



Kvalitets- och utredningsavdelningen
Socialförvaltningen
Martin Christensen
Kvalitetscontroller

Rapport från kvalitetsuppföljning av Nytidas dagliga verksamhet Ullared

September 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 kunskap om social dokumentation</i>	4
2.2.3	<i>Förvaring social dokumentation</i>	5
2.3	RUTINER FÖR AVVIKELSE- OCH SYNPUNKTSHANTERING	5
2.3.1	<i>Rutin gällande avvikelser och synpunkter</i>	5
2.3.2	<i>Rutiner gällande 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	6
2.6.1	<i>Samverkan internt</i>	6
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 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 i Ullared har sex platser och vid besöket var sju deltagare inskrivna i den dagliga verksamheten med anpassat arbete. Två ordinarie medarbetare och en vikarie arbetar i verksamheten.

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.

Enheten har en pärm med alla rutiner samlade som tillfrågade medarbetare hade kännedom om. En av medarbetarna var vikarie men hade inte fått någon särskild genomgång av rutinpärmerna, men har själv läst den när det har funnits tid till detta. Denne är inte heller med på enhetens APT. Enligt gruppchefen har ingen personal haft genomgång av rutinpärmerna, utan alla har fått i uppdrag att själva läsa igenom. Beträffande APT deltar vikarier inte på dessa såvida de inte tjänstgör just den dagen. Däremot får vikarien alltid protokoll från mötet via epost.

På frågan om enheten har något system för det systematiska kvalitetsarbetet, hänvisade medarbetarna till de rutiner som finns i pärmen. Enligt gruppchefen används kvalitetssystemet Q-maxit men detta hade vid besökstillfället ännu inte implementerats riktigt i verksamheten.



Vad gäller förekomst av riskanalyser på deltagarna i den verksamhet som bedrivs, framkom att medarbetarna inte kände till när riskanalyser senast hade utförts eller resultatet av dessa. Gruppchefen nämnde att riskanalyser upprättats för varje brukare vilka ses över i samband med uppföljningen av genomförandeplanerna.

Vidare framkom att medarbetarna inte var medvetna om vilken egenkontroll som utförs, alltså verksamhetens egna interna uppföljning och utvärdering. Enligt gruppchefen genomförs egenkontroll två gånger årligen som bland annat avser arbetsmiljön. Vid verksamhetsbesöket gjordes därutöver iakttagelsen att rutin saknas för uppföljning av personalens medvetenhet 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

En granskning av brukarnas dokumentationspärmar som förvarades i verksamheten, visade att både nyare och äldre dokumentation var blandade i akterna. Några genomförandeplaner var inte aktuella eftersom de inte uppdaterats på över ett år. I planernas målbeskrivningar blandas själva målet för brukarna ihop med en beskrivning av hur målen ska uppnås. Därtill noterades att genomförandeplanerna inte innehöll några hänvisningar till arbetsbeskrivningar när sådana fanns.

Dokumentationspärmar innehöll inga journalanteckningar. Medarbetarna dokumenterar löpande arbetsanteckningar i en anteckningsbok som sedan förs in som journalanteckning i Magna Cura efter en viss tid. Det var dock oklart hur ofta detta görs. Vid utförd granskning av fyra brukares genomförandeplaner i verksamhetssystemet, framkom att planerna överlag var inaktuella och att det inte har förts några regelbundna journalanteckningar.

På frågan om hur brukarnas delaktighet och inflytande tillgodoses nämndes att det hålls brukarråd två gånger årligen. Gruppchefen betonade vikten av att brukarna kan komma med synpunkter på verksamheten och att gode männen har en viktig funktion i sammanhanget.

2.2.2 Personalens kunskap om social dokumentation

Kunskapen kring social dokumentation varierade hos medarbetarna. Vid besöket framkom att en av medarbetarna inte fått någon introduktion om vilka rutiner som gäller kring den sociala dokumentationen. Medarbetaren har inte tagit del av vad som står i genomförandeplanerna om respektive brukare och för inte några egna löpande journalanteckningar utöver noteringar som görs i en anteckningsbok som förvarades på kontoret.

Det har inte genomförts någon utbildning för personalen i social dokumentation men en sådan är planerad till hösten 2014. Enligt gruppchefen har frågan om hur en bra genomförandeplan ska se ut tidigare varit uppe på ett möte med personalen.



2.2.3 Förvaring social dokumentation

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

2.3 Rutiner för avvikelse- och synpunktshantering

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

2.3.1 Rutin gällande avvikelser och synpunkter/klagomål

Vad gäller avvikelser enligt SoL och LSS fanns ingen rutin för hantering när sådana uppstår och de medarbetare som medverkade vid besöket hade svårt att beskriva vad som är en social avvikelse i verksamheten.

Beträffande hanteringen av synpunkter och klagomål har en folder tagits fram som vänder sig till brukare och deras närstående. Vid besökstillfället var informationen inte synliggjord på anslagstavla eller på annat sätt, utan blankett för synpunkter och klagomål förvarades istället på kontoret. En av medarbetarna kände inte till informationsfoldern eller hur hanteringen av synpunkter och klagomål ska gå till.

