



Kvalitets- och utredningsavdelningen
Socialförvaltningen
Kristina Privér
Kvalitetscontroller

Resultat från kvalitetsuppföljning på Vitvaruåtervinningen, daglig verksamhet som drivs av Nytida.

Oktober 2014



Innehåll

1.0 BAKGRUND	3
2.0 SYFTE MED KVALITETSUPPFÖLJNING	3
3.0 METOD	3
4.0 RESULTAT	3
BESKRIVNING AV VERKSAMHETEN	3
4.1 LEDNINGSSYSTEM FÖR KVALITET	3
4.2 SOCIAL DOKUMENTATION	4
4.2.1 Granskning social dokumentation	4
4.2.2 Medarbetarnas kunskap om social dokumentation	4
4.2.3 Förvaring social dokumentation	4
4.3 RUTIN FÖR AVVIKELSE, SYNPUNKTS- OCH KLAGOMÅLSHANTERING	4
4.3.1 Rutin gällande avvikelser, synpunkter- och klagomål	4
4.3.2 Rutin gällande lex Sarah	4
4.3.3 Rutin för att upprätthålla god kunskap	4
4.3.4 Dokumentation gällande utförd fortbildning	5
4.4 SEKRETESS	5
4.4.1 Dokumentation som finns gällande sekretess	5
4.4.2 Utbildning till personalen	5
4.5 INFORMATION	5
4.5.1 Information till brukare/företrädare	5
4.6 SAMVERKAN	5
4.6.1 Samverkan internt	5
4.6.2 Samverkan externt	6
4.7 KOMPETENS	6
4.7.1 Chefens utbildning och erfarenhet	6
4.7.2 Medarbetarnas utbildning och erfarenhet	6
4.7.3 Möjlighet till kompetensutveckling	6
4.7.4 Rutin för introduktion	6
4.8 ÖVRIGT	6
5.0 FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN	7
6.0 SPINDELDIAGRAMMET	7



1.0 Bakgrund

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

2.0 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.

3.0 Metod

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

4.0 Resultat

Beskrivning av verksamheten

I den dagliga verksamheten Vitvaruåtervinningen finns tio platser och vid besöket är åtta brukare inskrivna. Inriktningen i den dagliga verksamheten vänder sig till personer med ADHD/ADD, Aspergers syndrom, Autism, Downs syndrom och Paraplegi/förlamning.

På Vitvaruåtervinningen arbetar två medarbetare.

4.1 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.

Medarbetarna uppger att man ännu inte har gått igenom Nytidans kvalitetssystem QMaxit. Förbättringsloggen och avvikelsetloggen som finns i QMaxit har medarbetarna ingen kunskap om. Medarbetarna uppger att de också har lite kunskap om kvalitetsrådet som finns i Nytida. Kvalitetsrådet representeras av medarbetare och verksamhetschef och de träffas 2-4 gånger per år för arbeta fram förbättringar enligt gruppchefen. Kvalitetsrådet har arbetat fram en rutinpärm som finns i den dagliga verksamheten. Rutinpärmen som finns har medarbetarna mer kunskap om och kunde återberätta vilka rutiner som finns i rutinpärmen. Gruppchefen har börjat gå igenom rutinerna som finns. Det framgår i samtalet med medarbetarna att uppföljning av rutinpärmen och det systematiska kvalitetsarbetet ska ske en gång per år men i nuläget finns ingen skriftlig rutin för hur detta ska genomföras.

Att det sker riskanalyser för varje enskilde brukare uppger medarbetarna inte sker. Medarbetarna uppger också att de inte känner till att man har gjort riskanalys för verksamheten.

Egenkontroller ansvarar gruppchefen för och det har gruppchefen gått igenom på arbetsplatsträff.



4.2 Social 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.

4.2.1 Granskning social dokumentation

Varje brukare har en pärm i den dagliga verksamhet som innehåller genomförandeplan, biståndshandläggarens utredning samt individuell plan enligt LSS för vissa brukare. Genomförandeplanerna är överlag bristfälliga d.v.s det står för lite om hur man ska arbeta/planera för att uppnå uppsatta mål.

Löpande anteckningar dokumenteras i verksamhetssystemet.

4.2.2 Medarbetarnas kunskap om social dokumentation

Medarbetarnas kunskap om social dokumentation varierar. Hur man upprättar en genomförandeplan och framförallt kring mål och hur man ska planera/arbete för att uppnå målen behöver medarbetarna mer kunskap om enligt dem. Även mer kunskap om vad som ska dokumenteras som en löpande anteckning finns behov av.

