

Handläggare  
Charlotta Larsson

Datum  
2015-02-02

Diarienummer  
OSN-2015-0102

Omsorgsnämnden

## **Avtalsuppföljning vid Seminariegatans gruppbostad, bostad med särskild service LSS**

### **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 Seminariegatans gruppbostad som framgår av rapporten (bilaga 1). Verksamheten drivs av Frösunda. I samband med avtalsuppföljningen genomfördes en dokumentationsgranskning (bilaga 2). Uppföljningen visade att det förelåg ett antal brister i förhållande till avtalet och en handlingsplan begärdes därför 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 LarssonDatum  
2014-06-18Diarienummer  
NHO-2014-0093

Frösunda, Seminariegatan

## Avtalsuppföljning vid Seminariegatans gruppbostad, bostad med särskild service LSS

### Beskrivning av den uppföljda verksamheten

|   |   |
|---|---|
| Utförare och enhet                          | Seminariegatan, Frösunda  |
| Adress                                      | Seminariegatan 9  |
| Verksamhetschef                             | Anita Falk  |
| Telefon och mejladress till verksamhetschef | 0770-93 31 00<br>anita.falk@frosunda.se   |
| Uppföljning utförd av                       | Charlotta Larsson, Mia Gustafsson   |
| Vid uppföljningen medverkade från utföraren | Verksamhetschef, medarbetare samt legitimerad personal  |
| Typ av verksamhet                           | Bostad med särskild service LSS   |
| Totalt antal boende                         | 5   |
| Avtal                                       | Avtal för bostad med särskild service enligt LSS för verksamheten vid Seminariegatan<br>Diariennr: VFN-2009-0059.31 |
| Avtalstid                                   | 2009-10-01 – 2012-09-30 Förlängt till -<br>2015-01-31   |
| Datum för uppföljning                       | 2014-03-31 samt 2014-04-22  |

Seminariegatans gruppbostad drivs av Frösunda sedan oktober 2009. Boendet är ett LSS-boende och är belägen i ett flerfamiljshus, tre lägenheter samt baslägenheten finns på nedre botten och två lägenheter ligger på våning 1. Vid uppföljningstillfället bodde två män och tre kvinnor i åldrarna 33 – 67 år på enheten. Stödbehovet för de boende var mycket varierande. Allt från mycket personalkrävande till en person som klarar det mesta själv.

## 1 Sammanfattning

Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) har genomfört en planerad avtalsuppföljning vid Seminariegatans gruppboestad som drivs av Frösunda. Kontorets bedömning är att boendet 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.

Kontorets slutsatser sammanfattas i nedanstående punkter. För utförligare kommentarer se respektive område i rapporten.

### Kontorets upplevelsekriterier

- Nämndens upplevelsekriterier var vid uppföljningstillfället ej förankrade i verksamheten. Kontoret begär i bifogad handlingsplan en beskrivning hur nämndens upplevelsekriterier ska förankras hos samtliga medarbetare.

### Samverkan

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

### Personal, bemanning, handledning och kompetensutveckling

- Kontoret ser att nuvarande verksamhetschef har relevant högskoleexamen.
- Med stöd av det som framkommit i intervjuerna samt efter schemagranskning anser kontoret att verksamheten uppfyller avtalet gällande bemanning i dagsläget. Dock bör verksamheten vara uppmärksam på den ökade arbetsbelastningen och enskildas önskemål och behov av stöd om personalbemanningen bör ändras.
- Kontoret ser att de flesta av medarbetarna har den kompetens som svarar upp mot dem som bor på boendet. Dock finns medarbetare som inte har någon utbildning inom området. Kontoret begär i bifogad handlingsplan en beskrivning av hur verksamheten säkrar upp att de medarbetare som inte har någon utbildning får den kompetens som behövs.

### Avvikelser och klagomål

- Vid verksamheten finns rutiner för avvikelshantering, synpunkter och klagomål och dessa förefaller vara implementerade i personalgruppen. Dock var det osäkert när det gäller sammanställning av de synpunkter och klagomål som inkommit. Kontoret begär i bifogad handlingsplan få ta del av rutinen för synpunkts- och klagomålssystemet.
- Lex Sarah var känd hos både verksamhetschef samt personal.
- All legitimerad personal kände ej till Lex Sarah och Lex Maria vid uppföljningstillfället. Kontoret ser detta som anmärkningsvärt och förutsätter att detta omgående implementeras. Kontoret begär i bifogad handlingsplan få ta del hur och när dessa har implementerats hos berörd personal.

