i ”Riktlinjer för hälso-och sjukvård inklusive rehabilitering”

Ingen handlingsplan begärs in men ovan nämnda områden sätts i fokus vid nästa uppföljningstillfälle.

Inga-Lill Björklund  
Direktör

Handläggare  
Sirpa Kramsu  
Carita Öhman

Datum  
2013-07-30

Diarienummer  
NHO-2013-0054.31

Nämnden för hälsa och omsorg

## Avtalsuppföljning vid Ärentunavägen 7A, bostad med särskild service LSS

### Beskrivning av enheten

Utförare och enhet	Vård & bildning, Ärentunavägen 7A
Adress	Ärentunavägen 7A
Enhetschef	Heléne Jöerand
Tfn och mejladress	018-727 82 79 <a href="mailto:helene.joerand-bjorkman@ uppsala.se">helene.joerand-bjorkman@ uppsala.se</a>
Uppföljning utförd av	Sirpa Kramsu och Carita Öhman
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Enhetschef, utvecklingsledare, två medarbetare, sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut.
Totalt antal boende	Fyra samt en tom plats.
Typ av verksamhet	Gruppboestad LSS
Avtalstid	2011-10-01—2014-09-30
Datum för uppföljning	2013-04-29 och 2013-05-08

Verksamheten på Ärentunavägen 7A drivs av Vård & bildning sedan oktober 2011, efter vunnit upphandling enligt lagen om offentlig upphandling 10 kap. 2 §. Verksamheten har även innan den upphandlingen drivits av Vård & bildning sedan 2003.

Gruppboendet är ett integrerat boende för fem personer och är belägen i ett flerfamiljshus. Lägenheterna ligger i anslutning till gemensamhetsutrymmen. Vid intervju tillfället bodde två kvinnor och två män i boendet, åldrarna 44-68 år.

## **1 Sammanfattning**

Verksamheten på Ärentunavägen 7A drivs av Vård & bildning sedan oktober 2011, efter vunnit upphandling enligt lagen om offentlig upphandling 10 kap. 2 §. Verksamheten har även innan den upphandlingen drivits av Vård & bildning sedan 2003.

Kontoret genomförde en planerad avtalsuppföljning vid enheten 29 april och 8 maj 2013.

### **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.

#### **Värdegrundsarbete utifrån nämndens upplevelsekriterier**

Trots bristfällig dokumentation kring inflytande och självbestämmande kan kontoret konstatera, utifrån det som framkommer vid intervjun, att nämndens upplevelsekriterier förefaller vara förankrade i verksamheten både teoretiskt och praktiskt.

Kontorets bedömning är att verksamheten uppfyller avtalet gällande följsamhet till nämndens upplevelsekriterier men behöver förbättra dokumentationen inom området.

#### **Samverkan/samarbete**

Av intervjuerna framgår att enheten har samverkan med andra enheter inom kommunen, landstinget, ideella organisationer och anhöriga. Samtliga intervjuade ger en bild av välfungerande samarbete mellan de olika yrkeskategorierna i verksamheten.

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att verksamheten uppfyller avtalet vad gäller samverkan/samarbete.

#### **Klagomåls- och avvikelshantering**

Kontoret konstaterar att rutiner för klagomåls- och avvikelshantering samt Lex Sarah och Lex Maria förefaller vara kända och implementerade på enheten. Anpassad kommunikation används så att synpunkter framkommer även då verbal och skriftlig kommunikation inte kan användas.

Kontoret gör bedömningen att verksamheten uppfyller avtalet gällande synpunkter/klagomål men anser att en veckas hantering av fallavvikelse innan de når arbetsterapeut och sjukgymnast är ett förbättringsområde.

#### **Dokumentation och informationsöverföring**

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna och genomförd dokumentationsgranskning, ser kontoret att några förbättringsområden föreligger.

Kontoret noterar med glädje att enhetschefen redan hade uppdatering av genomförandeplaner som en av planerade åtgärder inom enheten. Kontoret räknar med att verksamheten åtgärdar också de brister i boendepersonalens dokumentation som lyfts fram i granskningsrapporten.

Kontoret bedömer att verksamheten, genom att åtgärda bristerna i dokumentationen, uppfyller avtalet och en handlingsplan kommer därmed inte att begäras in inom området.

Kontoret har noterat de synpunkter som framkom gällande Siebel och lämnar över dessa till ansvariga för Siebel-frågor.

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

Med stöd av vad som kommit fram i intervjuerna, bedömer kontoret att enheten uppfyller avtalet gällande personal och bemanning.

Det framkommer också verksamhetsutveckling, kompetensutveckling och handledning har stått stilla en period p.g.a. chefsbyte.

