



Kvalitets- och utredningsavdelningen
Socialförvaltningen
Kristina Privér
Kvalitetscontroller

Resultat från kvalitetsuppföljning i Nytidäs gruppbo­städer på Furuvägen, Kärreberg och Laxvägen enligt 9§9 LSS

Januari 2015



Innehåll

1 BAKGRUND	3
2 SYFTE MED KVALITETSUPPFÖLJNING	3
3 METOD	3
3.1 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	3
3.2 KVALITETSOMRÅDEN SOM FÖLJS UPP	3
4 SAMMANFATTNING	4
4.1 BESKRIVNING AV VERKSAMHETER SOM BERÖRTS AV KVALITETSUPPFÖLJNING	4
4.2 SAMMANSTÄLLNING AV FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN SOM IDENTIFIERATS	5
4.2.1 FURUVÄGEN - GRUPPBOSTAD	5
4.2.2 KÄRREBERG - GRUPPBOSTAD	5
4.2.3 LAXVÄGEN - GRUPPBOSTAD	6
5 RESULTAT	7
5.1 SPINDELDIAGRAM – RESULTAT FRÅN VERKSAMHETS BESÖKEN	7
5.2 RESULTAT FRÅN BRUKARUNDERSÖKNING PÅ GRUPPBOSTÄDER	8
5.2.1 Spindeldiagram	8
5.3 AVVIKELSER, SYNPUNKTER-KLAGOMÅL, LEX SARAH	9
6 FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN - HANDLINGSPLANER	9
6.1 FURUVÄGEN	9
6.2 KÄRREBERG	9
6.3 LAXVÄGEN	9



1 Bakgrund

Socialnämnden ska enligt ”plan för kvalitetsuppföljning” genomföra kvalitetsuppföljning i varje verksamhet i syfte att följa upp kvaliteten.

2 Syfte med kvalitetsuppföljning

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att följa upp att verksamheten efterföljer och arbetar enligt socialstyrelsens föreskrifter och gällande lagar. Kvalitetsuppföljning ska också bidra till ständiga förbättringar i verksamheten.

3 Metod

3.1 Tillvägagångssätt

Granskningen består av ett verksamhetsbesök i respektive verksamhet där verksamhetschef/gruppchef och omsorgspersonal intervjuas. I samband med verksamhetsbesöket granskas genomförandeplaner och rutiner som finns. I verksamhetssystemet granskas social dokumentation.

Uppföljningsrapporten som kvalitetscontrollern ställer samman efter verksamhetsbesöket får respektive verksamhetschef och medarbetare ta del av för sakgranskning. Därefter lämnas en slutlig uppföljningsrapport till socialnämnden.

Resultatet från granskningen redovisas i ett spindeldiagram (se 5.1). I spindeldiagrammet redovisas sju kvalitetsområden på vardera en tio-gradig skala där 0-2 står för att verksamheten inte uppfyller ställda krav, 3-8 står för att verksamheten delvis uppfyller ställda krav och 9-10 står för att verksamheten uppfyller ställda krav.

Resultatet i spindeldiagrammet kan ses som en fingervisning om förbättringsområden som uppmärksammats i genomförd kvalitetsuppföljning.

Efter genomförd kvalitetsuppföljning ska berörd verksamhet lämna in en handlingsplan som beskriver hur verksamheten planerar att arbeta med ständiga förbättringar kring de förbättringsområden som uppmärksammats.

3.2 Kvalitetsområden som följs upp

Kvalitetsområden som det ställs frågor kring i samband med verksamhetsbesöket och som framgår i avtalet är följande;

3.2.1 Ledningssystem för kvalitet

Den som bedriver verksamhet enligt LSS ansvarar för att det finns ett ledningssystem för kvalitet enligt 3. Kap 1 § SOSFS 2011:9.

Med hjälp av ledningssystemet ska den som bedriver verksamhet enligt LSS: planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten enligt 3 kap. 2 § SOSFS 2011:9.

Den som bedriver verksamhet enligt LSS ska ange vem som ansvarar för de uppgifter som ingår i arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten enligt 3 kap 3 § SOSFS 2011:9.

Det ska finnas rutiner som beskriver hur innehållet i verksamheten ska styras upp och följas upp. Det ska finnas rutin för egenkontroll och att det sker riskanalyser för verksamheten.