### **Informationsöverföring och dokumentation**

- Vid dokumentationsgranskning framkom brister inom den sociala dokumentationen och bedömningen blev att den sociala dokumentationen inte uppfyller krav utifrån 11 kap 5 § SoL och 21 a § LSS samt SOSFS 2006:5. Kontoret begär i bifogad handlingsplan en beskrivning på hur verksamheten kommer att arbeta för att komma tillrätta med de brister som framkom i dokumentationsgranskningen för att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.

### **Kontaktmannaskap**

- Kontorets uppfattning är att Seminariegatan fungerar inom området kontaktmannaskap och anser att kravet gällande rutiner för kontaktmannaskap ska finnas på verksamheten är uppfyllt.

### **Kultur och fritidsaktiviteter**

- Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att enheten uppfyller villkoren i avtalet i denna del. Kontoret ser dock som förbättringsområde att enheten ska kunna erbjuda kultur- och fritidsaktiviteter även helgkvällar och att enheten borde kunna sätta in extraresurser om behov finns.

### **Hälsa och rehabiliteringsbehov**

- Kontoret noterar att kontakten med sjuksköterska förefaller fungera bra.
- Kontoret bedömer att verksamheten ej uppfyller avtalet gällande arbetsterapeut och sjukgymnast. Kontoret begär i bifogad handlingsplan få en beskrivning hur verksamheten kommer att uppfylla avtalet gällande arbetsterapeut och sjukgymnast.
- Vid intervjutillfället framkom att teamträffar ej förekommer men att diskussioner om detta har förts på enheten. Kontoret ser att detta skulle gagna dem som bor på boendet och ser detta som ett utvecklingsområde på verksamheten.

#### **1.1 Krav på åtgärder**

Kontoret begär att verksamheten senast 8 augusti 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-d-omsorg@uppsala.se](mailto:halsa-var-d-omsorg@uppsala.se) och kommer då att diarieföras och registreras som offentlig handling.

## 2 Inledning

### 2.1 Bakgrund

Verksamheten drivs av Frösunda sedan oktober 2009 och kommer under hösten 2014 att upphandlas igen och för att få en bild av hur boendet fungerar har kontoret följt upp verksamheten inför den kommande upphandlingen.

### 2.2 Syfte och avgränsningar

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

Syftet med nämndens samlade uppföljning är att:

- Kontrollera avtalsuppfyllelse, och därmed kvaliteten i beställd verksamhet.
- Bidra till verksamhetsutveckling och kvalitetssäkring.
- Säkerställa att utveckling sker i enlighet med politiska beslut och viljeinriktningar.
- Säkerställa att den enskilde som beviljats insatser får dessa verkställda i enlighet med beslut och till förväntad kvalitet.

Resultatet av uppföljningen grundas på den information som framkommit vid samtal med de intervjuade och inlämnad statistik i tertial samt granskning av personalschema. Kontoret har därmed inte granskat samtliga av utförarens dokumenterade rutiner i verksamhetens ledningssystem för kvalitet och övriga dokument. Kontorets bedömning utgår således från den information som lämnats vid intervjutillfället och som återfinns i granskade dokument.

Kontoret har fokuserat på valda ska-krav men förutsätter att verksamheten följer samtliga krav i avtalet.

### 2.3 Metod

Uppföljningen genomfördes i form av intervjuer med verksamhetschef, boendeassistenter samt legitimerad personal på enheten. Intervjuerna hölls separat med respektive yrkeskategori. Dokumentstudier av personalschema har genomförts samt information från biståndshandläggare har inhämtats. Dokumentationsgranskning av journaler har genomförts som en del av avtalsuppföljningen.

### **3 Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser**

#### **3.1 Kontorets upplevelsekriterier**

Nämnden för hälsa och omsorgs (NHO) värdegrund är upplevelsekriterierna trygghet, ett respektfullt bemötande, delaktighet och inflytande samt oberoende. Dessa kriterier ska genomsyra den enskildes upplevelse av den tillhandahållna tjänsten.

##### **3.1.1 Iakttagelser**

Vid intervjutillfället framkom från medarbetare och ledning att Frösunda har egna värdeord och de är respekt, engagemang och nyfikenhet. Begreppet ”upplevelsekriterier” var ej känt hos medarbetarna samt ledningen men samtliga kunde förklara innebörden med orden och hur de diskuterar och arbetar utifrån dem. Flera praktiska exempel beskrevs hur de arbetar för att säkerställa att de boende ska kunna uppleva trygghet och oberoende samt att de alltid tänker på att de boende alltid ska få ett respektfullt bemötande. När det gäller delaktighet och inflytande berättade både medarbetarna och ledningen att de varje vecka har ”fredagsmöten” där brukarna är med och kommer med önskemål.

