



Kvalitets- och utredningsavdelningen  
Socialförvaltningen  
Kristina Privér  
Kvalitetscontroller

## **Resultat från kvalitetsuppföljning i Attendos verksamheter på Baldersvägen, Utmarksvägen och Vesslevägen.**

**December 2014**



## Innehåll

<b>1 BAKGRUND</b> .....	<b>3</b>
<b>2 SYFTE MED KVALITETSUPPFÖLJNING</b> .....	<b>3</b>
<b>3 METOD</b> .....	<b>3</b>
3.1 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT .....	3
3.2 KVALITETSOMRÅDEN SOM FÖLJS UPP .....	3
<b>4 SAMMANFATTNING</b> .....	<b>4</b>
4.1 BESKRIVNING AV VERKSAMHETER SOM BERÖRTS AV KVALITETSUPPFÖLJNING .....	4
4.2 SAMMANSTÄLLNING AV FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN SOM IDENTIFIERATS .....	5
4.2.1 Baldersvägen – barn och ungdomsboende .....	5
4.2.2 Utmarksvägen - korttidsvistelse .....	5
4.2.3 Vesslevägen - korttidsvistelse .....	5
<b>5 RESULTAT</b> .....	<b>7</b>
5.1 SPINDELDIAGRAM .....	7
5.2 BRUKARUNDERSÖKNING PÅ KORTTIDSVISTELSERNA .....	8
5.2.1 Spindeldiagram .....	8
5.3 AVVIKELSER, SYNPUNKTER-KLAGOMÅL, LEX SARAH .....	9
<b>6 FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN - HANDLINGSPLANER</b> .....	<b>10</b>
6.1 BALDERSVÄGEN .....	10
6.2 UTMARKSVÄGEN .....	10
6.3 VESSLEVÄGEN .....	10
6.4 BRUKARUNDERSÖKNINGEN .....	10



## 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.

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 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 riskanalys 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

Kvalitetsuppföljning är genomförd i Attendos verksamheter på Baldersvägen som är ett barn- och ungdomsboende enligt 9§ 8 LSS samt på Utmarksvägen och Vesslevägen som drivs som korttidsvistelser för barn och ungdomar enligt 9§ 6 LSS.

På Baldersvägen finns tre lägenheter och där arbetar sju medarbetare. På Utmarksvägen finns fem platser och det är tio brukare inskrivna i verksamheten. På enheten arbetar fyra tillsvidareanställda och fyra timvikarier i verksamheten.

På Vesslevägen finns fyra platser och det är femton brukare inskrivna i verksamheten. På enheten arbetar fyra tillsvidareanställda och fem timvikarier i verksamheten.

Nuvarande verksamhetschef tog över ansvaret för samtliga verksamheter 1 november 2014.



## 4.2 Sammanställning av förbättringsområden som identifierats

### 4.2.1 Baldersvägen – barn och ungdomsboende

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

Uppföljningen visar att två av fyra medarbetare som är tillsvidareanställda saknar adekvat gymnasieutbildning d.v.s. omvårdnadsprogrammet eller liknande. En av dessa tillsvidareanställda är socionom. Två av tre vikarier har ingen adekvat utbildning eller liknande utbildning. En vikarie har påbörjat omvårdnadsprogrammet.

Uppföljningen visar att endast två av tre brukare har en aktuell genomförandeplan och riskanalys. Förklaring till detta är att mötet för uppföljning av genomförandeplanen har skjutits upp av förälder.

Uppföljningen på Baldersvägen visar också att kommunens synpunkts- och klagomålsbroschyr inte finns synlig vid besöket samt att rutinen för händelser/avvikelser enligt socialtjänstlagen inte fångar upp alla typer av händelser som kan inträffa som exempelvis brister i bemötande.

Samverkansrutin med sjukgymnast och arbetsterapeut saknas. Det framgår i samtalen med medarbetare osäkerhet om hur kontakten med dessa yrkeskategorier fungerar.

Det finns ingen rutin för samverkan med dagliga verksamheter i samband med upprättande/uppföljning av genomförandeplanen. Verksamhetschefen uppger att det sker samverkan när det krävs.

