



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2023-02-10  
ON/2023:6

## Äldre- och funktionshinderombudets årsrapport 2022

### Förslag till beslut

Rapporten överlämnas till nämnden för kännedom.

### Sammanfattning

Solnas äldre- och funktionshindersombud, i fortsättningen kallad "ombudet", har som övergripande uppdrag att bevaka intressen och rättigheter som rör äldre och personer med funktionsnedsättning inom kommunens samtliga verksamhetsområden. Ombudet ska samverka med de kommunala verksamheterna och vara en lots för Solnaborna i frågor som rör tillgänglighet och framkomlighet i stadsmiljön, stadsplanering, transportfrågor, bostadsanpassning och aktiviteter i vardagen samt främja målgruppens brukarinflytande. Ytterligare ska ombudet arbeta för att skapa förutsättningar för och främja tillgänglighet i digitala miljöer. Ombudet ska även arbeta för att nå ut med kommunikation och skapa informationsutbyte med berörda målgrupper. Ombudet deltar även i olika rådgivande organ.

Elisabet Sundelin  
Förvaltningschef

Monika Jakobsson  
Äldre- och funktionshinderombud



## Redovisning av verksamhetsåret

Antalet unika ärenden som inkom till ombudet under året var 98, det är tre gånger fler jämfört med året innan. Ökningen kan bero på att information om ombudet nått ut till flera under året. Ärendena har i huvudsak varit av rådgivande karaktär, exempelvis frågor kring avgifter och hur man startar upp/ansöker om hjälp i hemmet.

Ombudet har under året medverkat som sekreterare i Rådet för funktionshinderfrågor samt även medverkat som representant från staden i KPR, Kommunala pensionärsrådet.

Rådet för funktionshinderfrågor har ur ett funktionshinderperspektiv under året bland annat tagit upp frågor kring vallokaler och dess tillgänglighet.

Rådet var även på en tillgänglighetsvandring i den nyöppnade simhallen.

Ombudet deltog i seniordagen på Hallen och informerade om äldre- och funktionshinderombudets roll.

Ombudet har även besökt Solna reumatikerförbund där ombudet presenterade sig och svarade på frågor.

Rådet för funktionshinderfrågor arrangerade under våren tillsammans med

Likabehandlingskommittén en temakväll som handlade om Parasport.

Föreläsare var Lars Björk ordförande i Norrbacka IF som talade om verksamheten, parasportens vagga och vad som händer idag.

Sofia Nybom tränare i AIK Basket Stars talade om ungdomarna i verksamheten och unga med autism.

Simon Risberg, Solnabo och berömd parasportare talade om att vara aktiv parasportare i Sverige.

Ombudet blev under året kontaktad av Senior Connect

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/om-oss/nyheter/framja-aldres-sociala-kontakter-och-livskvalitet.-delta-i-senior-connect/>

Ombudet blev kontaktad av vårdcentralen Kry som är ansluten till detta projekt och hade en solnabo i behov av vägledning. De som driver detta projekt är Akademiskt primärvårdscentrum (APC) och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES). Projektet är en del av regeringens strategi för psykisk hälsa att främja äldres sociala kontakter och livskvalitet och att uppmärksamma ensamhet hos personer 65 år och äldre. Ombudet företräder kommunen som lämplig person/funktion där personen kan få vägledning att matcha sin hälsoplan till lämpliga aktiviteter:

Ombudet var med i seniorträffarnas julkalender på Facebook där viktiga funktioner i Solna stad uppmärksammades.

Senior statistik i receptionen: Under april samt november har receptionen fört statistik på ärenden som seniorer som besöker receptionen i Stadshuset för. Mest gällde frågorna boendeparkering, inlämning av handlingar, skriva ut blanketter och felanmälan i närmiljön. Receptionen får även in en hel del frågor som inte direkt rör kommunen men som rör Regionen. Exempel på det är återlämning av hjälpmedel, hitta vårdcentral och annan samhällsinformation.



Detta kan tolkas som att det är en osäkerhet kring digitaliseringen, e-legitimation och att brev inte kommer fram.

Ombudet svarade tillsammans med Monika Rosenqvist på en enkät från Myndigheten för delaktighet (MFD) gällande uppföljning av kommuner 2022.

MFD verkar för full delaktighet i samhället för personer med funktionsnedsättning och för jämlika levnadsvillkor.

För övrigt har ombudet deltagit i:

- Omvårdnadsakademin
- Deltagit i planeringen av taltidningen Trumpeten.
- Regelbundna avstämningar med omvårdnadsförvaltningens förvaltningschef.

### **Uppdrag och utvecklingsområden under 2023**

Utöver det som ingår i verksamhetsområdet och som finns beskrivet i uppdragsbeskrivningen, pågår under 2023 ett flertal andra uppdrag och utvecklingsåtgärder.

Ombudet har planerat in ett schema för besök på seniorträffarna under året för att synliggöra uppdraget som ombud.

Solna brandförsvaret har kontaktat ombudet för samarbete gällande hur brandförsvaret kan hjälpa äldre och funktionshindrade i kommunen. Fortsättning följer under våren då kontakt även tagits med Humaniora.

### **Uppdragsbeskrivning äldre- och funktionshinderombud**

#### *Övergripande uppdrag*

Äldre- och funktionshinderombudet har som övergripande uppdrag att bevaka intressen och rättigheter som rör äldre och personer med funktionsnedsättning inom kommunens samtliga verksamhetsområden. Ombudet ska samverka med de kommunala verksamheterna och vara en lots för Solnaborna i frågor som rör tillgänglighet och framkomlighet i stadsmiljön, stadsplanering, transportfrågor, bostadsanpassning och aktiviteter i vardagen samt främja målgruppens brukarinflytande. Ytterligare ska ombudet arbeta för att skapa förutsättningar för och främja tillgänglighet i digitala miljöer. Ombudet ska även arbeta för att nå ut med kommunikation och skapa informationsutbyte med berörda målgrupper. Ombudet deltar även i olika rådgivande organ

#### *Syfte och mål*

Syftet med tjänsten är att samla in och sprida kunskap om kommunens verksamheter och service inom verksamhetsområdet och vice versa att belysa eventuella behov och brister. Målet är att på ett sammanhållet sätt ge Solnabor stöd och vägledningen i frågor som rör äldre eller personer med funktionsnedsättning.



#### *Ansvar och uppgifter*

- att bevaka och aktivt arbeta med utveckling av tillgänglighet i fysiska miljöer och digitalt på stadens webbplats solna.se,
- att svara på och hjälpa Solnabor vidare med frågor,
- att medverka i rådgivande organ och vara behjälplig vid arrangemang inom ramen för dessa, exempelvis temakvällar, tillgänglighetsvandringar med mera,
- att hantera inkomna synpunkter och klagomål,
- att svara på enkäter, exempelvis tillgänglighetsbarometern,
- att svara på inkomna ärenden i KC-systemet,
- att bevaka frågor som rör äldre och personer med funktionsnedsättning samt att skriva nyheter och rapportera om relevanta och aktuella händelser,
- att delta i arbetsgrupper inom verksamhetsområdet,
- att löpande identifiera utvecklingsområden, sätta upp mål samt att sammanställa årsrapport över verksamhetsområdet.

#### *Avgränsning av uppdraget*

Ombudet ska inte företräda enskilda medborgare eller i övrigt handlägga individärenden. Ombudet ska inte arbeta med någon form av myndighetsutövning eller utförarverksamhet.

#### *Sekretess*

Ombudet ska, liksom alla anställda vid Solna stad, i sitt arbete följa relevant lagstiftning kring sekretess och allmänna handlingar så som tryckfrihetsförordningen, offentlighets- och sekretesslagen och sekretessförordningen.

#### *Rapportering*

Ombudet ska kontinuerligt analysera den sammantagna informationen som framkommer i dess verksamhet. Utifrån uppdrag, ansvar och uppgifter ska en rapport lämnas årligen till omvårdnadsnämnden i februari månad. Däremellan ska regelbundna avstämningar ske med omvårdnadsförvaltningen.

#### *Organisatorisk placering*

Ombudet är placerad på stadsledningsförvaltningen, kommunstyrelsen. Monika Jakobsson är stadens äldre- och funktionshinderombud.



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2023-02-21  
ON/2023:21

## **Avtalsuppföljning av grupp- och servicebostäder enligt lagen om särskilt stöd och service (LSS) år 2022**

### **Förslag till beslut**

Omvårdnadsnämnden godkänner avtalsuppföljningen för 2022.

### **Sammanfattning**

Avtalsuppföljningen har under 2022 omfattat 15 verksamheter med totalt ca 95 solnabor.

Metod för uppföljning har varit enkät, dokumentationsgranskning, verksamhetens utvecklingsplan efter 2021 års uppföljning samt intervju av verksamhetschef, andra ledningsfunktioner och medarbetare vid platsbesök. Under intervjun har verksamhetschef givits möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkät eller utvecklingsplan. Avtalsuppföljningen har genomförts av kvalitetsutvecklare under perioden augusti till november 2022.

Uppföljningarna visar att majoriteten av verksamheterna har arbetat aktivt utifrån identifierade utvecklingsområden vid föregående avtalsuppföljning. En tydlig utveckling har skett inom ett flertal områden och verksamheterna har i allmänhet ett nära ledarskap med engagerade medarbetare. Verksamheterna behöver generellt fortsätta påbörjat arbete med att förbättra den sociala dokumentationen och delar av det systematiska kvalitetsarbetet. Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där identifierade utvecklingsområden framgår. Verksamhetscheferna har ålagts att inkomma med utvecklingsplaner som ska beskriva hur de tänkt arbeta utifrån identifierade utvecklingsområden.

Elisabet Sundelin  
Förvaltningschef

Rickard Ekwall  
Kvalitetsutvecklare



## **Bakgrund**

Staben för kvalitetsutveckling ska årligen genomföra avtalsuppföljningar av utförare som utför insatsen bostad med särskild service för vuxna enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Syftet med avtalsuppföljningen är att säkerställa att avtalad kvalitetsnivå uppnås och att verksamheterna bedrivs enligt gällande avtal, lagar och föreskrifter.

Uppföljningar görs i alla verksamheter oavsett om de är upphandlade eller inte är upphandlade. Resultatet från uppföljningarna visar hur kvaliteten utvecklas i verksamheterna och vilka utvecklings- och förbättringsområden som finns inom respektive verksamhet. Uppföljningarna syftar även till att identifiera goda exempel på arbetsätt, som kan ge inspiration till andra verksamheter i syfte att komma allt fler solnabor till godo.

# Rapport: Avtalsuppföljning 2022

---

## GRUPP- OCH SERVICEBOSTÄDER



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	4
Bedömning.....	7



## Inledning

Staben för kvalitetsutveckling ska årligen genomföra avtalsuppföljningar av bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning som är beviljade insatser enligt LSS. Syftet med avtalsuppföljningen är att säkerställa att avtalad kvalitetsnivå uppnås och att verksamheterna bedrivs enligt gällande avtal, lagar och föreskrifter. Uppföljningarna syftar även till att identifiera goda exempel på arbetssätt, som kan ge inspiration till andra verksamheter i syfte att komma allt fler solnabor till gagn.

Avtalsuppföljningen har under 2022 omfattat femton verksamheter. Verksamheterna är Algatan 5-7, Anderstorpavägen 2, Centrumslingan 45, Hagalundsgatan 17, Hagalundsgatan 34, Jungfrudansen 19B, Nybodagatan 16, Törnbacken, Storgatan 50, Parkvägen 4C, Spårvägen 6, Spårvägen 12, Grängsgatan, Västra vägen 7B samt Andersvägen 3B. Urvalet av verksamheter att följa upp har gjorts utifrån vilka verksamheter som ligger i Solna. Sex av verksamheterna drivs utifrån avtal enligt lagen om offentlig upphandling (LOU), tre verksamheter utifrån avtal enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) och sex verksamheter drivs i kommunal regi utifrån överenskommelser som är upprättade mellan Humaniora vård och omsorg och omvårdnadsförvaltningen.

### Tillvägagångssätt och metod

Årets uppföljning har för de flesta verksamheterna varit en uppföljning av arbetet med utvecklingsplanerna. Dessa utgick från identifierade utvecklingsområden i samband med 2021 års avtalsuppföljning. Granskning av social dokumentation har även genomförts i samtliga verksamheter. Det innebär att utöver social dokumentation, har nya bedömningar endast gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning.

För de sex verksamheter som drivs utifrån avtal enligt lagen om offentlig upphandling (LOU), har även en djupgående uppföljning av anbudslöften genomförts. Dessa verksamheter har i enkätform skattat sin uppfyllelse av det som utlovats i anbud. Därefter har Omvårdnadsförvaltningen i samband med platsbesök gjort nedslag i utvalda områden som bedömts vara av stor betydelse för brukare.

Omvårdnadsförvaltningen har i samband med uppföljningen gjort platsbesök och intervjuat verksamhetschef samt medarbetare. Uppföljningen har främst grundat sig i verksamheternas egna utvärderingar av sitt arbete med utvecklingsplanen. För utvalda delar har verksamheterna ombetts presentera underlag för att påvisa fungerande arbetsmetoder. Granskning av social journal och genomförandeplan har genomförts i samtliga verksamheter.

För flera av verksamheterna har kvalitetsutvecklare även inhämtat underlag från ansvarig LSS-handläggare för att se att bedömningen av verksamheten stämmer överens med den bild handläggaren har.

Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där identifierade utvecklingsområden framgår. Verksamheterna har utifrån dessa utvecklingsområden ålagts att inkomma med utvecklingsplaner som ska beskriva hur man tänkt arbeta utifrån identifierade utvecklingsområden.

## Sammanfattande bedömning

Något som tydligt framgår är att ett nära ledarskap är en framgångsfaktor vad gäller det systematiska förbättringsarbetet. Så gott som alla verksamheter har arbetat aktivt med många av utvecklingsområden som identifierats vid tidigare avtalsuppföljningar. Även i de fall där utvecklingsområden kvarstår efter årets uppföljning har utveckling i regel skett.

Följsamhet till rutiner för avvikelshantering är ett fortsatt utvecklingsområde. Dock har en positiv utveckling skett inom flera verksamheter, i likhet med vad som kunde noteras föregående år. Att skapa en kultur där avvikelserapportering ses som en självklar del i det ständiga förbättringsarbetet är utmanande och kan ta tid. Framförallt vad gäller händelser som inte är hälso- och sjukvårdsrelaterade, såsom bristande följsamhet till verksamhetens rutiner, arbetsmiljörelaterade händelser eller brister i stödet till brukaren.

Social dokumentation är ett område där behov av utveckling funnits sedan lång tid tillbaka, så även i år. Dock framgår det tydligt att utveckling skett inom detta område. I år har två verksamheter bedömts som godkända inom social dokumentation, vilket är två fler än föregående år. Vidare visar de allra flesta verksamheterna på en i stort fungerande social dokumentation. I många fall är verksamheterna nära att uppnå en godkänd bedömning, men där utvecklingsbehoven är mindre detaljer. I samtal med verksamhetsansvariga och vid granskning av social dokumentation framgår det att det tar tid att skapa en förståelse för hur den sociala dokumentationens olika delar hänger ihop, på ett sätt som gör att samtliga medarbetare i en verksamhet är förtrogna med arbetet med genomförandeplaner och social journalföring. Flera större kompetensutvecklingsprojekt pågår med social dokumentation i fokus, vilka bedöms kunna bidra till ytterligare utveckling framöver.

Uppföljning av anbudsloften visar att verksamheterna generellt har en god följsamhet till det som utlovats i utförarnas anbud. Något som lyfts av flera verksamheter är utmaningen att rekrytera till yrkesrollen stödpedagog, vilket flera verksamheter utlovat i anbud. Men på det hela taget är de flesta utvecklingsområden saker som relativt snabbt kan åtgärdas. Resultatet bör ses som positivt då anbuderna är omfattande och ofta inkluderar arbetssätt eller aktiviteter direkt kan höja livskvaliteten för brukare.

## Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Larm
	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

## Bedömningsanvisningar

### Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.




































- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

### Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

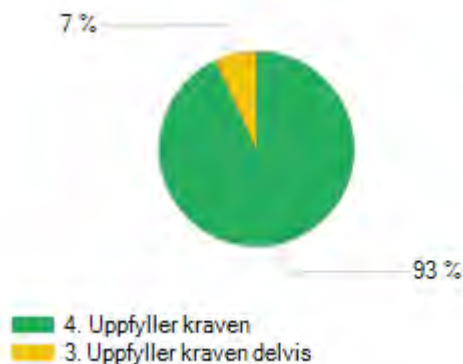
- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
- 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas
- 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

## Bedömning

Område	Resultat 2021		Resultat 2022	
Ledning och organisation	 4. Uppfyller kraven	93 (%)	 4. Uppfyller kraven	93 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	7 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	7 (%)
Personal och utbildning	 4. Uppfyller kraven	86 (%)	 4. Uppfyller kraven	93 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	7 (%)
Samverkan	 4. Uppfyller kraven	93 (%)	 4. Uppfyller kraven	100 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	7 (%)		
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 4. Uppfyller kraven	79 (%)	 4. Uppfyller kraven	64 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	21 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	36 (%)
Social dokumentation	 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)	 4. Uppfyller kraven	14 (%)
			 3. Uppfyller kraven delvis	86 (%)
Självbestämmande och integritet	 4. Uppfyller kraven	86 (%)	 4. Uppfyller kraven	93 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	7 (%)
Bemötande och anhörigstöd	 4. Uppfyller kraven	86 (%)	 4. Uppfyller kraven	86 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)
Mat och måltider	 4. Uppfyller kraven	100 (%)	 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Aktiviteter och fritid	 4. Uppfyller kraven	100 (%)	 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Säkerhet	 4. Uppfyller kraven	86 (%)	 4. Uppfyller kraven	100 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)		
Ekonomisk kontroll	 Bedömning ej genomförd	100 (%)	 4. Uppfyller kraven	100 (%)

	Algatan	Västra vägen	Andersvägen	Andersstorpsvägen	Gränsgatan	Centrumslingan	Hagalundsgatan 17	Hagalundsgatan 34	Jungfrudansen & Spårvägen 12	Nybodagatan	Tömbacken	Storgatan	Parkvägen	Spårvägen 6	SUMMA (Max 70)
Ledning & organisation	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	3. ◆	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	55
Personal & utbildning	4. ●	3. ◆	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	55
Samverkan	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	56
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	4. ●	3. ◆	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	3. ◆	3. ◆	4. ●	3. ◆	4. ●	4. ●	3. ◆	4. ●	51
Social dokumentation	3. ◆	3. ◆	3. ◆	3. ◆	3. ◆	3. ◆	3. ◆	3. ◆	3. ◆	3. ◆	4. ●	4. ●	3. ◆	3. ◆	44
Självbestämmande & integritet	4. ●	4. ●	3. ◆	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	55
Bemötande & anhörigstöd	4. ●	4. ●	3. ◆	4. ●	4. ●	4. ●	3. ◆	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	54
Mat & måltider	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	56
Aktiviteter & fritid	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	56
Säkerhet	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	4. ●	56
<b>SUMMA (Max 50)</b>	<b>39</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>39</b>	<b>39</b>	<b>39</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>38</b>	<b>39</b>	

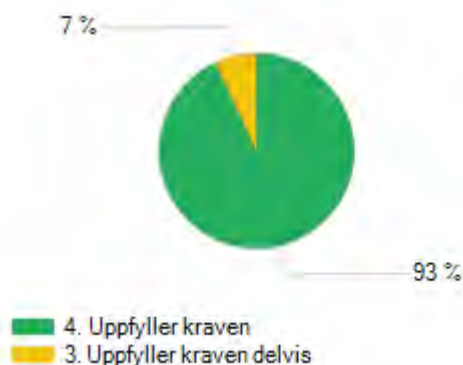
## Ledning och organisation



Samtliga verksamheter har en organisation som möjliggör ett nära ledarskap. En verksamhet behöver utveckla det nära ledarskapet utifrån några aspekter. Alla verksamhetschefer har adekvat utbildning. Rutin finns för ersättare vid verksamhetschefer frånvaro. En tydlig mötesstruktur finns i alla verksamheter. Agenda finns, beslut följs upp och protokoll finns tillgängliga för dem de berör.

Samtliga verksamheter har aktuella tillstånd från IVO.

## Personal och utbildning

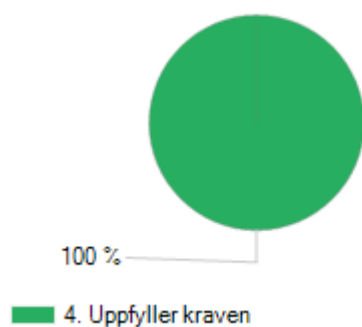


Samtliga verksamheter har rutin för introduktion av nya medarbetare med checklista som stöd samt dokumenterar uppföljningen av introduktionen.

Samtliga verksamheter arbetar med kompetensutveckling på såväl generell som individuell nivå. En verksamhet ska färdigställa arbetet med att säkerställa individuella kompetensutvecklingsplaner för samtliga medarbetare.

Samtliga verksamheter har rutiner och arbetssätt för att säkerställa bemanningen, dels vid planerad men även vid oplanerad frånvaro.

## Samverkan

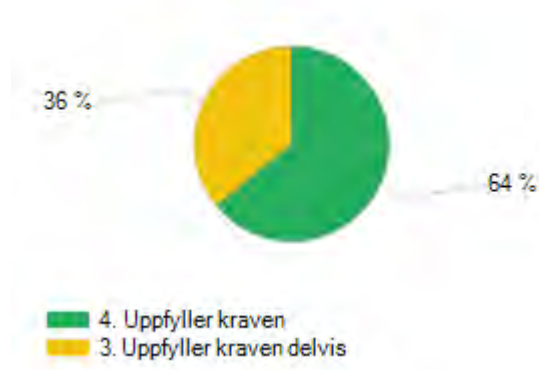


Rutin för samverkan finns i samtliga verksamheter. Externa samverkansparter har identifierats och beskrivs i rutin. Generellt beskriver såväl myndighetsavdelningen som verksamhetscheferna samverkan mellan utförare och beställare som god.

I första hand sker samverkan med externa parter på förekommen anledning och utifrån brukarens önskemål. Samtycke inhämtas alltid innan samverkanskontakt tas, information lämnas ut eller efterfrågas.

Verksamheterna beskriver i rutin hur den interna samverkan sker, gällande bland annat informationsöverföring och forum för möten med specificerat syfte.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Samtliga verksamheter har rutiner för avvikelserapportering och tillämpningen av dessa har utvecklats i flera verksamheter under året. Utrymme för förbättring finns i vissa verksamheter. Framförallt är det inom andra områden än hälso- och sjukvård som en underrapportering bedöms föreligga.

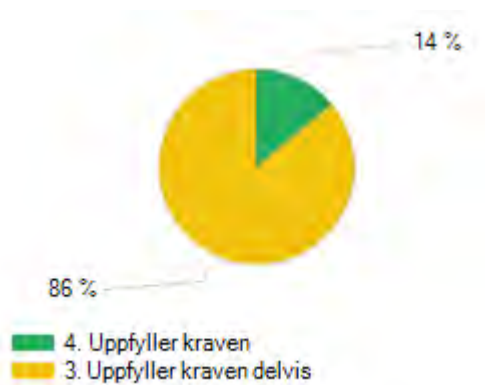
Hur verksamheterna valt att organisatoriskt arbeta med kvalitetsfrågor skiljer sig åt. Vissa verksamheter har dedikerade medarbetare med särskilt uppdrag att tillsammans med chef driva kvalitetsarbetet, medan det i de flesta verksamheterna i huvudsak är chef som tillsammans med gruppchef, gruppleadare eller samordnare driver dessa frågor. Ett nära ledarskap är en identifierad framgångsfaktor för ett systematiskt kvalitetsarbete.

Samtliga verksamheter har rutin för riskanalys. I samtliga verksamheter bedöms risker på såväl verksamhets- som individnivå ur flera perspektiv. En verksamhet behöver utveckla arbetssätt för riskanalyser avseende skyddsåtgärder.

Omfattningen av vilka egenkontroller som genomförs och inom vilka områden varierar mellan verksamheterna. Många goda exempel har identifierats och flera verksamheter har tydligt utvecklat sitt arbete med egenkontroller från föregående år.



## Social dokumentation

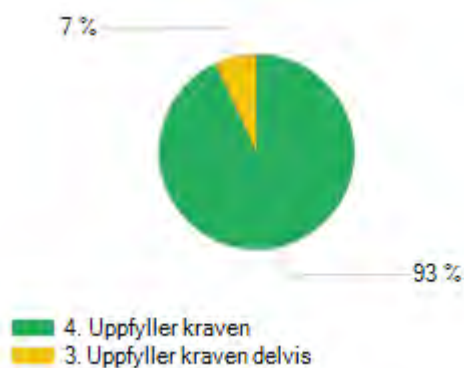


Den sociala dokumentationen är ett utvecklingsområde i de flesta verksamheter. Däremot visar också granskning tydliga förbättringar från föregående år. Två verksamheter bedöms som helt godkända vilket ingen var föregående år. Vidare är det flera verksamheter som har en dokumentation på en god nivå, men där mindre detaljer i kravställningen inte uppfyllts.