Kontoret har förståelse för att enheten prioriterar arbetet med att identifiera verksamhetens och de enskilda medarbetarnas behov av utveckling nu. Kontoret ser att det är av stor vikt att utvecklingen planeras och genomförs på de områden som enheten har identifierat.

Kontoret har förtroende för att enheten framöver kommer att uppfylla avtalets krav gällande handledning och kompetensutveckling och handlingsplan kommer därmed inte att begäras in inom detta område.

Gällande kompetensutveckling och omvärldsbevakning för yrkeskategorierna arbetsterapeut och sjukgymnast förvånas kontoret över att det inte finns någon tydlig förväntan och målmedvetenhet kring vilka områden som ska bevakas och utvecklas, så att nya rön om målgruppens behov av stöd kommer dessa till del och gynnar deras hälsa. I "Riktlinjerna för hälsa- och sjukvård inklusive rehabilitering" anges förväntan på dessa yrkeskategorier att även arbeta med förebyggande. Riktlinjerna var inte kända vid intervjutillfället. Kontoret ser att planering av kompetensutveckling och omvärldsbevakning för dessa yrkeskategorier är ett förbättringsområde.

### **Kontaktmannaskap**

Kontoret konstaterar att fungerande rutiner för kontaktmannaskap finns på enheten. Kontoret bedömer att enheten uppfyller villkoren i avtalet.

### **Kultur- och fritidsaktiviteter**

Kontoret noterar att det verkar som de enskildas förmåga och intressen/önskemål om aktiviteter tas till vara, både individuellt och i grupp. Kontoret ser positivt på att enheten har extra personalresurser för att möjliggöra för de enskilda att delta i aktiviteter.

Med stöd av vad som framkommit vid dokumentationsgranskning och vid intervjuerna bedömer kontoret enheten uppfyller villkoren i avtalet.

### **Hälsa och rehabiliteringsbehov**

Kontoret konstaterar att det inte finns kännedom om förväntningar på arbetsterapeutens och sjukgymnastens roll kopplat till "Riktlinjer för hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering". Interventionerna i dagsläget är i första hand kopplade till behov av tekniska hjälpmedel. HVK ser att både idéer och kompetensutveckling om förebyggande arbete för målgruppens behov behöver utvecklas i enlighet med förväntningar i riktlinjerna och ser det därmed som ett utvecklingsområde för arbetsterapeut och sjukgymnast.

Gällande medicindelegeringar och bedömningar av Egenvård beskrivs ansvaret och rutinerna på ett mycket tillfredsställande sätt.

### **1.2. Krav på åtgärder**

Kontoret bedömer att enheten fungerar bra och i största del motsvarar krav i avtalet. Ingen handlingsplan begärs. Förbättringsområden konstateras dock som kontoret förväntar sig att Vård och Bildning arbetar vidare med. Dessa förbättringsområden nämns i ”kontorets avslutande kommentar.

## **2 Inledning**

### **2.1 Bakgrund**

Verksamheten på Ärentunavägen 7A drivs av Vård & bildning sedan oktober 2011, efter vunnit upphandling enligt lagen om offentlig upphandling 10 kap. 2 §. Verksamheten har även innan den upphandlingen drivits av Vård & bildning sedan 2003.

### **2.2 Syfte**

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

### **2.3 Metod**

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

Dokumentationsgranskning av journaler har genomförts (2013-03-20) som en del av avtalsuppföljningen.

### **2.4 Närvarande och genomförande**

Uppföljningen genomfördes 29 april och 8 maj 2013.

Närvarande från utföraren: Enhetschef Heléne Jöerand, utvecklingsledare, två boendepersonal, sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut.

Närvarande från kontoret: Uppdragsstrateger Sirpa Kramsu och Carita Öhman.

### 3 Rapport

#### 3.1 Styrkor och utmaningar i verksamheten enligt de intervjuade

Den intervjuade enhetschefen anser att styrkan i verksamheten är personalgruppen som är stabil, självgående, flexibel, öppen och de tar alltid kontakt med chefen vid behov. De förbättringsområden som enhetschefen nämnder är struktur och innehåll av genomförandeplanen samt schemaöversyn.

Den intervjuade boendepersonalen tycker att styrkan i verksamheten är den stabila arbetsgruppen som trivs och som har ett respektfullt bemötande både gentemot varandra och gentemot de boende. Personalen anser vidare att de boende har hög delaktighet eftersom personalen arbetar *med* dem inte ”över” dem. Förbättringsområden som togs upp var informationsöverföring inom arbetsgruppen samt möjlighet till kurser och handledning.

De legitimerade framhöll det goda samarbetet med verksamheten. Sjuksköterskan tycker att Ärentunavägens personal är mycket respektfulla och lyhörda gentemot de boende.