Vid intervju med legitimerad personal framkom att ingen av dem kände till nämndens upplevelsekriterier.

##### **3.1.2 Kontorets kommentarer och slutsatser**

Nämndens upplevelsekriterier var vid uppföljningstillfället ej förankrade i verksamheten. Dock kunde medarbetare och ledning förklara hur de arbetar utifrån orden. Kontoret begär i bifogad handlingsplan en beskrivning hur nämndens upplevelsekriterier ska förankras hos samtliga medarbetare.

#### **3.2 Samverkan**

##### **3.2.1 Iakttagelser**

Ledning och medarbetare uppgav vid intervjutillfället att de samverkar med olika enheter och personer som finns kring den enskilde. Bl.a. nämndes anhöriga, legala företrädare, daglig verksamhet, träffpunkter samt habiliteringen. Verksamheten har även kontakt med intresseorganisationen FUB (föreningen för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna) och går på deras danser.

Både ledning och medarbetare berättade att de har anhörigträffar två gånger per år och brukarmöten en gång per vecka.

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

Enligt gällande avtal ska samverkan med närstående och andra, för den enskilde viktiga personer ske utifrån den enskildes önskemål. Samverkan med andra producenter och ideella organisationer ska ske samt brukarråd och närståendemedverkan ska finnas. Med stöd av vad

som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att enheten uppfyller villkoren i avtalet i denna del.

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

#### **3.3.1 Iakttagelser**

På verksamheten finns en verksamhetschef som är utbildad socionom. Denne berättade att hon tidigare har arbetat som bl.a. kurator, socialsekreterare samt enhetschef.

Verksamhetschefen började vid verksamheten under september 2013 och medarbetarna berättade att det tidigare varit många olika chefer men att det nu känns stabilt med den nya verksamhetschefen. Både ledning och medarbetare uppgav att om verksamhetschefen är ledig får medarbetarna alltid information om vem som är uttalad ersättare.

Verksamhetschefen uppgav att det i verksamheten finns 4,69 årsarbetare fördelat på fem personer.

Medarbetarna berättade att på vardagarna arbetar de oftast ensamma på förmiddagen. På eftermiddagen efter 14.30 och kvällen är det oftast två personal. På helgerna är det två personal mellan 12.00 – 16.30, övrig tid arbetar de ensamma. På natten är det en person som har sovande jour. Personalen berättade att de hinner med det som ska göras men att de upplever en ökad arbetsbelastning och att de numera blir väckta ca tre gånger per vecka under nätterna. De framförde även att de gärna skulle önska en personal till på helgerna så att de skulle kunna göra aktiviteter med de boende andra tider än 12.00 – 16.30.

Medarbetarna berättade att fyra i personalgruppen har en utbildning. Utbildningar som nämndes var barnskötare, undersköterska, kock samt att en i personalgruppen som arbetar som undersköterska är utbildad sjuksköterska. En personal har ingen utbildning och denne är vikarie. Verksamhetschefen uppgav att krav vid nyanställning är personen måste ha en relevant utbildning för att få en fast anställning.

Personalen berättade att alla anställda har en kompetensutvecklingsplan och att verksamheten har fokuserat på utbildning inom demens då de ser ett behov av kompetenshöjning inom detta område på verksamheten. Samtliga intervjuade uppgav att all personal får ta del av de planerade utbildningarna. Handledning sätts in vid behov. Samtliga intervjuade berättade att tydliga rutiner för introduktion vid nyanställning finns.

När det gäller omvärldsbevakning berättade verksamhetschefen att det finns en kvalitetsavdelning inom Frösunda som bevakar vad som händer inom området men att även hon håller sig uppdaterad. Medarbetarna bekräftade detta samt uppgav att de också tar ansvar för att omvärldsbevaka inom området.

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

Kontoret ser att nuvarande verksamhetschef har relevant högskoleexamen i enlighet med gällande avtal.

Enligt gällande avtal ska personalbemanning finnas som säkerställer att den enskilde garanteras god och rättssäker vård och omsorg dygnet runt som framgår av lagarna. Med stöd av det som framkommit i intervjuerna samt efter schemagranskning anser kontoret att verksamheten uppfyller avtalet gällande bemanning i dagsläget. Dock bör verksamheten vara uppmärksam på den ökade arbetsbelastningen och enskildas önskemål och behov av stöd om personalbemanningen bör ändras.