3.2.2 Dokumentation

Enligt LSS (1993:387) 21 a § - 21 b § ska handläggning av ärenden som rör den enskilde samt genomförande av beslut om insatser dokumenteras. Dokumentationen ska utformas med respekt för den enskilde och den enskilde bör hållas underrättad om den journalföring och andra anteckningar som dokumenteras. Varje brukare ska ha en aktuell genomförandeplan och arbetsanteckningar ska dokumenteras löpande. För varje brukare ska det finnas en aktuell riskanalys. Dokumentationen ska förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. Lag (2005:125)

3.2.3 Avvikelsehantering, synpunkter- och klagomål samt lex Sarah

Den som bedriver verksamhet enligt LSS ska följa det som framkommer i dokumentet ” Ansvar och rutiner för hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål, samt lex Sarah” enligt beslut av socialnämnden 2014-02-28.

3.2.4 Sekretess

Inom socialtjänsten gäller sekretess för uppgift om en enskildes förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men. Sekretess till skydd för den enskilde hindrar inte att en uppgift lämnas till en enskild eller annan myndighet, om den enskilde samtycker till det. Den enskilde kan helt eller delvis häva sekretessen om inte annat anges. 10 kap.1§, 12 kap.2 § och 26 kap 1§ Offentlighets- och sekretesslagen. Det ska finnas en rutin som beskriver hur nya medarbetarna får kunskap om sekretess. Det ska också ske återkommande kompetensutveckling gällande sekretess samt att det finns rutin för uppföljning av medarbetarnas kunskap om sekretess. Det ska finnas rutin för sekretessprövning vid utlämnande av allmänna handlingar.

3.2.5 Information

Det ska finnas rutin gällande information till brukare, företrädare samt personal som rör brukarens behov av hjälp och stöd enligt biståndsbeslut. Informationsbroschyrer (kommunens synpunkts- klagomålsbroschyr samt verksamhetens egna broschyrer) ska finnas synliga i verksamheten. Det ska finnas rutin för kontaktmannaskap som är känd och används i verksamheten.

3.2.6 Samverkan

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska **identifiera processer där samverkan** behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Av processerna och rutinerna ska det framgå hur samverkan ska bedrivas i **den egna verksamheten** (SOSFS 2011:9, 5 §).

3.2.7 Kompetens och bemanning

För verksamheter enligt LSS ska det finnas personal som behövs för att ett gott stöd och omvårdnad ska kunna ges (6§ LSS). Det innebär att personalen ska ha den utbildning och erfarenhet som krävs för varje specifik uppgift (adekvat utbildning). Detta gäller även för timvikarier. Socialstyrelsens allmänna råd om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning enligt SOSFS 2014:2 är vägledande. Bemanning ska anpassas till brukarnas behov av omsorg och stöd. Det ska finnas en tillsvidareanställd i tjänst på alla arbetspass. Det ska finnas en rutin för introduktion av nyanställda och att denna är känd och används i verksamheten.

4 Sammanfattning

4.1 Beskrivning av verksamheter som berörts av kvalitetsuppföljning

På gruppboenden Furuvägen finns fem lägenheter. I verksamheten arbetar fem tillsvidareanställda och två timanställda.

På gruppboenden Kärreberg finns fem lägenheter. I verksamheten arbetar sju tillsvidareanställda och fem timanställda.



På gruppbestaden Laxvågen finns fem lägenheter. I verksamheten arbetar sju tillsvidareanställda och fem timanställda.

Det finns en verksamhetschef som har ansvaret för samtliga tre enheter.

4.2 Sammanställning av förbättringsområden som identifierats

4.2.1 Furuvågen - gruppbestad

För verksamheten på Furuvågen görs bedömning att verksamheten lever upp till ställda krav inom kvalitetsområdena dokumentation, kompetens och bedömning att verksamheten delvis lever upp till ställda krav inom kvalitetsområdena ledningssystem, avvikelshantering, sekretess, samverkan och information.

Nedanstående presenteras förbättringsområden inom respektive kvalitetsområde;

Ledningssystem

Det saknas en skriftlig rutin som beskriver när och hur samtliga rutiner som finns i rutinpärmerna ska följas upp.

Avvikelsehantering

Det finns skriftlig rutin gällande sociala avvikelser men det framkommer inte skriftligen hur verksamheten ska arbeta med avvikelser som rör bemötande.

Det framgår i samtalen med medarbetarna att synpunkter och klagomål enligt avtal inte alltid skickas vidare till socialförvaltningen för registrering utan hanteras endast av Nytida.

