



Kvalitets- och utredningsavdelningen  
Socialförvaltningen  
Martin Christensen  
Kvalitetscontroller

## **Rapport från kvalitetsuppföljning av Nytidas dagliga verksamhet Falkåsen**

**Oktober 2014**



## Innehållsförteckning

1.	BAKGRUND.....	3
1.1	SYFTE.....	3
1.2	METOD.....	3
2.	RESULTAT.....	3
2.1	LEDNINGSSYSTEM FÖR KVALITET.....	3
2.2	HANDLÄGGNING OCH DOKUMENTATION .....	4
2.2.1	<i>Social dokumentation</i> .....	4
2.2.2	<i>Personalens kunskaper om social dokumentation</i> .....	4
2.2.3	<i>Förvaring social dokumentation</i> .....	4
2.3	RUTINER FÖR HANTERING AV AVVIKELSER OCH SYNPKUNKTER.....	5
2.3.1	<i>Sociala avvikelser och synpunkter</i> .....	5
2.3.2	<i>Lex Maria och Lex Sarah</i> .....	5
2.3.3	<i>Rutin för att upprätthålla god kunskap</i> .....	5
2.3.4	<i>Dokumentation gällande utförd fortbildning</i> .....	5
2.4	SEKRETESS .....	6
2.4.1	<i>Dokumentation och uppföljning</i> .....	6
2.4.2	<i>Utbildning</i> .....	6
2.5	INFORMATION.....	6
2.5.1	<i>Information till brukare/företrädare gällande ny insats</i> .....	6
2.6	SAMVERKAN .....	7
2.6.1	<i>Samverkan internt</i> .....	7
2.6.2	<i>Samverkan externt</i> .....	7
2.7	KOMPETENS .....	7
2.7.1	<i>Chefens utbildning och erfarenhet</i> .....	7
2.7.2	<i>Omsorgspersonalens utbildning och erfarenhet</i> .....	7
2.7.3	<i>Möjlighet till kompetensutveckling</i> .....	7
2.7.4	<i>Rutin för introduktion</i> .....	7
2.8	ÖVRIGT .....	7
3.	FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN.....	8
4.	SAMMANFATTNING AV BEDÖMNINGAR.....	9



## 1. Bakgrund

Socialnämnden ska enligt ”Plan för kvalitetsuppföljning” genomföra ett besök per år i varje verksamhet i syfte att följa upp kvaliteten.

### 1.1 Syfte

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att följa upp att verksamheten följer och arbetar enligt gällande lagar och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Kvalitetsuppföljningen ska också peka på förbättringsområden och därmed bidra till ständiga förbättringar i verksamheten.

### 1.2 Metod

Granskningen bestod av ett verksamhetsbesök, där samtal genomfördes med ansvarig gruppchef och två omsorgspersonal. I samband med verksamhetsbesöket granskades även brukarnas genomförandeplaner. Efter besöket har ett urval brukares sociala dokumentation i form av dag/utförandeanteckningar, journalanteckningar och genomförandeplaner granskats i verksamhetssystemet.

## 2. Resultat

Nytidas verksamhet Falkåsen har nio platser och vid besökstillfället var nio deltagare inskrivna i den dagliga verksamheten med anpassat arbete. I verksamheten arbetar fem ordinarie medarbetare under ledning av en gruppchef.

### 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.

Vid besöket framkom att enheten har en pärm med alla rutiner samlade, vilken tillfrågade medarbetare hade kännedom om. Rutinpärmen har nyligen tagits fram och gruppchefen har haft en genomgång av pärmen med personalen. På frågan hur de arbetar med det systematiska kvalitetsarbetet i verksamheten, hänvisade medarbetarna till deras kvalitetssystem Q-maxit. Systemet ska användas för rapportering av såväl avvikelser som förbättringsförslag. Vid besökstillfället hade medarbetarna dock inte fått någon utbildning i användningen av systemet men en sådan var enligt gruppchefen planerad.

När det gäller huruvida det sker någon egenkontroll i verksamheten, uppgav medarbetarna att detta görs en gång per år. Uppföljningen, som genomförs av gruppchefen, innehåller många frågor som ska besvaras av medarbetarna. Det var dock oklart om det sker någon återföring av utfallet av egenkontrollen till medarbetarna. Enligt gruppchefen har Q-maxit nu kommit igång, där systemet är kopplat till deras egenkontroller. I fortsättningen är avsikten att de ska kunna jobba med identifierade brister från både egenkontrollen och avvikelserrapporteringen.