4.2.3 Förvaring social dokumentation

Varje brukare har en pärm inlåst i ett skåp i den dagliga verksamheten. I pärarna finns genomförandeplaner, biståndshandläggarnas utredningar samt individuell plan enligt LSS. Löpande anteckningar dokumenteras i verksamhetssystemet.

4.3 Rutin för avvikelser, synpunkts- och klagomålshantering

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

4.3.1 Rutin gällande avvikelser, synpunkter- och klagomål

Vad gäller avvikelser enligt socialtjänstlagen finns ingen rutin för hantering när sådana uppstår eller vad som avses med en social avvikelse. De medarbetare som medverkar vid besöket har svårt att beskriva vad som är en social avvikelse i verksamheten.

Beträffande hanteringen av synpunkter och klagomål finns en folder framtagen som vänder sig till brukare och närstående. Informationen är inte synliggjord på anslagstavla eller på annat sätt vid besökstillfället. Medarbetarna har lite kunskap om hur hanteringen av synpunkter och klagomål ska gå till.

Under 2014 har varken synpunkter/klagomål och sociala avvikelser registrerats.

4.3.2 Rutin gällande lex Sarah

Det finns en rutin i rutinpärmerna gällande lex Sarah.

Under 2014 har det inte förekommit någon lex Sarah utredning.

4.3.3 Rutin för att upprätthålla god kunskap

Medarbetarnas kunskap gällande lex Sarah varierar och de beskriver delar av det som ingår i rutinen för lex Sarah.



Det saknas rutin som beskriver hur medarbetarnas kunskap gällande avvikelser, synpunkts- och klagomålshantering samt lex Sarah ska upprätthållas. Medarbetarna uppger att gruppchefen har gått igenom vad som gäller kring avvikelser, synpunkt- och klagomål samt för lex Sarah en gång på en arbetsplatsträff.

4.3.4 Dokumentation gällande utförd fortbildning

Det framgår vid besöket att det saknas dokumentation av genomförd fortbildning gällande avvikelser, synpunkts- och klagomålshantering samt för lex Sarah.

4.4 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.

4.4.1 Dokumentation som finns gällande sekretess

I rutinpärmen finns en rutin för introduktion där sekretessen är en del. Det finns ingen särskild rutin/information gällande sekretess.

4.4.2 Utbildning till personalen

Medarbetarna uppger att gruppchefen kontinuerligt går igenom vad som gäller kring sekretess. Det saknas rutin som beskriver i vilken omfattning detta ska ske.

Medarbetarna har god kunskap om sekretessbestämmelserna.

4.5 Information

Rutin enligt avtal gällande information till brukare, företrädare.

4.5.1 Information till brukare/företrädare

Medarbetarna uppger att kontakten med biståndshandläggarna är obefintlig. Vid ett tillfälle har biståndshandläggare varit på Vitvaruåtervinningen med anledning av uppföljning av beslut enligt socialtjänstlagen. Uppföljning av beslut enligt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) av den dagliga verksamheten har aldrig förekommit.

Varje medarbetarna är stödperson/kontaktman för fyra brukare och medarbetarna har god kunskap om vad som ingår i kontaktmannaskapet. Stödpersonerna svarar också för att genomförandeplanen upprättas och följs upp.

Det finns en informationsbroshyr som beskriver innehållet i den dagliga verksamheten men den är inte tillgänglig och synlig vid besöket.

4.6 Samverkan

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

4.6.1 Samverkan internt

Ingen av brukarna som arbetar på Vitvaruåtervinningen har några insatser enligt hälso- och sjukvård och därav finns inget behov av att det finns en rutin gällande samverkan mellan medarbetarna och kommunens hälso- och sjukvårds personal.



4.6.2 Samverkan externt

Verksamhetschefen medverkar på samverkansmöten med habiliteringen, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och sarskolan. Medarbetarna känner inte till vad som framgår på dessa möten.

Vid verksamhetsbesöket uppger en brukare att han har högskoleutbildning och har tidigare arbetat i näringslivet.

4.7 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.

4.7.1 Chefens utbildning och erfarenhet

Gruppchefen uppger att han har högskoleutbildning och lång arbetslivserfarenhet.

4.7.2 Medarbetarnas utbildning och erfarenhet

En av medarbetarna har gått omvårdnadsprogrammet och är utbildad undersköterska. Den andra medarbetaren har gått en uppdragsutbildning inom funktionshinder på universitetet. Medarbetarna har lång arbetslivserfarenhet inom handikappomsorgen.

4.7.3 Möjlighet till kompetensutveckling

Båda medarbetarna uppger att de får fortbildning inom ramen för Nytidias webbutbildningar. Under året har de gått Nytidias webbkurser som ”den goda dagen”, livsmedelshantering och riskbedömning.