Enligt gällande avtal ska personal finnas med sådan kompetens och erfarenhet att den kan tillgodose den enskildes behov av hälso- och sjukvård, omsorg, habilitering/rehabilitering och stöd. Kontoret ser att de flesta av medarbetarna har den kompetens som svarar upp mot dem som bor på boendet. Dock finns medarbetare som inte har någon utbildning inom området. Kontoret begär i bifogad handlingsplan en beskrivning av hur verksamheten säkrar upp att de medarbetare som inte har någon utbildning får den kompetens som behövs.

## **3.4 Avvikelse och klagomålshantering**

### **3.4.1 Iakttagelser**

Vid intervjutillfället framkom en samstämmig bild av rutin och arbetsätt med synpunkter, klagomål samt avvikelser. När det gäller synpunkter och klagomål finns blanketter på verksamheten för den som vill framföra en synpunkt. Det går även att framföra synpunkter muntligt och dessa skrivs sedan in i journalen. Återkoppling ges alltid så fort som möjligt till den enskilde. Personalen berättade att de tar upp de synpunkter som inkommit på APT. Det var dock oklart om det görs någon sammanställning över de synpunkter och klagomål som inkommit. Personalen berättade att de haft få synpunkter som kommit in till verksamheten och att de därför övat hur de ska göra.

Rutin för HSL-avvikelser finns och är känd i personalgruppen. Detta bekräftades vid intervju med legitimerad personal.

Vid intervjutillfället framkom från verksamhetschef samt personal att Lex- Sarah är känd. Verksamhetschefen uttryckte dock att det är viktigt att Lex Sarah gås igenom regelbundet på APT för att personalen ska påminnas om deras skyldigheter.

Vid intervju med legitimerad personal framkom att en av dem ej kände till varken Lex Sarah eller Lex Maria.

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

Vid verksamheten finns rutiner för avvikelshantering, synpunkter och klagomål och dessa förefaller vara implementerade i personalgruppen. Dock var det osäkert när det gäller



sammanställning av de synpunkter och klagomål som inkommit. Enligt SOSFS 2011:9 ska inkomna klagomål och synpunkter sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Kontoret begär i bifogad handlingsplan få ta del av rutinen för synpunkts- och klagomålssystemet.

Lex Sarah var känd hos både verksamhetschef samt personal. Dock kände inte all legitimerad personal till Lex Sarah och Lex Maria vid uppföljningstillfället. Kontoret ser detta som anmärkningsvärt och förutsätter att detta omgående implementeras. Kontoret begär i bifogad handlingsplan få ta del hur och när dessa har implementerats hos berörd personal.

### **3.5 Informationsöverföring och dokumentation**

#### **3.5.1 Iakttagelser**

Vid intervjutillfället framkom från samtliga intervjuade att rapporttid finns mellan arbetspassen. Både verksamhetschef samt medarbetare uppgav att rutinen för dokumentation är känd och personalen berättade att de fått utbildning i hur de ska dokumentera. Dokumentationen sker i Siebel.

Vid intervjutillfället berättade samtliga intervjuade att genomförandeplaner finns upprättade för samtliga boende vilket uppgavs alltid ske tillsammans med den enskilde och/eller legal företrädare. Verksamhetschefen berättade att genomförandeplanerna uppdateras var sjätte månad.

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

En dokumentationsgranskning genomfördes april 2014 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 genomförandeplan tydligare beskriva när stöd/hjälp ska utföras utifrån brukarens önskemål.
  - Att i löpande text tydliggöra på vilket sätt den enskilde/legal företrädare varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen.
  - Att förtydliga i löpande text på vilket sätt den enskilde/legal företrädare har utövat inflytande över det praktiska genomförandet av stödinsatsen.
  - Att dokumentera i löpande text vad som har uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för stöd/hjälp.
  - Att i löpande text dokumentera brukarens upplevelse av utförd stödinsats/aktivitet.
- Se bilaga.

Vid dokumentationsgranskningen framkom även att det fanns genomförandeplaner för samtliga brukare på Seminariegatan 9, vilket bekräftar det samtliga intervjuade uppgav vid intervjutillfället.

Verksamheten fick kort efter granskningen en skriftlig sammanställning där åtgärds punkter framgick. Kontoret begär i bifogad handlingsplan en beskrivning på hur verksamheten kommer att arbeta för att komma tillrätta med de brister som framkom i dokumentationsgranskningen för att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument.