### 4.2.2 Utmarksvägen - korttidsvistelse

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

I brukarnas pärmar finns inaktuella genomförandeplaner som istället ska arkiveras.

Uppföljningen visar att i samtalet med medarbetarna framgår det att egenkontroller inte genomförts tidigare i verksamheten men att det kommer att ske för första gången under mars 2015. Det finns inte heller någon dokumenterad riskanalys för verksamheten.

Det framgår i samtalen med medarbetarna att synpunkter och klagomål inte systematiskt skickas vidare till socialförvaltningen för registrering.

Det framkom i samtalen att rutinen för händelser/avvikelser enligt socialtjänstlagen inte fångar upp alla typer av händelser som kan inträffa. I rutinen finns det därför anledning att skriva till att händelser/avvikelser även kan innefatta bland annat brister i bemötande.

I verksamheten saknas Attendos broschyr som beskriver innehållet i verksamheten.

Det framgår också att samtliga timvikarier saknar adekvat utbildning.

### 4.2.3 Vesslevägen - korttidsvistelse

För verksamheten på Vesslevägen görs bedömning att verksamheten delvis lever upp till ställda krav inom samtliga kvalitetsområden.

Uppföljningen visar att genomförandeplaner som finns i verksamheten inte är inlåsta i ett skåp vilket också gör att verksamheten inte lever upp till de krav som ställs gällande sekretess.



Det framgår också i samtalet med medarbetarna att egenkontroller inte genomförts tidigare i verksamheten men att det kommer att ske för första gången under mars 2015. Det finns heller ingen dokumenterad riskanalys för verksamheten men att man håller på att ta fram en.

I samtalen uppger medarbetarna att synpunkter och klagomål inte systematiskt skickas vidare till socialförvaltningen för registrering.

Det framkom också i samtalen att rutinen för händelser/avvikelser enligt socialtjänstlagen inte fångar upp alla typer av händelser som kan inträffa. I rutinen finns det därför anledning att skriva till att händelser/avvikelser även kan innefatta bland annat brister i bemötande.

Kommunens broschyr för synpunkt- och klagomålshantering finns inte tillgänglig och synlig i samband med besöket.

I verksamheten saknas Attendos broschyr som beskriver innehållet i verksamheten men att det planeras att ta fram en informationsbrochyr som beskriver verksamheten på Vesslevägen.

Medarbetarna uppger att det saknas en skriftlig samverkansrutin med daglig verksamhet och det är aktuellt att ta fram en sådan eftersom en brukare har daglig verksamhet.

Medarbetarna uppger att föräldrar har synpunkter på personalkontinuiteten. I samband med sjukdom eller andra ledigheter ersätts ordinarie med timanställda och då kan brukare och föräldrar uppleva att det kommer ny personal. Det framgår också i samtalen med medarbetarna att det är många vikarier som arbetar och att det inte alltid är en tillsvidareanställd i tjänst utan endast timvikarier som arbetar. Alla timvikarier har inte adekvat utbildning.

