

Handläggare  
Sirpa Kramsu  
Eva Erikson

Datum  
2013-03-19

Diarienummer  
NHO-2012-0083.31

Nämnden för hälsa och omsorg

## **Avtalsuppföljning vid Sunnersta HVB, hem för vård och boende samt korttidsboende**

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 2012-05-31 och 2012-08-29 vid Sunnersta HVB. Dokumentationsgranskning genomfördes 2012-05-28.

Sunnersta HVB drivs av Omsorgshuset AB. 2010 vann verksamheten upphandlingen enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) 10 kap 2 §. Sunnersta HVB är ett hem för vård eller boende (HVB) samt ett hem för annan heldygnsvård. Verksamheten har tillstånd från Socialstyrelsen för 9 HVB platser och 4 korttidsplatser. Majoriteten av brukarna har diagnosen schizofreni i samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser. 12 män bor på enheten varav 4 från Uppsala.

Kontorets bedömning är att det förelåg brister i förhållande till avtalet gällande

- Nämndens upplevelsekriterier
- Hälso- och sjukvård samt rehabiliteringsbehov
- Personal, bemanning och kompetensutveckling
- Informationsöverföring, dokumentation och genomförandeplaner

HVK begärde in handlingsplan där verksamheten redogör hur brister i verksamheten kommer att åtgärdas.

Handlingsplan inkom 2013-03-15 och godkändes av HVK.

Inga-Lill Björklund  
Direktör



Handläggare  
Sirpa Kramsu  
Eva Erikson

Datum  
2013-02-18

Diarienummer  
NHO-2012-0083.31

## Avtalsuppföljning vid Sunnersta HVB

### Beskrivning av den uppföljda verksamheten

Utförare och enhet	Omsorgshuset AB, Sunnersta HVB
Adress	Konvaljevägen 10A
Föreståndare/verksamhetschef	Fredrik Karlsson
Vice föreståndare	Ulf Samuelsson
Tfn och mejladress	018-32 10 69
Uppföljning utförd av	Sirpa Kramsu och Eva Eriksson, uppdragsstrateger
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Föreståndare, vice föreståndare och personal
Totalt antal boende	13
Typ av verksamhet	Hem för vård och boende samt korttidsboende.
Avtal	Ramavtal avseende HVB enligt 7 kap 1 § 3 och SoL-boende 7 kap 1 § 2.
Avtalstid	2010-07-01—2013-06-30
Datum för uppföljning	2012-05-31 och 2012-08-29

Sunnersta HVB drivs av Omsorgshuset AB. 2010 vann verksamheten upphandlingen enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) 10 kap 2 §.

Sunnersta HVB är ett hem för vård eller boende (HVB) samt ett hem för annan heldygnsvård. Verksamheten har tillstånd från Socialstyrelsen för 9 HVB platser och 4 korttidsplatser. Målgruppen är vuxna personer med psykiska funktionsnedsättningar. Föreståndaren är godkänd av Socialstyrelsen.

Majoriteten av brukarna har diagnosen schizofreni i samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser. 12 män bor på enheten varav 4 från Uppsala. En person har bott på enheten under 25 år. Tanken är att ingen ska bo längre än 3 år och verksamheten har därför upprättat handlingsplaner för dem som bott längre än 3 år.

## **Sammanfattning**

Sunnersta HVB drivs av Omsorgshuset AB som 2010 vann upphandlingen enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) 10 kap 2 §. Kontoret för hälsa, vård och omsorg (HVK) genomförde en planerad avtalsuppföljning vid enheten där intervjuer, dokumentstudier och journalgranskning var de metoder som användes.

### **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.

#### **Nämnden för hälsa och omsorgs (NHO) upplevelsekriterier**

Kontoret får en oklar bild om nämndens upplevelsekriterier är förankrade i verksamhetens dagliga arbete. De klagomål som inkommit till HVK påvisar att verksamheten inte alltid utgår från den enskildes individuella behov.

Kontoret begär i den bifogade handlingsplan en redogörelse för hur verksamheten implementerar upplevelsekriterierna och hur verksamheten kommer att arbeta för att säkerställa att nämndens upplevelsekriterier följs.

#### **Samverkan**

Med stöd av vad som framkommit vid avtalsuppföljningen bedömer kontoret att verksamheten uppfyller ska kraven inom detta område.

#### **Kultur och fritidsaktiviteter**

Kontoret har förståelse för svårigheten att motivera den enskilde till kultur- och fritidsaktiviteter, då passivitet kan ingå som en del i målgruppens problematik. Kontoret bedömer att det är av största vikt att verksamheten aktivt arbetar för att motivera brukarna och för att hitta lösningar både individuellt och i grupp.

#### **Hälsa- och sjukvård och rehabiliteringsbehov**

Med stöd av vad som framkommit vid avtalsuppföljningen samt den genomförda journalgranskningen (2012-05-28) bedömer kontoret att verksamheten inte uppfyller villkoren i avtalet.

Kontoret begär i den bifogade handlingsplan en redogörelse för vilka åtgärder verksamheten kommer att vidta för att säkerställa att villkoren i avtalet följs

- Sjuksköterska – ska tillgodoses dygnet runt.
- Läkarkontakterna – säkerställa ansvar och rutiner.
- Behov av insatser från arbetsterapeut och sjukgymnast ska tillgodoses.
- Beslut om egenvård – i dokumentationen ska det framgå att beslut är fattat av läkare

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

Kontoret konstaterar att på verksamheten förekommer ensamarbete både vardagkvällar och helger.