Sekretess

Det saknas rutin gällande uppföljning av rutinen för sekretess.

Information

I samband med verksamhetsbesöket finns inte informationsbroschyren synlig.

Det saknas en skriftlig rutin som beskriver hur och när en årlig uppföljning ska ske gällande rutin för kontaktmannaskap samt rutin för uppföljning av informationsbroschyren.

Samverkan

Det förekommer regelbundna samverkansträffar med kommunens legitimerade personal men det saknas en skriftlig samverkansrutin för dessa möten. Kommunen har bjudit in samtliga entreprenader till ett första möte i syfte att ta fram en skriftlig samverkansrutin.

Samverkansmöten med daglig verksamhet i samband med upprättande/uppföljning av genomförandeplan fungerar bra. Det saknas en skriftlig samverkansrutin för dessa samverkansmöten också.

4.2.2 Kärreberg - gruppbestad

För verksamheten på Kärreberg görs bedömning att verksamheten lever upp till ställda krav inom kvalitetsområdena dokumentation, kompetens och bedömning att verksamheten delvis lever upp till ställda krav inom kvalitetsområdena ledningssystem, avvikelshantering, sekretess, samverkan och information.

Nedanstående presenteras förbättringsområden inom respektive kvalitetsområde;

Ledningssystem

Det saknas en skriftlig rutin som beskriver när och hur samtliga rutiner som finns i rutinpärmerna ska följas upp.



Avvikelsehantering

Det finns en skriftlig rutin gällande hantering av sociala avvikelser men det framkommer inte skriftligen hur verksamheten ska arbeta med avvikelser som rör bemötande.

Det framgår i samtalen med medarbetarna att synpunkter och klagomål enligt avtal inte alltid skickas vidare till socialförvaltningen för registrering utan hanteras endast av Nytida.

Sekretess

Det saknas en rutin gällande uppföljning av rutinen för sekretess.

Information

I samband med verksamhetsbesöket finns inte informationsbroschyren synlig.

Det saknas en skriftlig rutin som beskriver hur och när en årlig uppföljning ska ske gällande rutin för kontaktmannaskap samt rutin för uppföljning av informationsbroschyrer.

Samverkan

Det förekommer regelbundna samverkansträffar med kommunens legitimerade personal men det saknas en skriftlig samverkansrutin för dessa möten. Kommunen har bjudit in samtliga entreprenader till ett första möte i syfte att ta fram en skriftlig samverkansrutin.

Samverkansmöten med daglig verksamhet i samband med upprättande/uppföljning av genomförandeplan fungerar bra förutom med Triaden. Det saknas dock en skriftlig samverkansrutin för dessa samverkansmöten.

4.2.3 Laxvägen – gruppbostad

För verksamheten på Laxvägen görs bedömning att verksamheten lever upp till ställda krav inom kvalitetsområdet kompetens och bedömning att verksamheten delvis lever upp till ställda krav inom kvalitetsområdena ledningssystem, dokumentation, avvikelsehantering, sekretess, samverkan och information.

Nedanstående presenteras förbättringsområden inom respektive kvalitetsområde;

Ledningssystem

Det saknas en skriftlig rutin som beskriver när och hur samtliga rutiner som finns i rutinpärmerna ska följas upp.

Dokumentation

På Laxvägen är tre av fyra brukares genomförandeplaner aktuella d.v.s en genomförandeplan är inaktuell.

Avvikelsehantering

Det finns en skriftlig rutin gällande sociala avvikelser men det framkommer inte skriftligen hur verksamheten ska arbeta med avvikelser som rör bemötande.

Det framgår i samtalen med medarbetarna att synpunkter och klagomål enligt avtal inte alltid skickas vidare till socialförvaltningen för registrering utan hanteras endast av Nytida.

Sekretess

Det saknas en rutin gällande uppföljning av rutinen för sekretess.

Information

Det saknas en skriftlig rutin som beskriver hur och när en årlig uppföljning ska ske gällande rutin för kontaktmannaskap samt rutin för uppföljning av informationsbroschyrer.