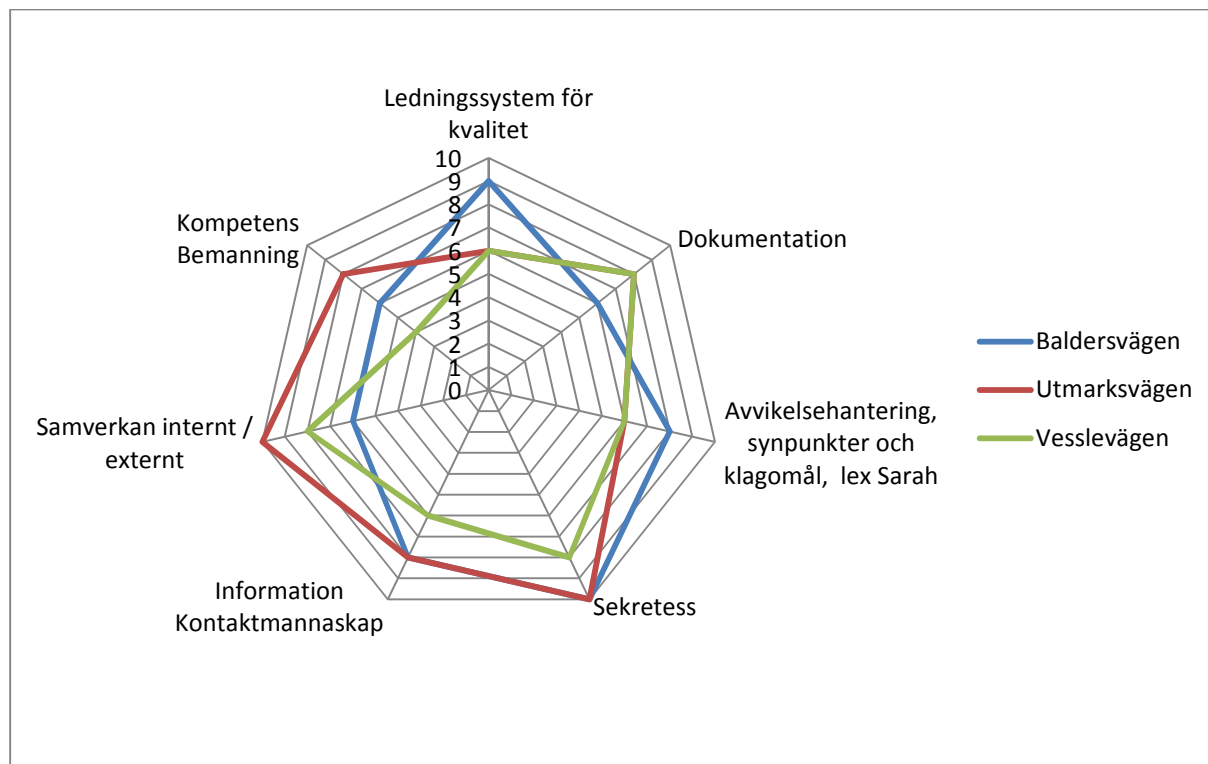
Det saknas en checklista som beskriver vad som ingår i introduktionen av nyanställda och som har till uppgift att säkerställa att den nyanställda får information och kunskap om verksamheten och brukarna.



## 5 Resultat

### 5.1 Spindeldiagram

Nedanstående poängbedömning kan användas som en fingervisning om förbättringsområden som har uppmärksammats i genomförd kvalitetsuppföljning. Nedanstående spindeldiagram visar resultat utifrån verksamhetsbesöken.



	Baldersvägen	Utmarksvägen	Vesslevägen
Ledningssystem för kvalitet	9	6	6
Dokumentation	6	8	8
Avvikelsehantering, synpunkter och klagomål, lex Sarah	8	6	6
Sekretess	10	10	8
Information och kontaktmannaskap	8	8	6
Samverkan internt och externt	6	10	8
Kompetens och bemanning	6	8	4

#### 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 Brukarundersökning på korttidsvistelserna

En brukarundersökning genomfördes under oktober/november 2014 på korttidsvistelserna Utmarksvägen och Vesslevägen.

Resultatredovisningen bygger på fyra stycken kvalitetsområden, som i sin tur innehåller ett antal påståenden som brukaren har tagit ställning till.

### **Kvalitetsområden inklusive påståenden som ställs är följande;**

#### **Delaktighet:**

Jag är delaktig i beslut som gäller mig, Jag får tillräcklig information i frågor som gäller mig, Personalen respekterar mina synpunkter på det stöd jag får

#### **Trygghet- tillgänglighet:**

Det är lätt att komma i kontakt med personal när jag har behov av det, Jag känner mig trygg, Jag får det stöd av personalen som jag behöver, Jag är nöjd med tillgängligheten till korttidsvistelsen, Verksamheten har lokaler som tillgodoser mina behov

#### **Personal:**

Jag tycker att personalen är kunnig, Jag blir väl bemött av personalen, Personalen har tillräckligt med tid för att stödja mig när jag behöver det