Kontoret begär i den bifogade handlingsplan en redogörelse för på vilket sätt verksamheten arbetar för att de enskilda garanteras en god och rättssäker vård och omsorg dygnet runt.

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

Med stöd av vad som framkommit vid avtalsuppföljningen bedömer kontoret att verksamheten uppfyller ska kraven inom detta område.

#### **Informationsöverföring, dokumentation och genomförandeplaner**

Kontoret konstaterar att de intervjuade gav motstridiga uppgifter om utbildning i social dokumentation erbjudits till personalen.

Med stöd av vad som framkommit vid avtalsuppföljningen samt den genomförda dokumentationsgranskningen (2012-05-28) bedömer kontoret att verksamheten inte fullt ut uppfyller villkoren i avtalet.

Kontoret begär i den bifogade handlingsplan en redogörelse för vilka åtgärder verksamheten kommer att vidta för att rätta till brister i boendeassistenternas dokumentation och sjuksköterskans journaler.

#### **Kontaktmannaskap**

Med stöd av vad som framkommit vid avtalsuppföljningen bedömer kontoret att verksamheten uppfyller ska kraven inom detta område.

Se vidare under respektive område i rapporten.

### **1.2. Krav på åtgärder**

Kontoret begär att Sunnersta HVB senast 15 mars 2013 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). Handlingsplanen kommer att diarieföras och registreras som offentlig handling.

## **2. Inledning**

### **2.1 Bakgrund**

Sunnersta HVB drivs av Omsorgshuset AB som 2010 vann upphandlingen enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) 10 kap 2 §. Avtalsperiod 2010-07-01—2013-06-30.

### **2.2 Syfte och avgränsningar**

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

### **2.3 Metod**

- Intervjuer med föreståndare, vice föreståndare/sjuksköterska och personal  
Intervjuerna med ledning och personal, hölls separat.
- Dokument studier av bl.a. rutiner för klagomåls- och avvikelshantering
- Dokumentationsgranskning av journaler SoL och HSL
- Genomgång av synpunkter/klagomål som inkommit till HVK

### **2.4 Närvarande och genomförande**

Uppföljningen genomfördes med ledning 31 maj 2012 och med personal 29 augusti 2012.

Närvarande från utföraren: föreståndare/verksamhetschef Fredrik Karlsson, vice föreståndare/sjuksköterska Ulf Samuelsson samt 2 medarbetare.

Närvarande från kontoret: uppdragsstrategerna Sirpa Kramsu och Eva Erikson.

### 3 Kontorets iakttagelser, kommentarer och slutsatser

#### 3.1 Upplevelsekriterier och inflytande för den enskilde

##### 3.1.1 Iakttagelser

*Nämnden har antagit upplevelsekriterierna trygghet, oberoende, respektfullt bemötande och delaktighet och inflytande. Dessa ska genomsyra all verksamhet som bedrivs på uppdrag av Nämnden för hälsa och omsorg (NHO).*

Vid intervjutillfället framkom att personalen inte kände till upplevelsekriterierna. De menade att de ingår i deras förhållningssätt att vara respektfull, att arbeta med veckoschema för aktiviteter och att genomföra det som föreslås. Ledningen beskriver hur verksamheten arbetar med upplevelsekriterierna.

- *Trygghet* - verksamheten har tydliga rutiner och alla aktiviteter är schemalagda och tidsbestämda och nämner måltider som exempel. Vidare sköter personalen kontakter med bl.a. god man och myndigheter. De utgår från den enskildes vilja och stöttar inom de områden där det behövs.
- *Respektfullt bemötande* - verksamhetens grundidé är att aldrig höja rösten eller vara nedlåtande. Personalen pratar aldrig med en kund inför övriga boenden och absolut inte om tredje part.
- *Delaktighet och inflytande* - veckomöten (husmöte) med de boende och kontaktmännen.
- *Oberoende* - personalens ambition är att fokusera på de enskildas behov genom motivering, uppmuntrande och förstärkning av ett positivt beteende.

Klagomål har inkommit till HVK via brev och telefonsamtal. De inkomna klagomålen gäller närvaro/tidsbrist hos personalen, bristande flexibilitet med måltider, små portioner, inte näringsriktiga måltider, bristande omhändertagande, avsaknad av fritidsaktiviteter. Vidare beskrivs brister i den individuella planeringen, vilket påverkar stödets utformning negativt och bristande städning. Biståndshandläggaren på sektionen för LSS och socialpsykiatri bekräftar att dessa brister framkom vid individuppföljningar.

##### 3.1.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret får en oklar bild om nämndens upplevelsekriterier är förankrade i verksamhetens dagliga arbete. De klagomål som inkommit till HVK påvisar att verksamheten inte alltid utgår från den enskildes individuella behov.

Kontoret begär i den bifogade handlingsplan en redogörelse för hur verksamheten implementerar upplevelsekriterierna och hur verksamheten kommer att arbeta för att säkerställa att nämndens upplevelsekriterier följs.

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

Vid intervjun säger ledningen "när vi jämför oss med andra HVB hem så har vi stor variation av aktiviteter". Ledningen kan se att det arbete som görs på Sunnersta HVB har lett till att de boende har utvecklat sina förmågor och har kunnat flytta vidare till andra kommunala

boenden eller till andra mer öppna boendeformer. De boende stannar kortare tid jämfört med tidigare. Enligt ledningen är det svårt att se/utveckla framsteg hos de som har bott under långtid (flera år) på Sunnersta HVB.