### **3.6 Kontaktmannaskap**

#### **3.6.1 Iakttagelser**

Vid intervjutillfället framförde samtliga intervjuade att alla som bor på boendet har två kontaktmän. En som är ansvarig kontaktsman och en om den ordinarie är sjuk. Personalen berättade att de har kontaktsmannaskapskontrakt och att kontaktsmannen är ansvarig för att upprätta genomförandeplanen och se till att allt fungerar kring den boende. Samtliga intervjuade uppgav att rutiner kring kontaktsmannaskap finns och är implementerade på verksamheten.

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

Kontorets uppfattning är att Seminariegatan fungerar inom området kontaktsmannaskap och anser att kravet gällande rutiner för kontaktsmannaskap ska finnas på verksamheten är uppfyllt.

### **3.7 Kultur och fritidsaktiviteter**

#### **3.7.1 Iakttagelser**

Vid uppföljningstillfället framkom från medarbetarna att de enskilda på boendet har "egen tid" två gånger per vecka med personalen där de själva får välja vad de vill göra. Som exempel nämndes att de kan åka iväg och göra en aktivitet eller vara tillsammans med personal hemma i deras egen lägenhet och umgås. På helgerna är det gemensamma aktiviteter och då nämndes som exempel att det kan vara picknick, bio, åka till IKEA, gå på restaurang, spela spel etc. Personalen berättade även att de någon gång per år gör större utflykter och som exempel nämndes Furuvik samt hyra en stuga. Alla tackar inte ja till erbjudande om aktiviteter och personalen berättade att vissa på boendet gör saker själva. Personalen försöker motivera dem som inte vill delta i aktiviteter genom att komma med nya idéer och förslag. Personalen berättade att allt dokumenteras vare sig de boende deltar i aktiviteter eller ej. Vid intervjutillfället uppgav dock personalen att de boende får anpassa sig efter personalbemanningen och att det inte går att erbjuda aktiviteter på kvällarna på helgerna då det endast är en personal i tjänst då.

### 3.7.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Enligt avtal ska den enskilde få stöd till att ta del av kultur- och fritidsaktiviteter. Med stöd av vad som framkommit vid intervjuerna bedömer kontoret att enheten uppfyller villkoren i avtalet i denna del. Kontoret ser dock som förbättringsområde att enheten ska kunna erbjuda kultur- och fritidsaktiviteter även helgkvällar och att enheten borde kunna sätta in extraresurser om behov finns.

## 3.8 Hälsa och rehabiliteringsbehov

### 3.8.1 Iakttagelser

Verksamheten har avtal med Private Nursing när det gäller sjuksköterska på enheten dygnet runt. Sjuksköterskan uppgav vid intervjutillfället att hon är på verksamheten ca en gång per vecka samt att hon har tät telefonkontakt med personalen om hennes profession behövs. Detta bekräftades vid intervju med medarbetarna som berättade att det har bra kontakt med sjuksköterskan och att hon ofta är på enheten och alltid är tillgänglig på telefon och mail vid behov. Sjuksköterskan uppgav att hon träffat samtliga som bor på boendet.

Arbetsterapeut och sjukgymnast är anställda av Frösunda och berättade vid intervjutillfället att de har ansvar för 19 enheter i Uppsala. De är anställda på 20% och är i Uppsala varje fredag och åker då tillsammans till de verksamheter som ska besökas. Arbetsterapeuten arbetar övrig tid i Stockholm och sjukgymnasten har en annan anställning måndag-torsdag.

Arbetsterapeuten som varit anställd sedan januari 2014 berättade att hon besökt verksamheten vid två tillfällen för att lämna hjälpmedel men har inte träffat någon av de boende och sjukgymnasten som anställdes i april, en gång. Arbetsterapeuten och sjukgymnasten har inte hunnit göra några bedömningar på dem som bor på boendet och sa under intervjun att "tiden räcker inte till" men att det ska göras, dock fanns ingen tidsplan för detta. Både arbetsterapeut och sjukgymnast uppgav att det är svårt att hinna med bedömningar på samtliga boende och att de bara hinner med det viktigaste. De uttryckte "vi hade en planering att åka och träffa alla men det går inte, 20 % på 19 olika enheter, vi får inte ihop det". De upplever dessutom att en svårighet med att göra bedömningar är att många av kunderna som de har ansvar för är på daglig verksamhet på dagarna då de arbetar. Om det gäller att prova ut ett hjälpmedel kan de åka till daglig verksamhet för att träffa den enskilde. Både arbetsterapeut och sjukgymnast uppgav att de fått höra från Frösunda att de har fem dagar på sig att åka till verksamheten om personalen skulle behöva deras hjälp. Om de skulle behövas akut är det inte säkert att detta skulle gå och ordna men att de skulle försöka.