#### **Nöjdhet:**

Det är trevlig stämning på korttiden, Jag är nöjd med hur maten tillhandahålls, Jag är nöjd med de aktiviteter som ordnas för mig, Jag är nöjd med insatsen i sin helhet, hur väl uppfyller din korttidsvistelse dina förväntningar, hur nära eller långt ifrån är din korttidsvistelse en perfekt korttidsvistelse enligt dig

### 5.2.1 Spindeldiagram

Nedanstående spindeldiagram visar resultat från genomförd brukarundersökning 2014 samt resultat från brukarundersökningen som genomfördes 2012 för korttidsvistelserna

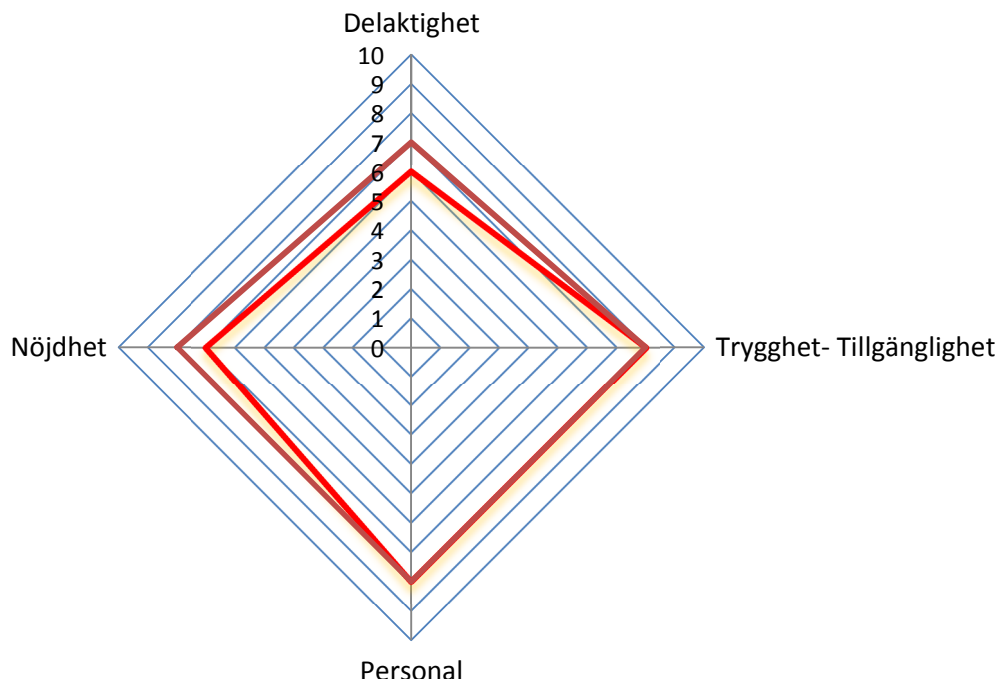
Utmarksvägen och Vesslevägen.

Enkäten för 2014 besvarades av: 94,4 % närstående, 16,7 % närstående + mig själv, 5,6 % förvaltare/god man. Svarsfrekvens: 50 % (18 svar av 35)

Vinröd= resultat från 2012

Röd=resultat från 2014





### 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
Utmarksvägen	58	0	0
Vesslevägen	39	3 varav 1 till IVO	(1) Utredning påbörjad
Baldersvägen	20	4 varav 1 till IVO	0

#### Kommentarer till tabellen:

Korttidsvistelsen på Utmarksvägen skiljer sig från övriga verksamheter gällande sociala avvikelser. Orsaken till detta beror på, enligt verksamhetschef, att det förekommer mer hot och våld mellan brukare på Utmarksvägen.

Ett klagomål gällande Vesslevägen har skickats vidare av Nykraft till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Svar från IVO angående klagomålet har inte rapporterats till socialförvaltningen ännu.