Ledningen anser att de förbättringsområden som finns är:

- större variation i aktivitetsutbudet till de boende
- utbildning till personalen bl.a. bättre teoretisk kunskap inom Kognitiv beteendeterapi (KBT), Hjärt och lungräddning samt steg ett i Omsorgshusets generella utbildningspaket som innehåller t.ex. SoL dokumentation, bemötande mm.

Ett förbättringsområde som personalen framhåller är möjlighet till mera vidareutbildning inom t.ex. KBT och psykodynamiskt arbetssätt.

Personalen anser att gruppen är bra, de trivs ihop och det finns tillräcklig bemanning. De säger också att ”det är någonting med gubbarna, det känns som att komma hem, vi känner mycket för dem som bott länge här på Sunnersta HVB”.

### **3.3 Samverkan**

#### **3.3.1 Iakttagelser**

Ledningen uppger att verksamheten har tät dialog med biståndshandläggare angående de boendes framsteg och planering. Varje halvår sker en vårdplanering (individuellt samtal för planering med biståndshandläggaren), ibland deltar även närstående vid dessa samtal. Vidare sker kontakt med vårdcentralen och med närstående om de enskilda vill det. Ledningen anser också att det är problematiskt när de boende ibland saknar biståndsbeslut. Dessutom har de erfarenhet att biståndshandläggarna ofta byts ut och de saknar därmed den enskildes historik, vilket försvårar planeringen.

Personalen uppger att det oftast är kontaktpersonen som ombesörjer kontakten med biståndshandläggare, vårdcentral och närstående. Varje kontaktperson har ansvar för en till tre personer, beroende på andra ansvarsområden (fastighet, miljö, brand, bemanning/schema etc.). Personalen uppger också att planering enligt Samordnad individuell plan (SIP) inte förekommer i dagsläget. HVK informerade om innehållet i SOSFS 2008:20.

De intervjuade uppger att anhörigträffar anordnas en gång per år samt att samverkan också sker med brukarorganisationer, träffpunkterna, Grottan och Lusthuset. Både ledning och personal har ansvar för att föreslå aktiviteter inom den ideella- och kulturella sektorn. Verksamheten arbetar ständigt med att tillgodose önskemål från de enskilda som framkommer.

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

*Enligt gällande avtal ska verksamheten samverka med närstående utifrån den enskildes önskemål samt att samverkan med andra huvudmän, producenter och ideella organisationer ska ske.*

Med stöd av vad som framkommit vid avtalsuppföljningen bedömer kontoret att verksamheten uppfyller ska kraven inom detta område.



### 3.4 Kultur- och fritidsaktiviteter

#### 3.4.1 Iakttagelser

Verksamhetschefen anser att aktivitetsutbudet är något begränsat och ser detta som ett förbättringsområde (se sidan 6). Många av de boende är passiva och det är svårt att få med dem på aktiviteter. Personalen har diskuterat problematiken på handledning för att hitta lösningar.

Gruppaktiviteter som nämns är bl.a. några dagars rekreationsresa till Omsorgshusets gård Vallmotorp i Södermanland. För de deltagande hade det varit en positiv upplevelse.

Individanpassade aktiviteter som genomförs är bl.a. drejning, musik, måleri.

Verksamheten har också samarbete med enheten i Odensala för gemensamma aktiviteter.

#### 3.4.2 Kontorets kommentarer och slutsatser

Kontoret har förståelse för svårigheten att motivera den enskilde till kultur- och fritidsaktiviteter, då passivitet kan ingå som en del i målgruppens problematik. Kontoret bedömer att det är av största vikt att verksamheten aktivt arbetar för att motivera brukarna och för att hitta lösningar både individuellt och i grupp.

### 3.5 Hälso- och sjukvård och rehabiliteringsbehov

#### 3.5.1 Iakttagelser

Verksamheten har tillgång till sjuksköterska klockan 7,00-16,00 på vardagar. Av den tiden är sjuksköterskan, som har delad tjänst, på plats endast halva tiden. Resterande tid har verksamheten tillgång till sjuksköterska från annan enhet (Odensala).

Sjuksköterskan är också biträdande verksamhetschef samt att han även är verksamhetschef för hälso- och sjukvård.

Vid behov av sjuksköterska under kvällar, nätter och helger kontaktar verksamheten Sjukvårdsrådgivningen. Verksamhetschefen säger vid intervjun att han är medveten om att ska-kravet – *att tillgodose sjuksköterskeinsatser dygnet runt* – inte uppfylls.

Verksamhetschefen har påtalat detta till Omsorgshusets ledning utan resultat.

De intervjuade uppger att verksamheten har tillgång till arbetsterapeut och sjukgymnast via Omsorgshusets hemvård i Älvsjö, Stockholm. Dessa har inte kontaktats enligt samtliga intervjuade p.g.a. att de inte identifierat några behov.

Majoriteten av brukarna är folkbokförda i Stockholm vilket medfört svårigheter att lista dem hos husläkare i Uppsala. Några av brukarna är självständig i kontakten med sjukvården för sina somatiska besvär. Läkare, från Norrtälje, besöker verksamheten en gång i månad. För de brukare som har kontakt med öppenvårdsteam inom landstinget är det vanligt att teamets läkare är patientansvarig läkare (PAL).

Några av boende har beslut om egenvård men det framkommer inte vem som har tagit beslutet. Sjuksköterskan tar ut Apo-dos och har kontakt med läkare.