#### 3.2 Värdegrundsarbete utifrån nämndens upplevelsekriterier

##### 3.2.1. 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 att upplevelsekriterierna är kända i verksamheten av samtliga intervjuade. De legitimerade yrkeskategorierna utgår inte i första hand från nämndens upplevelsekriterier utan från yrkesspecifika etiska koder och självklara värderingar som finns grundläggande i deras legitimation/profession. Det finns forum för diskussion av värdegrund (arbetsplatsträffar och planeringsdagar). Flera konkreta exempel anges som visar att värdegrundsarbete lever i vardagliga situationer. Exempelvis:

- När personalen pratar med de enskilda sätter de sig ner och har ögonkontakt. De utgår från hur de själv vill bli bemött.
- Personalen uppmuntrar den enskilde att genomföra det han/hon kan själv ex bestämma kläder, göra inköp.
- De enskilde bestämmer matsedeln och lagar mat tillsammans med personalen i sin lägenhet.
- Brukarråd har erbjudits.
- Pärmerna från *boendelänken* finns alltid framme och månadsblad från *fritid*.

I sammanställningen från dokumentationsgranskning (2013-03-20) kan läsas ”*Det framkom inte ... på vilket sätt den enskilde kunnat utöva inflytande och självbestämmande avseende planering och utförand*”.



### **3.2.2. Kontorets kommentarer och slutsatser**

Trots bristfällig dokumentation kring inflytande och självbestämmande kan kontoret konstatera, utifrån det som framkommer vid intervjun, att nämndens upplevelsekriterier förefaller vara förankrade i verksamheten både teoretiskt och praktiskt.

Kontorets bedömning är att verksamheten uppfyller avtalet gällande följsamhet till nämndens upplevelsekriterier men behöver förbättra dokumentationen inom området.

## **3.3 Samverkan/samarbete**

### **3.3.1. Iakttagelser**

Enhetschefen och personalen berättar att flera av boende är mycket självständiga och sköter de flesta av sina kontakter själv. Verksamheten samverkar med bl.a. kyrkan, Röda Korset, Anhörigcentrum och Affektiva mottagningen på Akademiska sjukhuset. Samarbete med daglig verksamhet fungerar bra och med andra gruppboendestäder sker samverkan spontant eller via fritidsombud. Verksamheten har inte i dagsläget samverkan med habilitering men kontaktvägar finns.

De intervjuade berättar vidare att kontakten med anhöriga är god. De besöker boendet eller har telefonkontakt med personalen/kontaktmannen.

Anhöriga bjuds också in till affärsområdets (Boende vuxna) anhörigträffar 2 gånger per år.

Samtliga intervjuade tycker att samverkan/kontakten mellan de legitimerade och boendepersonalen fungerar bra.

Sjuksköterskan besöker enheten ofta med varierande frekvens men minst var 3:e vecka och personalen kontaktar henne vid behov. På enheten finns fungerande och kända skriftliga instruktioner när personalen ska kontakta sjuksköterskan men liknade instruktion gällande kontakt med arbetsterapeut och sjukgymnast saknas.

Arbetsterapeut och sjukgymnast berättar att de har inga bestämda tider för besök på enheten, personalen kontaktat dem när behov uppstår och ibland deltar de på APT. De uppger också att de samarbetar med enhetens kundhälso-ombud.

De legitimerade uppger att de har samarbete med landstinget bl.a. möten med habiliteringen en gång per termin.

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

Av intervjuerna framgår att enheten har samverkan med andra enheter inom kommunen, landstinget, ideella organisationer och anhöriga. Samtliga intervjuade ger en bild av välfungerande samarbete mellan de olika yrkeskategorierna i verksamheten.

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att verksamheten uppfyller avtalet vad gäller samverkan/samarbete.

## **3.4 Klagomåls- och avvikelshantering**

### **3.4.1. Iakttagelser**

Klagomåls-/synpunktsblankett finns tillgänglig i varje lägenhet. Enhetschefen och personalen redogör för rutinen både avseende klagomål och avvikelser. De intervjuade berättar att de är

noggranna med att observera de boendes uttryck för olika känslor och är behjälpliga med att framföra deras synpunkter och klagomål då alla boende inte uttrycker sig i skrift. Inkomna synpunkter /klagomål lämnas till enhetschefen och följs upp samt tas upp på APT.

Vid avvikelser ringer personalen till trygghetsjouren eller till sjuksköterskan om hon är i tjänst. Avvikelse lämnas också direkt till enhetschefen som lägger dessa i en excellblad och gör en sammanställning samt följer upp på APT. Avvikelse gällande fall uppges ha en långsammare hantering till arbetsterapeut och sjukgymnast (1 vecka).