Samverkan

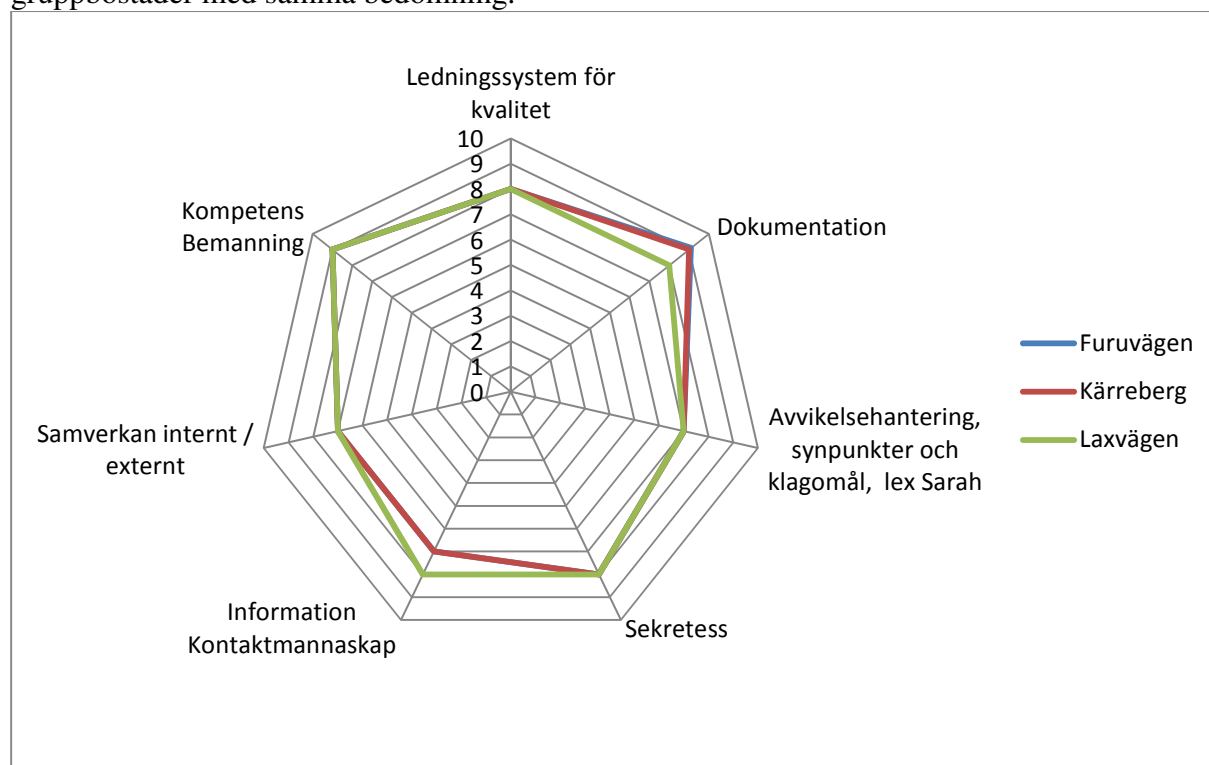
Det förekommer regelbundna samverkansträffar med kommunens legitimerade personal men det saknas en skriftlig samverkansrutin för dessa möten. Kommunen har bjudit in samtliga entreprenader till ett första möte i syfte att ta fram en skriftlig samverkansrutin.

Samverkansmöten med daglig verksamhet i samband med upprättande/uppföljning av genomförandeplan fungerar bra. Det saknas dock en skriftlig samverkansrutin för dessa samverkansmöten.

5 Resultat

5.1 Spindeldiagram – resultat från verksamhetsbesöken

Nedanstående poängbedömning kan användas som en fingervisning om förbättringsområden som har uppmärksammats i genomförd kvalitetsuppföljning. Nedanstående spindeldiagram visar resultat utifrån verksamhetsbesöken. Observera att färgade linjer ligger på varandra för gruppbostaderna med samma bedömning.



	Furuvägen	Kärreberg	Laxvägen
Ledningssystem för kvalitet	8	8	8
Dokumentation	9	9	8
Avvikelsehantering, synpunkter och klagomål, lex Sarah	7	7	7
Sekretess	8	8	8
Information och kontaktmannaskap	7	7	8
Samverkan internt och externt	7	7	7
Kompetens och bemanning	9	9	9



Poängbedömning

9-10 Verksamheten lever upp till ställda krav

3-8 Verksamheten lever delvis upp till ställda krav

0-2 Verksamheten lever inte upp till ställda krav

5.2 Resultat från brukarundersökning på gruppboistäder

En brukarundersökning genomfördes under oktober/november 2014 för samtliga gruppboistäder inom Nytida. Resultatredovisningen bygger på sex stycken kvalitetsområden, som i sin tur innehåller ett antal påståenden som brukaren har tagit ställning till.