4.7.4 Rutin för introduktion

Det finns en rutin i rutinpärmen gällande introduktion. En av medarbetarna har varit anställd i ett år och uppger att han endast fick delar av introduktionen eftersom han tidigare har arbetat i en annan daglig verksamhet.

4.8 Övrigt

I den dagliga verksamheten finns ett mottagningskök som används för enklare matlagning. Det saknas rutin gällande hantering av hygien i mottagningsköket. Brukarnas lunch hämtas från Matverket.



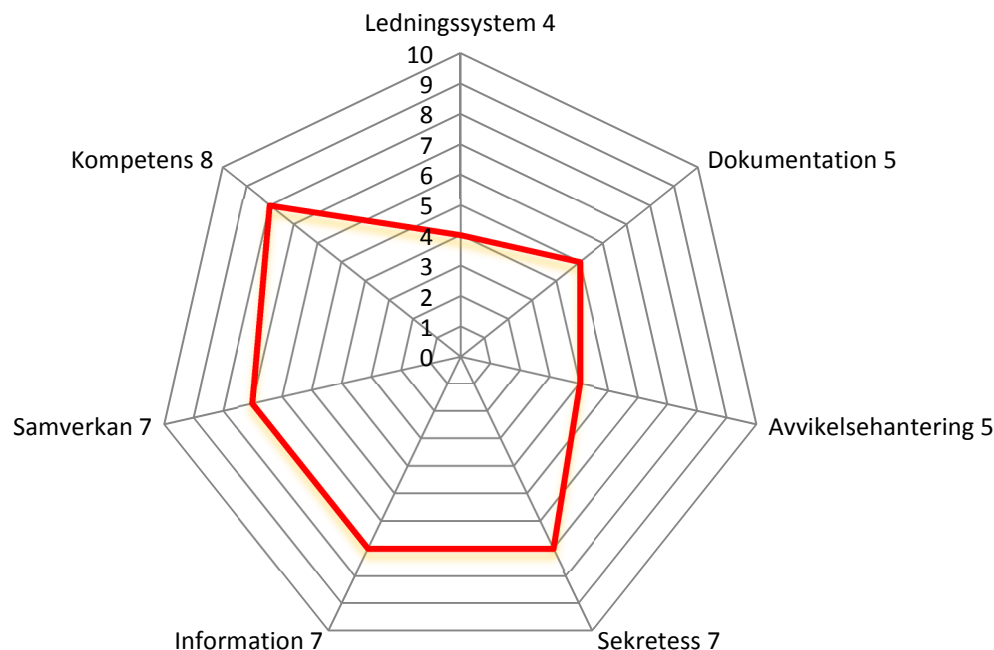
5.0 Förbättringsområden

- ✓ Att medarbetarna får utbildning i Nytidass kvalitetssystem QmaxIT.
- ✓ Att Nytidass ledningssystem för kvalitet blir ett levande arbetssätt i den dagliga verksamheten.
- ✓ Ta fram rutin för uppföljning och utvärdering av verksamheten och rutinparmen som en del i SOSFS 2011:9.
- ✓ Att riskanalyser för brukarna och verksamheten är en del i systematiska kvalitetsarbete.
- ✓ Utbildning i social dokumentation och fokus på att öka kunskapen om genomförandeplanen samt förbättra språkbruket i genomförandeplanerna.
- ✓ Att alla brukare får aktuella genomförandeplaner som beskriver mer utförligt hur man ska arbeta med uppsatta mål.
- ✓ Ta fram rutin gällande hantering av sociala avvikelser.
- ✓ Öka medvetenheten och kunskapen bland medarbetarna gällande hantering av sociala avvikelser, synpunkter och klagomål samt lex Sarah. Att sociala avvikelser och synpunkts- och klagomålshantering blir ett levande arbetsmoment.
- ✓ Ta fram en rutin gällande hantering av sekretess.
- ✓ Att informationsbroschyrer är tillgängliga och synliga i den dagliga verksamheten.
- ✓ Att utveckla samverkan med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i syfte att underlätta brukarnas möjligheter till att få ett arbete.
- ✓ Ta fram en rutin gällande hantering av hygien i mottagningsköket.

Åtgärdsplan lämnas till kvalitetscontroller senast 15 december 2014.

6.0 Spindeldiagrammet

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



Grönt 8-10 Verksamheten uppfyller kraven som ställs

Gult 4-7 Verksamheten uppfyller delvis kraven som ställs

Rött 1-3 Verksamheten uppfyller inte kraven som ställs