Gruppchefen nämnde också att verksamheten har ett kvalitetsråd som träffas regelbundet. Kvalitetsrådet, Q-maxit, upprättade rutinpärm samt egenkontrollen som också innefattar Nytidas årliga brukarenkäter, utgör de delar i kvalitetssystemet som ska säkra kvaliteten i verksamheten. Vad gäller riskanalyser görs sådana enligt medarbetarna på alla brukare som deltar i verksamheten som bedrivs. Ett stickprov i brukarnas dokumentationspärmar visade att det saknas aktuella riskanalyser för de brukare som kontrollerades. Enligt gruppchefen utförs riskanalyser som rör den fysiska arbetsmiljön i samband med den årliga skyddsronden. Vidare noterades att det inte fanns rutiner för uppföljning av personalens kännedom om rutinpärmen och dess innehåll.

## 2.2 Handläggning och 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.

### 2.2.1 Social dokumentation

Vid besöket gjordes en granskning av ett urval brukares dokumentationspärmar som bland annat visade att genomförandeplanerna var aktuella med ett undantag. Planerna innehöll mål för varje brukare samt en beskrivning av hur målen ska uppnås. En av genomförandeplanerna innehöll även sociala journalanteckningar. Tillfrågade medarbetare uppgav att de skriver daganteckningar som sedan sammanställs till sammanfattande daganteckningar och förs in i den sociala journalen. Genomförandeplanerna saknade hänvisningar till arbetsbeskrivningar när sådana fanns i dokumentationspärmarna.

En granskning av tre brukares sociala dokumentation i verksamhetssystemet, visade bland annat att de innehöll sammanfattande daganteckningar för respektive brukare noterade i systemet. Genomförandeplanerna avseende den dagliga verksamheten var genomgående aktuella och innehöll mål för brukarnas aktiviteter samt uppgifter om hur målen ska uppnås. Av granskningen framgår att journalanteckningar under innevarande år upprättats för två av brukarna. Den tredje brukaren har inga journalanteckningar sedan mars 2013.

När det gäller hur brukarnas delaktighet och inflytande tillgodoses nämndes att det hålls brukarråd en gång i månaden. Medarbetarna framhöll dock att inte alla brukare vill medverka när brukarråden genomförs.

### 2.2.2 Personalens kunskaper om social dokumentation

Att döma av samtalen med chef och medarbetare föreligger en förbättringspotential när det gäller medarbetarnas kunskaper om social dokumentation. Det har inte genomförts någon utbildning för personalen om hur dokumentationen ska ske, enligt uppgift är en sådan dock planerad under hösten. Tillfrågade medarbetare ansåg att de har ett behov av utbildning rörande dokumentationskraven och att det är bra att en sådan nu ska genomföras.

### 2.2.3 Förvaring social dokumentation

Brukarnas dokumentationspärmar förvarades inlåsta i ett plåtskåp på enhetens kontor. Plåtskåpen är inte brandsäkra.



## 2.3 Rutiner för hantering av avvikelser och synpunkter

Den som bedriver verksamhet enligt LSS ska följa ansvar och rutiner för hantering av avvikelser, synpunkter samt Lex Maria och Lex Sarah i enlighet med socialnämndens beslut 2014-02-28.

### 2.3.1 Sociala avvikelser och synpunkter/klagomål

I enhetens rutinpärm fanns en skriftlig rutin/blankett avseende hanteringen av synpunkter och klagomål. Däremot saknas särskild rutin för hur sociala avvikelser enligt LSS och SoL ska hanteras när sådana uppkommer. Medarbetarna hade också svårt att redogöra för vad som utgör sociala avvikelser. En av medarbetarna ansåg att det behövs mer kunskaper om vilka områden som ingår i sociala avvikelser respektive Lex Sarah.

Vad gäller hanteringen av synpunkter och klagomål uppgav en av medarbetarna att det är sällsynt att sådana lämnas av brukare eller deras ställföreträdare. På enheten fanns en folder som vänder sig till brukare och närstående. Informationen var vid besökstillfället inte synliggjord på anslagstavla eller på annat sätt. En av medarbetarna hade inte vetskap om hur hanteringen av synpunkter och klagomål ska gå till. Gruppchefen nämnde att en utbildning för personalen gällande hantering av synpunkter och avvikelser är planerad till våren.

Under 2014 har inga synpunkter/klagomål rapporterats eller sociala avvikelser registrerats.

### 2.3.2 Lex Maria och Lex Sarah

Enheten har upprättade rutiner gällande Lex Maria och Lex Sarah som ingår i rutinpärmen. Tillfrågade medarbetare kände till att rutinerna finns och var de kan hitta dem. De hade även kännedom om att en blankett tagits fram för rapporteringen enligt Lex Sarah. Därutöver noterades att medarbetarna hade svårt att redogöra för skillnaderna mellan begreppen, dvs. vilka händelser och incidenter som är sociala avvikelser och vad som ska rapporteras enligt Lex Maria eller faller under Lex Sarah.

Under 2014 har hittills inga utredningar enligt Lex Sarah förekommit.