Sett över tid framgår det tydligt att utvecklingen av den sociala dokumentationen går i rätt riktning. Förståelsen i verksamheterna för hur den sociala dokumentationens olika delar hänger ihop samt förankringen av detta hos medarbetarna har ökat i flera av verksamheterna. Den uppenbara utmaningen för verksamheterna är att förankra den röda tråden i social dokumentation för medarbetarna. Där den enskilde medarbetaren förstår varför dokumentation sker och hur det ska genomföras.

I flera av verksamheterna pågår större kompetensutvecklingsprojekt med social dokumentation i fokus vilka bedöms kunna skapa förutsättningar för ytterligare utveckling framöver.

## Självbestämmande och integritet



De flesta verksamheterna har stående möten för brukarna, i syfte att löpande sprida information om verksamheten samt för att inhämta brukarnas synpunkter, förslag och önskemål. Individanpassning sker vad gäller form för deltagande i möten samt anpassning av kommunikationen.

Kontaktsmannaskapet är väl förankrat i verksamheterna. Brukarna ges möjlighet att etablera en förtroendefull relation till kontaktsmannen dels genom att det i huvudsak är denne som utför stöd samt att det i vissa verksamheter finns avsatt tid i personalens schema för detta. Kontaktsmannen är i flera verksamheter även involverad i ett tidigt skede vid inflytt av nya brukare för att skapa en förtroendefull relation redan från start. Alla verksamheter uppger att brukaren har rätt att byta kontaktsman om man önskar vilket även är förankrat.

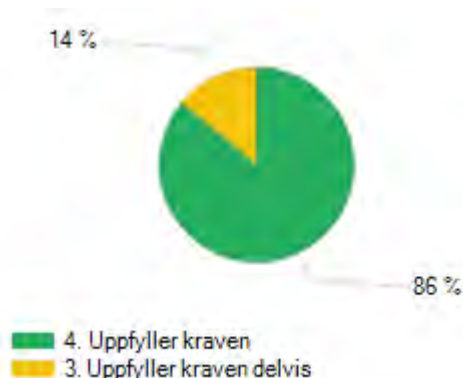
Samtliga verksamheter har förankrade rutiner för mottagande av nya brukare. En verksamhet behöver ta fram skriftlig information om verksamheten som kan lämnas till nya brukare.

De flesta verksamheterna har arbetssätt för att löpande sprida information till anhöriga och företrädare. Detta

sker genom individuell kontakt av kontaktman, anhörigträffar, informationsbrev och sociala medier.

I en verksamhet behöver ett påbörjat arbete med individanpassad kommunikation avslutas.

## Bemötande och anhörigstöd

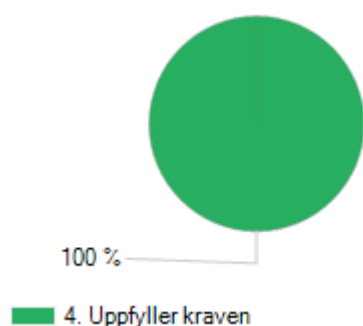


I de flesta verksamheterna diskuteras bemötande- och värdegrundsfrågor i huvudsak på förekommen anledning. Mötesforum finns med möjlighet att föra sådana diskussioner. I vissa verksamheter är arbetet mer systematiskt, där man tillsammans med brukarna tagit fram dokument som beskriver hur man vill att man är mot varandra i verksamheten. Flera verksamheter har en uttalad värdegrund, vilken förankras i medarbetargruppen genom olika övningar, utbildningar och under avsatt mötestid.

Anhörigsamverkan sker i de flesta verksamheterna genom regelbundna träffar till vilka närstående bjuds in. Vissa verksamheter har konton på sociala medier där anhöriga kan följa vardagen i verksamheten och exempel finns även där regelbundna informationsbrev skickas ut. Stor vikt läggs dock vid brukarens önskemål om hur samverkan med närstående ska, eller ej ska, ske. Vissa verksamheter har även som rutin att hänvisa till Solna stads anhörigteam i de fall som verksamhetens eget stöd till närstående ej räcker till.

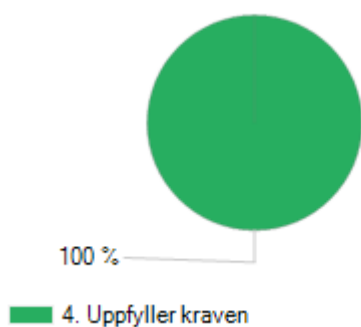
De utvecklingsområden som identifierats handlar om förankring av värdegrund och bemötande i personalgruppen samt att säkerställa att Solna stads kvalitetsdeklaration regelbundet förankras.

## Mat och måltider



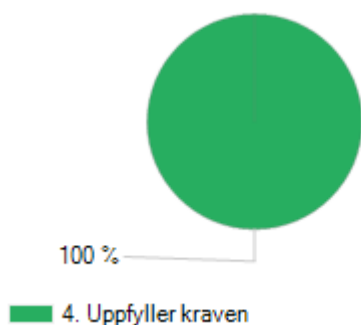
I samtliga verksamheter planeras och tillreds måltider individuellt. Brukarna har möjlighet att välja mat, får individanpassat stöd vid tillagning och kan välja var man vill inta sina måltider. En verksamhet har registrerad livsmedelsanläggning hos Solna stad.

## Aktiviteter och fritid



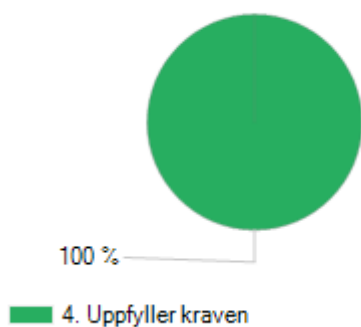
De flesta verksamheterna inhämtar systematiskt brukarnas önskemål om aktiviteter och detta ligger till grund för de aktiviteter som erbjuds. Aktiviteter erbjuds både individuellt och gemensamt.

## Säkerhet



Rutiner finns och tillämpas i hög utsträckning inom området säkerhet. Flera verksamheter har utvecklat sina arbetsmetoder avseende säkerhet under året.

## Ekonomisk kontroll



Ekonomisk kontroll har genomförts i samtliga verksamheten undantaget dem som drivs i kommunal regi. Kontrollerna visar på godkänt resultat. En utförare har vid uppföljningstillfället ej genomfört bokslut.

# Rapport: Avtalsuppföljning 2022

---

ANDERSVÄGEN 3B



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning .....	3
Bedömning .....	5
Underlag bedömning.....	8

## Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en uppföljning varje år, i syfte att säkerställa kvaliteten i de verksamheter som har avtal med omvårdnadsförvaltningen. Andersvägen 3B drivs av Frösunda Omsorg AB som vann upphandlingen av driften av verksamheten med driftstart juli 2020. Detta efter att avtal med föregående utförare löpte ut utan möjlighet till förlängning.

Verksamheten är en gruppbostad för personer som har beslut om bostad med särskild service enligt 9 § punkt 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Inriktningen är mot personer med autism eller autismliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS.

Verksamheten har fem platser. Personalutrymmen finns bestående av kontor för dokumentation och förvaring samt omklädningsrum och sovrum för personal med sovande jour.

### Metod för uppföljning

Årets uppföljning har bestått av tre delar. Den första delen har bestått av uppföljning av verksamhetens arbete med utvecklingsplan baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Den andra delen har bestått av granskning av social dokumentation. Den tredje delen har bestått av uppföljning av anbud. Utförare som har avtal med Solna stad enligt LOU, har i anbuderna beskrivit sitt planerade arbete utifrån upphandlingens förfrågningsunderlag.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att utöver område social dokumentation samt fokusområden för anbudsuppföljningen, har nya bedömningar endast gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts.

Omvårdnadsförvaltningen har genomfört platsbesök med intervju av verksamhetschef, biträdande chef samt granskning av social dokumentation. Granskning har utgått från verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen samt uppfyllelse av anbud. Vid granskning av uppfyllelse av anbud har även fokusområden valts ut för respektive verksamhet där en fördjupad uppföljning genomförts.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Utvecklingsområdena som utgår från anbud står tydligt markerade. Anledningen till att dessa särskiljs är att de baserar sig på utförarens beskrivna arbetssätt utifrån anbud och är ofta inte direkt korrelerade till avtal, lagkrav, riktlinjer och Solna stads anvisningar. Det innebär också att ett identifierat utvecklingsområde utifrån anbud, inte påverkar om ett område eller delområde bedöms som godkänt eller inte.

Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 15 februari 2023.

## Sammanfattande bedömning

Verksamheten har en god struktur med ett engagerat ledarskap och medarbetare med god kännedom om brukarnas behov av stöd. Samverkan med kvalitetsutvecklare har varit välfungerande och lösningsorienterad.

Verksamheten behöver arbeta vidare med några utvecklingsområden som identifierades i samband med årets avtalsuppföljning. Utifrån anbud finns flera utvecklingsområden för verksamheten att utveckla.

### Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 15 februari 2023. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur detta arbete fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året vid behov.

## Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.




Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Verksamhetens organisation och ledning
	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens interna samverkan
	Verksamhetens externa samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
	Delaktighet och kommunikation
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Möjligheter att påverka mat och måltider
	Livsmedelshygien
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Tystnadsplikt och sekretess
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Larm
	Hot och våld
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

## Bedömningsanvisningar






### Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.























-  För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
-  Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
-  Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

### Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

-  1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
-  2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
-  3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
-  4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
-  5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

## Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	 3. Uppfyller kraven delvis	 4. Uppfyller kraven
Samverkan	 3. Uppfyller kraven delvis	 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Social dokumentation	 3. Uppfyller kraven delvis	 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	 3. Uppfyller kraven delvis	 3. Uppfyller kraven delvis
Bemötande och anhörigstöd	 3. Uppfyller kraven delvis	 3. Uppfyller kraven delvis
Mat och måltider	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	 Bedömning ej genomförd	 4. Uppfyller kraven



## Ledning och organisation

-  4. Uppfyller kraven  
Rutiner finns och tillämpas.


Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - återuppta aktivitetsråd

## Personal och utbildning

-  4. Uppfyller kraven  
Rutiner finns och tillämpas. Utvecklingsområde finns för att uppfylla anbud.


Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - identifiera kompetensbehov
<input checked="" type="checkbox"/> Aktiviteten är slutförd.	Dokumentera uppföljning av introduktion

## Samverkan

-  4. Uppfyller kraven  
Rutiner finns och tillämpas.


Status	Utvecklingsområden
<input checked="" type="checkbox"/> Aktiviteten är slutförd.	Upprätta lokal rutin för extern samverkan

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

-  4. Uppfyller kraven  
Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - utvärdering av brukarnöjdhet

## Social dokumentation

-  3. Uppfyller kraven delvis  
Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska utveckla medarbetarnas kompetens gällande social journalföring.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla medarbetarnas kompetens gällande social journal

## Självbestämmande och integritet

### ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska säkerställa att samtliga brukare har upprättade kommunikationskartor.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Kommunikationskarta för samtliga brukare

## Bemötande och anhörigstöd

### ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska förankra Solna stads kvalitetsdeklaration hos brukare.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förankra Solna stads kvalitetsdeklaration
✓ Aktiviteten är slutförd.	Rutin för stöd till närstående

## Mat och måltider

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Aktiviteter och fritid

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas. Utvecklingsområde finns för att uppfylla anbud.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - arbetssätt för egentid med kontaktman

## Säkerhet

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ekonomisk kontroll

### ● 4. Uppfyller kraven

## Underlag bedömning

### Ledning och organisation



Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning 3. Godkänd	Verksamhetschef har adekvat högskoleutbildning och finns tillgänglig i verksamheten i den utsträckning verksamheten kräver. Biträdande verksamhetschef finns och funktionsbeskrivning finns där ansvarsfördelningen mellan olika chefsled framgår. Namngiven ersättare vid frånvaro finns. Ledningsstrukturen är känd hos intervjuande medarbetare. <u>Anbud</u> I enlighet med anbud finns ett närvarande ledarskap på verksamheten. Verksamhetschef tjänstgör 50% i verksamheten. Vid uppföljningstillfället arbetar biträdande verksamhetschef i 50% verksamheten, men kommer att arbeta heltid från 1 november 2022.
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov 3. Godkänd	Verksamheten har en tydlig mötesstruktur för olika perspektiv och områden i verksamheten. APT hålls månatligen och hålls av verksamhetschef. Så kallat kvalitetsråd genomförs fyra gånger per år där verksamhetschef och biträdande verksamhetschef alltid deltar. Någon eller i vissa fall flera medarbetare kan delta vid dessa möten beroende på vad som ska avhandlas. Till exempel kan det vara aktuellt för en medarbetare med ett visst uppdrag som ombud att delta i kvalitetsråd där dennes område ska avhandlas. Så kallad framtidsverkstad hålls två gånger per år, där brukarna i verksamheten ges möjlighet att påverka verksamhetens utformning. Verksamhetschef eller biträdande verksamhetschef håller i dessa forum. I intervju med cheferna framkommer det att flera konkreta önskemål framkommit under framtidsverkstad som har omsatts i praktik. Till exempel ett så kallat reflektionsrum, med stämningfull belysning, musik och möjlighet till avkoppling. Varje vecka hålls husmöte som är brukarnas regelbundna forum för delaktighet och samkväm. Samtliga möten protokollförs.  <u>Anbud</u> Aktivitetsråd ska genomföras tre gånger årligen i syfte att planera aktiviteter tillsammans med brukarna. Vid intervju framgår att aktivitetsråd inte genomförts i den utsträckning som beskrivits i anbud. Däremot tas aktiviteter alltid upp på de veckovisa boendemötena. Det är ett utvecklingsområde utifrån anbud att erbjuda aktivitetsråd för brukarna så som beskrivet i anbud.
IVO-tillstånd 3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd från IVO att bedriva verksamheten. Verksamhetschef är den som förestår verksamheten, vilket framgår i tillståndsbeviset.

### Personal och utbildning


Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning 3. Godkänd	Verksamheten har den personaltäthet som utlovats i samband med upphandling och ett antal timvikarier som bedöms täcka verksamhetens behov. Frånvarorutin finns som beskriver hur såväl planerad som oplanerad frånvaro hanteras. En central chefsberedskap finns utanför kontorstid, vilket är förankrat i medarbetargruppen.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare 3. Godkänd	Rutin finns för rekrytering av nya medarbetare och verksamhetschef kan i intervju redogöra för detta förfarande.
Introduktion av nya medarbetare 3. Godkänd	Rutin med tillhörande checklista finns för introduktion av nya medarbetare. Verksamhetschef, biträdande verksamhetschef och utsedd medarbetare ansvarar för olika delar av introduktionen, vilket framgår i rutinen. Dokumenterad uppföljning av introduktion genomförs. Skriftlig information lämnas till nyanställd.
Kompetensutveckling 3. Godkänd	Medarbetarnas kompetens inventeras årligen, utifrån utbildningsbakgrund och yrkeserfarenhet. Därefter beslutar verksamhetschef tillsammans med medarbetarna om prioriterade kompetensutvecklingsområden utifrån brukarnas behov av stöd och verksamhetens generella behov av kompetens. Denna analys ligger sedan till grund för den generella kompetensutvecklingsplan som upprättas och årligen följs upp och revideras. Verksamhetschef har även enskilt samtal med biträdande verksamhetschef för att tillsammans identifiera generella behov av kompetensutveckling som även det förs in i kompetensutvecklingsplanen.

Delområde	Kommentar
	<p>Inom Frösunda Omsorg finns även ett antal obligatoriska utbildningar för medarbetare inom LSS, vilka genomförs digitalt och är fördelade på årets månader i verksamhetens årshjul. Uppföljning och utvärdering av genomförda utbildningar sker gemensamt på verksamhetsmöte minst en gång per år.</p> <p>Medarbetare har individuella kompetensutvecklingsplaner. Dessa upprättas, följs upp och revideras i samband med de årliga mål- och utvecklingssamtalen.</p> <p><u>Anbud</u> Verksamheten har delvis arbetat så som beskrivet i anbud när det gäller att identifiera behov av kompetensutveckling. Med hjälp av egenkontroller har social dokumentation identifierats som ett prioriterat kompetensbehov hos medarbetare. Det behövs en ökad kunskap om både genomförandeplaner och social journal och hur dessa hänger ihop med beställning. Verksamheten kommer under höst 2022 och vår 2023 genomföra en stor utbildningssatsning för att höja denna kompetens. Detta sker i samband med att företaget även byter till nytt dokumentationssystem. I anbud beskrivs hur företagets centrala konceptledare genomför kartläggning av kompetensbehov på verksamheten genom bland annat individuella samtal med medarbetare. Det framkommer inte vid uppföljning att detta har genomförts. Ett utvecklingsområde är därför att fördjupa arbetet med att identifiera kompetensbehov hos medarbetarna likt det som beskrivs i anbud.</p>

## Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens interna samverkan  3. Godkänd	<p>Rutin finns för intern samverkan och är förankrad i verksamheten. Det framgår vilka mötesforum som finns för olika frågor, rutiner för överrapportering finns och det framgår i funktionsbeskrivningar vad olika roller i verksamheten har för uppdrag, ansvar och mandat.</p> <p><u>Anbud</u> I anbud beskrivs personalkontinuitet som ett viktig område för att skapa trygghet och förtroende. Verksamheten arbetar aktivt med kontaktmannaskap och schemaläggning för att skapa möjlighet till kontinuitet och trygghet för brukare. Vid intervju med verksamhetschef beskrivs att en utmaning när det gäller personalkontinuitet har varit hög sjukfrånvaro och vård av barn. Detta är ett område som verksamheten identifierat och hoppas komma tillrätta med.</p>
Verksamhetens externa samverkan  3. Godkänd	<p>Verksamheten har både en central och lokal rutin för extern samverkan.</p>

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  3. Godkänd	<p><b>Rutiner</b> Rutiner finns på övergripande nivå inom Frösunda. Verksamhetschef och biträdande verksamhetschef utarbetar lokala rutiner utifrån dessa. Medarbetare uppmanas att löpande identifiera behov av att upprätta eller revidera rutiner, vilket i sådana fall lyfts som en punkt på verksamhetsmöte alternativt kvalitetsråd. I verksamhetens årshjul framgår det att rutiner ska lyftas med viss regelbundenhet, för att på så sätt förankra dessa men även för att regelbundet säkerställa att dessa är aktuella. Verksamhetschef beskriver även att i samband med rapportering av avvikelser identifieras ofta behov av att upprätta eller revidera rutiner, vilket även detta sker på verksamhetsmöte och är ett arbetssätt för att säkerställa att alla medarbetare görs medvetna om vad som gäller. Verksamhetens rutiner förvaras i pärm, tillgänglig för samtliga medarbetare. Nyanställda går igenom samtliga lokala rutiner under introduktion, tillsammans med en genomgång av hela kvalitetsledningssystemet.</p> <p><b>Egenkontroll</b> Inom Frösunda finns ett antal gemensamma egenkontroller som utgår från föreskrifter och lagkrav. I verksamheten finns ett årshjul som stöd för chef där det framgår när under året vilka egenkontroller ska genomföras. Verksamhetschef ansvarar för att analysera resultatet på lokal nivå och tillsammans med medarbetarna fatta beslut om åtgärder, vilka förs in som förbättringsarbeten i det digitala kvalitetsledningssystemet. Inom Frösunda görs även en övergripande analys av det aggregerade resultatet, vilket ligger till grund för beslut om så</p>



Delområde	Kommentar
	<p>kallade fokusområden som samtliga verksamheter inom området åläggs arbeta med under kommande period.</p> <p>Exempel på områden inom vilka egenkontroller regelbundet genomförs är brand, kund, kvalitet, verksamhet, basal hygien, kollegial chefsgranskning, miljö, skyddsronder och riskanalys.</p> <p><b>Riskanalys</b></p> <p>Rutin för riskbedömning och riskanalys finns. I rutinen beskrivs skillnaden mellan olika riskaspekter på ett pedagogiskt sätt - risker för specifika brukare, risker för brukarna på verksamhetsnivå samt risker ur ett arbetsmiljöperspektiv. Hur arbetet ska ske för att identifiera bakomliggande orsaker till identifierade risker och hur åtgärder ska tas fram och förankras framgår väl. När risker ska bedömas framgår i årshjulet, men även löpande vid exempelvis ny brukare i verksamheten, vid verksamhetsförändringar men också alltid i samband med uppföljning av genomförandeplan för den enskilde.</p> <p>I samtal med verksamhetschef redogör denne för flera exempel där risker identifierats och åtgärder vidtagits som åtgärd. Även intervjuad medarbetare kan redogöra för hur arbetet med risker sker i verksamheten och medarbetarnas delaktighet i samband med detta framgår.</p> <p><u>Anbud</u></p> <p>I anbud beskrivs hur olika mätverktyg ska nyttjas för att följa upp brukarnöjdhet. Q-loopen är verksamhetens arbetssätt för ständiga förbättringar där brukarperspektivet också är en del av arbetet. Husmöten är också en viktig del för att löpande följa upp och fånga in brukarnas synpunkter.</p> <p>Verksamheten genomför också SKR:s årliga brukarundersökning. Under 2022 har två områden valts ut: trygghet och kommunikation. När det gäller trygghet har aktiviteter genomförts för att brukarna ska känna sig trygga i sina lägenheter, vid utevistelse samt att undvika att utsätta den enskilde för otrygga situationer. Aktiviteter för att förbättra kommunikation har varit kommunikationskartläggningar, bilder och tydliga strukturer utifrån varje brukares behov.</p> <p>Verksamheten har ännu inte påbörjat användningen av andra sätt att utvärdera brukarnas nöjdhet som nämns i anbud, så som exempelvis "värderingskollen" och "nöjd kund index". Detta är ett utvecklingsområde utifrån anbud.</p>
<p>Verksamhetens arbete med avvikelser</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Rutin för avvikelshantering finns som utförligt beskriver hela processen från rapportering till utredning, beslut om åtgärd samt utvärdering av vidtagna åtgärders effekt. I såväl samtal med verksamhetschef som medarbetare framgår det att arbetet med att rapportera avvikelser är förankrat i verksamheten. I ledningssystemet framgår det att rapportering av avvikelser sker regelbundet och att åtgärder beslutats samt följts upp, vilket framgår i dokumentationen. Flera exempel på förbättringsarbetet kan presenteras som ett resultat av rapporterade avvikelser.</p> <p>Verksamhetschef ser positivt på att benägenheten att rapportera avvikelser är hög i verksamheten, då detta är ett viktigt underlag för hela det systematiska kvalitetsarbetet. Dels som underlag för diskussion och beslut om nya eller reviderade rutiner på verksamhetsmöten, men även som underlag för analys och åtgärd på kvalitetsråden för verksamhetschef och biträdande verksamhetschef. Intervjuad medarbetare uttrycker även att det i huvudsak är tack vare rapporterade avvikelser som verksamheten får syn på behovet av revidering och förankring av rutiner. I kvalitetsberättelsen redovisas sammanfattning av rapporterade avvikelser, identifierade bakomliggande orsaker samt vidtagna åtgärder. Klagomål och synpunkter hanteras inom ramen för processen för avvikelshantering. Möjlighet finns att lämna klagomål anonymt. Rapporterade avvikelser och klagomål kategoriseras, vilket skapar förutsättningar för analys på aggregerad nivå. Skyldigheten att rapportera enligt lex Sarah går igenom två gånger per år utifrån årshjulet. Utöver detta genomförs en utbildning för samtliga medarbetare årligen.</p>
<p>Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Medarbetare görs delaktiga på flera sätt. Framförallt är det på verksamhetsmötena som medarbetarna ges möjlighet till delaktighet vad gäller att lyfta förbättringsförslag och meddela behov av förändrade rutiner etcetera. Även inom ramen för sina respektive ombudsroller görs medarbetarna delaktiga, med tilldelat ansvar och mandat. Såväl verksamhetschef som biträdande verksamhetschef beskriver att det är i arbetet med att analysera rapporterade avvikelser och resultatet av egenkontroller som medarbetarnas delaktighet blir som mest central.</p>