Rutinen för Lex Sarah och Lex Maria finns på insidan och i en pärm på enheten, personalgruppen har kännedom om rutinen och sjuksköterskan har kontakt med MAS.

På enheten finns också rutiner för Hot och Våld gällande enskilda boende.

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

Kontoret konstaterar att rutiner för klagomåls- och avvikelshantering samt Lex Sarah och Lex Maria förefaller vara kända och implementerade på enheten. Anpassad kommunikation används så att synpunkter framkommer även då verbal och skriftlig kommunikation inte kan användas.

Kontoret gör bedömningen att verksamheten uppfyller avtalet gällande synpunkter/klagomål men anser att en veckas hantering av fallavvikelse innan de når arbetsterapeut och sjukgymnast är ett förbättringsområde.

## **3.5 Dokumentation och informationsöverföring**

### **3.5.1. Iakttagelser**

#### Dokumentation

På enheten sker all dokumentation, sedan augusti 2012, i journalsystemet Siebel.

Enhetschefen ansåg att Siebel är svår att arbeta i bl.a. många klickar, dokumentationen följer inte kund vid flytt, det tar upp till 14 dagar att få inloggning vid byte av personal.

Driftstoppspärmar ersätter SoL-dokumentationen när data/Siebel ligger nere.

Personalen berättade att tid för dokumentationen fanns, de var flexibla och tog tid till den när det passade under sitt arbetspass.

Personalen tyckte att det gick *bra* att skriva i Siebel trots att de tyckte att upplägget och layouten hade kunnat vara bättre t.ex. måste varje anteckning numreras i prioriteringsordning. De önskade att alla användare fick utbildning i Siebel inte bara expertanvändarna.

Dokumentationsgranskning genomfördes 2013-03-20 (bilaga 1) av de fyra boendes journaler på enheten. De förbättringsområden som lyfts fram i sammanställning från granskningen är att uppdatera ”uppföljning och utvärdering av genomförandeplanen utifrån angivna mål/delmål” och i boendepersonalens dokumentation tydliggöra ”den enskildes delaktighet och inflytande i planering och utförande av insatser” samt ”åtgärd och uppföljning av händelse av vikt för den enskilde”.

Dokumentationsgranskning visar att de legitimerades dokumentation var strukturerad och beskrev en sammanhållen vårdprocess. I dokumentationen framkom också problem som var

identifierade, åtgärder som vidtagits, uppnådda resultat samt beskrivning av uppföljning och utvärdering.

#### Informationsöverföring

Informationsöverföring sker alltid muntligt med rapport vid passets start samt skriftligt i "tidboken" där skrivs tider för det som händer med de boende. Den muntliga rapporten är ett forum där de alltid "flaggar" för att något viktigt finns att läsa.

Både enhetschef och sjuksköterska säger att nu när de sitter tillsammans fungerar informationsöverföringen bra mellan dem. När nya boende flyttar in informerar enhetschef sjuksköterskan och hon i sin tur informerar arbetsterapeuten och sjukgymnasten.

Arbetsterapeut och sjukgymnast tycker att personalen är duktiga på att höra av sig och den informationen de ger gör att arbetsterapeut och sjukgymnast får "träffsäkra" ärenden trots att de boende har "spretiga" behov.

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

Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna och genomförd dokumentationsgranskning, ser kontoret att några förbättringsområden föreligger.

Kontoret noterar med glädje att enhetschefen redan hade uppdatering av genomförandeplaner som en av planerade åtgärder inom enheten. Kontoret räknar med att verksamheten åtgärdar också de brister i boendepersonalens dokumentation som lyfts fram i granskningsrapporten.

Kontoret bedömer att verksamheten, genom att åtgärda bristerna i dokumentationen, uppfyller avtalet och en handlingsplan kommer därmed inte att begäras in inom området.

Kontoret har noterat de synpunkter som framkom gällande Siebel och lämnar över dessa till ansvariga för Siebel-frågor.

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

### **3.6.1. Iakttagelser**

Enhetschefen har haft olika chefsuppdrag sedan 1981, vikariera nu på Ärentunavägen sedan februari 2013 och har också ansvar för tre andra gruppboenden.

På enheten arbetar 6 personer, de har varierande utbildning bl.a. undersköterska och behandlingsassistent. Schemat är lagt så att alla "roterar" på alla pass, dag, kväll och sovande jour. Lördag/söndag 13.00–17.30 finns extra personalresurser för att följa med på aktiviteter. Personalen har också olika ansvarområden bl.a. hygien-, fritid-, kundhälso-, brandombud.

Samtliga intervjuade uppger att det är en stabil personalgrupp och låg personalomsättning.

Vikarier tas in vid behov och personalen har mandat att ringa in dessa. Enhetschefen berättar att de har tre "gamla" vikarier och rekrytering av tre nya har lyckats mycket bra.