Verksamheten har dokumenterade rutiner för delegering. Genomgång av dessa ingår i introduktionen vid nyanställning. Exempel på delegerade uppgifter kan vara hantering av dosdispenserade läkemedel som Apo-doser, vid behovsläkemedel och ögondroppar.

Alla boende utom en har tandvårdsintyg för subventionerad tandvård.

I verksamheten finns rutiner för bl.a. basala hygien och läkemedelshantering.

Verksamheten har fasta tider för frukost, lunch och middag som tillagas från halvfabrikat och måltiderna serveras i en gemensam matsal.

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

Med stöd av vad som framkommit vid avtalsuppföljningen samt den genomförda journalgranskningen (2012-05-28) bedömer kontoret att verksamheten inte uppfyller villkoren i avtalet.

Kontoret begär i den bifogade handlingsplan en redogörelse för vilka åtgärder verksamheten kommer att vidta för att säkerställa att villkoren i avtalet följs.

- Sjuksköterska – ska tillgodoses dygnet runt
- Läkarkontaktorna – säkerställa ansvar och rutiner
- Behov av insatser från arbetsterapeut och sjukgymnast ska tillgodoses
- Beslut om egenvård – i dokumentationen ska det framgå att beslut är fattat av läkare

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

### **3.6.1 Iakttagelser**

I verksamheten finns verksamhetschef med relevant examen samt en namngiven ersättare för denne. Befintlig personal har varierande utbildningar bl.a. behandlingsassistent, mentalskötare, en med pågående utbildning till psykolog.

Vid intervjutillfället har verksamheten 7 tillsvidare anställda (inkl 50 % verksamhetschef och 50 % sjuksköterska) samt tre timvikarier.

#### Schemalagd bemanning på enheten:

##### Vardagar

06.00-16.00 3- 6 personal (inkl 50% verksamhetschef och 50% sjuksköterska)

16.00- 23.00 + 23.00- 06.00 (sovande jour) 1 personal

##### Helger

06.00- 16.00 1 personal

16.00- 23.00 + 23.00- 06.00 (sovande jour) 1 personal

På natten finns bakjour som kan kontaktas vid akuta situationer. Skriftlig rutin för detta finns. Vid aktiviteter på helger har verksamheten möjlighet att ta in mer personal.

Personalen har också specifika ansvarsområden t.ex. fastighets-, bil-, mat-, miljöansvar. All personal har en individuell kompetensutvecklingsplan, de har fått utbildning i SoL dokumentation och de har också möjlighet att gå på Sesam- föreläsningar. En gång i månad har de KBT handledning som inkluderar utbildning i metoden kopplat till händelser på enheten.

Verksamheten har APT möten var fjärde vecka, dessa möten dokumenteras. Dagordning finns uppsatt för möjligheten att fylla på med frågor till mötet.

Ledningen berättar att omvärldsbevakning sker via prenumeration av facktidskrift, kontakt med Mittuniversitet och information från huvudkontoret. Personalen anser att handledaren är deras omvärldsbevakare och att verksamhetschefen delger dem nyheter från forskning som rör deras målgrupp.

Verksamhetschefen uppger att verksamheten har rutiner för kvalitetsutveckling.

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

*Enligt gällande avtal ska det finnas en personalbemanning som säkerställer att den enskilde garanteras en god och rättssäker vård och omsorg dygnet runt.*

Kontoret konstaterar att på verksamheten förekommer ensamarbete både vardagkvällar och helger.

Kontoret begär i den bifogade handlingsplan en redogörelse för på vilket sätt verksamheten arbetar för att de enskilde garanteras en god och rättssäker vård och omsorg dygnet runt.

## **3.7 Klagomåls- och avvikelshantering**

### **3.7.1 Iakttagelser**

Samtliga intervjuade uppger att synpunkter och klagomål kan lämnas både skriftligt i en postlåda och muntligt. De muntliga skrivs ned av mottagaren och återkoppling sker. Enheten har implementerade rutiner samt tre separata blanketter för klagomål, synpunkter och avvikelser. Sammanställning och uppföljning görs årligen. Sjuksköterskan rapporterar var tredje månad till MAS. Vid allvarliga händelser kontaktas MAS samma dag. Sjuksköterskan tar upp händelser/avvikelser på APT för fortsatt arbete.

Ledning och personal tillämpar rutinerna för Lex Sarah och känner till anmälnings- och rapporteringsskyldigheten.

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

*Enligt gällande avtal ska det finnas dokumenterade rutiner för synpunkts- och klagomålshantering där det tydligt framgår till vem den enskilde ska vända sig för att på ett enkelt sätt lämna synpunkter på verksamheten.*

*Utföraren ska ha dokumenterade rutiner för avvikelshantering, Lex Maria anmälan och Lex Sarah anmälan.*

Med stöd av vad som framkommit vid avtalsuppföljningen bedömer kontoret att verksamheten uppfyller ska kraven inom detta område.

### **3.8 Informationsöverföring, dokumentation och genomförandeplaner**

#### **3.8.1 Iakttagelser**

De intervjuade berättar att före/efter varje arbetspass finns avsatt tid (15 minuter) för muntlig överrapportering. Lite längre tid finns för rapport efter frukost för att planera dagen. På enheten finns checklista för det som ska tas upp vid rapportering. Alla har eget ansvar för att läsa i dagboken där det finns hänvisning till de enskildes journaler som det finns nya anteckningar i.