## Social dokumentation



Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ● 3. Godkänd	<p>Samtliga brukare har en aktuell genomförandeplan. I de granskade genomförandeplanerna finns insatser med delmål för samtliga insatser och mål som beskrivs i beställningen. Den enskildes delaktighet vid upprättande och uppföljning av genomförandeplan framgår, men även i sättet på vilket insatserna är formulerade i genomförandeplanen.</p> <p>Det är tydligt att de individuella riskbedömningar som görs för respektive brukare ligger till grund för hur insatserna i genomförandeplan är formulerade. Vid identifierad risk beaktas detta i respektive insatsbeskrivning. Det kartläggningsmaterial som verksamheten använder sig av för att fånga upp den enskildes behov av stöd inom olika områden - som ett komplement till beställningen - har använts för samtliga brukare och resultatet har utgjort ett stöd vid upprättande av genomförandeplan.</p> <p>Sammantaget visar granskningen av genomförandeplanerna på att arbetsätten tillämpas på det sätt som beskrivs i verksamhetens rutiner och att olika kunskapskällor används som underlag då insatserna i genomförandeplanerna formuleras. I de fall information som behövs för att utföra en insats finns i andra dokument än i genomförandeplanen, finns hänvisning till dessa, till exempel bildstöd och dagsplanering.</p>
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Rutin för social dokumentation finns som på ett pedagogiskt sätt beskriver syftet med den sociala dokumentationen, dokumentationens olika delar och hur dessa är relaterade till varandra. Det framgår även vilka funktioner som ansvarar för att upprätta vilken del av dokumentationen samt hur denna ska ligga till grund för uppföljning av stödet till den enskilde.</p> <p>Vid granskning framgår det att samtliga medarbetare för social journal och att anteckningar förs löpande. I huvudsak är anteckningarna att betrakta som händelser av betydelse eller avvikelser från genomförandeplan. Flera goda exempel finns där avvikelse från genomförandeplan identifierats, bakomliggande orsak finns beskriven och vidtagen åtgärd.</p> <p>Granskningen visar ett antal utvecklingsområden gällande social journal. Många exempel finns på anteckningar som är att betrakta som hälso- och sjukvårdsjournal. I journalen omnämns den enskilde i en mängd olika termer såsom boende, kund och brukare. Slutligen behöver det tydligare framgå en röd tråd i social journal, där det går att följa insatsens fortlöpande utifrån beställning och uppdrag.</p> <p>Vid intervju beskriver verksamhetschef att ett nytt system (Epsilon) ska implementeras för social journalföring, vilket förväntas vara en positiv förändring med syfte att höja kvalitén på social journalföring.</p>
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	<p>Rutin för egenkontroll av social dokumentation finns och i verksamhetens årshjul framgår när denna ska genomföras. I samband med denna, som genomförs minst två gånger per år, granskas samtliga personakter inklusive genomförandeplaner och sociala journaler. En checklista finns framtagen som stöd. Utöver dessa egenkontroller granskar verksamhetschef löpande den sociala journalen och identifierade brister utgör grund för efterföljande diskussion på verksamhetsmöte. Vid platsbesök kan verksamhetschef visa att denne utifrån genomförda egenkontroller identifierat brister i den sociala journalföringen, vilket är dokumenterat i ledningssystemet och planerade åtgärder framgår. Behov har även identifierats vad gäller att utveckla arbetet med delmål i genomförandeplan.</p> <p>Sammantaget visar uppföljningen att rutin för egenkontroll av social dokumentation finns och tillämpas samt att verksamheten inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet beaktat resultatet av dessa egenkontroller.</p>

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	<p>Skriftlig rutin för kontaktmannens uppdrag finns. Alla brukare har en utsedd kontakttman. Det framgår i rutinen hur kontaktmannen ersätts vid frånvaro, där det finns en namngiven ersättare för samtliga brukares kontakttman. Verksamheten schemalägger tid för att medarbetarna ska kunna förvalta sitt kontaktmannaskap dels rent administrativt men även så kallad egentid där brukare och kontakttman ska kunna umgås och etablera en förtroendefull relation. I samband med detta följer kontakttman tillsammans med den enskilde upp föregående vecka och planerar för kommande. Brukare informeras om rätten att byta kontakttman.</p>
Tillgänglighet och information	<p>Skriftlig rutin för mottagande av ny brukare finns. Skriftlig information om verksamheten lämnas till ny brukare inför inflytt. Varje vecka hålls så kallat</p>

Delområde	Kommentar
 3. Godkänd	<p>boendemöte. Agenda finns och någon av de brukare som deltar för protokoll. Vid planerade förändringar i verksamheten lyfts detta av medarbetare som är med under boendemötet.</p> <p>Vid större förändringar i verksamheten informerar verksamhetschef anhöriga samt företrädare via e-post. Verksamheten planerar att bjuda in till stormöte där företrädare och anhöriga bjuds in om den enskilde så önskar. Verksamhetschef deltar under dessa. Dock har planerade stormöten ställts in under pandemin, men verksamhetschef uttrycker en förhoppning om att inom kort kunna återuppta dessa då det är förenligt med rådande rekommendationer.</p>
Delaktighet och kommunikation  2. Delvis godkänd	<p>Att inventera brukarnas behov av individanpassad kommunikation beskrivs som en viktig förutsättning för deras förmåga att kunna vara delaktiga. I samband med att ny brukare flyttar in samt inför upprättande och uppföljning av genomförandeplan, används ett arbetsmaterial för att kartlägga detta. Vid granskning av den sociala dokumentationen framgår det att denna inventering legat till grund för genomförandeplanerna. Det framgår även att flera brukare har individuellt anpassade kognitiva hjälpmedel som provats ut med stöd av arbetsterapeut.</p> <p>Ett veckoschema finns anslaget i de gemensamma utrymmena, där brukarna kan se vilken personal som arbetar under veckan. Det framgår även vilka gemensamma aktiviteter som erbjuds under veckan, vilka brukarna har varit delaktiga i att besluta om på tidigare boendemöten.</p> <p>Aktivitetsråd hålls regelbundet där brukarna erbjuds delaktighet i att planera för större gemensamma aktiviteter för kommande period. Utöver detta hålls även den så kallade Framtidsverkstaden som beskrivits tidigare i denna rapport.</p> <p>Verksamhetschef beskriver att ett utvecklingsområde är att säkerställa att samtliga brukare har en så kallad kommunikationskarta upprättad, utifrån den inventering av behovet av anpassad kommunikation som görs. Flera brukare har detta, men arbete pågår med att avsluta påbörjat arbete för samtliga brukare.</p> <p><u>Anbud</u> Verksamheten arbetar aktivt med att anpassa kommunikation efter individens behov. Bilder och tydliggörande pedagogik finns framtagna och nyttjas dagligen för att stödja kommunikation.</p> <p><u>Anbud</u> Verksamheten arbetar enligt anbud när det gäller individuell veckoplanering. Varje vecka går kontaktman igenom veckoplaneringen med brukare. Veckoplaneringen är individuellt anpassad och ofta i form av ett fysiskt schema.</p> <p><u>Anbud</u> Framtidsverkstad är ett forum där brukare ska ges möjlighet att delta i verksamhetens utveckling två gånger per år. Verksamheten har genomfört en framtidsverkstad under våren 2022 och planerar ytterligare ett tillfälle hösten 2022.</p>

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har utifrån Frösundas allmänna värdegrund brutit ner denna till en lokal värdegrund. Flera workshops har hållits på detta tema, vilket resulterat i ett dokument som konkret beskriver hur man som medarbetare ska bemöta alla som man träffar inom ramen för sitt arbete. Den lokala värdegrunden används även som vägledande då utmaningar och etiska dilemman uppstår som diskuteras på verksamhetsmöte, med den lokala värdegrunden som stöd.</p> <p>Verksamheten har gjort Solna stads kvalitetsdeklaration känd hos medarbetare, men inte för samtliga brukare, vilket är ett utvecklingsområde.</p>
Stöd till närstående  3. Godkänd	<p>Verksamheten har planerade avstämningsmöten med de anhöriga som så önskar samt där samtycke från den enskilde finns. I samband med uppföljning av genomförandeplan bjuds alltid företrädare och anhöriga in om den enskilde så önskar. Informationsutskick görs regelbundet till anhöriga för att hålla dessa informerade om förändringar i verksamheten och skapa förutsägbarhet och trygghet.</p> <p>Verksamheten har tagit fram en rutin för stöd till anhöriga. Rutinen kan med fördel kompletteras med Solna stads anhörigstödsteams kontaktuppgifter. Vidare kan rutinen kompletteras med kontaktmannens roll i stöd till anhöriga och hur kontaktman kan hänvisa vidare till verksamhetens ledning.</p>

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
-----------	-----------

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	Samtliga måltider planeras individuellt. Brukaren är fullt delaktig i samband med detta utifrån egen förmåga och inköp och tillredning sker med stöd av personal. Hur stödet ska ges formuleras i genomförandeplan. Vid högtider erbjuds brukarna gemensamma måltider och väljer då kollektivt vad som ska serveras.
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Verksamheten bedriver inte matlagning på ett sådant sätt att egenkontroll gällande livsmedelshygien är ett krav. Dock har verksamheten fortsatt med sådana egenkontroller ändå trots att de är medvetna om att det inte är något som finns kravställt.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	På boendemöten finns som stående punkt att diskutera förslag på gemensamma aktiviteter. Även aktivitetsråd och framtidsverkstad ger brukarna möjlighet att komma med förslag på större gemensamma aktiviteter. Förslagen diskuteras på verksamhetsträffar och kvalitetsråd. Verksamhetens aktivitetsombud ansvarar för att hålla ihop detta arbete. I de fall som brukaren har svårigheter att ta till sig information i grupp, ges informationen av kontaktman individuellt och önskemål inhämtas.  <u>Anbud</u> I anbud beskrivs hur varje brukare ska erbjudas 1,5 timmes egentid med kontaktman i veckan. Vid uppföljning framgår att detta erbjuds. Däremot framgår inte att det finns en systematik för hur verksamheten säkerställer samt följer upp att det genomförs. Detta är ett utvecklingsområde utifrån anbud.

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Information om tystnadsplikt och sekretess lyfts i samband med anställning och medarbetarna skriver under att de förstått innebörden av detta. I verksamhetens årshjul finns infört att årligen lyfta tystnadsplikten och sekretessen i medarbetargruppen.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för nyckelhantering vilken är känd hos medarbetarna.
Privata medel ● 3. Godkänd	Rutin finns för hantering av privata medel. Redovisning sker till företrädare enligt överenskommelse mellan verksamheten och denne för hur detta ska ske.
Larm ● 3. Godkänd	Lokal rutin finns för de larm som finns i verksamheten. Rutin för regelbunden funktionskontroll av larm finns och tillämpas.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för hot och våld. Denna innefattar hot och våld mellan brukare, från närstående och från personal. Särskild rutin finns för våld i nära relation och förankras årligen hos medarbetarna på verksamhetsmöte.

## Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Rating 88
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<b>Beslutade arbetsgivaravgifter:1</b> 2022-09 6 685 877 2022-10 6 211 931 2022-11 6 216 675



# Rapport: Avtalsuppföljning 2022

---

ANDERSTORPSVÄGEN 2



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	7

## Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en uppföljning varje år, i syfte att säkerställa kvaliteten i de verksamheter som har avtal med omvårdnadsförvaltningen. Anderstorp svägen 2 drivs av Humaniora vård- och omsorg som är stadens organisation för verksamheter som drivs i kommunens egen regi.

Verksamheten är en servicebostad för personer som har beslut om bostad med särskild service enligt 9 § punkt 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Inriktningen är mot personer med utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS. Verksamheten har sju tillhörande lägenheter samt gemensamhetsutrymmen.

### Metod för uppföljning

Årets uppföljning har varit en uppföljning av verksamhetens arbete med sin utvecklingsplan samt granskning av social dokumentation. Utvecklingsplanen utgick från ifråga identifierade utvecklingsområden i samband med 2021 års avtalsuppföljning. Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen genomfört intervju med verksamhetschef samt granskat social dokumentation.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att nya bedömningar endast gjorts för social dokumentation samt de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 15 februari 2023.

## Sammanfattande bedömning

Verksamheten har en engagerad medarbetargrupp som sätter individen i fokus. Medarbetarna har arbetat länge i verksamheten och upplevs samt beskriver sig som en sammansvetsad grupp som är motiverad att ständigt utveckla verksamheten. Följsamheten till fattade beslut är god och kvalitetsutvecklare upplever att man talar om brukarna med respekt och med ett stort brukarfokus. Ledningen är nära och har tillsammans med medarbetarna arbetat aktivt med verksamhetens utvecklingsområden. Utvecklingsområden som kvarstår är i huvudsak inom området social dokumentation.

### Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 15 februari 2023. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare identifierade utvecklingsområden, vem som ansvarar och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur detta arbete fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året vid behov.

## Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Larm
	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess

## Bedömningsanvisningar

### Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

### Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
- 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
- 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

## Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Samverkan	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Social dokumentation	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven

## Ledning och organisation

 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Personal och utbildning

 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Samverkan

 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete




 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Social dokumentation

 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska säkerställa att genomförandeplan och samtycke dokumenteras i enlighet med rutin.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentera uppdaterad genomförandeplan/samtycke i social journal
 Aktiviteten är slutförd.	Loggkontroll
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppdatera rutin för samtycke

## Självbestämmande och integritet

 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Bemötande och anhörigstöd

 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Mat och måltider

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Aktiviteter och fritid

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Säkerhet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har schemalagd mötestid varannan vecka. Del av mötet är APT och den andra delen av mötet är så kallad brukarkonferens, där frågor kring brukarna avhandlas. Detta är ett tydligt sätt att dela upp frågorna, så att både personalfrågor och brukarfrågor ges utrymme. Årligen hålls också minst en planeringsdag. APT protokollförs och fattade beslut följs upp på nästkommande möte. Under brukarkonferenserna förs inga offentliga protokoll, men verksamhetschef för egna minnesanteckningar och följer upp att sådant som beslutat utförs i dialog med respektive medarbetare. Oftast är det kontaktperson som får i uppdrag att verkställa beslut efter brukarkonferenserna. Verksamhetschef följer upp detta på nästkommande brukarkonferens.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Utöver verksamhetschef finns gruppleddare anställd på 100% i verksamheten. Skriftlig funktionsbeskrivning finns, där uppdraget som gruppleddare tydligt beskrivs. Verksamhetschef deltar i verksamhetens personalmöten och är frekvent närvarande i verksamheten. Avstämningsmöten mellan gruppleddare och verksamhetschef hålls minst varannan vecka, men oftast varje vecka. Däremellan förs en dialog per telefon löpande. Verksamhetschef är medarbetarnas närmaste chef och kontaktas under kontorstid i samtliga chefsfrågor. I akuta händelser utanför kontorstid kan medarbetare vända sig till den s.k. trygghetsjouren som har chefsmandat och som vid behov kan beordra in personal på övertid eller utöva andra chefsuppgifter. Denna rutin är väl förankrad i medarbetargruppen. Verksamhetschef tjänstgör normalt sett 50% i verksamheten. Trygghetsjouren är en verksamhet inom Stockholm stad som kan vara ett stöd i att hantera chefsfrågor som inte kan vänta till närmaste vardag. Humaniora vård och omsorg har avtal med Stockholm stad gällande detta, där det tydligt framgår i vilka ärenden medarbetare kan söka stöd hos trygghetsjouren.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Då verksamheten drivs i kommunal regi krävs inget tillstånd. Däremot är verksamheten anmäld till IVO:s omsorgsregister med verksamhetschef som föreståndare.

### Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Rutin samt checklista finns för introduktion av nya medarbetare. Vid tillsvidareanställningar ansvarar verksamhetschef och gruppleddare för introduktionen. Vissa moment kan delegeras till övriga medarbetare. För timvikarier ges den praktiska introduktionen av gruppleddare samt övriga

Delområde	Kommentar
	<p>medarbetare. Skriftligt material ges till nya medarbetare. Uppföljning av introduktionen sker i direkt anslutning till avslutad introduktion samt efter en tids tjänstgöring i verksamheten. Uppföljningen dokumenteras, vilket beskrivs i rutin.</p>
<p>Kompetensutveckling ● 3. Godkänd</p>	<p>En övergripande kompetensinventering är genomförd för samtliga medarbetare inom Humanioras grupp- och servicebostäder i samband med medarbetarsamtalen. Denna ligger till grund för beslut om individuell kompetensutveckling utifrån identifierade behov. Inom de områden där inventeringen visat att det finns gemensamma behov av kompetensutveckling har detta utgjort underlag för verksamheternas gemensamma generella kompetensutvecklingsplan. Värdet av genomförd kompetenshöjande insats följs upp i samband med nästkommande medarbetarsamtal. Kompetensinventeringen som är gjord kommer ligga till grund för planerad kompetensutveckling löpande under kommande år. Verksamhetschef beskriver att då någon medarbetare slutar så ser man tydligt vilken kompetens denne besatt och kan då ta ställning till om det fortsatt finns behov av denna kompetens och i så fall tas hänsyn till detta vid rekrytering. Genom omvärldsbevakning och analys av innevarande års styrkor och utmaningar kompletteras underlaget för kompetensutvecklingsplan inför kommande verksamhetsår. Vid nyrekrytering har verksamheten krav på formell kompetens som undersköterska eller motsvarande. Högre utbildning är meriterande, men inget krav.</p>
<p>Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har anställda timvikarier i sådan utsträckning att det täcker verksamhetens behov. Vid akut frånvaro finns rutin som anger att personal i tjänst ansvarar för att försöka ringa in ersättare och då i första hand timvikarier, men även ordinarie personal vid behov. Om situation uppstår där medarbetare i tjänst inte får tag i någon ersättare finns det i rutin beskrivet att man inte får lämna verksamheten. Dock ska kontakt i sådan situation tas med trygghetsjouren som kan vara behjälplig med att beordra in ordinarie personal. Trygghetsjouren är en verksamhet inom Stockholm stad som kan vara ett stöd i att hantera akuta frågor som inte kan vänta till närmaste vardag.</p>
<p>Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd</p>	<p>Inom Humaniora vård och omsorg finns möjlighet att använda stödfunktioner på HR-avdelningen vid rekrytering. Detta är något som är förankrat och verksamhetschef beskriver att detta varit ett stort stöd i samband med rekrytering.</p>

## Samverkan

Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd</p>	<p>Samverkan på verksamhetsnivå sker i dagsläget med Humaniora HSL-team, som ofta deltar på personalmöten och minst två gånger per år samt med omvårdnadsförvaltningen i form av samverkansmöten och utbildningstillfällen som anordnas av förvaltningen. Även myndighetsavdelningen är en identifierad samverkanspart. Skriftlig rutin finns.</p>
<p>Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd</p>	<p>Intern samverkan sker dels i form av daglig rapport morgon och kväll. Även schemalagd mötestid varannan vecka är ett forum för intern samverkan. Mötesplanering finns, agenda följs och fattade beslut följs upp. Behov av samverkan utifrån brukarens behov ansvarar kontaktpersonen för att identifiera och rutin för samverkan anger att detta ska dokumenteras i genomförandeplanen. I samband med att genomförandeplanen följs upp åligger det kontaktperson att även inventera behovet av nya samverkanspartner, eller om tidigare samverkan upphört. I rutin för samverkan beskrivs samverkanspartner samt vem som ansvarar för respektive kontakt.</p>

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Delområde	Kommentar
<p>Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd</p>	<p>Medarbetare ges möjlighet till delaktighet på APT, där alla medarbetare uppmanas att komma med förbättringsförslag. Intervjuade medarbetare intygar att förslag från medarbetargruppen är något som välkomnas och fattade beslut omsätts snabbt i praktik. Medarbetarna uttrycker även att de har väldigt "fria tyglar" när det gäller att förändra arbetssätt i det dagliga arbetet och samverkan dem emellan fungerar mycket väl, vilket gör att nya arbetssätt börjar tillämpas omgående då alla fått tycka till. "Man behöver inte vänta på att det ska vara möte", beskriver intervjuade medarbetare. Dock revideras rutiner vid behov av större förändringar av arbetssätt och förankras hos chef.</p>






Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens arbete med avvikelser</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har dels en utförlig rutin för avvikelshantering som är gemensam för alla LSS-bostäder inom Humaniora vård och omsorg men också en lokal rutin som mer har karaktären av en lathund som ska vara lätt att följa för medarbetare i det dagliga arbetet. En tydlig hänvisning till var blanketter för olika typer av avvikelser finns och dessa avvikelsetyper är uppdelade i tre huvudområden (LSS, HSL och arbetsmiljö) samt en fjärde för klagomål och synpunkter. Även rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah beskrivs i rutinen och egenkontroll sker på flera sätt vad gäller att informationen givits till samtliga medarbetare minst en gång per år.</p> <p>I samtal med såväl chef som medarbetare framgår det att identifierade avvikelser är något som diskuteras på APT och ofta leder till nya/reviderade rutiner. Verksamheten har ett aktivt arbete med kulturen kring avvikelshantering och idag råder samsyn kring att avvikelser är ett sätt att arbeta med ständiga förbättringar, och inte ett sätt att leta fel och brister eller hänga ut kollegor. Utbildningssatsningar har även genomförts som lett till en förståelse för skillnaden mellan å ena sidan avvikelser från genomförandeplan vilket antecknas i social journal och å andra sidan avvikelser vad gäller bristande följsamhet till verksamhetens rutiner, vilket dokumenteras enligt rutiner inom ramen för kvalitetsledningssystemet.</p>
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>På APT finns kvaliteten med som en agendapunkt. Alla medarbetare har uppmanats att vara uppmärksamma på om några rutiner behöver revideras och förbättringsförslag välkomnas. Mötesstrukturen är tydlig vad gäller vilka frågor som ska avhandlas i vilka forum. Fattade beslut under de möten som avhandlar brukarfrågor följs regelmässigt upp på nästkommande möte, vilket gruppleddare ansvarar för. Strukturen för att fatta beslut samt följa upp planerade åtgärder är något som fungerar väl och är ett resultat av ett aktivt arbete med att förtydliga denna struktur.</p> <p>Minst en planeringsdag hålls årligen. Tema för planeringsdagen varierar och utgår från vad verksamheten utifrån sitt systematiska förbättringsarbete identifierat som utvecklingsområden.</p> <p><u>Riskanalys</u></p> <p>Rutin finns som beskriver hur verksamheten ska arbeta för att identifiera och hantera risker utifrån olika perspektiv och på olika nivåer, där både sannolikhet och allvarlighetsgrad skattas. I samband med uppföljning av genomförandeplan anger rutinen att även riskbedömningarna ska följas upp. Det gäller såväl arbetsmiljörisker som risker för brukarna. En pärm finns för dokumentation av riskbedömningar ur ett arbetsmiljöperspektiv där även handlingsplaner finns som anger hur man som medarbetare ska agera för att minimera risk för negativ händelse. Brukarrisker dokumenteras i den sociala dokumentationen och förvaras i personakt. IT-stödet LEDA kan användas för att bedöma och dokumentera risker på verksamhetsnivå, utifrån verksamhetens processer och aktiviteter.</p> <p><u>Egenkontroll</u></p> <p>Egenkontroll sker genom uppföljning av fattade beslut på APT, uppföljning av upprättad handlingsplan vid rapporterad avvikelse och uppföljning av medarbetarnas förtrogenhet med uppdraget som kontaktperson. Egenkontroll av social dokumentation genomförs av chef regelbundet och återkopplas till berörd medarbetare, men resultatet dokumenteras ej. Verksamheten har även tagit fram årshjul för olika funktioner och områden; systematiskt brandskyddsarbete, gruppleddare och kontaktperson. Ett årshjul för de aktiviteter som verksamhetschef ansvarar för håller på att utvecklas. Dessa årshjul ligger sedan till grund för verksamhetschefens uppföljning av att planerade aktiviteter genomförs. Utöver de egenkontroller som presenteras i kvalitetsberättelsen genomför verksamheten utifrån sin årsplanering en stor egenkontroll utifrån checklista som utgår från ett stort antal verksamhetsområden. Resultatet återkopplas och diskuteras med samtliga medarbetare på efterföljande APT.</p> <p><u>Rutiner</u></p> <p>Lokala rutiner finns tillgängliga i verksamheten. Medarbetarna har uppmanats lyfta behov av ändrade rutiner, vilket tas upp på APT. Grupp- och servicebostäderna inom Humaniora vård och omsorg strävar efter att ha så lika arbetssätt som möjligt, varför vissa rutiner tas fram på verksamhetsövergripande nivå för att sedan vid behov anpassas lokalt till respektive verksamhet. Rutiner går igenom årligen för att säkerställa att dessa är aktuella.</p>

## Social dokumentation


Delområde	Kommentar
<p>Genomförandeplan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Samtliga brukare har en aktuell genomförandeplan. I de granskade genomförandeplanerna finns insatser med delmål för samtliga insatser och mål</p>