5.2.1 Spindeldiagram

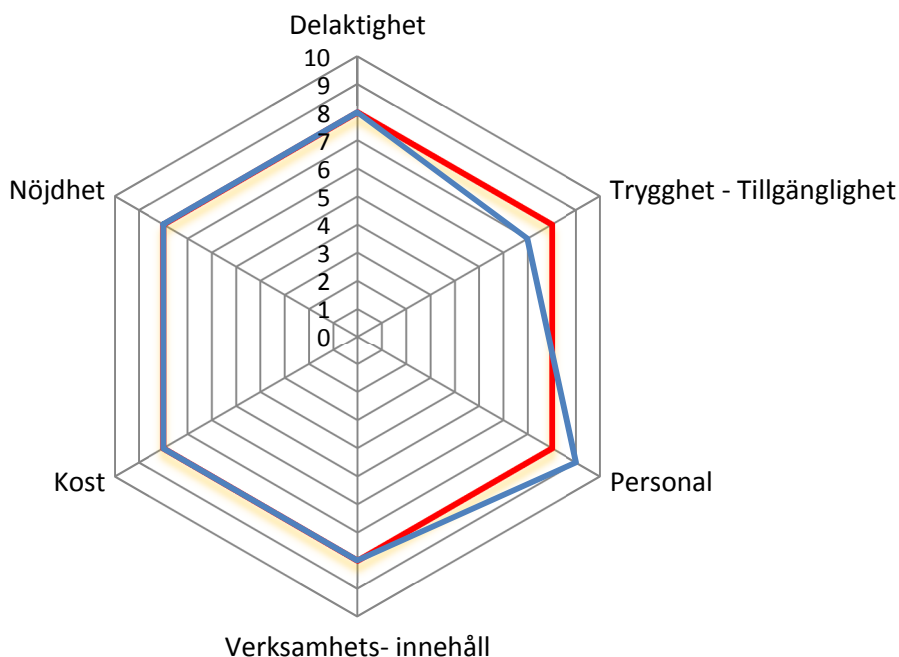
Nedanstående spindeldiagram visar resultat från genomförd brukarundersökning 2014 samt resultat från brukarundersökningen som genomfördes 2012. Spindeldiagrammet visar resultat för samtliga gruppboistäder inom Nytida och inte specifikt för gruppboistäderna Furuvägen, Kärreberg och Laxvägen.

Svarsfrekvens: 54 % (25 av 46)

Enkäten besvaras av: 45 % förvaltare/god man, 30 % mig själv, 20 % närstående, 5 % ombud

Blå= resultat från 2012

Röd=resultat från 2014



Kommentar till diagrammet:

Resultatet visar på godkänt resultat inom samtliga kvalitetsområden.



5.3 Avvikelser, synpunkter-klagomål, lex Sarah

I nedanstående tabell redovisas antal sociala avvikelser, synpunkter och klagomål samt lex Sarah utredningar som registrerats till socialförvaltningen under 2014.

	Sociala avvikelser	Synpunkter/klagomål	Lex Sarah utredning
Furuvägen	1	0	
Kärreberg	7	2	
Laxvägen	0	2	2 varav 0 till IVO

Kommentarer till tabellen:

Synpunkter och klagomål rörande Kärreberg handlar om synpunkter från anhöriga gällande personalomsättning samt även beröm av anhörig.

Synpunkter och klagomål rörande Laxvägen handlar om brister i både bemötande och omvårdnaden. Båda klagomålen ledde till lex Sarah utredning som Nytida bedömde inte skulle anmälas till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

6 Förbättringsområden - handlingsplaner

6.1 Furuvägen

- ✓ Ta fram en handlingsplan för kvalitetsområden som delvis lever upp till ställda krav gällande det som framkommer under 4.2.1

6.2 Kärreberg

- ✓ Ta fram en handlingsplan för kvalitetsområden som delvis lever upp till ställda krav gällande det som framkommer under 4.2.2

6.3 Laxvägen

- ✓ Ta fram en handlingsplan för samtliga kvalitetsområden som delvis lever upp till ställda krav gällande det som framkommer under 4.2.3

Handlingsplaner lämnas till kvalitetscontroller senast 15 april 2015. Handlingsplanerna ska beskriva hur Nytida kommer att arbeta med ständiga förbättring utifrån de förbättringsområden som identifierats i samband med verksamhetsbesöken.