Ledningen säger att rutin för dokumentation är känd men menar att de kan bli bättre på ”den röda tråden”- att kunna följa beställning till genomförandeplan till löpande anteckningar. Berättar också att en brukare inte deltar i några aktiviteter och då finns inget att dokumentera.

Personalen uppger att de inte har fått någon utbildning i social dokumentation.

Vid intervjun framkommer att verksamheten har aktuella biståndsbeslut och beställningar.

Kontaktpersonen har ansvar för att upprätta genomförandeplan tillsammans med den enskilde. De intervjuade säger att de utgår från beställningen för att se vilka problemområden som finns och hur arbetet ska genomföras för att den enskilde ska ges rätt stöd och största möjliga inflytande i sin vardag.

Ledningen säger också att de tänker på integriteten, om någon nekar till stöd är personalen observant på vilka problem det är och vilka åtgärder måste tas t.ex. om någon vägra att ta medicin – då tas kontakt med läkaren.

I rapporten från dokumentationsgranskning (2012-05-28) kan man läsa följande: ” Hur kunden utövat inflytande och självbestämmande avseende planering och utförande framkom inte i dokumentationen. En individuell planering utifrån kundens behov kunde inte följas i den löpande texten.”

Rapport från dokumentationsgranskning visar brister i boendeassistenternas dokumentation samt sjuksköterskans journaler, någon arbetsterapeut och/eller sjukgymnastjournal fanns inte att granska. Se bilaga, rapport från dokumentationsgranskning.

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

*Dokumentation av verksamheten och de insatser som ges till den enskilde är en nödvändighet för att uppföljning ska kunna göras. Rutiner ska beskriva hur dokumentation av verkställd insats sker, hur handlingar förvaras och vem som ansvarar för att insatserna dokumenteras. Dokumentation ska föras för insatser enligt SoL, LSS och HSL och annan relevant lagstiftning.*

Kontoret konstaterar att de intervjuade gav motstridiga uppgifter om utbildning i social dokumentation erbjudits till personalen.

Med stöd av vad som framkommit vid avtalsuppföljningen samt den genomförda dokumentationsgranskningen (2012-05-28) bedömer kontoret att verksamheten inte fullt ut uppfyller villkoren i avtalet.

Kontoret begär i den bifogade handlingsplan en redogörelse för vilka åtgärder verksamheten kommer att vidta för att rätta till brister i boendeassistenternas dokumentation och sjuksköterskans journaler.

### **3.9 Kontaktmannaskap**

#### **3.9.1 Iakttagelser**

Verksamheten har en checklista för information (första dagen/veckan/månaden) till de boende vid inflyttning bl.a.om vem som är dennes kontaktman, regler och rutiner. Verksamheten har dokumenterade rutiner för kontaktmannaskap och möjlighet ges till byte av kontaktman.

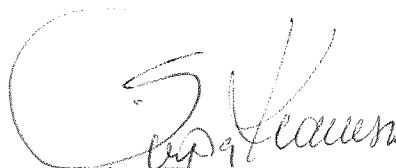
#### **3.9.2 Kontorets kommentarer och slutsatser**

Med stöd av vad som framkommit vid avtalsuppföljningen bedömer kontoret att verksamheten uppfyller ska kraven inom detta område.