Vid introduktion har enheten generella checklistor och en lokal instruktion samt dubbelgång.

Personalen anser att vikarier skulle behöva informeras lite djupare om *hur* bemötande ska ske och individanpassas, då måste ordinarie personalen i sin tur få påfyllning och ha i sitt uppdrag att *lära ut*.

Enhetschefen och personalen berättar att de inte har handledning för tillfället, nu prioriterar de arbetet med genomförandeplaner och arbetsplaner. Handledning, kopplat till arbetsgruppen eller individ, har de möjlighet att få om behov uppstår. Personalen tycker att all personal borde få handledning oavsett anställningsform.

De intervjuare beskriver en period där medarbetarsamtal och kompetensutveckling stått stilla p.g.a. chefsbyte.

Enhetschefen berättar att medarbetarsamtal har planerats in i augusti och planering finns att identifiera verksamhetens och de enskilda medarbetarnas behov av utveckling. Allt utgår från de boendes situation, problem och behov av resurser.

Det som framkommer vid behovsanalysen och medarbetarenkäten är grunden i framtagandet av kompetensutvecklingsplaner.

Omvärldsbevakning på enheten sker via nätverk, informationsmöten, mail och de olika ombuden på enheten.

Den intervjuade omvårdnadsansvarige sjuksköterskan tillhör HS-enheten på Affärsområdet Boende vuxna, hon har arbetat som sjuksköterska sedan 2005 inom området funktionshindrade. Sjuksköterskan berättar att hon får gå på kurser kopplade till professionen och hon har kompetensutvecklingsplan och haft målkortssamtal med sin chef. Omvärldsbevakning för hennes del sker via MAS-information och via olika nätverk.

Arbetsterapeuten och sjukgymnast tillhör också HS-enheten på Affärsområdet Boende vuxna. De berättar att kompetensutveckling sker bl.a. via kurser som anordnas av HUL (Hjälpmiddel i Uppsala län), diskussionsforum på planeringsdagar. Omvärldsbevakning sker via MAS-nytt, fackliga tidsskrifter, teamet/kollegor och "om man har tur" få de delta på AT-forum och SG-dagarna.

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

Med stöd av vad som kommit fram i intervjuerna, bedömer kontoret att enheten uppfyller avtalet gällande personal och bemanning.

Det framkommer också verksamhetsutveckling, kompetensutveckling och handledning har stått stilla en period p.g.a. chefsbyte.

Kontoret har förståelse för att enheten prioriterar arbetet med att identifiera verksamhetens och de enskilda medarbetarnas behov av utveckling nu. Kontoret ser att det är av stor vikt att utvecklingen planeras och genomförs på de områden som enheten har identifierat.

Kontoret har förtroende för att enheten framöver kommer att uppfylla avtalets krav gällande handledning och kompetensutveckling och handlingsplan kommer därmed inte att begäras in inom detta område.

Gällande kompetensutveckling och omvärldsbevakning för yrkeskategorierna arbetsterapeut och sjukgymnast förvånas kontoret över att det inte finns någon tydlig förväntan och målmedvetenhet kring vilka områden som ska bevakas och utvecklas, så att nya rön om målgruppens behov av stöd kommer dessa till del och gynnar deras hälsa. I ”Riktlinjerna för hälsa- och sjukvård inklusive rehabilitering” anges förväntan på dessa yrkeskategorier att även arbeta med förebyggande. Riktlinjerna var inte kända vid intervjutillfället. Kontoret ser att planering av kompetensutveckling och omvärldsbevakning för dessa yrkeskategorier är ett förbättringsområde.

### **3.7 Kontaktmannaskap**

#### **3.7.1 Iakttagelser**

Både enhetschef och personalen talar om att rutiner för kontaktsmannaskap finns och de boende vet vem som är deras kontaktman. Enhetschefen påpekar att alla i personalgruppen ger stöd till samtliga boende men kontaktsmannen ansvarar för den enskildes pengar och upprättande av genomförandeplan.

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

Kontoret konstaterar att fungerande rutiner för kontaktsmannaskap finns på enheten. Kontoret bedömer att enheten uppfyller villkoren i avtalet.

### **3.8 Kultur och fritidsaktiviteter**

#### **3.8.1 Iakttagelser**

De intervjuade berättar att de boende har skilda intressen och varierande förmåga att ta initiativ till egna aktiviteter. Aktiviteter som nämns är FUB-dansen, utflykter, promenader, besök på loppis. Personalen berättar också att en av de boende går på målarskola där deltagarna åker på utlandsresor.

Som det har tidigare nämnts (punkt 3.6, sidan 9) har enheten lördag/söndag 13.00–17.30 extra personalresurser för att följa med på aktiviteter.