Under 2014 har inga synpunkter eller klagomål rapporterats medan en social avvikelse registrerats under juli månad.

2.3.2 Rutiner gällande Lex Maria och Lex Sarah

Enheten har upprättade rutiner gällande Lex Maria och Lex Sarah som fanns i rutinpärmerna. Tillfrågade medarbetare kände till rutinerna och var de kan hitta dem. Vidare kände de till att en blankett tagits fram för rapporteringen enligt Lex Sarah. Noterbart var att motsvarande blankett saknades för Lex Mariaärenden. Därutöver noterades att medarbetarna hade svårt att redogöra för skillnaderna mellan de båda lagrummen, dvs. vilka händelser och incidenter som ska rapporteras enligt Lex Maria och vilka som faller under Lex Sarah.

Under 2014 har ingen utredning enligt Lex Sarah förekommit.

2.3.3 Rutin för att upprätthålla god kunskap

Det fanns ingen rutin som beskriver hur ledningen ska arbeta för att bibehålla medarbetarnas kunskap om hantering av avvikelser enligt SoL och LSS, synpunkter/klagomål samt avvikelser enligt Lex Sarah och Lex Maria.

2.3.4 Dokumentation gällande utförd fortbildning

Vid besöket framkom att det inte var känt bland medarbetarna om genomförd utbildning dokumenterades eller inte. Enligt tidigare uppgifter från verksamhetschefen planeras en utbildning i avvikelshantering till våren 2015 och då ska dokumentation ske över vilka som har gått denna utbildning.



2.4 Sekretess

Inom socialtjänsten gäller sekretess för uppgift om 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

Medarbetarnas medvetenhet om vilka bestämmelser som gäller om sekretess är god. Enligt gruppchefen skriver alla nyanställda under på att de tagit del av gällande bestämmelser. I rutinpärmerna saknades rutin avseende tystnadsplikten och 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 av personalen beträffande sekretessfrågor.

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

Det finns en rutin för kontaktmannaskap vars innehåll en av tillfrågade medarbetare inte hade kännedom om. Vidare framkom oklarheter om vilka rutiner som gäller för överföring av information till personal och brukare vid förändrat biståndsbeslut. Den andre medarbetaren uppgav att biståndshandläggarna vid behov ringer och informerar om förändringar i beslutet, vilket inträffar sällan. När detta sker förmedlar medarbetarna informationen till brukaren. Enheten har en framtagen informationsbroschyr om verksamheten som medarbetarna kände till. Broschyren var tillgänglig på enhetens kontor.

Enheten har utsedda stödpersoner bland ordinarie personal som ansvarar för kontakterna med brukarnas gode män. Stödpersonerna svarar också för att genomförandeplanen är upprättad och följs upp.

2.6 Samverkan

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

2.6.1 Samverkan internt

Vad gäller samverkan med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal tas kontakt vid behov och de kommer även på besök ibland. Ingen dokumentation upprättas vid dessa besök. Det saknas en rutin för hur samverkan med hälso- och sjukvården ska gå till. Vid besöket uttrycktes önskemål om en rutin för att kvalitetssäkra den samverkan som sker. I samband med uppföljning av biståndsbeslut kontakter biståndshandläggaren medarbetarna via telefon.



2.6.2 Samverkan externt

Verksamhetschefen medverkar 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

När det gäller gruppchefens utbildningsbakgrund har denne en gymnasieutbildning med estetisk inriktning i botten samt en inte fullgjord undersköterskeutbildning. Inom Nytida har hon genomgått gruppchefsutbildning samt utbildning i medarbetarsamtal, arbetsrätt och samtalsmetodik. Gruppchefen har haft sin befattning som chef för verksamheten sedan 2009.

2.7.2 Omsorgspersonalens utbildning och erfarenhet

Angående medarbetarnas utbildning saknar en av medarbetarna adekvat utbildning i form av undersköterskeexamen. Denne använder sig av interna webbutbildningar som ges men känner inte till att det skulle finnas någon individuell plan för den egna kompetensutvecklingen. Medarbetaren har ännu inte haft något medarbetarsamtal. Vidare framkom att den checklista som används vid introduktionen av nya medarbetare inte hade gått genom i sin helhet.

Den andre medarbetaren har genomgått omvårdnadsprogrammet och har läst till behandlingspedagog på folkhögskola.

2.7.3 Möjlighet till kompetensutveckling

Inom Nytida finns möjligheter att få webbutbildning inom olika områden. Detta används av medarbetarna i den mån de har tid. Enligt uppgift från gruppchefen i samband med besöket har samtlig personal aktuella kompetensutvecklingsplaner. Enheten har i efterhand redovisat kompetensutvecklingsplaner för två av sina medarbetare. Alla medarbetare har genomgått brandutbildning och hjärt-och lungräddning, vilket genomförs vartannat år.