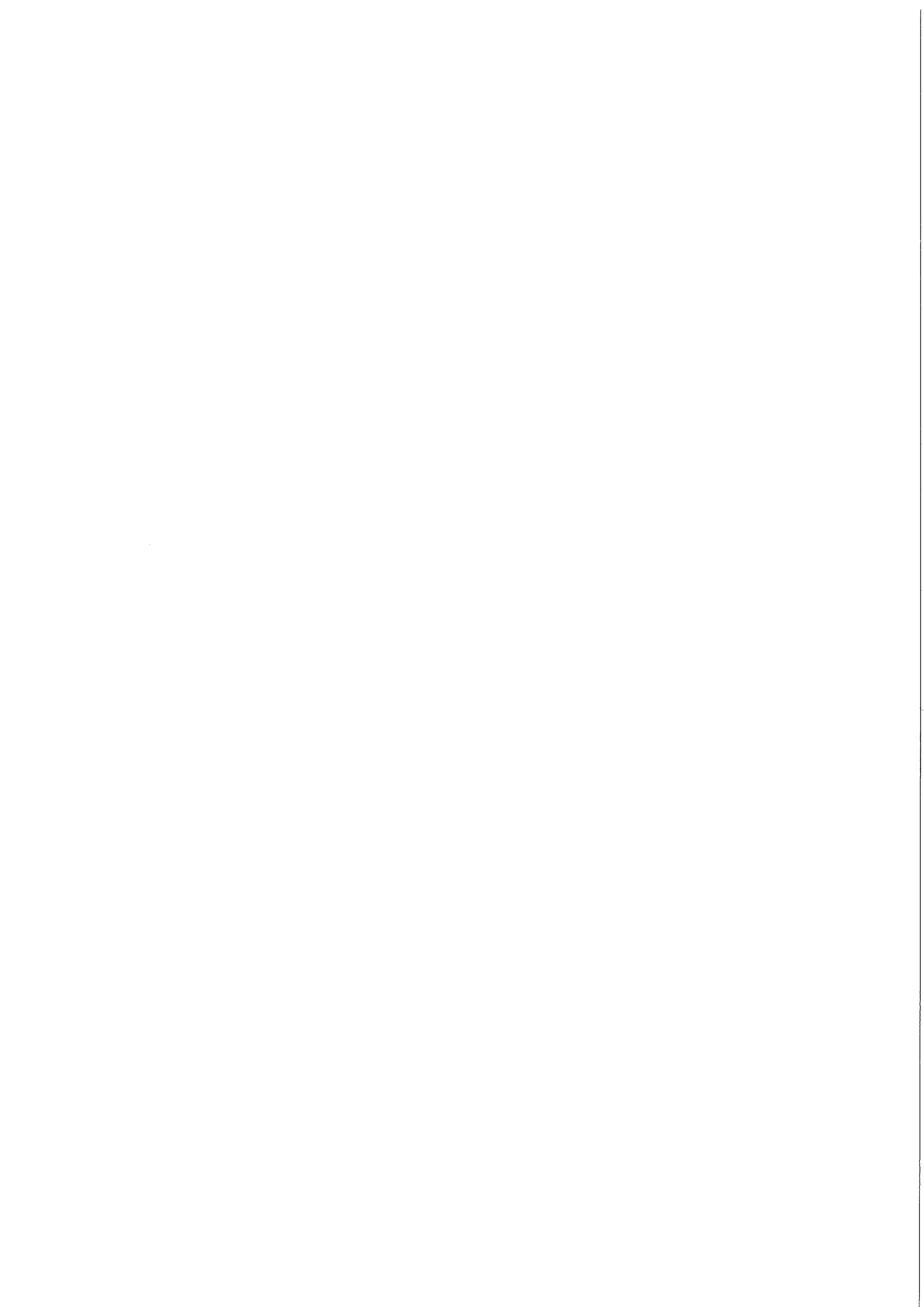
Uppsala 2013-02-18



Karina Bodin  
tf avdelningschef



Sirpa Kramsu  
Uppdragsstrateg



Datum 2012-06-01

**Rapport från dokumentationsgranskning vid Sunnersta HVB Hem 2012-05-28****Sammanfattning**

I sjuksköterskans journaler saknades det status. I löpande text framkom främst vilka problem och åtgärder som var vidtagna. Någon sammanhållen vårdprocess kunde inte följas då resultat, uppföljning och utvärdering saknades. Någon samverkan med boendeassistenterna kunde inte ses i dokumentationen.

I boendeassistenternas dokumentation saknades det fortlöpande resultat av genomförande av beslut. Samverkan med sjuksköterskan kunde inte ses i dokumentationen.

**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 process, problem ska identifieras, åtgärd, resultat, uppföljning och utvärdering ska beskrivas. Innehållet i dokumentationen ska beskriva en 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 alla professioner i teamet samverkar, vilket bör framgå i samtliga professioners dokumentation runt den enskilde

**Syfte**

Som en del i avtalsuppföljning genomfördes dokumentationsgranskning vid Sunnersta HVB Hem. Syftet med granskningen var att se om dokumentationen utförs utifrån gällande riktlinjer, lagstiftning och avtal.

**Metod**

Sjuksköterskans och boendeassistenternas dokumentation granskades på de fyra kunder som tillhörde Uppsala kommun vid Sunnersta HVB.

**Resultat**

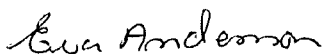
I sjuksköterskans dokumentation fanns tre anamneser där datum saknades på en. Status saknades helt i journalerna. Det var mellan en till tre daganteckningar i journalerna sedan november till dags datum. Två ordinationsunderlag för Apo-dos fanns och här var det dokumenterat att kunderna skötte sin medicinhantering själv. Något egenvårdsbeslut var inte

upprättade på någon av dessa två kunder. Hos den kund där sjuksköterskan ansvarade för läkemedelshandlingen saknades ordinationsunderlag. Samverkan med boendeassistenterna kunde inte ses i dokumentationen.


I boendeassistenternas dokumentation fanns beställningar, genomförandeplaner med målformulering i samtliga granskade journaler. Hur kund utövat inflytande och självbestämmande avseende planering och utförande framkom inte i dokumentationen. En individuell planering utifrån kundens behov kunde inte följas i den löpande texten. Samverkan med sjuksköterskan kunde inte ses i dokumentationen däremot med nätverk utanför verksamheten. HSL-dokumentation förekom i SoL-dokumentationen.

### **Kommentar**

Någon arbetsterapeut och/eller sjukgymnastjournal fanns inte att granska.



Eva Andersson  
Hälso- och sjukvårdscontroller



Mari Larsson  
Biståndshandläggare



Handläggare  
Sirpa Kramsu

Datum  
2013-02-18

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

Uppföljningsobjekt: Sunnersta HVB  
Föreståndare/verksamhetschef: Fredrik Karlsson  
Handlingsplan HVK tillhanda senast: 2013-03-15

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

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

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

Handlingsplanen ska skickas med e-post till [halsa-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: Sunnersta HVB

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav ytterligare åtgärd/
Nämndens upplevelsekriterier	Via arbetsplatsträffar kommer vi förankra och förbättra kunskaperna kring upplevelsekriterierna hos all personal, dvs trygghet, respektfullt bemötande, delaktighet och inflytande samt oberoende. Kontaktmannaskapet finns bland annat för att öka tryggheten och ska kunna bidra till att alla skall ges möjlighet att göra sin röst hörd, få stöd och hjälp med alla tänkbara problem som kan uppstå, vilket i sin tur givetvis ökar tryggheten, på Sunnersta ska alla klienter ha en namngiven kontaktperson (hädanefter förkortat "KP"), vid behov även vice KP, vilket alltid följs. En KP som alltid finns till hands och följer sitt uppdrag för att skapa trygghet, tex vid alla typer av kontakter med till exempel myndigheter,	Föreståndare Fredrik Karlsson	1 Juni 2013	1 september 2013		