Arbetsterapeuten sa att hon upplever att personalen kontaktar henne när hon behövs på verksamheten. Sjukgymnasten däremot upplevde inte att personalen känner till när hennes insatser behövs. Personalen uppgav att de känner till när de ska ta kontakt med arbetsterapeuten och att det är när det gäller hjälpmedel. När det gäller insatser från sjukgymnast var de inte lika säkra och sade vid intervjutillfället att de kanske har en person som har behov av denna profession. De berättade även att det inte finns några skriftliga rutiner/urvalskriterier när det gäller att ta kontakt med legitimerad personal. Personalen sa att

de gärna skulle vilja ha mer kontakt med arbetsterapeut och sjukgymnast då många hjälpmedel finns på boendet och flera av personerna som bor där har ett stort stödbehov och vissa börjar försämrans.

Samtliga legitimerade uppgav att inga teamträffar förekommer där legitimerad personal och personal på boendet träffas och pratar om de boende för att få en helhetssyn utifrån olika professioner. Sjuksköterskan sa att det vore bra och att diskussioner om detta har förts.

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

Kontoret noterar att kontakten med sjuksköterska förefaller fungera bra. Vid uppföljningen framkom tydligt att arbetsterapeut och sjukgymnast inte hinner med de arbetsuppgifter som åligger dem. Inga bedömningar på dem som bor på boendet har gjorts och personalen berättade att inga skriftliga rutiner/urvalskriterier finns när det gäller att ta kontakt med dessa yrkeskategorier. Personalen uttryckte även att de har ett behov av samarbete med arbetsterapeut och sjukgymnast. Enligt gällande avtal ska insatser av arbetsterapeut och sjukgymnast tillgodoses. Enligt riktlinjer för hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering/habilitering ska utföraren tillse att arbetsterapeut och sjukgymnast ges mandat och förutsättningar att utöva den kommunala rollen. Kontoret ser inte att verksamheten har skapat förutsättningar för arbetsterapeuten och sjukgymnasten att utöva sina roller när de arbetar 20 % och har ansvar för 19 enheter. Kontoret anser även att det är anmärkningsvärt att verksamheten endast har dessa yrkeskategorier en dag i veckan då behovet kan finnas även övriga dagar. Kontoret bedömer att verksamheten ej uppfyller avtalet gällande arbetsterapeut och sjukgymnast. Kontoret begär i bifogad handlingsplan få en beskrivning hur verksamheten kommer att uppfylla avtalet gällande arbetsterapeut och sjukgymnast.

Vid intervjutillfället framkom att teamträffar ej förekommer men att diskussioner om detta har förts på enheten. Kontoret ser att detta skulle gagna dem som bor på boendet och ser detta som ett utvecklingsområde på verksamheten.

## **4 Kontorets avslutande kommentar**

Kontorets bedömning är att Seminariegatans gruppbostad är en fungerande verksamhet på många sätt. Dock har avvikelser mot förfrågningsunderlaget konstaterats i vissa delar av de uppföljda områdena vilket gör 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 2014-06-18



Charlotta Larsson  
Uppdragsstrateg



Mia Gustafsson  
Uppdragsstrateg

Handläggare  
Eva-Lena Tverå  
Mari Larsson

Datum 2014-04- 30

## **Granskning av social dokumentation vid Seminariegatan 9, 2014-04-22**

### **Bakgrund**

I samband med att avtalsuppföljning genomförs i verksamheten sker även en granskning av den sociala dokumentationen 2014-04-22.

### **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. Verksamhetschef ombads att inhämta samtycke från samtliga 5 brukare i gruppboenden. 4 brukare/legal företrädare har samtyckt till att HVK får ta del av personakt/journal. Granskning har genomförts i 4 akter/journaler.

### **Resultat**

#### **Samtycke**

- Samtyckesblankett underskriven av brukare/legal företrädare *finns*
- Anteckningar att brukare/legal företrädare lämnat samtycke till att HVK får ta del av personakt/journal *saknas* i samtliga journaler

#### **Genomförandeplan**

- Genomförandeplan *finns* för samtliga brukare.
- Upprättandedatum av planen *finns* i 3 planer *saknas* i 1 plan
- Uppföljnings/utvärderingsdatum *finns* i *samtliga* planer.
- Mål/delmål *finns* i 3 planer *saknas* i 1 plan.
- Hur brukaren önskar att hjälp/stöd ska utföras *finns* i 3 planer *saknas* i 1 plan.
- När stöd/hjälp ska utföras *saknas* i samtliga planer.
- Underskrift av den brukaren/legal företrädare *finns* i fyra planer.