Delområde	Kommentar
	<p>som beskrivs i beställningen. Den enskildes delaktighet vid upprättande och uppföljning av genomförandeplan framgår, men kan tydliggöras ytterligare i genomförandeplanerna.</p> <p>Det framgår vid granskning att uppföljning av genomförandeplan sker enligt riktlinjerna. Graden av måluppfyllelse är bedömd och insatsbeskrivningarna reviderade utifrån vad uppföljningen visat. Uppföljningarna är dokumenterade och det framgår vilka behov av reviderade insatser som uppföljningen visat.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Social journal förs löpande av samtliga medarbetare. I huvudsak utgår journalanteckningar från insatserna i genomförandeplan samt händelser av betydelse. Vid avvikelse från genomförandeplan framgår att medarbetare sökt bakomliggande orsak. Det framgår även vidtagen åtgärd. Önskemål från den enskilde finns antecknat och vidtagen åtgärd framgår även i dessa fall. Det förekommer i viss mån anteckningar av anekdotisk karaktär.</p> <p>Granskning visar att det inte alltid är dokumenterat i journal när genomförandeplan uppdaterats eller samtycke upprättats. Detta är ett utvecklingsområde. Vidare har inte rutin för inhämtande av samtycke uppdaterats sedan verksamheten övergick till att dokumentera samtycken digitalt i systemet Lifecare utförare.</p>
Egenkontroll social dokumentation  3. Godkänd	<p>Rutin finns för egenkontroll av social dokumentation, där detta är ett av områdena i den stora egenkontrollen som genomförs regelbundet utifrån checklista. Vid granskning framgår det att egenkontrollen genomförts.</p> <p>Verksamheten har systemmässiga förutsättningar för att genomföra loggkontroll av social journal vilket genomförs av verksamhetschef fyra gånger per år enligt rutin.</p>

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation  3. Godkänd	<p>Genom boendemöten ges brukarna möjlighet att inkomma med synpunkter och förbättringsförslag. Protokoll förs och finns tillgängliga i det gemensamma utrymmet. Det är även uttryckligen ett uppdrag som kontaktperson att inhämta brukarens önskemål och synpunkter, som sedan ska ligga till grund för insatser i genomförandeplanen. Samtliga medarbetare som intervjuades tillstår att det i regel är brukarnas uttryckta önskemål som ligger till grund för vad man faktiskt gör på jobbet. Det framgår även vid granskning av social dokumentation att stödet är individuellt anpassat och att önskemål omsätts i praktik.</p>
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	<p>Funktionsbeskrivning för kontaktmannaskapet finns och är väl förankrad i verksamheten. Varje brukare har två kontaktmän, för att minska sårbarheten vid frånvaro. Brukarna informeras om rätten att byta kontaktperson och det är i huvudsak kontaktpersonens ansvar att inventera brukarens intressen, åsikter och behov av stöd för att sedan formulera detta i genomförandeplan. På brukarkonferenserna ansvarar kontaktperson för att delge kollegor ny information kring brukaren och verksamhetschef säkerställer att tid avsätts för alla brukare i verksamheten på dessa konferenser, som hålls varannan vecka. Schemat är medvetet planerat på ett sådant sätt att det ska finnas möjlighet för kontaktperson tillsammans med brukaren att göra aktiviteter i syfte att stärka relationen dem emellan. Ett årshjul finns upprättat där kontaktpersonens ansvar och arbetsuppgifter under ett verksamhetsår framgår.</p>
Tillgänglighet och information  3. Godkänd	<p>Rutin för mottagande av ny brukare finns och tillämpas i verksamheten. På boendemöte informerar personal om förändringar i verksamheten och därutöver ansvarar kontaktpersonen för att informera brukarna individuellt. Verksamheten har ett skriftligt material med information om verksamheten som överlämnas i samband med ny brukare.</p> <p>Inför uppföljning lyftes det från ansvarig LSS-handläggare att verksamheten kan utveckla sitt arbete i samband med mottagande av ny brukare. Detta bedöms inte vara ett utvecklingsområde, men något som förmedlats till verksamheten att utvärdera och arbeta vidare med.</p>

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande  3. Godkänd	<p>Alla nya medarbetare informeras om Humanioras värdegrund i samband med anställning. Värdegrundsfrågor finns även med som agendapunkt på APT, där diskussioner och övningar sker i värdegrunds- och bemötandefrågor.</p> <p>Verksamhetschef är den som förbereder och håller i dessa diskussioner på APT. För brukarna är det på husmöte denna typ av diskussioner förs. Vissa brukare är bekväma med att föra denna typ av diskussioner i grupp, medan andra väljer att</p>

Delområde	Kommentar
	diskutera sådant med sin kontaktperson istället. Solna stads kvalitetsdeklaration är väl förankrad i medarbetargruppen, brukarna informeras om denna i samband med inflyttning och den lyfts på APT årligen.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Alla medarbetare i verksamheten har god kännedom om Solna stads anhörigteams arbete och kan vid behov hänvisa anhöriga dit, om det stöd som verksamheten kan ge inte räcker till. Rutin finns som beskriver hur stöd till anhöriga ska ges. Hänvisning till stadens anhörigteam finns i rutinen. Rutinen har förankrats i medarbetargruppen under APT.

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Detta är ej relevant i verksamheten, då denna inte är registrerad som livsmedelsanläggning.
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	Brukarna lagar mat i sina egna lägenheter, vid behov med stöd av personal. Vad som ska tillredas planerar brukaren tillsammans med personal oftast i förväg, eller i anslutning till att inhandling sker. Det är brukaren själv som helt avgör vilken mat som ska lagas och hur detta går till ska formuleras i genomförandeplan.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	På boendemöten finns som stående punkt att diskutera förslag på gemensamma aktiviteter. På APT går man igenom inkomna förslag på större aktiviteter och man planerar tillsammans för hur dessa ska kunna genomföras. Minst varje helg genomförs någon gemensam aktivitet utanför verksamheten som alla erbjuds att delta i. Personal som tjänstgör under helgen ansvarar för att utföra inplanerad aktivitet. Om brukarna själva inte uttrycker några förslag på aktiviteter föreslår personal några alternativ som brukarna kan välja mellan. Medarbetare uppmanas att aktivt söka efter möjliga aktiviteter i närområdet, t.ex. undersöks regelbundet kultur- och fritidsförvaltningens aktivitetsutbud. Även brukare som initialt inte visat intresse för att delta tillfrågas i samband med att aktiviteten ska genomföras. I de fall som brukaren har svårigheter att ta till sig information muntligt eller i grupp, ges skriftlig information om aktiviteter som finns att delta i.

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Larm ● 3. Godkänd	Brandlarm är det enda larm som finns i verksamheten. Tydlig gränsdragning finns upprättad för vad som åligger verksamheten att genomföra vad gäller funktionskontroll. Brandskyddsronder har genomförts enligt rutin och dokumenterats i systemet KIA. Brandskyddskontrollanterna i verksamheten har varit delaktiga i detta.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för hot och våld. Denna innefattar hot och våld mellan brukare, från närstående och från personal. Särskild rutin finns för våld i nära relation som har förankrats i medarbetargruppen på APT.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för nyckelhantering vilken är känd hos medarbetarna.
Privata medel ● 3. Godkänd	Rutin finns för hantering av privata medel. Redovisning sker till företrädare enligt överenskommelse mellan verksamheten och denne för hur detta ska ske.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Information om tystnadsplikt och sekretess lyfts i samband med anställning och medarbetarna skriver under att de förstått innebörden av detta. I verksamhetens århjul finns infört att årligen lyfta tystnadsplikten och sekretessen i medarbetargruppen.

# Rapport: Avtalsuppföljning 2022

---

CENTRUMSLINGAN 45



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	7

## Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en uppföljning varje år, i syfte att säkerställa kvaliteten i de verksamheter som har avtal med Omvårdnadsförvaltningen. Centrumslingan 45 drivs av Waxö Omsorg som har avtal med Solna stad enligt lagen om valfrihet (LOV). Verksamheten är en servicebostad för personer som har beslut om bostad med särskild service enligt 9 § punkt 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Inriktningen är personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS.

I verksamheten bor tolv brukare som har en egen lägenhet med sovalkov, vardagsrum, toalett och en köksdel. En servicelägenhet finns i nära anslutning till lägenheterna där brukarna bor. Personalutrymmen finns bestående av kontor för dokumentation och förvaring samt sovrum för personal med sovande jour.

### Metod för uppföljning

Årets uppföljning har varit en uppföljning av verksamhetens arbete med sin utvecklingsplan samt granskning av social dokumentation. Utvecklingsplanen utgick från ifrån identifierade utvecklingsområden i samband med 2021 års avtalsuppföljning. Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen genomfört intervju med verksamhetschef och samordnare, samt granskat social dokumentation.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att nya bedömningar endast gjorts för social dokumentation samt de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 15 februari 2023.

## Sammanfattande bedömning

Verksamheten har en nära och engagerad ledning och ett tydligt brukarfokus. Medarbetarna har arbetat länge i verksamheten och har ingående kunskap om dem som bor där.

Verksamheten har utvecklats väl sedan föregående års uppföljning. Verksamheten behöver dock fortsatt utveckla vissa delar av den sociala dokumentationen.

### Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 15 februari 2023. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur detta arbete fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året vid behov.

## Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.




Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Larm
	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

## Bedömningsanvisningar






### Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.























-  För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
-  Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
-  Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

### Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

-  1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
-  2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
-  3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
-  4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
-  5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

## Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Samverkan	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Social dokumentation	 3. Uppfyller kraven delvis	 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	 Bedömning ej genomförd	 4. Uppfyller kraven



## Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

## Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

## Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska säkerställa att samtliga genomförandeplaner uppdateras minst var sjätte månad samt öka medarbetarnas kunskap inom social journalföring.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Datum för uppföljning i genomförandeplan
✓ Aktiviteten är slutförd.	Utveckla social journalföring
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppdaterade genomförandeplaner
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla social journalföring

## Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Mat och måltider

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Aktiviteter och fritid

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten redogör för en mötesstruktur med definierat innehåll för varje typ av möte. Möten finns för brukarfrågor, personalfrågor och verksamhetsfrågor. Även möten på verksamhetsövergripande nivå hålls, där personal från varje verksamhet inom Waxö Omsorg träffar VD utan att verksamhetschef närvarar. Protokoll finns tillgängliga för dem de berör. Beslut följs upp på nästkommande träff som stående agendapunkt.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamhetschef har adekvat högskoleutbildning och finns tillgänglig i verksamheten i den utsträckning verksamheten kräver. Namngiven ersättare vid frånvaro finns.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Aktuellt tillståndsbevis finns och verksamhetschef är godkänd av IVO som föreståndare.

### Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Nyanställda får alltid introduktion. Checklista används som stöd. Verksamheten har medvetet valt att inte lämna skriftlig information till nyanställda, då man vill tydliggöra att man ej förväntas arbeta på ledig tid. Sådant man behöver läsa in sig på som nyanställd finns i verksamheten och tid avsätts under introduktion för att säkerställa att nyanställda kan ta del av allt material. Alla introduktioner följs upp och uppföljningen dokumenteras.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Varje medarbetare har vad man i verksamheten kallar för en egen genomförandeplan, i vilken utvecklingsområden dokumenteras under samtal mellan medarbetare och chef. Då individuell kompetensutvecklingsplan för kommande år planeras utgår verksamhetschef och medarbetare från denna. Verksamhetschef är även utbildningsansvarig inom Waxö Omsorg och har en god bild av den "utbildningskatalog" som finns inom Waxö Omsorg och kan föreslå kompetenssatsningar för varje medarbetare utifrån denna. Verksamhetschef undersöker även nya kompetenssatsningar om behov finns.

Delområde	Kommentar
	Vad gäller generell kompetensutvecklingsplan utgår verksamhetschef från samtliga medarbetares individuella genomförandeplaner och i de fall flera medarbetare har behov av samma kompetensutveckling, skrivs detta in i den generella kompetensutvecklingsplanen som är en del i det man inom Waxö kallar genomförandeplan-verksamhet. Alla verksamheter har en egen genomförandeplan som kan likställas med en verksamhetsplan. Värdet av genomgången utbildning utvärderas i samband med individuella medarbetarsamtal samt på verksamhetsträffarna vad gäller utbildningar i den generella kompetensutvecklingsplanen.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Skriftlig frånvarorutin finns och tillämpas. Om medarbetare i tjänst behöver stöd finns chef tillgänglig och det finns även i rutin beskrivet en så kallad chefskedja, där man som medarbetare vet vem man ska ringa vidare till om verksamhetschef ej är tillgänglig. I chefskedjan säkerställs det att det alltid finns en verksamhetschef eller VD inom Waxö Omsorg som svarar. Vid planerad frånvaro för verksamhetschef informeras medarbetarna om vem som ersätter denne.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamhetschef är den som ansvarar för att bedöma behovet av att anställa nya medarbetare. Tillsvidareanställningar sker av verksamhetschef tillsammans med VD. Det ingår i verksamhetschefs uppdrag att självständigt rekrytera timvikarier.

## Samverkan




Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för extern samverkan finns. Samverkansaktörer beskrivs i rutin och hänvisning finns till ett så kallat samverkansavtal som upprättas med varje brukare. Där framgår det vilka aktörer verksamheten behöver samverka med, i vilka frågor kring brukaren samt kontaktuppgifter. Samverkansavtalet följs upp i samband med uppföljning av genomförandeplan.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin finns för intern samverkan. Rutinen beskriver hur informationsöverföring sker internt, hur arbetsdelning i det dagliga arbetet går till samt vilka olika mötesforum för intern samverkan som hålls.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	I huvudsak är det i samband med de olika forum för möten som medarbetarna görs delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete. Stående agendapunkter finns där medarbetare tillsammans med chef går igenom riskanalyser, inkomna avvikelser och resultat av egenkontroller. Medarbetare tar tillsammans med verksamhetschef fram åtgärder som följs upp på nästkommande möte. Flera olika ombudsroller finns också i verksamheten, såsom aktivitetsansvarig och brandskyddskontrollant. På planeringsdagar, som hålls två gånger per år, arbetar medarbetare tillsammans med chef för att formulera och följa upp verksamhetens genomförandeplan. Medarbetarna har fått vara delaktiga i att formulera mål för verksamheten.
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för avvikelshantering. Avvikelsehantering och analys av dessa beskrivs årligen i verksamhetens Kvalitetsberättelse. Uppföljningen visar att avvikelser rapporteras i en omfattning som bedöms som rimlig. Inkomna avvikelser finns som stående punkt på mötesagendan vid personalträffar och medarbetare är delaktiga i att ta fram åtgärdsförslag som följs upp vid nästkommande möte. Verksamhetschef ansvarar för att sammanställa och kategorisera inrapporterade avvikelser. Rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah lyfts regelbundet på personalträffar utifrån verksamhetens årsplanering.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	<u>Rutiner</u> Vissa övergripande rutiner finns inom Waxö Omsorg. Utifrån dessa upprättar verksamhetschef lokala rutiner som finns tillgängliga i pärm i verksamheten. Inom vissa områden finns ansvariga medarbetare som äger mandat att upprätta och revidera rutiner inom sitt område vid behov. Medarbetare som uppmärksammar behov av förändrade rutiner vänder sig till den som är ansvarig för det området. Nya och reviderade rutiner lyfts som stående punkt i något av verksamhetens mötesforum, beroende på vad det är för rutin. Bristande följsamhet till rutiner ska rapporteras som en avvikelse, vilket 2021 års kvalitetsberättelse visar att så sker. <u>Riskanalys</u> Verksamhetens rutiner för riskanalys beskriver att risk bedöms dels ur ett arbetsmiljöperspektiv och dels ur ett brukarperspektiv. Rutinen hänvisar till blanketter som används för detta. Kontaktman ansvarar för att bedöma,

Delområde	Kommentar
	<p>dokumentera och följa upp risker ur ett brukarperspektiv och verksamhetschef ansvarar för att alla riskbedömningar med tillhörande handlingsplaner förankras i medarbetargruppen. Alla medarbetare får skriva under ett dokument där det framgår att man tagit del av information kring identifierade risker och handlingsplaner. Riskanalyser lyfts utifrån årsplanering i verksamhetens olika mötesforum samt vid introduktion av nyanställda. I varje personakt finns ett försättsblad där det framgår vilka risker som identifierats för den enskilde. Riskbedömning är vid uppföljningstillfället gjord för samtliga brukare och dokumentationen förvaras i brukarens arbetsområdespärm.</p> <p><u>Egenkontroll</u> Egenkontroll genomförs i huvudsak genom att brukarnas, personalens och verksamhetens genomförandeplaner lyfts och följs upp vid personalträffar utifrån fastställd årsplanering. Vid dessa tillfällen säkerställer man att det som planerats också genomförts. Är det något som missats så planeras det in under kommande period och dokumenteras i planen.</p> <p>Inom ramen för det systematiska brandskyddsarbetet genomförs kontrollronder månadsvis. Inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet genomförs enkätundersökning samt skyddsronde årligen.</p>

## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>Rutin för social dokumentation finns. Granskning visar att den enskilde varit delaktig vid upprättande och uppföljning av genomförandeplan, vilket dokumenterats. Samtliga mål i beställningen adresseras i granskade genomförandeplaner. Det framgår att anteckningar i social journal legat till grund för bedömning av måluppfyllelse samt hur insatserna fortlöpt sedan föregående uppföljningstillfälle. Insatsbeskrivningarna är tydliga och i de fall kompletterande dokumentation finns för hur stöd ska ges hänvisas oftast till dessa i genomförandeplanen. Den enskildes delaktighet i samband med att insats utförs framgår. Verksamheten arbetar även föredömligt med ett anpassat material för att öka brukarnas delaktighet vid upprättande av genomförandeplan.</p> <p>En av de granskade genomförandeplanerna har inte uppdaterats under de senaste sex månaderna. Det är ett krav utifrån Solna stads riktlinjer för social dokumentation och således ett utvecklingsområde. Verksamhetschef uppger att det sannolikt beror på en miss i samband med byte av kontakman.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Vid granskning framgår det att samtliga medarbetare för social journal och att anteckningar görs löpande. I de granskade journalerna är det i huvudsak korrekt dokumentation som sker i form av avvikelser från genomförandeplan och händelser av betydelse. Den enskildes delaktighet och rätt till självbestämmande framgår tydligt i den löpande journalföringen såväl som hur medarbetare arbetat motiverande för självständighet i samband med insats. I många fall framgår bakomliggande orsak samt vidtagen åtgärd vid avvikelse från genomförandeplan. Vid granskning påträffas flera exempel av osignerade journalanteckningar. Vidare finns även exempel på värderingsfyllt språk, där det inte framgår att det är medarbetarens egen tolkning. Mot bakgrund av detta ska verksamheten fortsätta det påbörjade arbetet med att göra samtliga medarbetare förtroga med social journalföring.</p>
Egenkontroll social dokumentation  3. Godkänd	<p>Rutin för loggkontroll finns och verksamhetschef gör varje månad stickprov där medarbetarnas loggar granskas under en 48-timmarsperiod. Under ett verksamhetsår kontrolleras loggar för samtliga användare i systemet. I samband med loggkontrollerna genomförs även egenkontroll av social dokumentation. Det som granskas i samband med egenkontroll är innehållet i journalanteckningarna, sättet man uttrycker sig på samt hur aktivt man tagit del av journalanteckningar. Resultatet ligger till grund för individuella samtal mellan chef och medarbetare och identifierade utvecklingsbehov dokumenteras i medarbetarens egen utvecklingsplan. I samtal med verksamhetschef framgår det att resultatet av genomförda egenkontroller legat till grund för förbättringsarbeten i verksamheten. Ett pågående utbildningsprojekt finns i samverkan med andra verksamheter inom Waxö omsorg kallat "gula tråden", där syftet är att öka förståelsen för hur de olika delarna inom social dokumentation och det uppdrag man som utförare har hänger ihop.</p>

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	Varje fredag hålls brukarmöte, där möjlighet finns att inkomma med förslag och önskemål. På fredagsträffarna får brukarna också inkomma med förslag på gemensamma aktiviteter som aktivitetsansvarig sedan har ansvar för att planera in. Så kallade omsorgstagarträffar där verksamhetschef träffar brukarna hålls två gånger per år för att inhämta synpunkter och förbättringsförslag samt för att informera om förändringar i verksamheten. Dessa möten protokollförs och fattade beslut följs upp på kommande träff samt löpande. Eventuellt behov av individanpassad kommunikation inventeras i samband med upprättande och uppföljning av genomförandeplan samt dokumenteras i denna. Alla medarbetare har kompetens inom tecken som alternativ och kompletterande kommunikation (TAKK). Detta används som ett sätt att förstärka det talade ordet.
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för kontaktmannens uppdrag finns. Alla brukare har en utsedd kontaktman. Det framgår i rutinen hur kontaktmannen ersätts vid frånvaro, där det finns en namngiven ersättare för samtliga brukares kontaktman. Verksamheten schemalägger tid för att medarbetarna ska kunna förvalta sitt kontaktmannaskap dels rent administrativt men även så kallad egentid där brukare och kontaktman ska kunna umgås och etablera en förtroendefull relation. Nya brukare informeras om rätten att välja kontaktman. Solna stads kvalitetsdeklaration går igenom på omsorgstagarträff årligen samt på anhörigträff. I samband med detta tas även rätten att välja kontaktman upp.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin finns för mottagande av ny brukare i verksamheten. Skriftlig information om verksamheten finns och lämnas i samband med inflyttning. Allmän information om verksamheten sprids löpande till brukare på fredagsmöten samt två gånger per år på omsorgstagarträffar, där verksamhetschef deltar. Eventuella företrädare bjuds in till dessa träffar.

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Bemötande- och värdegrundsfrågor diskuteras löpande i verksamheten, inom ramen för utbildningar som genomförs och på personalträffar. Behov av individanpassat bemötande dokumenteras i genomförandeplanen. Solna stads kvalitetsdeklaration är förankrad i verksamheten. Verksamheten har i sin terminsplanering lagt in att kvalitetsdeklarationen ska lyftas på personalträff, omsorgstagarträff samt på anhörigträff. Kvalitetsdeklarationen biläggs även minnesanteckningarna efter anhörigträffen. Brukarna erbjuds delta även i denna träff.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	En ständigt pågående diskussion inom verksamheten är balansen mellan sekretess och samverkan med anhöriga. Verksamheten utgår från brukarens önskemål om hur och i vilka frågor samverkan med anhöriga ska och får ske. Verksamheten har aktivt arbetat med att stärka relationen till anhöriga och har fått positiv feedback från anhöriga som upplever sig mer delaktiga. Samtycke från den enskilde är alltid en förutsättning. Exempel redovisas där anhöriga löpande får ta del av hur stödet till den enskilde planerats, för att lättare kunna planera sitt eget umgänge som anhörig. Information om Solna stads anhörigteam lyfts på anhörigträff. Verksamhetschef har även lyft rutin för anhörigstöd samt förhållningssätt i medarbetargruppen på flera personalträffar under året.

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Verksamheten bedriver inte matlagning på ett sådant sätt att egenkontroll gällande livsmedelshygien är aktuellt.
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	Måltider planeras i huvudsak individuellt med brukare och kontaktman. Eventuella gemensamma måltider ges brukarna möjlighet att påverka genom att på fredagsmötena inkomma med önskemål. Brukarna önskar i dagsläget äta gemensamt två dagar i veckan. Önskar man istället äta enskilt ges stöd till detta även dessa dagar.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	Verksamheten har två medarbetare med aktivitetsansvar. Funktionsbeskrivning finns. Dessa har i uppdrag att inhämta aktivitetsönskemål och sedan planera för detta. En aktivitetspärm är framtagen och ska vara en levande pärm allteftersom önskemål om nya aktiviteter inkommer. Dessa kan genomföras gemensamt eller individuellt.

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Larm ● 3. Godkänd	Verksamheten har endast brandlarm. Brandlarmet funktionstestas regelbundet utifrån årsplanering.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för hot och våld finns. Den är gemensamt framtagen för hela Waxö omsorg och beskriver även hur medarbetare ska agera vid misstanke om hot och våld i nära relation. Rutinen förankras regelbundet i medarbetargruppen utifrån årsplanering.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Lokal rutin för nyckelhantering finns och tillämpas i verksamheten.
Privata medel ● 3. Godkänd	Rutin för hantering av privata medel finns och tillämpas i verksamheten.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Rutin finns och tillämpas. Information om sekretess och tystnadsplikt lämnas vid introduktion samt därefter regelbundet utifrån årsplanering. Medarbetare skriver under dokument att man tagit del och förstått innebörden av detta.