Område (se rapport)	Åtgärd ( <i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav ytterligare åtgärd/
	<p>förvaltare, hälso- &amp; sjukvården samt kan KP förklara eventuella frågor och skall även kunna samtala enskilt med klient kring svåra frågor, som kan vara känsliga att diskutera i grupp eller för den enskilde.</p> <p>Kontaktmannaskapets arbete har alltid högsta prioritet.</p> <p>En förbättringsåtgärd som Sunnersta HVB inför efter kritiken är individuella strukturerade månadssamtal samt KP-dag där klient och KP har möjlighet att hitta på något roligt eller göra ärenden (KP-dag och månadssamtal sker under samma dag).</p> <p>I framtiden skall vi avsätta mer tid för det individuella kontaktmannaskapet för att bli ännu bättre på att fånga upp klientens individuella behov, vi har infört både KP-dag samt inför enskilda månadssamtal.</p>					

Område (se rapport)	Åtgärd ( <i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav ytterligare åtgärd/
	<p>Via en arbetsplatsträff (APT) kommer nämndens upplevelsekriterier gås igenom för att säkerställa att all personal har kännedom om dem.</p> <p>I alla insatser på Sunnersta HVB skall personal ha ett respektfullt bemötande, vilket är mycket viktigt och regelbundet diskuteras. I den individuella planeringen upprättas klienten tillsammans med kontaktpersonen ett veckoschema där kommande veckans insatser och händelser skrivs ner.</p> <p>Vi på Sunnersta HVB följer gällande riktlinjer för nutrition, vid behov används även MNA (mini Nutritional Assessment) som är ett screeningdokument som påvisar om klient ligger i riskzonen för tex undernäring. Vidare har vi som ett led i denna förbättring infört bakverk</p>					

Område (se rapport)	Åtgärd ( <i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav ytterligare åtgärd/
	<p>till kaffet samt även efterrätt ibland.</p> <p>Delaktigheten arbetar vi alltid utifrån då alla aktiviteter, både på och utanför HVB-hemmet utförs samt tillkommer efter dialog med klienterna, detta genom våra veckomöten (husmöten), där tas önskemål om måltider, utflyktsmål, enskilda händelser samt även klagomål upp. Målet är att våra klienter skall vara delaktiga i beslutsprocessen hela vägen från idé till genomförandet. Eventuella större önskemål tas sedan upp på arbetsplatsträff samt alla resultat efter önskemål, klagomål återredovisas på nästkommande husmöte.</p> <p>Oberoende - Det ingår i alla behandlingsassistenters arbetsuppgifter på Sunnersta HVB att fokusera på det positiva,</p>					

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav ytterligare åtgärd/
	fungerande beteendena hos varje enskild klient, denna punkt tas återigen upp på nästkommande arbetsplatsträff.					
Hälso- och sjukvård och rehabiliterings behov	Behovet av sjukgymnast och arbetsterapeut skall tillgodoses omgående. Omsorgshusets Hemvård i Uppsala har sjukgymnast och arbetsterapeut och dessa skall snarast gå igenom respektive klients behov av insatser. Vid alla nyinskrivningar av klienter kommer sjukgymnast och arbetsterapeut träffa klienten och dokumentera läget kring insatsbehovet. En bakjour bestående av enbart leg sjuksköterska skall startas, där en sjuksköterska alltid har jour från 16 till kl 08.00 vardagar samt dygnet runt på helgen. Utöver jourtiden så har Sunnersta HVB alltid en sjuksköterska att tillgå	Sjuksköterska Ulf Samuelsson	1 Juni	1 oktober		

Område (se rapport)	Åtgärd ( <i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav ytterligare åtgärd/
	<p>under kontorstid.</p> <p>Brist på ordinationsunderlag - För de som har apo-dos fungerar dosreceptet som ordinationsunderlag. I andra fall (t ex då medicin delas i dosett) har sjuksköterskan oftast fått en ordination av läkare via telefon, likaså vid medicinändring. Sjuksköterskan ska i fortsättningen kräva av läkare att dessa ordinationer också delges skriftligen.</p> <p>Status saknas - Sjuksköterskan har främst fokuserat på att i statusen dokumentera insatser, uppföljning av somatisk karaktär - förutom alla förändringar kring klient gällande ordinationer, läkarbesök etc. Status av psykisk natur har främst åskådliggjorts i SOL-</p>					

Område (se rapport)	Åtgärd ( <i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav ytterlig åtgärd/!
	<p>dokumentationen (rapportblad), i strukturerade månadssamtal med klient samt i redogörelser till biståndsbedömare. Sjuksköterskan har där brustit i den sammanhållna vårdprocessen (resultat, uppföljning, utvärdering). Detta har åtgärdats genom att nya journalblad har framarbetats där den sammanhängande vårdprocessen blir lättare att följa.</p>					
Personal, Bemanning och kompetensutv.	<p>Den enskilde garanteras en god och rättssäker vård bland annat genom att det alltid finns tillgänglig personal på plats, utöver det finns alltid möjlighet att stärka bemanningen när som helst utifrån behov. Även om det sker akut så löses de via jouren. Varje kväll rapporterar personal skriftligt till föreståndare samt VD kring</p>	Fredrik Karlsson Föreståndare	1 juni	1 oktober		



Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav ytterligare åtgärd/
	<p>dagens händelser. Vid varje arbetspass start finns alltid tid avsatt för utförlig rapportering. Det kommer även återinföras en SSK-jour där alltid en sjuksköterska finns att tillgå under dygnets alla timmar.</p> <p>All personal har en individuell kompetensutvecklingsplan, gemensamt för alla är att Omsorgshuset kommer erbjuda en intern utbildning inom området social dokumentation samt bemötande. Denna utbildning kommer hållas av Ann Wikström under några fredagar i maj 2013. Utöver detta så kommer en leg psykolog vid namn Josefin Sjömark en gång per månad till Sunnersta för KBT-handledning. Utöver handledning så ägnas alltid minst en timme till grundutbildning inom</p>					

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav ytterligare åtgärd/
	<p>Kognitiv Beteendeterapi. Detta för att på ett tydligt sätt förankra grunderna inom KBT hos personalen samt omsätta teorin i praktiskt arbete. Till hösten skall delar av personalen läsa social förvaltningsrätt. Några i personalen kommer att gå på Uppsala Universitets fristående kurs i MI-samtal på 7,5 hp (halvfart), vilket de kommer kunna genomföra delvis under arbetstid. Tyvärr ges den kursen nästa gång våren 2014, men finns redan med i vår planering. Utöver ovanstående kompetensutvecklingsmöjligheter har all personal möjlighet att delta på SESAM-föreläsningar inom vårt verksamhetsområde under arbetstid. Vår sjuksköterska Ulf Samuelsson kommer</p>					

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav ytterligare åtgärd/
	utbildas under vår/sommar 2013 till att bli expert/kursledare inom HLR. Det vill säga Ulf S ska utbilda sig så han får behörighet att utbilda andra inom hjärt- och lungräddning, Ulf håller sedan i den årliga HLR utbildningen på Sunnersta HVB.					
Informationsöverföring, dokumentation och genomförandeplaner	När det gäller den röda tråden och systematiken i behandlingsassistenternas dokumentation så har vi infört nya rutiner för detta, det nya rutinerna skall leda till att behandlingsassistenternas dokumentation redovisar ett fortlöpande resultat utifrån gällande beställning, det ska alltid gå att utläsa, punkten går igenom på nästkommande APT samt även information hur uppföljningarna via månadssamtalen skall genomföras. För att nå dit har vi infört flera	Ulf Samuelsson Sjuksköterska	1 juni	1 oktober		

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav ytterligare åtgärd/I
	<p>förbättringsåtgärder. Vi har tex påbörjat införandet av KP-dag varje månad där även månadssamtal genomförs. Samtalen utgår utifrån beställning och syftar till fånga upp klienten just där denne befinner sig, att stärka kontaktmannskapet, att följa upp uppsatta del och slutmål. Klientens egna reflektioner, egna vilja och önskemål diskuteras också. Alla klienter har individuella genomförandeplaner som utgår ifrån beställningen, utifrån den dokumenterar all personal fortlöpande via daganteckningar. En gång varje månad genomförs ett strukturerat dokumenterat månadssamtal som fångar upp respektive problemområde samt fungerar som uppföljning. Alla dessa ovanstående insatser ligger sedan till</p>					

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav ytterligare åtgärd/
	<p>grund för behandlingsassistens kvartalsrapport som skickas till beställaren en gång per kvartal. Utöver detta genomför alla inblandade runt klienten uppföljningsmöte minst var 6:e månad, tätare vid behov. Förändringarna vi inför efter anmärkningen är dessa månadssamtal och tydligare återrapportering. Men vi har även bokat in en intern utbildning i maj 2013 för social dokumentation samt bemötande. Detta för att förbättra våra tidigare brister.</p> <p>Avsaknad av samverkan med boendeassistenter i sjuksköterskans dokumentation - Sjuksköterskan ska i HSL-dokumentationen i fortsättningen väva in behandlingsassistenternas (t ex Kontaktpersonen) ansvar i resultat, uppföljning och</p>					

Område (se rapport)	Åtgärd (hur bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav ytterligare åtgärd/
	<p>utvärdering av HSL-insatser, inte bara nöja sig med muntlig överrapportering.</p> <p>Inget synligt beslut av läkare för egenvårdsinsatser - T ex, vissa klienter som flyttar in sköter sin medicinerings själv utan problem (d v s idkar egenvård). Det delges sjuksköterska vid Vårdplanering inför flytt av läkare eller sjuksköterska på annan institution, eller från t ex öppenvård. I fortsättningen ska sjuksköterskan på Sunnersta begära skriftligt beslut på detta, fattat av läkare.</p> <p>Anamneser, datum saknas - Alla dokumentation ska självklart dateras. Ska åtgärdas.</p> <p>Läkarkontakter, säkerställa ansvar och rutiner - Alla</p>					

Område (se rapport)	Åtgärd ( <i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav ytterligare åtgärd/
	<p>klienter har en PAS (psykiatri) och bör ha en Husläkare. Somliga sköter sina kontakter själva (inkl terapi), har kanske alltid gjort och vill, av hänsyn till personlig integritet inte yppa något om förloppet. Det är en kamp ibland att få tag på doktorer. I vissa fall kan en klient bli kallad till läkarbesök genom post utan sjuksköterskans vetskap t ex. Men vi kan bättra oss där och intensifiera kontakterna med andra berörda.</p>					

Område (se rapport)	Åtgärd ( <i>hur</i> bristen ska avhjälpas)	Ansvarig	Tidplan	Uppföljning/Egenkontroll	Godkänd Ja/Nej	Ev krav ytterligare åtgärd/