I sammanställning från dokumentationsgranskning (2013-03-20) kan läsas ”Individuella samt gemensamma aktiviteter var noterade i löpande text”.

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

Kontoret noterar att det verkar som de enskildas förmåga och intressen/önskemål om aktiviteter tas till vara, både individuellt och i grupp. Kontoret ser positivt på att enheten har extra personalresurser för att möjliggöra för de enskilde att delta i aktiviteter.

Med stöd av vad som framkommit vid dokumentationsgranskning och vid intervjuerna bedömer kontoret enheten uppfyller villkoren i avtalet.

### **3.9. Hälsa och rehabiliteringsbehov**

#### **3.9.1 Iakttagelser**

Kontoret kan vid uppföljningstillfället konstatera att den legitimerade personalens arbete initieras då boendepersonalen uppfattar behov, samt vid s.k. HS-ronder en gång per år då de boendes behov diskuteras.

Signeringslistor finns och används vid delegeringar. Läkemedelsgenomgångar genomförs 1 g/år med apoteket och alla boende har en aktuell bedömning avseende Egen Vård vid medicinhantering. Alla anställda har medicindelegering. Rutin finns och bedömningen huruvida den anställda är redo för att ha en medicindelegering utgår från när man är trygg och mogen för uppgiften.

Sjuksköterskan har ansvar för 9 gruppboendestäder (47 boende), 3 servicebaser (38 boende) och en korttidsboende (50 boende).

Arbetsterapeuten ansvarar för 24 gruppboendestäder och har ca 15 pågående ärenden.

Sjukgymnasten ansvarar för 33 gruppboendestäder och har 10-20 pågående ärenden samtidigt.

Både sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut arbetar på förekommande anledning inte förebyggande. Arbetsterapeut och sjukgymnast arbetar genom boendepersonalen i första hand och har sällan direktkontakt med den enskilde, men de har tankar om att de borde vara ute i verksamheten mera i och vara ett naturligt inslag med sitt synsätt i vardagen.

### **3.9.2. Kontorets kommentarer och slutsatser**

Kontoret konstaterar att det inte finns kännedom om förväntningar på arbetsterapeutens och sjukgymnastens roll kopplat till "Riktlinjer för hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering". Interventionerna i dagsläget är i första hand kopplade till behov av tekniska hjälpmedel. HVK ser att både idéer och kompetensutveckling om förebyggande arbete för målgruppens behov behöver utvecklas i enlighet med förväntningar i riktlinjerna och ser det därmed som ett utvecklingsområde för arbetsterapeut och sjukgymnast.

Gällande medicindelegeringar och bedömningar av Egenvård beskrivs ansvaret och rutinerna på ett mycket tillfredsställande sätt.

### **Kontorets avslutande kommentar**

HVK får en bild av en verksamhet som i det stora hela fungerar på ett tillfredsställande sätt och till största del uppfyller delarna i avtalet. Det framkommer att verksamhetsutveckling, kompetensutveckling och handledning har stått stilla en period p.g.a. chefsbyte.

Kontoret har förståelse för att enheten prioriterar arbetet med att identifiera verksamhetens och de enskilda medarbetarnas behov av utveckling nu. Kontoret ser att det är av stor vikt att utvecklingen planeras och genomförs på de områden som enheten har identifierat.

Kontoret har förtroende att enheten framöver kommer att uppfylla avtalets krav gällande handledning och kompetensutveckling.

Gällande kompetensutveckling och omvärldsbevakning för yrkeskategorierna sjukgymnast och arbetsterapeut förvånas kontoret över att det inte finns någon tydlig förväntan och målmedvetenhet kring vilka områden som ska bevakas och utvecklas, så att nya rön om målgruppens behov av stöd kommer dessa till del och gynnar deras hälsa. I "Riktlinjer för hälso-och sjukvård inklusive rehabilitering" anges förväntan på dessa yrkeskategorier att även arbeta förebyggande. Riktlinjerna var inte kända vid intervjutillfället.

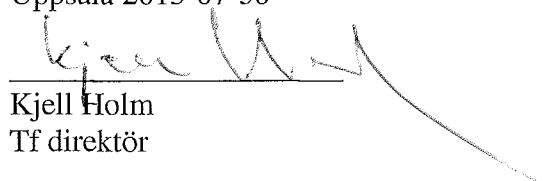
Områden som kontoret särskilt sett som förbättringsområden är:


- Delar i SoL-dokumentationen (enligt bilaga 1)