2.7.4 Rutin för introduktion

Vid besöket framkom att det fanns en rutin för hur introduktionen av nya medarbetare ska genomföras och vilka moment som ingår, vilken förvarades i rutinpärm. Vidare framkom att den checklista som används vid introduktionen av ny medarbetare inte hade gått genom i sin helhet.

2.8 Övrigt

Den dagliga verksamheten har ett mottagningskök, där maten kommer från ett tillagningskök i närheten. Det saknas rutiner för hanteringen av hygien i mottagningsköket.



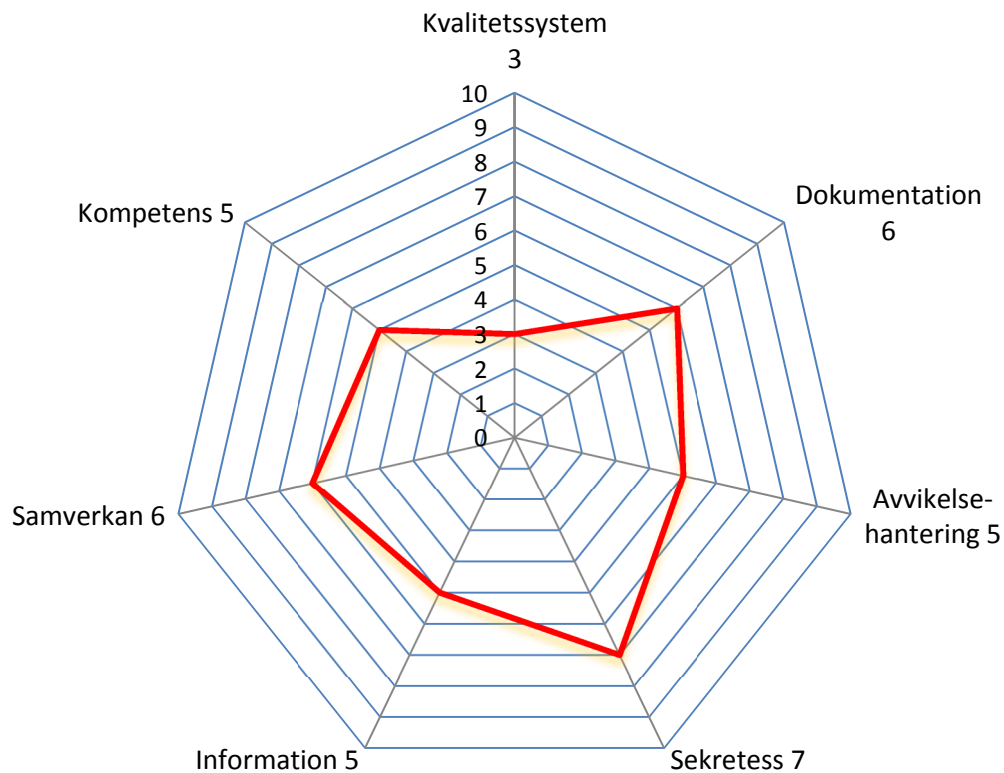
3. Förbättringsområden

1. Medarbetarna behöver utbildas i Nytidas kvalitetssystem Q-maxit.
2. Medvetenheten om genomförda riskanalyser för respektive brukare kan förbättras.
3. Resultaten av genomförda egenkontroller bör återkopplas och medvetandegöras bland medarbetarna som ett led i det ständiga förbättringsarbetet.
4. Samtliga nyanställda inklusive vikarier bör ges introduktion i de rutiner som rör kvaliteten i verksamheten.
5. En rutin bör utarbetas för uppföljning av medarbetarnas medvetenhet om innehållet i rutinparmen.
6. Inaktuella genomförandeplaner som förvarades i brukarnas dokumentationspärmar ska arkiveras på annan plats. Genomförandeplanerna bör uppdateras regelbundet och innehålla konkreta och mätbara mål om syftet med beviljade insatser samt tydligt hänvisa till arbetsbeskrivningar av hur målen ska uppnås.
7. En rutin bör utarbetas gällande hantering av sociala avvikelser.
8. Framtagen informationsfolder om hantering av synpunkter och klagomål bör synliggöras för brukare och deras företrädare på enhetens anslagstavla.
9. Det är angeläget att rutiner tillskapas för en återkommande uppföljning i syfte att säkerställa medarbetarnas kompetens gällande hantering av avvikelser enligt SoL, synpunkter och klagomål samt Lex Sarah och Lex Maria.
10. En årlig uppföljning bör ske av medarbetarnas kunskaper om sekretessbestämmelser som gäller i verksamheten i syfte att säkra efterlevnaden av dessa regler.
11. En skriftlig samverkansrutin bör utarbetas med hälso- och sjukvårdsenheten som medvetandegörs bland medarbetarna.
12. Hygienrutiner bör tas fram avseende hanteringen av mat i mottagningsköket.



4. Sammanfattning av bedömningar

Nedanstående poängbedömning kan användas som en fingervisning om 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