### 2.3.3 Rutin för att upprätthålla god kunskap

Vid besöket noterades att det saknas en rutin för hur ledningen regelbundet följer upp och säkerställer medarbetarnas kunskaper om hanteringen av sociala avvikelser, synpunkter och klagomål samt avvikelser enligt Lex Sarah och Lex Maria.

### 2.3.4 Dokumentation gällande utförd fortbildning

Verksamhetschefen har tidigare meddelat att utbildning i avvikelshantering planeras till våren 2015, varvid dokumentation kommer att ske av vilka medarbetare som har gått denna utbildning.



## 2.4 Sekretess

Inom socialtjänsten gäller sekretess för uppgift om en den 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.

### 2.4.1 Dokumentation och uppföljning

Att döma av samtalen med intervjuade medarbetare var vetskapen om vilka regler som gäller om sekretess och tystnadsplikt tillfredsställande. Det fanns dock ingen rutin i rutinparmen som gäller tystnadsplikten eller hur medarbetarnas kunskaper om sekretessfrågor följs upp och säkerställs av ledningen.

### 2.4.2 Utbildning

Av samtalen framgick att det inte sker någon återkommande utbildning rörande personalens kunskaper i sekretessfrågor. Medarbetarna efterlyste en årlig uppföljning och genomgång på APT för att hålla kunskaperna aktuella och förebygga oavsiktliga fel. Enligt gruppchefen får nyanställda medarbetare information om tystnadsplikt och sekretess, de får även skriva under att de tagit del av reglerna.

## 2.5 Information

Enligt gällande avtal med entreprenören ska information löpande lämnas till brukare och deras företrädare.

### 2.5.1 Information till brukare/företrädare gällande ny insats

I rutinparmen fanns en rutin för stödpersoner vars innehåll intervjuade medarbetare hade kännedom om. Enheten har utsedda stödpersoner bland ordinarie personal som ansvarar för en till två brukare i kontakterna med deras gode män. Stödpersonen svarar även för att genomförandeplanen är upprättad och följs upp.

Vidare noterades oklarheter om hur överföringen av information till personal och brukare vid förändrat biståndsbeslut går till. Enligt uppgift från medarbetarna sker ingen kontakt med biståndshandläggarna vid förändringar i biståndsbeslutet, utan endast när en individuell plan enligt LSS har upprättats.

Enheten har en informationsbroschyr om verksamheten som medarbetarna hade vetskap om. Broschyren var dock inte tillgänglig på anslagstavla eller på annat sätt synliggjord för besökare. Förklaringen som gavs var att de tidigare haft broschyren synlig men att brukarna då har plockat ner dem.



## 2.6 Samverkan

Rutiner för samverkan och informationsöverföring mellan olika yrkeskategorier samt mellan olika huvudmän enligt SOSFS 2011:9.

### 2.6.1 Samverkan internt

När det gäller samverkan med legitimerad personal tas kontakt när behov uppstår och de kommer även på besök ibland. Ingen dokumentation upprättas vid dessa besök. Det saknas en särskild rutin för hur samverkan med hälso- och sjukvården ska gå till. I samband med uppföljning av biståndsbeslut kontaktar biståndshandläggaren medarbetarna via telefon.

### 2.6.2 Samverkan externt

Medarbetarna har inga externa kontakter utöver de som sker med brukarnas ställföreträdare i samband med uppföljningen av genomförandeplaner. I övrigt deltar verksamhetschefen på samverkansmöten med habiliteringen, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och särskolan.

## 2.7 Kompetens

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.

### 2.7.1 Chefens utbildning och erfarenhet

Vad avser gruppchefens utbildningsbakgrund har denne högskoleutbildning och mångårig erfarenhet inom funktionshinderomsorgen.

### 2.7.2 Omsorgspersonalens utbildning och erfarenhet

Beträffande de fem medarbetarna som tjänstgör på enheten har två undersköterskeexamina, två har gått grundutbildning för personer med utvecklingsstörning och påbyggnadsutbildning för personer med utvecklingsstörning (GPU/PPU) medan en saknar formell utbildning. Samtliga medarbetare har mångårig erfarenhet av verksamheten.

### 2.7.3 Möjlighet till kompetensutveckling

Inom Nytida finns möjligheten att få webbutbildning inom olika områden, vilket används av medarbetarna i mån av tid. Aktuella kompetensutvecklingsplaner för alla medarbetare överlämnades i samband med besöket. Intervjuade medarbetare kände dock inte till om de har någon individuell plan för den egna kompetensutvecklingen. Samtliga medarbetare har genomgått brandutbildning och hjärt-och lungräddning som genomförs vartannat år.

### 2.7.4 Rutin för introduktion

Rutinpärmen innehåller en rutin för hur introduktionen av nya medarbetare ska genomföras och vilka moment som ingår. Gruppchefen nämnde att en av Nytidans medarbetare håller i introduktionen av alla nyanställda och att de får gå bredvid en till två dagar i början.

## 2.8 Övrigt

Falkåsens dagliga verksamheten har ett mottagningskök, där maten kommer från ett cateringkök (Matverket) i närheten. Det saknas rutin för hanteringen av hygien i mottagningsköket. Enligt gruppchefen kommer en sådan rutin att tas fram.



### 3. Förbättringsområden

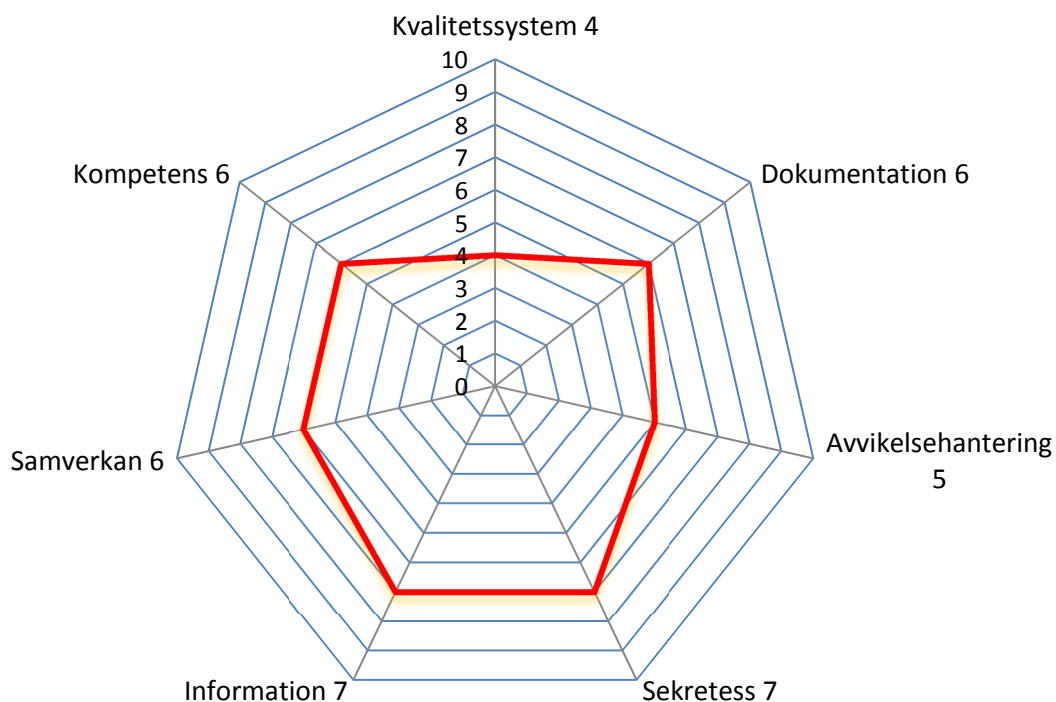
1. Medarbetarna behöver utbildas i Nytidias kvalitetssystem Q-maxit.
2. Det är angeläget att medarbetarna får återkoppling och görs medvetna om de egenkontroller som genomförs som ett led i det ständiga förbättringsarbetet.
3. Medarbetarnas medvetenhet om de riskanalyser som upprättats för varje brukare behöver förbättras.
4. En rutin bör utarbetas för uppföljning av medarbetarnas medvetenhet om innehållet i rutinpärmerna.
5. I brukarens genomförandeplan bör det finnas hänvisningar till arbetsbeskrivningen i de fall sådana finns.
6. En rutin bör utarbetas gällande hantering av sociala avvikelser.
7. Framtagen informationsfolder om hantering av synpunkter och klagomål bör synliggöras för brukare och deras företrädare på enhetens anslagstavla.
8. Det är angeläget att rutiner utarbetas för en återkommande uppföljning för att säkerställa medarbetarnas kompetens gällande hanteringen av synpunkter och klagomål, avvikelser enligt SoL samt Lex Sarah och Lex Maria.
9. En årlig uppföljning bör ske av medarbetarnas kunskaper om gällande sekretessbestämmelser i verksamheten i syfte att säkra efterlevnaden.
10. En gemensam skriftlig rutin för hur samverkan och dokumentation ska gå till bör utarbetas tillsammans med hälso- och sjukvårdsenheten.
11. En rutin gällande hantering av hygien i mottagningsköket bör tas fram.





#### 4. Sammanfattning av bedömningar

Nedanstående poängbedömningar kan användas som en fingervisning om de förbättringsområden som har uppmärksammats i genomförd kvalitetsuppföljning.



8-10, verksamheten lever upp till ställda krav

4-7, verksamheten lever delvis upp till ställda krav

0-3, verksamheten lever inte upp till ställda krav