Delområde	Kommentar						
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Rating 94						
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<b>Beslutade arbetsgivaravgifter:</b> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>2022-09</td> <td>534 069</td> </tr> <tr> <td>2022-10</td> <td>510 937</td> </tr> <tr> <td>2022-11</td> <td>520 226</td> </tr> </tbody> </table>	2022-09	534 069	2022-10	510 937	2022-11	520 226
2022-09	534 069						
2022-10	510 937						
2022-11	520 226						

# Rapport: Avtalsuppföljning 2022

---

ALGATAN 5



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	8



## Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en uppföljning varje år, i syfte att säkerställa kvaliteten i de verksamheter som har avtal med Omvårdnadsförvaltningen. Algatan 5-7 drivs av Nytida AB som har avtal med Solna stad enligt LOU. Nytida tog över driften av verksamheten i juni 2018. Verksamheten är en gruppbostad för personer som har beslut om bostad med särskild service enligt 9 § punkt 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Inriktningen är personer med förvärvad hjärnskada, personkrets 2 enligt 1 § LSS.

Fem brukare bor i verksamheten. Personalutrymmen finns bestående av kontor för dokumentation och förvaring samt omklädningsrum och sovrum för personal med sovande jour.

### Metod för uppföljning

Årets uppföljning har bestått av tre delar. Den första delen har bestått av uppföljning av verksamhetens arbete med utvecklingsplan baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Den andra delen har bestått av granskning av social dokumentation. Den tredje delen har bestått av uppföljning av anbud. Utförare som har avtal med Solna stad enligt LOU, har i anbuderna beskrivit sitt planerade arbete utifrån upphandlingens förfrågningsunderlag.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att, utöver område social dokumentation samt fokusområden för anbudsuppföljningen, har nya bedömningar endast gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts.

Omvårdnadsförvaltningen har genomfört platsbesök med intervju av verksamhetschef, gruppchef samt granskning av social dokumentation. Granskning har utgått från verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen samt uppfyllelse av anbud. Vid granskning av uppfyllelse av anbud har även fokusområden valts ut för respektive verksamhet där en fördjupad uppföljning genomförts.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Utvecklingsområdena som utgår från anbud står tydligt markerade. Anledningen till att dessa särskiljs är att de baserar sig på utförarens beskrivna arbetssätt utifrån anbud och är ofta inte direkt korrelerade till avtal, lagkrav, riktlinjer och Solna stads anvisningar. Det innebär också att ett identifierat utvecklingsområde utifrån anbud, inte påverkar om ett område eller delområde bedöms som godkänt eller inte.

Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 15 februari 2023.

## Sammanfattande bedömning

Verksamheten har en tydlig struktur för sitt förbättringsarbete. Granskning visar att arbetssätt som beskrivs i rutiner även tillämpas i stor utsträckning. Den enskildes delaktighet och rätt till självbestämmande framgår vid såväl granskning av personakter i allmänhet som vid granskning av social dokumentation i synnerhet.

Verksamheten behöver arbeta vidare med att göra medarbetarna förtrogna med vissa delar inom social dokumentation, men bedöms i övrigt som godkända inom samtliga områden och delområden. Verksamheten har också flera utvecklingsområden utifrån anbud att utveckla.

### Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 15 februari 2023. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur detta arbete fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året vid behov.

## Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Larm
	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

## Bedömningsanvisningar

### Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

### Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
- 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
- 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden

## Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Samverkan	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Social dokumentation	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	<span style="color: black;">■</span> Bedömning ej genomförd	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven

## Ledning och organisation

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - närvaro från verksamhetschef på kvalitetsråd
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - stödpedagog ska finnas på verksamhet

## Personal och utbildning

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - ökad kompetens inom motiverande samtal

## Samverkan

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - Återuppta kvalitetssamtal
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - tydliggör rollen dokumentationsstödjare

## Social dokumentation

### ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska säkerställa att datum för uppföljning framgår i genomförandeplan samt att uppdaterade genomförandeplaner finns i samtliga personakter. Verksamheten ska också utveckla arbetet med egenkontroll av social journal.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Bakomliggande orsak samt vidtagen åtgärd i social journal
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Datum för uppföljning

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Säkerställ egenkontroll av social dokumentation vid ledningens frånvaro
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppdaterade genomförandeplaner i personakt

## Självbestämmande och integritet

 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - stormöten och inflytanderåd
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - uppföljningssamtal med brukare

## Bemötande och anhörigstöd

 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Mat och måltider

 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Aktiviteter och fritid

 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Säkerhet

 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ekonomisk kontroll

 4. Uppfyller kraven

## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
<p>Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har schemalagt personalmöte varannan vecka för alla ordinarie medarbetare. Del av mötet är APT och del av mötet är reflektionsmöte där brukarfrågor lyfts. Verksamhetschef är den som leder mötet.</p> <p>Kvalitetsråd hålls tio gånger per år, där verksamhetschef, gruppchef och kvalitetsombud deltar. Kvalitetsrådet arbetar med kvalitetsfrågorna i verksamheten, bland annat uppföljning av egenkontrollresultat, förberedande analyser av inkomna avvikelser som sedan lyfts på APT, analys av resultat av interna och externa uppföljningar med mera.</p> <p>Tio gånger per år hålls ledningsgruppsmöte, där verksamhetschef och gruppcheferna i de verksamheter som verksamhetschef ansvarar för deltar. Tio gånger per år hålls regionalt ledningsgruppsmöte, där verksamhetschef tillsammans med sina verksamhetschefskollegor och regionchef träffas.</p> <p>Verksamheten har även två planeringsdagar per år med verksamhetschef, gruppchef och all personal i verksamheten.</p> <p>Agenda finns för samtliga möten, protokoll förs och finns tillgängliga för dem de berör. Fattade beslut som kräver åtgärd och förbättringsförslag som kommer upp under möten förs in i IT-verktyget Q-maxit. Fattade beslut följs upp på nästkommande möte.</p> <p><u>Anbud</u></p> <p>Vid intervju framgår att tillförordnad verksamhetschef inte närvarat på kvalitetsråd under ordinarie verksamhetschefs frånvaro. Ett utvecklingsområde utifrån anbud är att säkerställa verksamhetschefs närvaro på kvalitetsråd även vid ordinarie verksamhetschefs frånvaro.</p>
<p>Verksamhetens organisation och ledning</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamhetschef har adekvat högskoleutbildning. Verksamhetschef närvarar i verksamheten i den utsträckning som utlovats samt har deltagit på samtliga samverkansträffar sedan denne blev chef för verksamheten. Gruppchef arbetar 100% i verksamheten på schema. Denne utför omvårdnadsinsatser tillsammans med övriga medarbetare och har även uppdrag som stödperson för brukare. Intervjuade medarbetare bekräftar detta.</p> <p>Intervjuade medarbetare har kännedom om ledningsstrukturen och är även medveten om Nytidans chefsberedskap som utanför kontorstid har chefsansvar och mandat. Namngiven ersättare finns vid planerad frånvaro av chef.</p> <p><u>Anbud</u></p> <p>I intervju framgår att verksamhetens ledarskap är närvarande och tillgängligt, vilket är i enlighet med anbud. Detta trots att nuvarande verksamhetschef enbart är tillförordnad i sin roll och rekrytering av ny verksamhetschef pågår.</p> <p>Verksamhetschef är närvarande på verksamheten ca 33%. Gruppchef arbetar 100% dag, kväll och helg i verksamheten. Gruppchef handleder också kollegor i vardagsarbetet. Verksamhetens ledarskap upplevs som närvarande och engagerat av ansvarig LSS-handläggare.</p> <p><u>Anbud</u></p> <p>Det finns ingen stödpedagog anställd på verksamheten vid uppföljningstillfället, vilket är ett avsteg från anbudet och ett utvecklingsområde. En stödpedagog rekryterades augusti 2021, men bedömdes inte vara rätt person för uppdraget. Därefter har verksamheten inte lyckats rekrytera en ny stödpedagog, vilka är eftertraktade på arbetsmarknaden. I intervju framgår också att stödpedagogens roll och ansvarsfördelning bör tydliggöras på verksamheten.</p>
<p>IVO-tillstånd</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har tillstånd från IVO att bedriva verksamheten. Vid uppföljningstillfället har verksamhetschef som står på tillståndsbeviset gått på ledighet för studier. Rekrytering av ny verksamhetschef är slutförd. Ansökan om byte av föreståndare har genomförts men nytt tillstånd har ännu inte inkommit från IVO.</p>

### Personal och utbildning




Delområde	Kommentar
<p>Introduktion av nya medarbetare</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutin för introduktion av nya medarbetare. Checklista används som stöd och skriftligt material lämnas till ny medarbetare i samband med introduktion innehållande företagsinformation, värderingar, policys, hälsoarbete</p>

Delområde	Kommentar
	och salutogent förhållningssätt. Introduktionen följs alltid upp av verksamhetschef. Uppföljning av introduktionen dokumenteras och utvärdering av ny medarbetare sker bland annat tillsammans med ordinarie medarbetare på APT efter avslutad introduktion.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	<p>Verksamhetens medarbetare har god verksamhetskännedom och lång erfarenhet av arbete med målgruppen. Flera har undersköterskeutbildning och övriga lång dokumenterad erfarenhet.</p> <p>Verksamhetschef beskriver att en generell kompetensutvecklingsplan utgår från en gapanalys, där brukarnas behov, forskning och medarbetarnas nuvarande kompetensnivå ligger till grund. Kartläggning av aktuell kompetens i medarbetargruppen görs i samband med medarbetarsamtal. Denna sammanställning ligger sedan till grund för generell kompetensutvecklingsplan, vilken finns upprättad.</p> <p>Samtliga medarbetare har individuella kompetensutvecklingsplaner.</p> <p>Nytida har en intern utbildningsorganisation som heter LÄRA. Det finns webbutbildningar som är tillgängliga för samtliga medarbetare inom ett stort antal områden. Vid behov kan även verksamheten avropa utbildningsstöd från LÄRA på plats i verksamheten eller på huvudkontoret. Denna kunskaps- och utbildningsresurs används då generell och individuell kompetensutvecklingsplan ska upprättas.</p> <p>Värdet av genomförd utbildning utvärderas i samband med de diskussionsforum som hålls efter att resultatet av medarbetarundersökningen, kundundersökningen och internrevision presenterats. Efter varje utbildning som medarbetare genomgått lyfts även detta på APT och man diskuterar tillsammans hur de nya kunskaperna ska kunna användas i det dagliga arbetet. Medarbetare som gått en utbildning drar innehållet sammanfattat för sina kollegor och eventuellt utbildningsmaterial förvaras i en pärm som alla har tillgång till.</p> <p><u>Anbud</u> Verksamheten använder Nytidans pedagogiska ramverk för att identifiera vilka stödbehov samt kompetensutvecklingsbehov som krävs på verksamheten. Detta bedöms vara godtagbart och ersätter metoden <i>Kund och kompetens</i> som beskrivs i anbudet. Verksamheten har under året fått stöd av coach för det pedagogiska ramverket samt delaktighetsobservatörer från Nytidans centrala organisation. Detta med syfte att identifiera fortsatta kompetensutvecklingsbehov på verksamheten.</p> <p><u>Anbud</u> Verksamheten har ej erbjudit samtalsmetoden <i>motiverande samtal</i> i enlighet med anbud. I intervju framkommer att stödperson arbetar aktivt med att motivera brukare på olika sätt. Verksamhetschef beskriver att kompetensen för samtalsmetoden inte finns i tillräcklig utsträckning i personalgruppen i nuläget, men att det är ett prioriterat område för kompetensutvecklingen framgent. Det är därför ett utvecklingsområde utifrån anbud.</p>
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamheten har den personaltäthet som utlovats. Frånvarorutin finns och är känd i medarbetargruppen. Det finns en utsedd vikarieansvarig i medarbetargruppen som har i uppdrag att boka in vikarier vid behov. Vid akut oplanerad frånvaro följs rutin. Medarbetarna har kännedom om Nytidans chefsberedskap som kan vara ett stöd i bemanningsfrågor utanför kontorstid.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Rutin finns för rekrytering av nya medarbetare. Vid behov kan stöd avropas från HR-avdelningen vad gäller att lägga ut annons med kravspecifikation.

## Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Lokal rutin för extern samverkan finns. Identifierade samverkansaktörer beskrivs och i vilka frågor respektive aktör ska kontaktas. Rutinen beskriver var kontaktuppgifter finns.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har lokal rutin för intern samverkan som beskriver interna samverkansforum och deras syfte. Rutin finns även för hur informationsöverföring i olika frågor ska ske medarbetare emellan.




## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete  3. Godkänd	<p>Så kallade kvalitetssamtal hålls av verksamhetschef med samtliga medarbetare årligen. Dessa samtal är utöver medarbetar- och lönesamtal och syftar till att medarbetaren på ett strukturerat sätt ska ges möjlighet att komma på idéer till förbättring i den egna verksamheten. Förbättringsförslagen förs sedan in i den så kallade förbättringsloggen, se nästa stycke.</p> <p>Via den så kallade förbättringsloggen i Q-maxit kan alla medarbetare lämna förbättringsförslag när som helst. Verksamhetschef och gruppchef har uppmanat till detta och medarbetarna har även på planeringsdag fått träna på att använda sig av förbättringsloggen. Det finns redan inkomna förslag som lyfts på APT och åtgärder vidtagits.</p> <p>Medarbetarna ges även möjlighet till delaktighet via de ombudsroller som finns. Kvalitetsombud har i uppdrag att i det dagliga arbetet fånga upp förbättringsområden och äger punkt på APT för att diskutera dessa frågor.</p> <p><u>Anbud</u> Från 2021 års Kvalitetsberättelse framgår att kvalitetssamtal genomförts i medarbetargruppen. I intervju framgår dock att medarbetare inte känner till att kvalitetssamtal genomförts under 2022, vilket ska genomföras två gånger årligen enligt anbud. Därför är det ett utvecklingsområde utifrån anbud att säkerställa att kvalitetssamtal återupprättas och att syftet med samtalen förankras i medarbetargruppen ytterligare.</p> <p><u>Anbud</u> Vid uppföljningstillfället finns ingen dokumentationsstödare på verksamheten så som beskrivs i anbud. I intervju framgår dock att gruppchef arbetar aktivt med att introducera nyanställda kollegor och handleda kollegor löpande i social dokumentation. Ett utvecklingsområde utifrån anbud är att utse en dokumentationsstödare samt tydliggöra rollens ansvarsområde för att efterleva det som beskrivs i anbud.</p>
Verksamhetens arbete med avvikelser  3. Godkänd	<p>Verksamheten har lokal rutin för avvikelshantering. Flera olika perspektiv beaktas, såsom brand, arbetsmiljö, ej utförd insats, hälso- och sjukvård med mera. Alla medarbetare har i uppdrag att rapportera avvikelser, vilket görs i IT-verktyget Q-maxit. På APT finns avvikelser som stående punkt. Inkomna avvikelser går då igenom, beslut om åtgärder fattas och dokumenteras i Q-maxit. När planerade åtgärder genomförts och följts upp stängs avvikelser i systemet. Vid granskning i Q-maxit framgick det att rutinen tillämpas. Även i samtal med medarbetare framgick det att man är förtrogen med rutin för avvikelserapportering. I kvalitetsberättelsen redovisas antal avvikelser och det framgår att olika avvikelsetyper rapporteras in.</p> <p>Verksamhetschef och gruppchef får automatiskt ett mail då en avvikelse rapporteras. Avvikelser som klassas som allvarliga går även till regionchef och kvalitetsstrateg inom Nytida som bevakar utredning och planerade åtgärder. Den som rapporterar en avvikelse kan i systemet välja att rapportera enligt Lex Sarah, vilket då framgår när verksamhetschef och gruppchef tar emot avvikelser för utredning.</p> <p>Klagomål och synpunkter hanteras inom ramen för avvikelshanteringsprocessen. Gruppchef eller verksamhetschef återkopplar till den som inkommit med klagomål eller synpunkt inom 24 timmar alternativt nästkommande vardag. Det framgår i kvalitetsberättelsen att två klagomål inkommit, vilka har hanterats enligt rutin.</p>
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  3. Godkänd	<p><u>Rutiner</u> Rutiner finns på övergripande nivå inom Nytida. Verksamhetschef och gruppchef utarbetar lokala rutiner utifrån dessa. Medarbetare och chefer kan även i förbättringsloggen dokumentera identifierat behov av att upprätta ny rutin, eller revidera befintlig. I dessa fall lyfts detta på APT, där nya rutiner alltid fastställs. I samtal med verksamhetschef och gruppchef framgår det att medarbetarna bara förväntas vara förtrogna med rutinerna i den lokala rutinparmen. Rutiner som finns på intranätet och högre upp i organisationen ansvarar chef för att hålla sig förtrogen med. I samtal med medarbetarna framgår det att den lokala rutinparmen är förankrad.</p> <p>Nyanställda går igenom samtliga lokala rutiner under introduktion. Policies och vissa rutiner finns inplanerade att gå igenom i verksamhetens årsplanering. Där framgår det vad som ska lyftas i medarbetargruppen varje månad. Möjlighet att ställa frågor och att reflektera kring olika rutinerna och policies finns då.</p> <p><u>Egenkontroll</u> Nytida genomför två gånger per år en stor egenkontroll som innehåller runt 140 frågor som verksamheten besvarar. Denna täcker in samtliga</p>






Delområde	Kommentar
	<p>verksamhetsområden, exempelvis systematiskt brandskyddsarbete, systematiskt arbetsmiljöarbete, miljö, omsorg, samverkan, värdegrundsarbete, kvalitetsarbete med mera. Verksamheten beskriver att man brukar gå igenom lokala rutiner för att säkerställa att dessa är aktuella, men detta ingår inte i den övergripande egenkontrollen. Verksamhetschef och gruppchef uttrycker att det kan vara en god idé att systematiskt säkerställa att lokala rutiner är aktuella.</p> <p><u>Riskanalys</u> Verksamheten bedömer risker utifrån risker för den enskilde, arbetsmiljörisker och så kallade generella risker. Risker utifrån dessa perspektiv bedöms på individnivå och på verksamhetsnivå. Uppdelningen av olika riskperspektiv är förankrad i medarbetargruppen. Samtliga brukare har upprättade riskbedömningar ur såväl ett brukarperspektiv som ur ett arbetsmiljöperspektiv. Dokumentationen hålls åtskild, så att risker för brukaren finns dokumenterade i Safedoc och arbetsmiljörisker finns i avsedd pärm.</p> <p>Medarbetarna är förtrogna med var dokumentation ska ske. Medarbetarna kan även beskriva exempel där man gemensamt i medarbetargruppen arbetat med riskbedömning och handlingsplan på verksamhetsnivå utifrån ett arbetsmiljöperspektiv. Behovet av denna riskanalys identifierades i samband med de månatliga medarbetarundersökningsfrågorna som samtliga medarbetare får besvara.</p> <p>Lokal rutin för riskanalys finns som beskriver arbetet med riskanalys samt med vilka intervall risker minst ska bedömas.</p> <p><u>Anbud</u> Verksamheten arbetar systematiskt med brukarundersökning i enlighet med anbud. Verksamheten arbetar med resultat och förbättringsområden och presenterar resultat samt åtgärder för både brukare och personal. Även brukare med kommunikationssvårigheter får stöd så att de kan delta.</p>


## Social dokumentation


Delområde	Kommentar
<p>Genomförandeplan   2. Delvis godkänd</p>	<p>Granskade genomförandeplaner är uppdaterade. Mål i beställningarna har beaktats. I genomförandeplan finns föredömligt tydliga insatsbeskrivningar. Det framgår även att det kartläggningmaterial som finns inom Nytida har använts för att få ett så bra underlag som möjligt då genomförandeplanerna upprättats. En tydlig bemötandeplan finns som en del av genomförandeplan, där insikter om hur man bör arbeta motiverande finns beskrivet men utan att det övergår i tvång. Den enskildes delaktighet då insats utförs framgår tydligt. Även samverkan med andra aktörer tydliggörs på lämpligt sätt.</p> <p>Granskning visar att datum för uppföljning ej finns dokumenterat i genomförandeplan, vilket anges som ett krav i Solna stads riktlinjer för social dokumentation. Vidare är inte ny version av genomförandeplan utskrivna till pärm vid uppföljningstillfället. Detta är utvecklingsområden för verksamheten.</p>
<p>Social journal   3. Godkänd</p>	<p>Social journal förs löpande och av samtliga medarbetare. Anteckningar som förs utgår i huvudsak från genomförandeplan samt händelser av betydelse. Bakomliggande orsak samt vidtagen åtgärd framgår i dokumentationen. Språket är värderingsfritt och i de fall medarbetare gjort egna bedömningar framgår detta tydligt. Det finns enstaka exempel där det passerat en längre tid mellan anteckningar i social journal.</p>
<p>Egenkontroll social dokumentation   2. Delvis godkänd</p>	<p>Social dokumentation finns som ett område som ingår i den stora egenkontroll som genomförs två gånger årligen. Identifierade utvecklingsområden i samband med egenkontroll förs in i förbättringsloggen och utgör underlag för efterföljande diskussion och beslut om åtgärd. Gruppchef genomför också löpande egenkontroll av social journal och handleder kollegor.</p> <p>Granskning av social journal visar att den löpande egenkontrollen kan utvecklas ytterligare. Det finns exempel där det passerat en längre tid än brukligt (mer än en månad) mellan anteckningar i den sociala journalen. Vid intervju framkommer att det sannolikt beror på att gruppchef varit frånvarande under perioden, och därför inte identifierat och åtgärdat bristen. Ett utvecklingsområde är därför att säkerställa att löpande egenkontroll av dokumentation samt stöd till kollegor i dokumentation fortgår även vid gruppchefs frånvaro.</p>

## Självbestämmande och integritet



Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation  3. Godkänd	<p>Husmöte hålls varannan vecka. Agenda finns och protokoll förs. En stående agendapunkt är synpunkter och förbättringsförslag. Inkomna synpunkter och förbättringsförslag förs in i förbättringsloggen för att säkerställa uppföljning och åtgärder. Vid granskning framgår det att några förbättringsförslag från husmöte förts in i förbättringsloggen.</p> <p>Stödperson erbjuder den enskilde ett planeringsmöte varje vecka, för att tillsammans planera hur kommande vecka ska se ut. Dels utifrån genomförandeplan, men även om brukaren har några önskemål därutöver vad gäller aktiviteter eller annat. Stödperson ansvarar därefter för att planera in i kalendern utifrån dessa samtal.</p> <p>Behov av individuellt anpassad kommunikation ska enligt rutin dokumenteras i genomförandeplan. Vid granskning framkommer det att rutin följs gällande detta.</p> <p><u>Anbud</u>                      I enlighet med anbud, arbetar verksamheten med att kartlägga individuella stödbehov. Detta bland annat med det pedagogiska materialet <i>Om mig</i>. Med hjälp av materialet beskriver brukare tillsammans med stödperson en rad olika områden så som livshistoria, relationer, vad jag gillar, styrkor, intressen, framtida drömmar med flera. Detta för att bland annat främja bemötande. Gruppchef uppvisar vid uppföljningstillfället att materialet finns för respektive brukare.</p> <p><u>Anbud</u>                      Verksamheten arbetar föredömligt med att erbjuda brukarna planeringsmöten veckovis. Sex timmar finns schemalagt och avsatt för enskild tid varje vecka. I denna tid ryms både planeringstid samt individuella aktiviteter.</p> <p><u>Anbud</u>                      I nuläget arbetar verksamheten inte med stormöten och inflytanderåd som beskrivet i anbud. Vid intervjuer framgår att husmöten är en central del i verksamhetens arbete med delaktighet. Däremot bedöms husmötena i nuläget inte fylla det syfte som beskrivs i anbud avseende stormöten och inflytanderåd. Ett utvecklingsområde utifrån anbud är därför att utveckla verksamhetens arbete med stormöten och inflytanderåd.</p>
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	<p>Rutin för stödperson finns. Det finns även en webbutbildning för stödpersoner som samtliga medarbetare går. Alla brukare har en utsedd stödperson och informeras om möjligheten att byta stödperson. Rutinen beskriver också hur stödperson ersätts vid frånvaro, då vice stödperson kliver in i dennes ställe.</p> <p>Verksamheten har strukturerat arbetsdelningen så att det i större utsträckning än tidigare är bundet till en viss veckodag när stödet till en viss brukare ska ges. Detta arbetssätt benämns daglig individ- och aktivitetsplanering (DIA). Detta som en åtgärd utifrån tidigare rapporterade avvikelser om utebliven insats. Detta gör att stödperson inte i lika stor utsträckning har ett eget ansvar att säkerställa stödet enligt genomförandeplan. Då denna förändring genomförts har hänsyn tagits till vilka veckodagar stödperson vanligtvis arbetar, för att det i möjligaste mån ändå ska vara stödperson som är den som utför stödet till brukaren. I samband med att veckans insatser planeras och skrivs in i DIA planeras även egentid med stödperson in.</p> <p><u>Anbud</u>                      Verksamhetschef har inte haft enskilda samtal med brukare för att få information om hur de upplever stödet från stödperson. Detta är ett utvecklingsområde utifrån anbud.</p>
Tillgänglighet och information  3. Godkänd	<p>Skriftlig rutin för mottagande av ny brukare finns. Skriftlig information om verksamheten lämnas till ny brukare inför inflytt. Vid husmöte finns verksamhetsinformation som stående punkt. Stödperson ansvarar därefter för att vid behov förtydliga informationen med hjälp av kommunikationshjälpmedel. Informationsbrev skickas till anhöriga och gode män minst två gånger per år.</p>

## Bemötande och anhörigstöd


Delområde	Kommentar
Bemötande  3. Godkänd	<p>Alla medarbetare har genomgått en webbutbildning om Nytidans vision, uppdrag och värdegrund. Medarbetarna skriver även under Nytidans dokument <i>Uppförandekoden</i> som följs upp med diskussioner på APT och planeringsdagar. Planeringsdag har hållits där värdeorden utgjorde grund för diskussion. Dessa</p>

Delområde	Kommentar
	<p>diskussioner har sammanfattats och kommer sammanställas i en tavla som anslås i verksamheten. Den sammanställningen blir verksamhetens lokala värdegrund och kommer följas upp i medarbetarsamtal samt användas som utgångspunkt i situationer där konflikt eller dilemman uppstår. Det finns centralt framtaget material i form av t.ex. värdegrundsspel och gruppövningar som utgör grund för diskussioner utifrån Nytidans vision kallad Vår Värld.</p> <p>Solna stads kvalitetsdeklaration är förankrad i verksamheten. Man tillämpar det arbetssätt som medarbetare och brukare varit vana vid sedan tidigare, där en punkt i kvalitetsdeklarationen lyfts på varje husmöte och brukarna får ta ställning till om man upplever att punkten uppfylls i verksamheten eller inte. Det finns då även möjlighet att samtala kring vad respektive punkt innebär, vilket leder till ett lärande för såväl brukare som medarbetare.</p>
Stöd till närstående  3. Godkänd	Rutin för stöd till anhöriga finns. En överenskommelse upprättas om hur kommunikation ska ske med respektive brukares anhöriga och/eller företrädare. Denna undertecknas och förvaras i personakt. Stödperson är den som i första hand ansvarar för att upprätthålla en god relation till anhöriga och företrädare. Informationsbrev skickas till anhöriga och företrädare minst två gånger per år.


## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien  3. Godkänd	Verksamhet bedrivs ej på sådant sätt att man är registrerad som livsmedelsverksamhet. Därav finns inga krav på egenkontroll av livsmedelshygien.
Möjligheter att påverka mat och måltider  3. Godkänd	Inför gemensamma middagar och vid firande av högtider får brukarna vara med och bestämma måltider, vilket lyfts som en punkt på husmöte. Individuell måltidsplanering sker utifrån genomförandeplan och i samband med att handling planeras. Brukaren väljer själv vilken mat som ska inhandlas, med stöd av stödperson. Vilken mat brukaren vill äta efterfrågas varje dag inför stöd med matlagning för de brukare som är i behov av detta.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute  3. Godkänd	<p>Verksamheten har ett aktivitetsombud som är en av medarbetarna i verksamheten. Uppdragsbeskrivning finns. Denne har i uppdrag att tillsammans med stödperson inventera brukarnas intressen och ta fram aktivitetsförslag utifrån dessa. Aktivitetsombudet har också i uppgift att arbeta fram en aktivitetskatalog samt hålla denna uppdaterad utifrån inkomna förslag och önskemål.</p> <p>På APT redovisar aktivitetsombudet inkomna aktivitetsönskemål för övriga medarbetare och därefter planeras dessa in. Återkoppling till brukarna sker på husmöte. I kvalitetsberättelsen redovisas övergripande genomförda individuella och gemensamma aktiviteter.</p> <p><u>Anbud</u>            I enlighet med anbud, arbetar verksamheten med att stödja brukare i att vara delaktiga i aktiviteter och underhålla sociala relationer. Detta framgår i intervjuer där enskild tid med stödperson är en central del. Vidare erbjuds gemensamma måltider/aktiviteter tre gånger i veckan så som träning, restaurangbesök och temakvällar. Exempel ges också där en brukare fått stöd i att delta i olika samhällsaktiviteter.</p> <p><u>Anbud</u>            Verksamheten arbetar med rollen hälsoombud i enlighet med anbud. Gruppchef som är hälsoombud, är också utbildad personlig tränare och kostrådgivare. Träning erbjuds varje onsdag och lördag, ofta med dans eller musikaliska inslag.</p> <p><u>Anbud</u>            Aktivitetsombud finns på verksamheten och arbetar enligt anbud.</p>

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Larm  3. Godkänd	Brandlarm och trygghetslarm finns i verksamheten. Rutin för dessa finns och inkluderar även funktionskontroll vilken dokumenteras. Följsamhet till rutin för larm kontrolleras i samband med Nytidans stora egenkontroll två gånger per år.

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	Övergripande styrdokument finns gällande rutin för hot och våld. Enligt övergripande anvisningar lyfts rutin för hot och våld minst en gång per år enligt verksamhetsårets planering. Lokal rutin har upprättats som beaktar kravställda aspekter och har förankrats i verksamheten.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Lokal rutin finns och tillämpas för nyckelhantering.
Privata medel ● 3. Godkänd	Rutin för hantering av privata medel finns. Överenskommelse med den enskilde eller dennes företrädare för hur privata medel ska hanteras finns för samtliga brukare.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för tystnadsplikt och sekretess finns. Denna lyfts i samband med anställning samt återkommande enligt årsplanering. Medarbetarna skriver under att man tagit del av och förstått innebörden av denna.

Delområde	Kommentar						
Kreditvärdighet ■ Ej genomförd	Rating saknas vid uppföljningstillfället.						
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Beslutade arbetsgivaravgifter: <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;"><b>2022-09</b></td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: right;"><b>16 946 614</b></td> </tr> <tr> <td>2022-10</td> <td style="text-align: right;">15 885 077</td> </tr> <tr> <td>2022-11</td> <td style="text-align: right;">15 813 147</td> </tr> </table>	<b>2022-09</b>	<b>16 946 614</b>	2022-10	15 885 077	2022-11	15 813 147
<b>2022-09</b>	<b>16 946 614</b>						
2022-10	15 885 077						
2022-11	15 813 147						

# Rapport: Avtalsuppföljning 2022

---

GRÄNSGATAN



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	8

## Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en uppföljning varje år, i syfte att säkerställa kvaliteten i de verksamheter som har avtal med Omvårdnadsförvaltningen. Gränsgatans gruppbofast drivs av Gemensamma Krafter Sverige AB som har avtal med Solna stad enligt lagen om valfrihet (LOV). Verksamheten är en gruppbofast för personer som har beslut om bostad med särskild service enligt 9 § punkt 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Inriktningen är personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS.

Verksamheten har sex platser. Personalutrymmen finns bestående av kontor för dokumentation och förvaring samt omklädningsrum och sovrum för personal med sovande jour.

### Metod för uppföljning

Årets uppföljning har varit en uppföljning av verksamhetens arbete med sin utvecklingsplan samt granskning av social dokumentation. Utvecklingsplanen utgick från ifråga identifierade utvecklingsområden i samband med 2021 års avtalsuppföljning. Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen genomfört intervju med verksamhetschef och samordnare, samt granskat social dokumentation.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att nya bedömningar endast gjorts för social dokumentation samt de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 15 februari 2023.

## Sammanfattande bedömning

Verksamheten präglas av ett nära och engagerat ledarskap. Dialogen med kvalitetsutvecklare har löpande varit god, präglats av snabb och tydlig återkoppling och verksamheten har inkommit med efterfrågad dokumentation samt deltagit i de samverkansforum de blivit kallade till.

Verksamheten behöver arbeta vidare med några utvecklingsområden som identifierades i samband med årets avtalsuppföljning. I huvudsak gäller detta området social dokumentation.

### Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 15 februari 2023. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar och slutdatum för respektive aktivitet. Omvårdnadsförvaltningen kommer följa upp hur detta arbete fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året vid behov.

## Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Verksamhetens organisation och ledning
	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens interna samverkan
	Verksamhetens externa samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
	Delaktighet och kommunikation
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Möjligheter att påverka mat och måltider
	Livsmedelshygien
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Tystnadsplikt och sekretess
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Larm
	Hot och våld
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll



## Bedömningsanvisningar

### Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

### Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
- 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
- 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

## Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Samverkan	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Social dokumentation	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	— Bedömning ej genomförd	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven

## Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska förbättra den röda tråden i den sociala dokumentationen genom utveckling av genomförandeplaner och social journalföring.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla röd tråd i genomförandeplaner
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla social journalföring

## Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Mat och måltider

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Aktiviteter och fritid

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Säkerhet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Skriftlig överenskommelse hantering av privata medel

## Ekonomisk kontroll

● 4. Uppfyller kraven

## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamhetschef har adekvat högskoleutbildning. Verksamhetschef närvarar i verksamheten 50% i enlighet med avtal. Samordnare tjänstgör 100% och ansvarar tillsammans med verksamhetschef för arbetsledning i det dagliga arbetet. En skriftlig beskrivning av arbetsfördelningen finns, funktionsbeskrivning finns för rollen som såväl verksamhetschef som samordnare och dessa har så gott som daglig kontakt även de dagar verksamhetschef ej är fysiskt närvarande. Namngiven ersättare finns vid verksamhetschefs frånvaro och chefsberedskap täcker upp utanför kontorstid, vilket är förankrat hos medarbetarna.
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har personalmöte varannan vecka, vilka alltid hålls av verksamhetschef. Vartannat möte är APT med efterföljande reflektionsdel. Vartannat möte är så kallat kvalitetsmöte med fokus på brukarfrågor, metodutveckling, genomförandeplaner och avvikelser. Agenda finns och protokoll förs samt finns tillgängliga i verksamheten såväl utskrivna i pärm som i verksamhetssystemet. Medarbetare som ej deltagit i mötet ska ta del av minnesanteckningarna samt signera att man så gjort. Fattade beslut följs upp som en stående punkt på efterföljande möte.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd från IVO att bedriva verksamheten. Verksamhetschef är den som förestår verksamheten, vilket framgår i tillståndsbeviset.

### Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Skriftlig frånvarorutin finns och tillämpas. Verksamheten strävar efter en så hög personalkontinuitet som möjligt och därför erbjuds i första hand deltidanställda medarbetare vakanta arbetspass. I andra hand är det kända timvikarier som tjänstgör och i sista hand beordras ordinarie medarbetare in på övertid. Vid oplanerad sjukfrånvaro anger rutin att medarbetare som tar emot informationen ansvarar för att ringa in ersättare i de fall samordnare eller verksamhetschef ej är på plats och ombesörjer detta.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten beskriver att i samband med rekrytering utgår verksamhetschef från verksamhetens aktuella kompetensbehov. Detta ligger sedan till grund för de krav som formuleras i annons. Annonsering sker dels genom sedvanliga kanaler för rekrytering men även i lokalpress. Vid 2022 års uppföljning framgår att verksamheten genomfört en sedan tidigare planerad kompetensväxling på verksamheten. Det har inneburit att en stor del nya medarbetare anställts i syfte att säkerställa rätt kompetens för målgruppen. Vid intervju med verksamhetschef framgår att kompetensväxlingen i stort är genomförd. Men det framgår också att det medfört att vissa utvecklingsprojekt inte har kommit så långt som planerat.
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för introduktion av nya medarbetare. Checklista används som stöd och skriftligt material lämnas till ny medarbetare i samband med introduktion innehållande verksamhetsbeskrivning, företagsinformation, värdegrund, vision, rollbeskrivning, lex Sarah, tystnadsplikt samt rutiner för social dokumentation. Ansvar för introduktionens olika delar är fördelat mellan verksamhetschef, samordnare och ordinarie medarbetare. Verksamheten strävar efter att introduktionen förläggas under olika delar av dygnet så att den nyanställda ska få introduktion i alla de moment som arbetet innebär. Efter avslutad introduktion genomgår ny medarbetare ett kunskapstest i basala hygienrutiner inför läkemedelsdelegering vilket sker i samverkan med Humaniora hälso- och sjukvårdsteam. Introduktionen följs alltid upp vilket även dokumenteras.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Vid rekrytering beskriver verksamheten att man utgår från Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 2014:2. I samband med upprättande av genomförandeplaner för brukarna identifieras deras behov av stöd och den kompetens som krävs för att kunna utföra dessa insatser. Detta ligger sedan till grund för upprättande av verksamhetens generella kompetensutvecklingsplan. I verksamhetens årsplanering anges att denna ska följas upp, vilket är planerat att ske under kommande år. Individuella kompetensutvecklingsplaner upprättas i samband med årliga medarbetarsamtal. Gemensamma kompetensutvecklingsbehov som identifierats

Delområde	Kommentar
	hos medarbetarna utgör även det underlag för den generella kompetensutvecklingsplanen. De individuella planerna följs upp och revideras i samband med nästkommande medarbetarsamtal. Även information som finns i beställningen från ansvarig LSS-handläggare med tillhörande delar ur utredningen beskrivs utgöra underlag för upprättande av den generella kompetensutvecklingsplanen.

## Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har lokal rutin för intern samverkan som beskriver interna samverkansforum och deras syfte. Rutin finns även för hur informationsöverföring i olika frågor ska ske medarbetare emellan.
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för extern samverkan finns. Identifierade samverkansparter framgår, såsom hälso- och sjukvård, daglig verksamhet, beställare och närstående. I rutinen beskrivs även vem som ansvarar för respektive kontakt.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	<p><u>Rutiner</u> Övergripande rutiner är framtagna inom företaget och gäller för samtliga verksamheter. Rutiner finns i systemet CareBuilder som alla medarbetare har tillgång till. Vid behov ansvarar verksamhetschef för att tillsammans med medarbetarna upprätta lokala rutiner som innan de fastställs diskuteras med medarbetarna, i regel på APT. Därefter fastställs lokala rutiner och publiceras i CareBuilder. Samordnare följer i det dagliga arbetet upp huruvida rutiners innehåll stämmer överens med hur arbetet bör bedrivas i verksamheten. Vid identifierade behov av revidering lyfts detta för gemensam diskussion och först därefter revideras rutinen i systemet. I samband med introduktion ges information om var rutiner finns och medarbetarnas ansvar att ta del av och följa dessa förtydligas. Verksamhetschef har ett eget årshjul som bland annat anger att vissa prioriterade rutiner förankras regelbundet med vissa intervall i verksamheten.</p> <p><u>Egenkontroll</u> För att kontrollera att verksamheten bedrivs i enlighet med rutiner och fattade beslut följs sådant upp under bland annat APT och kvalitetsmöten. Då går man gemensamt igenom rapporterade avvikelser, tidigare beslut följs upp och behov av reviderade rutiner tas upp. Verksamheten genomför även en större egenkontroll två gånger per år utifrån en fastställd checklista inom flera områden. I kvalitetsberättelsen framgår att verksamheten identifierat flera utvecklingsområden tack vare genomförda egenkontroller för vilka åtgärder planerats. Därutöver genomför verksamheten ett antal egenkontroller inom systematiskt brandskyddsarbete, social dokumentation samt fysisk och social skyddsron.</p> <p><u>Riskanalys</u> Samtliga brukare har individuella riskbedömningar utifrån såväl risker för den enskilde som arbetsmiljörisker knutna till utförandet av insats. Verksamhetschef gör en första bedömning och inhämtar därefter synpunkter från medarbetarna samt fattar gemensamt beslut om handlingsplan utifrån identifierade risker. Riskbedömningar görs även på verksamhetsnivå inom ett flertal området och i samband med avtalsuppföljning redovisas flera sådana exempel. Riskperspektivet är väl förankrat i verksamheten och den rådande pandemin har tvingat samtliga medarbetare att vara riskmedvetna i allmänhet och kopplat till risk för smittspridning i synnerhet. I vissa fall involveras även god man och andra vårdgivare då risker bedöms och åtgärder planeras. Genomgång av de risker som identifierats i verksamheten samt vilka handlingsplaner som finns för att förebygga dessa är något som går igenom i samband med introduktion av nya medarbetare och även samtliga timvikarier är väl insatta i dessa uppgifter verksamheten.</p>
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för avvikelsehantering finns. Alla medarbetare har utbildats i systemet i samband med introduktion. Avvikelser rapporteras direkt i CareBuilder och gemensam genomgång av rapporterade avvikelser finns som stående punkt på APT då även beslut om åtgärd fattas. Beslutade åtgärder samt uppföljning av

Delområde	Kommentar
	<p>vidtagna åtgärders effekt dokumenteras i CareBuilder och därefter stängs avvikelser i systemet. Avvikelse inom hälso- och sjukvård rapporteras utöver i CareBuilder även på särskild blankett som lämnas till Humaniora hälso- och sjukvårdsteam enligt samverkansrutin. Även klagomål- och synpunkter hanteras inom samma process som avvikelser. Likaså rapport om missförhållande eller risk för missförhållande enligt lex Sarah. Rutinen beskriver tydligt tillvägagångssätt för detta.</p> <p>Rutinen anger även att i fall då medarbetare inte upplever att beslutsfattande chef agerar utifrån rapporterade avvikelser ska detta rapporteras till överordnad chef, vilket är förankrat i verksamheten.</p> <p>Uppföljningen visar att verksamheten aktivt arbetat med att förankra rutin för rapportering av avvikelser hos medarbetarna. Det framgår i CareBuilder att samtliga medarbetare rapporterar avvikelser och flera konkreta exempel på förbättringar i verksamheten till följd av rapporterade avvikelser beskrivs.</p>
<p>Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har <i>verksamhet och kvalitet</i> som en stående punkt på APT. Alla medarbetare uppmanas komma med tankar om fortsatt verksamhetsutveckling på kort och lång sikt. Förslag protokollförs samt förs in i en så kallad förbättringslogg som finns i systemet CareBuilder. Därigenom säkerställs att inget rinner ut i sanden eftersom systemet påminner användarna om att följa upp pågående förbättringsarbeten. Då verksamheten är relativt nystartad har behovet av att lokalanpassa befintliga rutiner varit stort. I detta arbete involveras medarbetarna så att skriftliga rutiner verkligen utgör ett stöd för det dagliga arbetet och att en samsyn råder kring hur arbetsuppgifter ska utföras.</p> <p>Medarbetarna har också en viktig roll i att fånga upp brukarnas behov, synpunkter och önskemål. Varje medarbetare har ett uttalat ansvar att ta med sig sådana insikter till personalmöten för att gemensamt fatta beslut om vilka åtgärder som behöver vidtas. Diskussionerna utgör också viktigt underlag vid uppföljning av genomförandeplan.</p>

## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
<p>Genomförandeplan</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Rutin för social dokumentation finns. Samtliga brukare har aktuella genomförandeplaner. Granskning visar att den enskilde varit delaktig vid upprättande och uppföljning av genomförandeplan, vilket dokumenterats.</p> <p>Granskade genomförandeplaner är tydligt strukturerade men insatser beskrivs mycket kortfattat. Genomförandeplanerna behöver utvecklas för att vara det styrande dokumentet i enlighet med Solna stads riktlinjer för social dokumentation. Detta kan uppnås genom att antingen beskriva mer i detalj hur, när och av vem stöd ska ges, alternativt hänvisa till de kompletterande arbetsinstruktionerna som finns tillgängliga i personakt.</p> <p>Likt föregående år visar granskning på exempel där genomförandeplaner inte beaktar samtliga mål och insatser som beskrivs i beställning. Detta behöver verksamheten prioritera att åtgärda framöver. Däremot går det att se en utveckling från föregående år, där verksamheten gjort vissa framsteg när det gäller att skapa en röd tråd från beställning, genomförandeplan och social journalföring. I intervjuer med verksamhetschef och samordnare framgår att det har genomförts åtgärder där arbetet fortfarande pågår. Exempel på detta är utbildningsinsatser för medarbetare, interna nätverk för ombud för social dokumentation, samt förenkling av rubriksättning av mål och insatser i verksamhetens system för social dokumentation.</p> <p>Mot bakgrund av ovanstående bedömning ska verksamheten fortsatt utveckla den röda tråden mellan olika dokument som beskriver den enskildes behov av stöd, vilka målen för respektive insats är och hur insatsen ska utföras i praktiken. Detta med målsättningen att genomförandeplan ska vara det styrande dokument för hur insats ska utföras.</p>
<p>Social journal</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Vid journalgranskning framgår det att samtliga medarbetare skriver och att anteckningar förs löpande. Flera goda exempel finns på relevanta anteckningar utifrån insatser beskrivna i genomförandeplan eller mål som beskrivs i beställningen. Även händelser av betydelse dokumenteras i journalen. Vissa exempel finns där det tydligt framgår hur medarbetare arbetat motiverande för att förmå den enskilde att ta emot erbjudet stöd. Det framgår även väl hur samverkan skett med ansvarig sjuksköterska vid identifierade behov av stöd från denne. De senaste månaderna innan granskningen, går det att identifiera ett skifte i journalföringen där fler anteckningar rör avvikelser från genomförandeplan och då tydligare följer den röda tråden i social dokumentation.</p>

Delområde	Kommentar
	<p>Det som saknas i journalföringen är att tydligare beskriva avvikelser från genomförandeplan med bakomliggande orsak samt vidtagen åtgärd. Vidare berör många anteckningar hälso- och sjukvårdsinsatser, vilket inte bör finnas med i den utsträckningen i social journal. Det finns även exempel på anteckningar av anekdotisk karaktär.</p> <p>Likt föregående år görs bedömningen att det blir en utmaning för medarbetare att föra social journal i de fall genomförandeplanen inte är tillräckligt utförlig, eftersom det då är svårt att avgöra vilka situationer som är att betrakta som avvikelser från genomförandeplan. I intervjuer bekräftar verksamhetschef att man arbetar aktivt med frågan, där en viktig åtgärd är att utvidga rubriksättningen i systemet för social journalföring, så att det matchar mål och insatser i i beställningen.</p>
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Rutin finns för egenkontroll av social dokumentation. Det framgår i rutinen vem som ansvarar för att den genomförs och checklista finns som stöd för vad som ska granskas. Verksamhetschef beskriver i samtal att flera av de utvecklingsområden som identifierats i samband med förvaltningens avtalsuppföljning kopplat till social journal även identifierats i samband med genomförd egenkontroll.

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	<p>Rutin för kontaktmannaskap finns och är förankrad. Den enskilde informeras om möjligheten att byta kontaktmän. Alla brukare har två kontaktmän och rutinen anger hur kontaktmän ersätts vid frånvaro. Skulle båda kontaktmännen vara frånvarande har samordnare ansvar att tillfälligt tilldela någon tjänstgörande medarbetare denna roll.</p> <p>För att främja en god relation mellan brukare och kontaktmän utses minst en kontaktmän redan innan inflytt. Utsedd kontaktmän deltar under inflyttningsprocessen för att i ett så tidigt skede som möjligt skapa en relation. Kontaktmännen inventerar brukarens önskemål om aktiviteter och hur insatserna ska utföras, vilket sedan utgör grund för upprättande av genomförandeplan. Verksamheten bedömer att brukarna i regel vänder sig till kontaktmän med vissa typer av frågor, vilket gör att man drar slutsatsen att kontaktmannaskapet är förankrat hos såväl medarbetare som brukare.</p>
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	<p>Rutin för mottagande av ny brukare finns och tillämpas i verksamheten. Brukare informeras om tillfälliga förändringar dels på de regelbundna boendemötena men även skriftligt genom anslag på anslagstavla i de gemensamma utrymmena. För brukare som föredrar individuell information sker detta av samordnare eller kontaktperson vid enskilt möte.</p> <p>Verksamheten har ett skriftligt material med information om verksamheten som överlämnas i samband med ny brukare där även kontaktuppgifter framgår.</p>
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	<p>Brukarna ges möjlighet till delaktighet och inflytande dels individuellt i samband med upprättande och uppföljning av genomförandeplan men också gemensamt på de så kallade bomötena som hålls varannan vecka. Agenda finns, inbjudan anslås på gemensam anslagstavla och minnesanteckningar förs och finns tillgängliga i verksamheten. Brukarna uppmanas inkomma med synpunkter och önskemål under dessa möten.</p> <p>Den enskildes behov av anpassad kommunikation inventeras i samband med upprättande av genomförandeplan. Flera exempel finns i verksamheten som till exempel förstärkande bildstöd i dagplaneringen. Vid ny brukare söker verksamheten information från eventuell tidigare verksamhet om kommunikationsstrategier och annan information som är viktig för att i ett så tidigt skede som möjligt kunna individanpassa det stöd som ges. Då nya kommunikativa hjälpmedel och arbetssätt tillämpas dokumenteras detta och kontaktmän ansvarar för att följa upp och dokumentera uppföljningen.</p>

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har en framtagen värdegrund som beskriver hur man som medarbetare förväntas vara mot såväl brukare som kollegor. Värdegrundsdiskussioner förs på APT och planeringsdagar. Följsamhet till värdegrunden är även en del av uppsatta lönekriterier och följs upp under medarbetarsamtal.</p> <p>Solna stads kvalitetsdeklaration finns anslagen i verksamheten och i samband med inflytt informeras brukarna om denna. Kvalitetsdeklarationen är även</p>

Delområde	Kommentar
	förankrad i medarbetargruppen.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten beskriver att man i samband med att brukare flyttar in även inventerar hur anhöriga önskar vara delaktiga i den enskildes liv. Dock är verksamheten tydlig med att det alltid är den enskildes behov och önskemål som styr hur verksamheten utformar det stöd som ges, men att i de fall anhörigas åsikter strider mot den enskildes bjuder man in till dialog och försöker nå samförstånd. Den löpande dialogen med anhöriga ansvarar kontaktmannen för, men såväl samordnare som verksamhetschef finns tillgängliga vid behov.