### Journal

- Datum för upprättande av genomförandeplan *finns* i *samtliga* journaler då det med automatik framkommer i Siebel när en genomförandeplan upprättas.
- Hur brukaren varit delaktig i utformandet av innehållet i genomförandeplan *saknas* i samtliga journaler
- Uppföljning/utvärdering av genomförandeplan *finns* i 1 journal *saknas* i 3 journaler.
- Uppföljning/utvärdering av mål/delmål *saknas* i samtliga journaler
- Att personalen arbetar utifrån genomförandeplanen framgår *delvis* i journalerna.
- I dokumentationen ska det framgå ett fortlöpande resultat av genomförande av insatser utifrån beslut detta framgår *inte*.
- I en journal är flertalet anteckningar av HSL-karaktär

### Samverkan/Nätverk

Samverkan/kontakt inom och utanför verksamheten till exempel med godman, daglig verksamhet, närstående *framkommer*.

### Kommentar

I en journal fanns ett fåtal anteckningar, 22 anteckningar under en period av 13 månader.

I den löpande texten förekommer många förkortningar utan förklaring.

- Signeringslistor gällande utförda insatser tex städ, tvätt för brukaren noteras på en gemensam lista för samtliga brukare.
- Utförda aktiviteter tillsammans med brukaren noteras på en gemensam lista för samtliga brukare.

Listorna förvaras i en gemensam pärm. I pärmen förvaras även minnesanteckningar från personalmöten där åtgärder/förändring gällande olika brukares behov noterats i samma dokument.

### 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 i personakter/journaler bedöms *inte* uppfylla kraven utifrån 11 kap 5 § SoL och 21 a § LSS samt SOFS 2006:5.

**Åtgärds punkter**

- Att i genomförandeplan tydligare beskriva När stöd/hjälp ska utföras utifrån brukarens önskemål
- Att i löpande text tydliggöra på vilket sätt den enskilde/legal företrädare varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen.
- Att förtydliga i löpande text på vilket sätt den enskilde/legal företrädare har utövat inflytande över det praktiska genomförandet av stödinsatsen.
- Att dokumentera i löpande text vad som har uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för stöd/hjälp.
- Att i löpande text dokumentera brukarens upplevelse av utförd stödinsats/aktivitet.



Eva-Lena Tverå  
Biståndshandläggare



Mari Larsson  
Biståndshandläggare

*Sammanställningen har skickats till:*  
*Verksamhetschef Anita Falk*  
*Uppdragsstrateg Charlotta Larsson*





Handläggare  
Charlotta Larsson

Datum  
2014-07-01

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

Uppföljningsobjekt: Seminariegatan

Verksamhetschef: Anita Falk

Handlingsplan HVK tillhanda senast: 2014-08-25 (ändrat) enligt överenskommelse med Charlotta Larsson.

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, Stationsgatan 12.

Handlingsplanen ska skickas i wordformat med e-post till [halsa-var-d-omsorg@uppsala.se](mailto: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: Seminariegatan

| Område (se rapport)  | Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)   | Ansvarig    | Tidplan           | Uppföljning/Egenkontroll | Godkänd                             |                          | Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar |
|--|--|-------------|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---|
|  |  |             |                   |                          | Ja                                  | Nej                      |   |
| <p><b>Kontorets upplevelsekriterier:</b></p> <p>Beskriv hur nämndens upplevelsekriterier ska förankras hos samtliga medarbetare.</p> | <p>Trygghet – Kund får en god omvårdnad/stöd, genom att personalen använder, genomförande planen som ett verktyg i vardagen, regelbundet alla dagar under året. Att kund får se/prata kring genomförandeplanen regelbundet tillsammans med personal. Kontinuitet för kund i vardagen med samma rutiner. Det inger förtroende samt struktur i livet. Genom kontinuitet i vardagen vet kunden vad som skall hända under dagen.</p> <p><input type="checkbox"/> Oberoende – utveckling för kund, tillgänglighet samt valmöjlighet. Det skapas genom -Att personal arbetar vidare med delmål i genomförande planen och genom det utöka självständigheten för kund. Att personal följer upp</p> | VC/Personal | September-Oktober | Varje APT                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |

| Område (se rapport) | Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)  | Ansvarig | Tidplan | Uppföljning/Egenkontroll | Godkänd |     | Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar |
|---------------------|---|----------|---------|--------------------------|---------|-----|---|
|                     |   |          |         |                          | Ja      | Nej |   |
|                     | <p>delmålen i genomförande planen regelbundet med kund.</p> <p><input type="checkbox"/> Respektfullt bemötande – integritet, allas lika värde samt förhållningssätt<br/>Personalen arbetar alltid med ett gott bemötande oavsett vilket sinnesstämning kund har.<br/>Personal erbjuds handledningsstöd vid behov. Personal har under maj månad gått utbildning i demens och bemötande.</p> <p><input type="checkbox"/> Delaktighet och inflytande – brukarmedverkan, påverkansmöjlighet, kommunikation,<br/>Anhöriga och godemän är alltid välkommen att delta i vardagen. VC skriver ett höstbrev till anhöriga och kund vad som händer under hösten på enheten.<br/>Inför större evenemang.<br/>Personal har regelbundet boendemöten med kunderna en gång i veckan.</p> |          |         |                          |         |     |   |

| Område (se rapport)   | Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)  | Ansvarig   | Tidplan     | Uppföljning/Egenkontroll | Godkänd                             |                          | Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar |
|---|---|--|-------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---|
|   |   |  |             |                          | Ja                                  | Nej                      |   |
|   | På mötet ges tillfällen för kund att uttrycka önskemål, förbättringar, idéer samt förslag   |  |             |                          |                                     |                          |   |
| <p><b>Personal, bemanning, handledning och kompetensutveckling:</b></p> <p>Beskriv hur verksamheten säkrar upp att de medarbetare som inte har någon utbildning får den kompetens som behövs.</p> | <p>Medarbetare har gått en kurs i demens och bemötande i maj.<br/>HLR utbildning<br/>Basala hygienrutiner<br/>BPSD-beteende-mässiga och psykiska symtom vid demens<br/>Demens ABC<br/>Grundläggande livsmedelshygien<br/>Siebel utbildning<br/>Utbildning i samtals färdigheter.<br/>Handledning till personal gällande bemötande av begynnande demens.<br/>Bemanning formas efter behov på helgerna och hur kunderna är hemma.</p> | <p>VC/Medarbetare<br/>Frösunda akademien håller i kurserna.<br/>Utbildningsplan på medarbetare beroende på vilka förkunskaper som finns.<br/><br/>Bemannas av personal/VC.</p> | Hösten 2014 | Varje APT                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| <p><b>Avvikelse och klagomål:</b></p> <p>Kontoret begär få ta del av rutinen för synpunkts- och klagomålssystemet (kan bifogas separat).</p>  | <p>Bifogar Frösundas rutin om kunders och närståendes synpunkter och klagomål.<br/>Bifogar även blankett synpunkter, klagomål, idéer eller beröm. Rutin</p>   | VC/Medarbet/Kunder   | Hösten 2014 | Varje APT                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |

| Område (se rapport)   | Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)   | Ansvarig                               | Tidplan                       | Uppföljning/Egenkontroll                    | Godkänd                             |                          | Ev krav på ytterligare åtgärd/kommentar |
|---|--|--|-------------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------|---|
|   |  |  |                               |   | Ja                                  | Nej                      |   |
|   | kundombudsmannen.<br>Hänvisar till dessa separat.  |  |                               |   |                                     |                          |   |
| <b>Avvikelser och klagomål:</b><br><br>Beskriv hur och när Lex Sarah och Lex Maria har implementerats hos berörd legitimerad personal.  | Ny arbetsterapeut och sjukgymnast börjar den 1 september. Gå igenom rutiner med legitimerad personal.<br>Utbildning.   | Regionchef/<br>Verksamhetschef/<br>MAS | September-<br>oktober<br>2014 | Regelbundna möten med legitimerad personal. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| <b>Informationsöverföring och dokumentation:</b><br><br>Beskriv hur verksamheten kommer att arbeta för att komma tillrätta med de brister som framkom i dokumentationsgranskningen för att säkerställa att dokumentationen håller kvalitet enligt lagar och styrdokument. | Genomförande planen följs upp regelbundet var 6:e månad tillsammans kund/godeman och efter kundens samtycke med anhörig.<br>I genomförandeplanen noteras kundens behov av stöd och service, hur och när det skall ske samt på vilket sätt kunden vill bli bemött i de olika momenten.<br>Vidare noteras på vilket sätt den enskilde kunnat utöva sitt inflytande och varit delaktig vid genomförandeplanens upprättande. Samtycke för informationsöverföring noteras också.<br>Vid uppföljning utvärdera på vilket sätt kunden varit | Verksamhetschef<br>/Medarbetare.       | September/<br>oktober         | Varje APT                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |