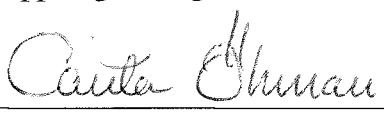
- Kompetensutveckling med målmedveten satsning kopplat till målgruppen för samtliga yrkeskategorier utom sjuksköterskan
- Hantering av fallavvikelser (en vecka i dagsläget) innan de når sjukgymnast och arbetsterapeut
- Kännedom om de förväntningar som anges för arbetsterapeut och sjukgymnast i ”Riktlinjer för hälso-och sjukvård inklusive rehabilitering”

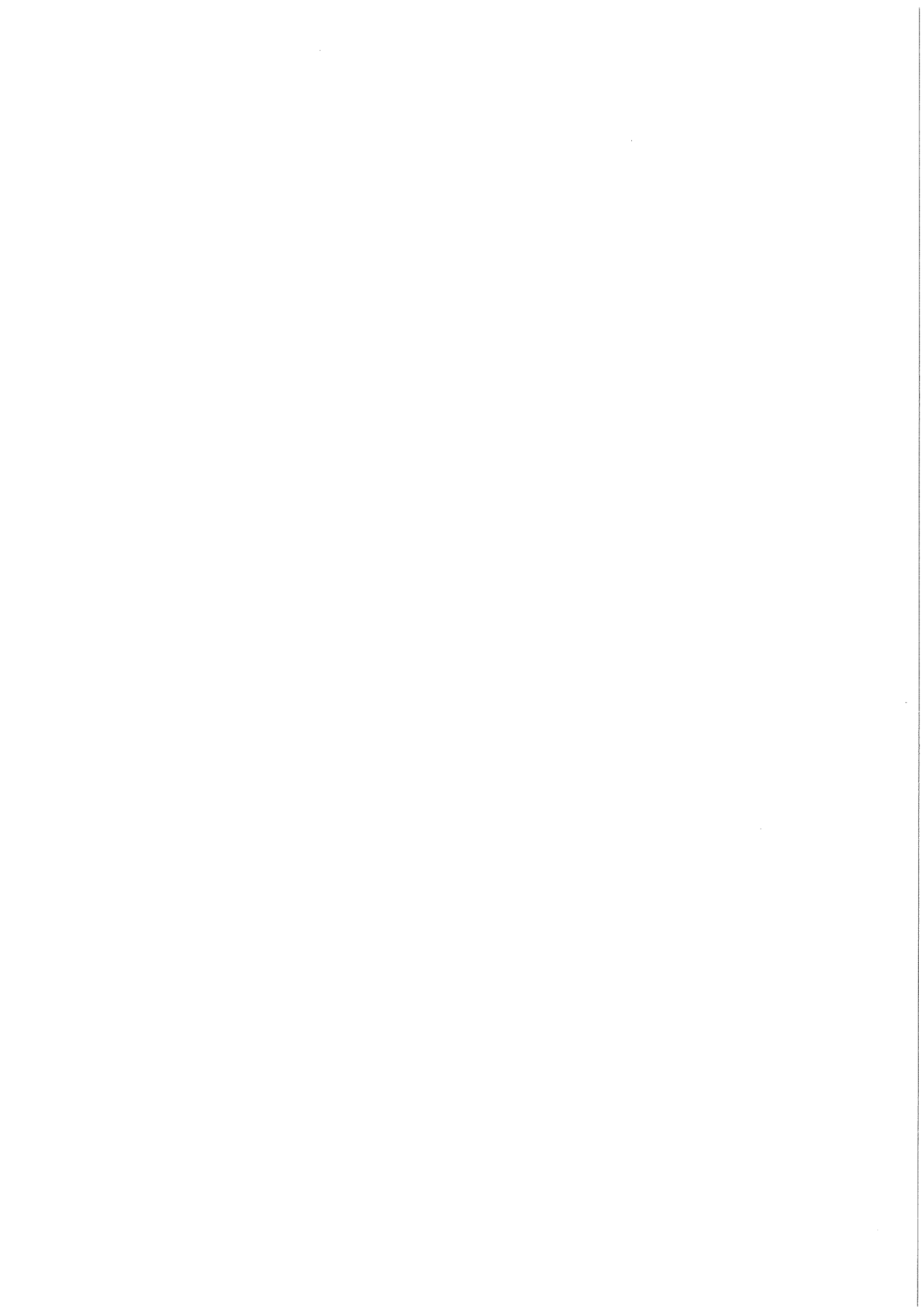
Ingen handlingsplan begärs in men ovan nämnda områden sätts i fokus vid nästa uppföljningstillfälle.