Efter inkommen anmälan om händelsen 2014-12-18 begärde socialförvaltningen in information om vilka omedelbara åtgärder Attendo vidtagit med anledning av händelsen. Svar från Attendo var att en lex Sarah utredning är påbörjad och att ledningen ska ta ställning till om berörd personal ska tas ur tjänst under utredningens gång. Enligt verksamhetschefen finns det motstridiga uppgifter kring händelsen mellan Attendos respektive Nykrafts medarbetare. Klagomålet handlar om synpunkter på bemötande och omvårdnaden om brukarna samt att det är otillräckligt med personal.

De andra klagomålen på Vesslevägen har handlat om personalkonflikter och att arbetsrutiner är otydliga.

På Baldersvägen handlar två klagomål om personalkonflikter och synpunkter på att det bland annat är många timvikarier som arbetar. De andra två klagomål berör personalkonflikter. De



sistnämnda klagomålen skickades vidare till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som nu har avslutat ärendet då krav på vidtagna åtgärder är genomförda av Attendo. Det som framkom i IVOs granskning handlade bland annat om synpunkter gällande medarbetarnas kompetens och bemanning samt synpunkter på ledningssystem för kvalitet d.v.s att det har saknats tillräcklig styrning och uppföljning av verksamheten

## 6 Förbättringsområden - handlingsplaner

### 6.1 Baldersvägen

- ✓ Ta fram en handlingsplan som beskriver hur Attendo kommer att arbeta med kompetensområdet.
- ✓ Ta fram en handlingsplan för kvalitetsområden som delvis lever upp till ställda krav gällande det som framkommer under 4.2.1

### 6.2 Utmarksvägen

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

### 6.3 Vesslevägen

- ✓ Ta fram en handlingsplan för samtliga kvalitetsområden som delvis lever upp till ställda krav gällande det som framkommer under 4.2.3
- ✓ Säkerställa bemanningen med att det alltid är en tillsvidareanställd i tjänst. Även säkerställa att timvikarier som ofta är i tjänst har adekvat utbildning.

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

### 6.4 Brukarundersökningen

I samband med socialnämnden 17 december 2014 beslutades att Attendo ska återkomma med förbättringsåtgärder med anledning av resultatet från brukarundersökningen LSS.

Handlingsplanen som Attendo lämnat in till socialförvaltningen är enligt följande;

Område	Åtgärder	Tidsplanering
Delaktighet	Utveckla arbetet med genomförandeplanerna och öka delaktigheten i dessa. Med hjälp av kunskapsstödet ” Delaktighet och inflytande i arb m genomförandeplaner	Start under närståendeträffar i december 2014
Delaktighet	I genomförandeplansarbetet identifiera på vilket sätt brukaren och närstående önskar öka delaktigheten i det vardagliga	Individuella genomförandeplanerna kontinuerligt under 2015
Delaktighet	Regelbundna infobrev till närstående, 1 g /månad	Start januari 2015
Trygghet och tillgänglighet	Identifiera utvecklingsområden på närståendeträffar samt individuella träffar	December/januari



	Arbeta med att bibehålla tryggheten Öka tillgängligheten hos personalen-lättare att komma i kontakt med.	
Personal	Arbeta med att bibehålla nöjdhet med personal. Stabil personalgrupp, kontinuitet i stödet, kompetens hos medarbetarna.	Kontinuerligt under året
Nöjdhet –aktiviteter	Arbeta med att öka utbudet av aktiviteter, infobrev  Gå igenom genomförandeplanerna och identifiera önskemål om aktiviteter. Starta brukarråd/husmöte för att få fram ytterligare önskemål	Start under närståendeträffarna i december 2014  januari 2015
Nöjdhet –aktiviteter	Minskad tillgång till fordon upplevs ha minskat möjlighet till utflykter. Ny information om beslutet till berörda. Planera aktiviteter som kräver mindre transporter och boka färdtjänst för planerade utflykter	Start december/januari
Nöjdhet –åldersindelning	Flera uttrycker missnöje med åldersindelningen, vilket inte går att påverka. Barn /ungdomar och vuxna.  Information och diskussion med närstående och brukare.  Försöka matcha brukare som är nära i ålder vid planering av korrtidsvistelsen.	Start under närståendeträffarna i december 2014  Planeringen av grupp sammansättningen sker kontinuerligt