Uppsala 2013-07-30

  
Kjell Holm  
Tf direktör

  
Sirpa Kramsu  
Uppdragsstrateg

  
Carita Öhman  
Uppdragsstrateg





Datum 2013-03-25

**Sammanställning från dokumentationsgranskning vid Gruppboistaden Ärentunavägen 7A, enligt LSS 2013-03-20 i samband med avtalsuppföljning****Bakgrund**

Dokumentationen är beviset på vård som planerats och genomförts samt på de effekter som uppnåtts av hjälpen och vården av den enskilde. Legitimerad personals dokumentation skall vara strukturerad och beskriva en sammanhållen vårdprocess, problem ska identifieras, åtgärd, resultat, uppföljning och utvärdering ska beskrivas. Innehållet i dokumentationen ska beskriva individuellt planerad vård för att garantera kontinuitet och säkerhet för den enskilde.

I boendeassistenternas dokumentation ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av beslut. Innehållet i dokumentationen ska visa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för den enskilde. En av förutsättningarna för att den enskilde ska hjälpas och vårdas utifrån ett rehabiliterande synsätt är att professionerna i teamet samverkar, vilket bör framgå i samtliga professioners dokumentation

**Syfte**

Som en del i avtalsuppföljning genomfördes dokumentationsgranskning vid gruppboistaden Ärentunavägen 7A. Syftet med granskningen var att se om dokumentation förs utifrån gällande riktlinjer, lagstiftning och avtal.

**Metod**

Verksamhetschef ombads att hämta in samtycke från de fyra kunderna boende vid Ärentunavägens gruppboistad inför dokumentationsgranskningen. Samtycke gavs av samtliga kunder.

**Resultat**

I sjuksköterskans journaler fanns allmänna uppgifter om närstående, god man, ansvarig läkare, ansvarig sjuksköterska och varning om eventuell överkänslighet noterade. I samtliga journaler fanns nyligen upprättade anamnes och status. I löpande daganteckningar framgick den vård som planerats, genomförts och de effekter som uppnåtts om den enskildes omvårdnadsbehov. Läkemedelsansvar framgick tydligt i samtliga journaler. Vikter fanns noterade. Fallrisk framkom inte i någon journal. Samverkan med boendeassistenterna kunde ses i sjuksköterskans dokumentation. Notering om driftstoppsutskrifter fanns i samtliga journaler.

Det fanns tre journaler upprättade av arbetsterapeut. Dokumentationen var strukturerad och beskrev en sammanhållen vårdprocess. I samtliga journaler fanns information i anamnes och status. Individuella rehabiliteringsplaner innehållande bedömning, mål, planerade och utförda åtgärder samt uppföljning och utvärdering kunde följas.

Samverkan kunde ses med sjukgymnast, sjuksköterska, boendeassistenter samt god man.

Notering om driftstoppsskrifter fanns i samtliga tre journaler.

*(Kommentar: Under HSL-flik i SoL-pärm fanns i ett fall en journalhandling i original)*

Det fanns fyra journaler upprättade av sjukgymnast. Dokumentationen var strukturerad och beskrev en sammanhållen vårdprocess. I samtliga journaler fanns information i anamnes och status. Individuella rehabiliteringsplaner innehållande bedömning, mål, planerade och utförda åtgärder samt uppföljning och utvärdering kunde följas.

Samverkan kunde ses med arbetsterapeut, sjuksköterska och boendeassistenter.

Notering om driftstoppsskrifter fanns i tre av de fyra journalerna.

Genomförandeplaner med målformulering samt kontakman fanns i de fyra granskade journalerna. Genomförandeplanerna var upprättade under 2011 därefter fanns ingen uppföljning eller utvärdering, däremot fanns aktuella arbetsplaner upprättade vilka förvarades tillsammans i kundens SoL pärm. Det framkom inte en individuellt planerad vård utifrån den enskildes behov eller på vilket sätt den enskilde kunnat utöva inflytande och självbestämmande avseende planering och utförande. Individuella samt gemensamma aktiviteter var noterat i löpande text. Åtgärder och uppföljning av händelser av vikt framkommer inte. Samverkan mellan professionerna inom verksamheten gick att utläsa samt nätverk utanför verksamheten framkom. Driftstoppsskrift var inte utförd från SoL journaler.

### Förbättringsområden

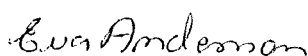
Att tydliggöra uppföljning och utvärdering av genomförandeplanen utifrån angivna mål/delmål.

Att tydliggöra den enskildes delaktighet och inflytande i planering och utförande av insatser

Att tydliggöra i dokumentationen åtgärd och uppföljning av händelser av vikt för den enskilde

### Övrigt

Sedan april 2012 sker all dokumentation i journalsystemet Siebel.



Eva Andersson  
HS- controller



Karin Eriksson  
HS- controller



Eva-Lena Tverå  
Biståndshandläggare

Sammanställningen har skickats till:

Verksamhetschef Helene Jöerand-Björkman, Inger Tengvar

Uppföljningsstrateg Carita Öhman