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	Stöd i samband med måltider planeras individuellt. För brukare som är i behov av sådant stöd går kontaktsman tillsammans med den enskilde igenom önskemål för kommande vecka, inventerar vad som behöver inhandlas, upprättar inköpslista och handlar sådant som behövs tillsammans med den enskilde utifrån dennes förmåga. Några brukare föredrar att föräldrarna handlar matvaror och det förekommer även att brukare handlar sina livsmedel på nätet med hemleverans. Brukarna väljer själva om de önskar inta sina måltider enskilt eller tillsammans. Verksamheten beskriver att sedan man startade verksamheten har alltför brukare valt att inta vissa av sina måltider tillsammans med andra i det gemensamma köket. Inför storhelger lyfter medarbetare frågan på boendemöte om man önskar fira gemensamt och vad man i så fall önskar äta.
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Verksamheten bedriver inte matlagning på ett sådant sätt att egenkontroll gällande livsmedelshygien är aktuellt.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	Verksamheten redogör för flera arbetsätt genom vilka den enskildes önskemål om aktiviteter inventeras och ligger till grund för upprättande av genomförandeplan och veckoschema. Verksamheten har viss tillgång till bil och har kunnat genomföra vissa aktiviteter på annan plats trots rådande pandemi. Intervjuande medarbetare beskriver även att man försökt minimera de negativa effekterna av pandemin genom att öka antalet aktiviteter som erbjuds inomhus, såsom pingis, bakning, spel, tipsrundor etcetera. Brukarnas önskemål om gemensamma aktiviteter inventeras regelbundet på boendemöte. Planerade aktiviteter för kommande period anslås även på den gemensamma anslagstavlan.

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för tystnadsplikt och sekretess finns. Denna lyfts i samband med anställning samt återkommande enligt årsplanering. Medarbetarna skriver under att man tagit del av och förstått innebörden av denna.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Lokal rutin finns och tillämpas för nyckelhantering.
Privata medel ● 3. Godkänd	Rutin finns för hantering av privata medel. Skriftlig överenskommelse finns för de brukare som är i behov av stöd i hantering av privata medel. Verksamheten har under 2022 uppdaterat rutin och blankett för hantering av privata medel. Efter uppdatering bedöms underlaget vara tydligt och inkluderar nödvändiga ramar för hantering av privata medel.
Larm ● 3. Godkänd	Enda larmet i verksamheten är brandlarm. Rutin för regelbunden funktionskontroll finns och tillämpas.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Rutin för hot och våld finns. En checklista finns även framtagen för att inventera risk för hot och våld i samband med nya brukare. Verksamheten har även genomfört riskbedömning och tagit fram handlingsplan gällande hot och våld från personal till brukare samt mellan brukare. Verksamheten har en upprättad rutin för hur medarbetarna ska uppmärksamma och ge stöd vid misstanke om hot och våld i nära relation. Rutinen är utförlig och beskriver på ett konkret sätt hur man som medarbetare ska gå tillväga.



## Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Rating 81
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<b>Beslutade arbetsgivaravgifter:1</b> 2022-09 444 735 2022-10 432 424 2022-11 442 715

# Rapport: Avtalsuppföljning 2022

---

HAGALUNDSGATAN 17



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning .....	3
Bedömning .....	5
Underlag bedömning.....	7

## Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en uppföljning varje år, i syfte att säkerställa kvaliteten i de verksamheter som har avtal med Omvårdnadsförvaltningen. Hagalundsgatan 17 drivs av Humaniora vård- och omsorg som är stadens organisation för verksamheter som drivs i kommunens egen regi. Verksamheten är en gruppbostad för personer som har beslut om bostad med särskild service enligt 9 § punkt 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Inriktningen är mot personer med utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS.

Verksamheten har boendelägenheter och gemensamma utrymmen såsom kök och vardagsrum och är belägen i ett flerfamiljshus på entréplan. Verksamheten har bemanning dygnet runt med sovande jour. Det är nära till grönområden såsom Hagaparken och inom gångavstånd finns samhällsservice och allmänna kommunikationer. För verksamheten ansvarar en verksamhetschef.

### Metod för uppföljning

Årets uppföljning har varit en uppföljning av verksamhetens arbete med sin utvecklingsplan samt granskning av social dokumentation. Utvecklingsplanen utgick från ifrån identifierade utvecklingsområden i samband med 2021 års avtalsuppföljning. Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen genomfört intervju med verksamhetschef samt granskat social dokumentation.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att nya bedömningar endast gjorts för social dokumentation samt de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 15 februari 2023.

## Sammanfattande bedömning

Utvecklingsarbetet under 2022 har varit något fördröjt som följd av byte av verksamhetschef. Verksamheten har haft en positiv utveckling men har fortsatt behov av att utveckla flera viktiga områden. Verksamheten behöver prioritera att förankra den gemensamma värdegrunden hos medarbetarna samt öka följsamhet till rutin för avvikelserapporteringen. Social dokumentation är ett annat viktigt utvecklingsområde. Vid intervjuer framgår också att verksamheten har en genomtänkt plan för framtida utvecklingsarbete.

### Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 15:e februari 2023. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur detta arbete fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året vid behov.

## Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Larm
	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess

## Bedömningsanvisningar

### Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

### Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
- 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
- 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

## Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Samverkan	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis
Mat och måltider	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven

## Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska säkerställa följsamhet till rutin för skyddsåtgärder.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Följsamhet till rutin för avvikelserapportering

## Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska fortsätta påbörjat arbete med att öka förtroendet gällande genomförandeplan och social journalföring.

Status	Utvecklingsområden
<input checked="" type="checkbox"/> Aktiviteten är slutförd.	Loggkontroll
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla arbete med genomförandeplaner
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla social journal

## Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Bemötande och anhörigstöd

### ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten behöver förankra värdegrunden och följsamheten till denna i medarbetargruppen.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förankra värdegrunden i medarbetargruppen

## Mat och måltider

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Aktiviteter och fritid

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Säkerhet

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har APT varannan vecka. I samband med APT hålls även möte där brukarfrågor avhandlas. Det framgår tydligt i agendan vilka frågor som hör hemma i respektive mötesdel och separat beslutsprotokoll förs för de två delarna. Gruppledare har tilldelat ansvar att följa upp fattade beslut, vilket följs upp på nästkommande möte.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Utanför kontorstid finns trygghetsjouren tillgänglig för medarbetare i tjänst. Inför planerad ledighet ersätter annan verksamhetschef från Humaniora LSS. Information om vem och kontaktuppgifter till denne mailas ut till samtliga medarbetare inför ledighet. Verksamhetens ledning är känd i medarbetargruppen och rutin vid chefs frånvaro är förankrad. Trygghetsjouren är en verksamhet inom Stockholm stad som kan vara ett stöd i att hantera chefsfrågor som inte kan vänta till närmaste vardag. Humaniora vård och omsorg har avtal med Stockholm stad, där det tydligt framgår i vilka ärenden medarbetare kan söka stöd hos trygghetsjouren.  Verksamheten har bytt verksamhetschef i mitten av 2022. I intervju beskrivs att det varit en utmanande period för verksamheten. Men nu upplevs det vara en positiv trend i verksamheten med flera pågående och planerade utvecklingsprojekt.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Då verksamheten drivs i kommunal regi krävs inget tillstånd. Däremot är verksamheten anmäld till IVO:s omsorgsregister.



## Personal och utbildning



Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare 3. Godkänd	Rutin och checklista finns och används vid introduktion. Skriftlig information överlämnas till ny medarbetare vid anställning, innehållande värdegrund, organisationsbeskrivning, sammanfattad lagtext, information kring social dokumentation och anställningsinformation. Rutin för introduktion anger att uppföljning ska ske. Mall är upprättad och ifylld mall förvaras i personalakt.
Kompetensutveckling 3. Godkänd	En övergripande kompetensinventering är genomförd för samtliga medarbetare inom Humanioras grupp- och servicebostäder i samband med medarbetarsamtalen. Denna ligger till grund för beslut om individuell kompetensutveckling utifrån identifierade behov. Inom de områden där inventeringen visat att det finns gemensamma behov av kompetensutveckling har detta utgjort underlag för verksamheternas gemensamma generella kompetensutvecklingsplan. Värdet av genomförd kompetenshöjande insats följs upp i samband med nästkommande medarbetarsamtal. Kompetensinventeringen som är gjord kommer ligga till grund för planerad kompetensutveckling löpande under kommande år. Verksamhetschef beskriver att när någon medarbetare slutar ser man tydligt vilken kompetens denne besatt och kan då ta ställning till om det fortsatt finns behov av denna kompetens och i så fall tas hänsyn till detta vid rekrytering. Genom omvärldsbevakning och analys av innevarande års styrkor och utmaningar kompletteras underlaget för kompetensutvecklingsplan inför kommande verksamhetsår. Effekten av genomförd kompetenshöjande insats utvärderas på efterföljande personalmöte. De som deltagit redogör då för kollegor vad man tagit med sig från utbildningen. Vid nyrekrytering har verksamheten krav på formell kompetens som undersköterska eller motsvarande. Högre utbildning är meriterande, men inget krav.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning 3. Godkänd	Vid oplanerad frånvaro har medarbetare i tjänst mandat att ringa in timvikarier och intervjuade medarbetare uttrycker att det fungerar väl. Skulle man hamna i en situation där man inte kan lösa bemanningsfrågan, så vänder man sig till chef alternativt till trygghetsjouren utanför kontorstid. Rutin för detta finns. För att främja en hög personalkontinuitet har man rutiner för att timvikarier i huvudsak ska vara knutna till en eller ett fåtal verksamheter. Verksamheten har även en fungerande samverkan med andra verksamheter inom Humaniora för att säkerställa bemanningen.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare 3. Godkänd	Rutin för hur rekrytering av nya medarbetare ska gå till finns och tillämpas. Verksamheten reflekterar även över framtida rekryteringsbehov och vidtar åtgärder utifrån detta.

## Samverkan


Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan 3. Godkänd	Rutin för extern samverkan finns. Samverkan beskrivs ske på både individnivå och verksamhetsnivå, vilket beskrivs i rutin. Behov av samverkan på individnivå dokumenteras i den sociala dokumentationen, i samma system som används för upprättande av genomförandeplan och social journalföring. Verksamheten har identifierat och i rutin beskrivit vilka externa parter med vilka samverkan sker. Det framgår vem som ansvarar för respektive kontakt och det framgår i vilka frågor samverkan sker.
Verksamhetens interna samverkan 3. Godkänd	Skriftlig rutin finns för intern samverkan. Rutinen beskriver hur informationsöverföring sker internt, hur arbetsdelning i det dagliga arbetet går till samt vilka olika mötesforum för intern samverkan som hålls.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete 3. Godkänd	Medarbetare ges möjlighet till delaktighet på APT, där alla medarbetare uppmanas att komma med förbättringsförslag. Kvalitet finns med som en stående punkt på agendan, där avvikelser och förbättringsförslag tillsammans diskuteras. Verksamheten har genom ombudsroller verkat för en ökad medarbetardelaktighet. Planeringsdagar hålls där man bland annat diskuterar uppdraget och roller samt givit möjlighet för diskussion kring utmanande situationer. Tydliga rollbeskrivningar

Delområde	Kommentar
	för olika ansvarsområden finns.
Verksamhetens arbete med avvikelser  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har dels en utförlig rutin för avvikelshantering som är gemensam för alla LSS-bostäder inom Humaniora vård och omsorg men också en lokal rutin som mer har karaktären av en lathund som ska vara lätt att följa för medarbetare i det dagliga arbetet. En tydlig hänvisning till var blanketter för olika typer av avvikelser finns och avvikelsetyperna är uppdelade i tre huvudområden (LSS, HSL och arbetsmiljö) samt en fjärde för klagomål och synpunkter. Även rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah beskrivs i rutinen och egenkontroll sker på flera sätt vad gäller att informationen givits till samtliga medarbetare minst en gång per år.</p> <p>I samtal med såväl chef som medarbetare framgår det att avvikelser rapporteras kontinuerligt. Däremot beskrivs arbetet med avvikelser inte vara fullt fungerande då verksamheten är medveten om händelser som inte har rapporterats enligt rutin. En orsak till detta beskrivs vara tidigare intern oro i medarbetargruppen, vilket medfört en tveksamhet till att rapportera avvikelser. Detta eftersom avvikelser tenderar att tas som personlig kritik av enskilda medarbetare. I intervju beskrivs också att det pågår utvecklingsarbeten för att stärka samarbete och värdegrund i medarbetargruppen och att utvecklingen går i rätt riktning. Att förbättra följsamheten till rutin för avvikelserrapportering är ett utvecklingsområde.</p>
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  3. Godkänd	<p><u>Rutiner</u>  Lokala rutiner finns samlade i pärmar i verksamheten, utifrån olika områden. Dessa pärmar har en tydlig struktur och såväl ordinarie medarbetare som timvikarier upplever att det är lätt att ta del av instruktioner om hur arbetet ska utföras. Vid behov av revidering av rutiner ska medarbetare lyfta detta på APT, för att man gemensamt ska komma fram till hur ändringarna ska se ut. I de fall en rutin reviderats ska samtliga medarbetare signera att man tagit del av denna information.</p> <p><u>Riskanalys</u>  En lokal rutin för riskanalys finns. Denna beskriver olika aspekter utifrån vilka risker ska bedömas - arbetsmiljö, kvalitet och risker för den enskilde. Samtliga brukare har vid uppföljningstillfället en aktuell riskbedömning gjord. Checklista används vid riskbedömning på individnivå, där obligatoriska aspekter att beakta är beskrivna. Riskanalys på verksamhetsnivå genomförs också och det framgår i kvalitetsberättelsen att risker bedöms och analyseras samt att åtgärder vid identifierad risk vidtas.</p> <p><u>Egenkontroll</u>  I verksamhetens kvalitetsberättelse samt i samtal med verksamhetschef framgår det att arbetet med egenkontroller utvecklats. Resultat av egenkontroller dokumenteras och verksamhetschef har gjort en analys och planerat åtgärder utifrån resultatet. Utöver de egenkontroller som presenteras i kvalitetsberättelsen genomför verksamheten utifrån sin årsplanering en stor egenkontroll utifrån checklista som utgår från ett stort antal verksamhetsområden. Resultatet återkopplas och diskuteras med samtliga medarbetare på efterföljande APT.</p>

## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>Samtliga brukare har en genomförandeplan. I de granskade genomförandeplanerna finns insatser med delmål för majoriteten av insatser och mål som beskrivs i beställningen, men inte alla. Den enskildes delaktighet vid upprättande och uppföljning av genomförandeplan framgår till viss del. I intervju med chef och medarbetare beskrivs att flera brukare ej varit delaktiga i någon större utsträckning trots att brukarna har den förmågan. Det framgår inte heller i genomförandeplan eller social journal varför brukaren ej deltagit. Delaktighet i genomförandeplan är därmed ett prioriterat utvecklingsområde för verksamheten.</p> <p>Insatsbeskrivningarna i granskade genomförandeplaner varierar i omfattning och upplägg. Ett utvecklingsområde för verksamheten är att öka förtrogenheten i hur genomförandeplan ska formuleras, i syfte att genomförandeplanerna ska vara överblickbara och fungera som det styrande dokumentet för hur insatser ska ges. Verksamheten behöver även utveckla målformuleringarna i genomförandeplan. Vissa exempel finns där målet är beskrivet som att den enskilde ska få det stöd som beskrivs i insatsen. Detta leder till att då den enskilde fått stödet i enlighet med genomförandeplan så bedöms målet som uppfyllt vid uppföljning, trots att <i>behovet av stöd</i> kvarstår. Sammantaget ska verksamheten öka medarbetarnas förtrogenhet vad gäller mål och uppföljning av genomförandeplan.</p>

Delområde	Kommentar
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	I intervju beskriver chef och medarbetare att en utveckling har skett under året när det gäller social journalföring. Det styrker granskning som visar att anteckningar förs löpande och att samtliga medarbetare deltar i journalföringen. Anteckningar beskriver ofta avvikelser från genomförandeplan tydligt, ett område där en utveckling skett under året. Däremot bör bakomliggande orsak och vidtagen åtgärd lyftas fram tydligare.  Granskning visar också på en viss överdokumentation. Det finns anteckningar som inte är att betrakta som avvikelser från genomförandeplan eller händelser av betydelse. I samtal med medarbetare framgår att det finns en osäkerhet hos vissa medarbetare gällande vad som ska dokumenteras och inte. Granskning visar också på anteckningar som angränsar till kommunikation mellan personal. Detta bör istället hanteras i överrapportering mellan personal, eller i form av en arbetsanteckning som raderas inom sju dagar. Det är det ett utvecklingsområde att fortsätta det påbörjade arbetet med att öka medarbetarnas kunskap inom social journalföring.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Rutin finns för egenkontroll av social dokumentation, där detta är ett av områdena i den stora egenkontrollen som genomförs regelbundet utifrån checklista. Vid granskning framgår det att egenkontrollen genomförs. Verksamhetschef har arbetat föredömligt med egenkontroll och identifierat utvecklingsområden som sedan mynnat ut i en åtgärdsplan.

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	Verksamheten beskriver att boendemöten hålls var tredje månad där brukarna ges möjlighet att komma med förslag och synpunkter. Agenda finns och protokoll förs. I de fall brukaren är i behov av anpassad kommunikation dokumenteras detta i brukarens genomförandeplan.
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Rutin för kontaktmannaskapet finns och är förankrad i medarbetargruppen. Alla brukare har en utsedd kontaktman och informeras regelbundet om möjligheten att byta. En vice kontaktman utses och övertar kontaktmannaskapet vid ordinarie kontaktmans frånvaro, vilket framgår av rutinen.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	En anslagstavla finns i verksamheten, där information om bemanningen för kommande vecka finns. Även annan information, såsom nya medarbetare och andra förändringar, sätts upp på denna tavla. På boendemöten finns allmän information om verksamheten som en stående punkt. Verksamhetschef deltar minst två gånger per år och informerar då om verksamheten samt finns tillgänglig för frågor. Nya brukare får skriftligt material om verksamheten och rutin finns för mottagande av ny brukare.

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ◆ 2. Delvis godkänd	Värdegrundsfrågor finns som en stående punkt på APT-agendan. Skriftligt material som lämnas till ny medarbetare innehåller information om verksamhetens värdegrund. Solna stads kvalitetsdeklaration finns uppsatt som en tavla i verksamheten. Denna har förankrats i medarbetargruppen på APT. Det är även infört i verksamhetens årshjul att årligen gå igenom kvalitetsdeklarationen med såväl brukare som medarbetare.  I intervju beskriver chef och medarbetare att det likt föregående år, kvarstår ett behov av att arbeta med värdegrundsfrågor i medarbetargruppen. Det framgår att det existerar vissa motsättningar i medarbetargruppen vilket riskerar vara ett hinder för utveckling av verksamheten. Det betonas dock i intervju att det inte påverkat bemötande gentemot brukarna. Det är ett prioriterat utvecklingsområde för verksamheten att förankra värdegrunden och säkerställa att samarbetet på verksamheten är fungerande. Det gäller inte minst då det varit ett återkommande utvecklingsområde under flera år.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Rutin för stöd till anhöriga finns.

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Verksamheten bedriver inte matlagning på ett sådant sätt att egenkontroll gällande livsmedelshygien är aktuellt.
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	I de fall brukaren har behov av stöd vid måltidsplanering finns detta dokumenterat i genomförandeplan. Brukarna väljer själva vilken mat de önskar äta och får vid behov stöd med inköp och planering.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	Brukarna ges möjlighet att påverka vilka gemensamma aktiviteter som erbjuds vid boendemöte. Utöver det beskriver verksamheten att medarbetarna uppmuntrar brukarna att delta i aktiviteter och följer med som stöd vid behov. Önskemål om individuella aktiviteter inventeras i samband med uppföljning av genomförandeplan av kontaktman.

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Larm ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för de larm som används i verksamheten. Regelbunden funktionskontroll genomförs och signeras.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Rutin för hot och våld finns. En övergripande rutin för hot och våld i nära relation finns framtagna som gäller alla LSS-verksamheter inom Humaniora vård och omsorg. Rutinen är förankrad hos medarbetarna.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Rutin finns och tillämpas i verksamheten.
Privata medel ● 3. Godkänd	Rutin finns för hantering av privata medel och tillämpas i verksamheten.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för tystnadsplikt och sekretess finns. Rutinen lyfts regelbundet i medarbetargruppen. Samtliga medarbetare skriver under att de tagit del av rutinen och förstått dess innebörd.

# Rapport: Avtalsuppföljning 2022

---

HAGALUNDSGATAN 34



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning .....	3
Bedömning .....	5
Underlag bedömning.....	8

## Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en uppföljning varje år, i syfte att säkerställa kvaliteten i de verksamheter som har avtal med Omvårdnadsförvaltningen. Hagalundsgatan 34 drivs av Humaniora vård och omsorg, som är stadens organisation för verksamheter som drivs i kommunens egen regi. Verksamheten är en servicebostad för personer som har beslut om bostad med särskild service enligt 9 § punkt 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Inriktningen är mot personer med utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS.

Verksamheten har boendelägenheter och en servicelägenhet med gemensamma utrymmen såsom kök och vardagsrum. Servicelägenheten är belägen i ett flerfamiljshus i Hagalund och boendelägenheterna ligger på gångavstånd eller i nära anslutning till denna. Verksamheten har bemanning dygnet runt med sovande jour. Det är nära till grönområden såsom Hagaparken och inom gångavstånd finns samhällsservice och allmänna kommunikationer. För verksamheten ansvarar en verksamhetschef.

### Metod för uppföljning

Årets uppföljning har varit en uppföljning av verksamhetens arbete med sin utvecklingsplan samt granskning av social dokumentation. Utvecklingsplanen utgick från ifrån identifierade utvecklingsområden i samband med 2021 års avtalsuppföljning. Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen genomfört intervju med verksamhetschef samt granskat social dokumentation.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att nya bedömningar endast gjorts för social dokumentation samt de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 15 februari 2023.

## Sammanfattande bedömning

Likt föregående år har fokus har legat på kompetenshöjande åtgärder inom bland annat området social dokumentation. Vidare har verksamheten fortsatt haft utmaningar inom det verksamhetsnära ledarskapet då det inte funnits en gruppleddare i tjänst under första delen av 2022. Däremot bedöms verksamheten nu vara i en positiv utveckling där det syns tydlig förbättring inom exempelvis arbetet med genomförandeplaner. Verksamheten ska fortsätta detta utvecklingsarbete med fokus på social dokumentation, avvikelsehantering och att stärka det verksamhetsnära ledarskapet.

### Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 15:e februari 2023. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur detta arbete fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året vid behov.

## Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Larm
	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess



## Bedömningsanvisningar

### Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

### Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
- 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
- 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

## Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Samverkan	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis	<span style="color: gold;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven

## Ledning och organisation

### ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten har ej genomfört planerade åtgärder från föregående år i syfte att stärka det verksamhetsnära ledarskapet, vilket är ett fortsatt utvecklingsområde.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Fortsätta arbetet med att stärka upp det verksamhetsnära ledarskapet

## Personal och utbildning

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Samverkan

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

### ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska fortsätta det påbörjade arbetet med att förankra rutin för avvikelshantering.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förankra rutin för avvikelshantering
✓ Aktiviteten är slutförd.	Utveckla strukturen i det systematiska kvalitetsarbetet

## Social dokumentation

### ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska fortsätta det påbörjade arbetet med att göra samtliga medarbetare förtroga med rutin för social dokumentation.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
✓ Aktiviteten är slutförd.	Loggkontroll
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal

## Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Mat och måltider

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Aktiviteter och fritid

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Säkerhet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har arbetsplatsträff (APT) minst 10 gånger per år. Protokoll förs under APT. Fattade beslut följs upp under stående agendapunkt. Protokollen finns tillgängliga för dem de berör.
Verksamhetens organisation och ledning ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Verksamhetschef har för tillfället ansvar för två gruppbeståder inom Humaniora vård och omsorg LSS. Som stöd finns gruppledare på respektive verksamhet. En arbetsbeskrivning finns upprättad och gruppledare beskriver att det för denne är tydligt vad uppdraget består. Gruppledare bedömer sig i stort ha förutsättningar att förvalta det i enlighet med denna arbetsbeskrivning.</p> <p>Under 2021 och den första halvan av 2022 har det verksamhetsnära ledarskapet varit försvagat då gruppledare inte varit i tjänst. I intervju framgår att medarbetargruppen uttryckt just detta. Gruppledare har under andra delen av 2022 åter varit i tjänst. I intervju framgår att det haft en positiv effekt på det verksamhetsnära ledarskapet, något som medarbetare också lyft upp. Däremot beskrivs det fortfarande finnas flera utvecklingsområden. Ett exempel som lyfts är gruppledares schema.</p> <p>Verksamhetschef och gruppledare beskriver att de har ett nära samarbete, men att personalgruppen också frekvent har direktkontakt med verksamhetschef. Verksamhetschef bedömer att hen är på plats i snitt en gång per vecka på verksamheten och är mycket tillgänglig över telefon. Den planerade åtgärden om närvaro från verksamhetschef två dagar i veckan har ej genomförts under 2022. Det verksamhetsnära ledarskapet bedöms vara ett fortsatt utvecklingsområde då de planerade åtgärderna från föregående år inte har genomförts fullt ut. Utanför kontorstid finns trygghetsjouren tillgänglig för medarbetare i tjänst. Inför planerad ledighet ersätter annan verksamhetschef från Humaniora LSS. Information om vem och kontaktuppgifter till denne mailas ut till samtliga medarbetare inför ledighet. Verksamhetens ledning är känd i medarbetargruppen och rutin vid chefs frånvaro är förankrad.</p> <p>Trygghetsjouren är en verksamhet inom Stockholm stad som kan vara ett stöd i att hantera chefsfrågor som inte kan vänta till närmaste vardag. Humaniora vård och omsorg har avtal med Stockholm stad, där det tydligt framgår i vilka ärenden medarbetare kan söka stöd hos trygghetsjouren.</p>
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Då verksamheten drivs i kommunal regi krävs inget tillstånd. Däremot är verksamheten anmäld till inspektionen för vård och omsorgs (IVO) omsorgsregister med verksamhetschef som föreståndare.

### Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Rutin och checklista finns och används vid introduktion. Skriftlig information överlämnas till ny medarbetare vid anställning, innehållande värdegrund, organisationsbeskrivning, sammanfattad lagtext, information kring social dokumentation och anställningsinformation. Introduktionen följs upp vilket dokumenteras i introduktionschecklistan.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	En övergripande kompetensinventering är genomförd för samtliga medarbetare inom Humanioras grupp- och servicebostäder i samband med medarbetarsamtalen. Denna ligger till grund för beslut om individuell kompetensutveckling utifrån identifierade behov. Inom de områden där inventeringen visat att det finns gemensamma behov av kompetensutveckling har detta utgjort underlag för verksamheternas gemensamma generella kompetensutvecklingsplan. Värdet av genomförd kompetenshöjande insats följs upp i samband med nästkommande medarbetarsamtal. Kompetensinventeringen som är gjord kommer ligga till grund för planerad kompetensutveckling löpande under kommande år. Verksamhetschef beskriver att slutar någon medarbetare så ser man tydligt vilken kompetens denne besatt och kan då ta ställning till om det fortsatt finns behov av denna kompetens och i så fall tas hänsyn till detta vid rekrytering. Genom omvärldsbevakning och analys av innevarande års styrkor och utmaningar kompletteras underlaget för kompetensutvecklingsplan inför kommande verksamhetsår.

Delområde	Kommentar
	Vid nyrekrytering har verksamheten krav på formell kompetens som undersköterska eller motsvarande. Högre utbildning är meriterande, men inget krav.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamheten beskriver att de har anställda timvikarier så att det täcker verksamhetens behov. Verksamheten samverkar med övriga LSS-verksamheter inom Humaniora vård och omsorg i bemanningsfrågor. En central funktion finns som stöttar verksamhetscheferna vid planerad frånvaro av ordinarie personal. Vid oplanerad frånvaro har medarbetare i tjänst mandat att ringa in timvikarier och intervjuade medarbetare uttrycker att det fungerar väl. Skulle man hamna i en situation där man inte kan lösa bemanningsfrågan vänder man sig till gruppleddare i första hand, verksamhetschef i andra hand samt till trygghetsjouren utanför kontorstid. Rutin för detta finns och är förankrad hos intervjuade medarbetare.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Rutin för hur rekrytering av nya medarbetare ska gå till finns och tillämpas. Verksamheten reflekterar även över framtida rekryteringsbehov och vidtar åtgärder utifrån detta.

## Samverkan




Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Rutin för extern samverkan finns. Samverkan beskrivs ske på både individnivå och verksamhetsnivå, vilket beskrivs i rutin. Behov av samverkan på individnivå dokumenteras i den sociala dokumentationen, i samma system som används för upprättande av genomförandeplan och social journalföring. Verksamheten har identifierat och i rutin beskrivit vilka externa parter med vilka samverkan sker. Det framgår vem som ansvarar för respektive kontakt och det framgår i vilka frågor samverkan sker. Gruppleddare i verksamheten är den som utöver verksamhetschef för dialog med ansvarig LSS-handläggare.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin finns för intern samverkan. Rutinen beskriver hur informationsöverföring sker internt, hur arbetsdelning i det dagliga arbetet går till samt vilka olika mötesforum för intern samverkan som hålls.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardeltaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	På APT finns kvalitet med som en stående agendapunkt som kvalitetsstödjaren äger. Där finns utrymme för medarbetare att komma med förbättringsförslag och synpunkter. Även planeringsdagar hålls regelbundet, där olika kvalitetsfrågor utgör tema för dagen. I det dagliga arbetet upplever medarbetarna att man har ett stort mandat att självständigt hantera situationer som uppstår. Till exempel vad gäller att bemanna vid behov.
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	Rutin för avvikelshantering finns. Verksamhetschef beskriver att vikten av att rapportera avvikelser lyfts regelbundet på APT för att medarbetarna ska förstå vikten av att rapportera avvikelser samt för att rutinen ska vara förankrad. Likt föregående år beskrivs avvikelserapportering inom området hälso- och sjukvård som fungera väl. Avvikelseapportering av andra typer av beskrivs fortfarande vara ett utvecklingsområde. Under 2022 har hittills fyra avvikelser som inte berör hälso- och sjukvård rapporterats. I intervju framgår att utvecklingen går i rätt riktning och en planeringsdag har genomförts med fokus på avvikelshantering. Däremot kvarstår behov av att integrera avvikelserapporteringen ytterligare i verksamheten där medarbetarna behöver rapportera avvikelser i högre utsträckning. Avvikelsehantering är därmed ett fortsatt utvecklingsområde för verksamheten.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Kvalitet finns som stående punkt på APT-agendan. Medarbetare har då möjlighet att lyfta behov av reviderade rutiner och beslut fattas gemensamt om detta. Även rapporterade avvikelser är tänkta att lyftas under denna agendapunkt, bakomliggande orsaker diskuteras och åtgärder beslutas. Verksamhetschef samverkar även i kvalitetsfrågor med övriga chefer i Humaniora vård och omsorgs LSS-verksamheter, men även med samtliga chefer inom Humaniora vård och omsorg regelbundet på ledningsgruppsmöten som hålls av avdelningschef tillsammans med förvaltningschef. <u>Rutiner</u> Verksamheten har i samverkan med andra verksamheter inom Humaniora LSS färdigställt arbetet med att upprätta ett årshjul där aktiviteter i det systematiska

Delområde	Kommentar
	<p> kvalitetsarbetet finns med. Nu finns också samtliga rutiner tydligt samlade i ett dokument som finns både i en pärm samt digitalt. En del i årshjulets aktiviteter är att två gånger årligen genomföra en stor egenkontroll. Egenkontrollen inkluderar att säkerställa att rutiner är aktuella. Rutinerna har också förankrats ytterligare på en planeringsdag under november 2022, där medarbetare gjorts delaktiga i fastställandet av rutinerna.</p> <p><u>Egenkontroll</u></p> <p>Vid granskning uppvisar verksamheten genomförda egenkontroller utifrån det nya årshjulet där också åtgärder finns planerade. I kvalitetsberättelse från 2021 framgår också att verksamheten arbetat med egenkontroller, åtgärder och övergripande analyser. Verksamheten har också genomfört planerade åtgärder med att involvera gruppleddare ytterligare i kvalitetsarbetet. Vid intervju framkommer att gruppleddare är delaktig i egenkontroller och tillsammans med verksamhetschef agerar på resultaten.</p> <p><u>Riskanalys</u></p> <p>En lokal rutin för riskanalys finns. Denna beskriver olika aspekter utifrån vilka risker ska bedömas - arbetsmiljö, kvalitet och risker för den enskilde. Riskbedömningar på individnivå följs enligt rutin upp var sjätte månad. Riskbedömningarna lyfts på APT samt är en viktig del i introduktion för nya medarbetare att ta del av. Information om att nya riskbedömningar är gjorda samt tillhörande handlingsplaner lyfts på APT. Samtliga brukare har vid uppföljningstillfället en aktuell riskbedömning gjord. I kvalitetsberättelsen framgår det att riskanalyser genomförts inom ett flertal områden och att risker som identifierats legat till grund för planerade aktiviteter i verksamhetens planering framöver.</p>

## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>Granskning visar att samtliga brukare har aktuella genomförandeplaner. I huvudsak är målen och insatserna som beskrivs i beställningen beaktade vid upprättande av genomförandeplan. Där det inte finns, beskrivs i intervju att det finns en pågående dialog med LSS-handläggare avseende detta.</p> <p>I huvudsak finns tydliga beskrivningar av vad, när, hur samt mål för respektive insats i genomförandeplanerna. Att den enskildes rätt till självbestämmande beaktats framgår i insatsbeskrivningarna. Hur insatserna ska genomföras samt den enskildes delaktighet i insatserna framgår delvis. Dessa aspekter bör dock förtydligas och utvecklas i syfte att ytterligare förankra genomförandeplanen som det styrande dokumentet. Vidare framgår att den enskilde varit delaktig vid upprättande av genomförandeplan, men det saknas beskrivning av på vilket sätt i såväl genomförandeplan som i social journal.</p> <p>Sedan föregående år har genomförandeplanerna haft en tydlig positiv utveckling. I intervjun framgår också att verksamheten arbetat aktivt med att tydliggöra den röda tråden mellan beställning och genomförandeplan. Verksamheten har dock fortfarande flera mindre utvecklingsområden och därför bedöms genomförandeplaner vara ett fortsatt utvecklingsområde.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Granskning visar att personalgruppen är delaktig i att dokumentera i social journal. En stor del av de anteckningar som förs är att betrakta som anekdotiska, där de beskriver allmänna händelser som ej är att betrakta som avvikelse från genomförandeplan eller händelse av betydelse. Det är svårt att utifrån social journal bilda sig en uppfattning av hur insatsen fortlöpt på ett sätt att denna kan ligga till grund för uppföljning av målen i genomförandeplan. Det finns även goda exempel där bakomliggande anledning och vidtagen åtgärd framgår, men förekommer relativt sällan.</p> <p>Att göra samtliga medarbetare förtrogna med vad som skall antecknas i social journal är ett fortsatt utvecklingsområde. Samtycke till informationsöverföring finns dokumenterat.</p>
Egenkontroll social dokumentation  3. Godkänd	<p>Rutin finns för egenkontroll av social dokumentation, där detta är ett av områdena i den stora egenkontrollen som genomförs regelbundet utifrån checklista. Verksamheten har nu systemmässiga förutsättningar för att genomföra loggkontroll av social journal. Vid granskning framgår att verksamhetschef har genomfört loggkontroll enligt rutin.</p>

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	Verksamheten beskriver att boendemöten hålls två gånger per termin där brukarna ges möjlighet att komma med förslag och synpunkter. Agenda finns och protokoll förs. Verksamheten beskriver även att brukarna ofta träffas och fikar tillsammans i servicelägenheten på kvällen. Vid dessa tillfällen kan förslag lämnas till personal och information utbytas. I de fall brukaren är i behov av anpassad kommunikation dokumenteras detta i brukarens genomförandeplan uppger chef. Det finns dessutom en brevlåda för klagomål och synpunkter i verksamheten. Synpunkter och klagomål kan där lämnas anonymt.
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Rutin för kontaktmannaskapet finns och är förankrad i medarbetargruppen. Alla brukare har en utsedd kontaktman och informeras regelbundet om möjligheten att byta. En vice kontaktman utses som övertar kontaktmannaskapet vid ordinarie kontaktmans frånvaro. Även detta beskrivs i rutin.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	En anslagstavla finns i verksamheten, där information om t.ex. bemanningen för kommande vecka finns. Även annan information, såsom nya medarbetare och andra förändringar, sätts upp på denna tavla. På boendemöten finns allmän information om verksamheten som en stående punkt. Verksamhetschef deltar minst två gånger per år och informerar då om verksamheten samt finns tillgänglig för frågor. Nya brukare får skriftligt material om verksamheten och rutin finns för mottagande av ny brukare.

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Värdegrundsfrågor finns som en stående punkt på APT-agendan. Skriftligt material som lämnas till ny medarbetare innehåller information om verksamhetens värdegrund. Solna stads kvalitetsdeklaration finns uppsatt som en tavla i verksamheten. Dess innehåll lyfts med brukarna på bomöten och flera brukare har hänvisat till kvalitetsdeklarationen utifrån rätten att byta kontaktman vilket visar på förankring.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Rutin för stöd till anhöriga är upprättad och förankrad i medarbetargruppen. Verksamhetschef beskriver att man hänvisar till Solna stads anhörigteam i de fall det egna stödet ej räcker till.

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Verksamheten bedriver inte matlagning på ett sådant sätt att egenkontroll gällande livsmedelshygien är aktuellt.
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	Gruppledare redogör under intervju för hur måltider planeras och tillreds individuellt. Den enskildes önskemål inhämtas och ligger till grund för upprättande av genomförandeplan.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	På boendemöten som hålls två gånger per termin är aktivitetsönskemål en stående punkt. En aktivitetsansvarig finns utsedd och det finns funktionsbeskrivning för detta uppdrag. Aktivitetsönskemål som lyfts under boendemöte tas med till efterföljande APT, där medarbetarna planerar för hur dessa önskemål kan omsättas i praktik. Utifrån detta revideras det aktivitetsschema som finns i verksamheten där brukarna har möjlighet att delta i aktiviteter som erbjuds regelbundet. Även i samband med upprättande av genomförandeplan inventerar kontaktmannen önskemål gällande individuella aktiviteter vilka därefter planeras in som insatser i genomförandeplan.

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Larm	Brandlarm används i verksamheten. En genomgång av hela det systematiska

Delområde	Kommentar
● 3. Godkänd	brandskyddsarbetet har gjorts tillsammans med extern brandkonsult. Brandskyddskontrollant finns utsedd, en brandpärm finns framtagen och funktionstester görs och dokumenteras. Utifrån identifierad risk för hot och våld har även personalarm köpts in och rutiner för dessa upprättats.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för hot och våld. Denna innefattar hot och våld mellan brukare, från närstående och från personal. Särskild rutin finns för våld i nära relation som har förankrats i medarbetargruppen på APT.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Rutin finns och tillämpas i verksamheten.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten uppger att rutin för hantering av privata medel finns och tillämpas i verksamheten.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för tystnadsplikt och sekretess finns. Rutinen lyfts regelbundet i medarbetargruppen. Samtliga medarbetare skriver under att de tagit del av rutinen och förstått dess innebörd.



# Rapport: Avtalsuppföljning 2022

---

JUNGFRUDANSEN 19 B & SPÅRVÄGEN 12



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning .....	3
Bedömning .....	5
Underlag bedömning.....	8

## Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en uppföljning varje år, i syfte att säkerställa kvaliteten i de verksamheter som har avtal med omvårdnadsförvaltningen. Jungfrudansen 19B och Spårvägen 12 är gruppbofasta som drivs av Mango Omsorg utifrån avtal enligt lagen om offentlig upphandling, LOU. Verksamheterna ger stöd till personer som har beslut om bostad med särskild service enligt 9 § punkt 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Inriktningen är mot personer med autism eller autismliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS.

Verksamheterna har fem platser vardera. Personalutrymmen finns bestående av kontor för dokumentation och förvaring samt omklädningsrum och sovrum för personal med sovande jour.

Då verksamheterna har samma verksamhetschef, delar på funktionen verksamhetsutvecklare och till viss del har gemensamma timvikarier, vissa mötesforum gemensamt samt samma övergripande rutiner, arbetssätt och kvalitetsledningssystem följs dessa upp gemensamt.

### Metod för uppföljning

Årets uppföljning har bestått av tre delar. Den första delen har bestått av uppföljning av verksamhetens arbete med utvecklingsplan baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Den andra delen har bestått av granskning av social dokumentation. Den tredje delen har bestått av uppföljning av anbud. Utförare som har avtal med Solna stad enligt LOU, har i anbudet beskrivit sitt planerade arbete utifrån upphandlingens förfrågningsunderlag.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att, utöver område social dokumentation, har nya bedömningar endast gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts.

Omvårdnadsförvaltningen har genomfört platsbesök med intervju av verksamhetschef, gruppchef samt granskning av social dokumentation. Granskning har utgått från verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen samt uppfyllelse av anbud. Vid granskning av uppfyllelse av anbud har även fokusområden valts ut för respektive verksamhet där en fördjupad uppföljning genomförts.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Utvecklingsområdena som utgår från anbud står tydligt markerade. Anledningen till att dessa särskiljs är att de baserar sig på utförarens beskrivna arbetssätt utifrån anbud och är ofta inte direkt korrelerade till avtal, lagkrav, riktlinjer och Solna stads anvisningar. Det innebär också att ett identifierat utvecklingsområde utifrån anbud, inte påverkar om ett område eller delområde bedöms som godkänt eller inte.

Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 15 februari 2023.

## Sammanfattande bedömning

Verksamheterna är välfungerande och har ett tydligt brukarfokus. Den värdegrund och de metoder som verksamhetschef redogör för är förankrade i verksamheterna. Medarbetarna har hög kompetens och personalkontinuiteten är hög. Det finns ett nära ledarskap och kompetensutveckling har en central plats i kvalitetsarbetet.

Verksamheten behöver arbeta vidare med området social dokumentation men bedöms i övrigt som godkända inom samtliga områden och delområden. Verksamheten har också utvecklingsområden utifrån anbud att arbeta vidare med.

### Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 15 februari 2023. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur detta arbete förlöper i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året vid behov.

## Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.




Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Larm
	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

## Bedömningsanvisningar






### Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.























-  För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
-  Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
-  Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

### Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

-  1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
-  2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
-  3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
-  4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
-  5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

## Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Samverkan	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Social dokumentation	 3. Uppfyller kraven delvis	 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	 Bedömning ej genomförd	 4. Uppfyller kraven

## Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - Implementera modeller för att inventera och synliggöra behov

## Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska utveckla arbetet med genomförandeplan, social journal samt egenkontroll av social dokumentation.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla arbetet med egenkontroll av social dokumentation
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla genomförandeplanerna
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla social journalföring

## Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Mat och måltider

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Aktiviteter och fritid

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Säkerhet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ekonomisk kontroll

● 4. Uppfyller kraven

## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Var fjärde vecka hålls personalmöte där verksamhetschef deltar och minst sex planeringsdagar genomförs per år. Agenda finns för personalmötena, protokoll förs och finns tillgängliga för dem de berör. Fattade beslut framgår i protokoll och följs upp på nästkommande möte.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamhetschef, tillika VD för Mango Omsorg, har högskoleutbildning med adekvat inriktning. Utanför kontorstid vänder sig medarbetare i chefsfrågor till verksamhetschef. Mango Omsorg har en utsedd person med verksamhetsansvar vid verksamhetschefs frånvaro och en chefsberedskap finns vid verksamhetschefs frånvaro.  <u>Anbud Jungfrudansen 19b</u> I enlighet med anbud är verksamhetens ledning närvarande i verksamheten. I intervju beskrivs att både verksamhetschef och metodutvecklare arbetar nära verksamheten och bedöms vara tillgängliga och engagerade i verksamhetens utveckling.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Tillståndsbevis från IVO finns där det framgår att verksamhetschef är föreståndare.

### Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för introduktion av nya medarbetare finns. Checklista finns som stöd. Skriftlig information lämnas till nyanställd, innehållande bl.a. rutiner, en lathund för hur en dag på jobbet ser ut, värdegrund och dokumentationsrutiner. Introduktionen följs upp. Dels muntligt i samband med att ny medarbetare bokas in på sitt första arbetspass efter introduktionen, men även efter fyra månader i tjänst. Då går verksamhetschef igenom ett antal frågor tillsammans med den nyanställda. Denna uppföljning dokumenteras.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Verksamheten beskriver att den generella kompetensutvecklingsplanen utgår från verksamhetens samlade behov av kompetensutveckling. Underlag inhämtas i samband med medarbetarsamtal, lönesamtal, enkätundersökningar, klagomål och synpunkter samt diskussioner under personalmöten. Verksamhetschef beskriver att gruppen tillsammans fattar beslut om kommande års generella kompetensutvecklingsplan, vilket bekräftas i samtal med medarbetarna. Utöver den generella kompetensutvecklingsplanen informeras medarbetarna löpande om relevanta kurser som de uppmanas anmäla sig till. Både medarbetare och chef beskriver det som att man har ett eget ansvar som medarbetare - men även en stor frihet - att självständigt söka och anmäla sig till utbildningar. Medarbetarna beskriver att verksamhetschef uppmuntrar till detta. Samtliga medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan. Kompetensinsatsernas värde utvärderas under efterföljande personalmöte, där den som varit på en utbildning får redogöra för vad man lärt sig.  <u>Anbud Jungfrudansen 19b</u> Enligt anbud ska handledning tas in vid behov i verksamheten. I intervju framgår att handledning till personal har satts in vid behov. Utöver det arbetar verksamheten aktivt med reflektion och kollegial handledning i vardagen för att löpande identifiera utvecklingsområden och förbättra arbetssätt. Verksamheten bedöms arbeta så som beskrivs i anbud.  <u>Anbud Spårvägen 12</u> I anbud beskrivs ett tydligt systematiskt arbete med kompetensutveckling. Där bland annat medarbetarnas olika ansvarsområden är centrala. Detta beskrivs i intervjuer, där det framgår att verksamhetens olika ansvarsroller arbetar i nätverk mellan Mango Omsorgs verksamheter för att gemensamt utveckla kompetensen. Ett exempel som ges är att dokumentationsansvariga på olika verksamheter skapat en utbildning inom social dokumentation som sedan finns tillgänglig i ledningssystemet. Om verksamheten upplever att det inte finns tillräcklig kompetens inom ett specifikt område, hanteras det ofta genom extern handledning eller utbildning. Exempelvis har kompetensutveckling inom viss psykisk sjukdom varit ett prioriterat





Delområde	Kommentar
	område senaste året, vilket också bekräftas i intervju med medarbetare. Verksamheten bedöms arbeta så som beskrivs i anbud på denna punkt.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamhetschef bedömer att behovet av tillräcklig personal är tillgodosett. Verksamhetschef uttrycker att man inte haft problem att rekrytera och den formella kompetensen i medarbetargruppen är hög. Exempel på formell kompetens är beteendevetare, hälsopedagog, fristående högskolekurser inom psykologi, socialrätt, specialpedagogik, autism samt estetiska ämnen. Frånvarorutin finns. Verksamhetschef bedömer att timvikarier finns anställda i den utsträckning verksamheten kräver. En förteckning över anställda timvikarier finns tillgänglig som medarbetare i tjänst enligt rutin utgår från vid oplanerad frånvaro. Verksamhetschef finns som stöd vid bemanningsproblem och tjänstgör även själv i omsorgsarbetet vid behov. Verksamheten beskriver att man eftersträvar en låg personalomsättning och en hög kontinuitet genom ett aktivt arbete för god arbetsmiljö och medarbetardelaktighet. Exempel som lyfts fram är som tidigare nämnts möjlighet till kompetensutveckling men även att alla medarbetare varit delaktiga i att ta fram schemat.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamhetschef arbetar verksamhetsnära och har en god bild av behovet av rekrytering. Det är verksamhetschef som ansvarar för att bedöma behov av och rekrytera nya medarbetare, såväl tillsvidareanställda som timvikarier.

## Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för extern samverkan finns. I rutinen framgår det att ett så kallat stödmanaskapskontrakt upprättas för samtliga brukare, där formerna för samverkan på individnivå finns beskrivna. I kontraktet framgår det även vem som ersätter stödpersonen vid dennes frånvaro. Det framgår i rutinen att samverkan ska ske utifrån samtycke från brukaren. Ansvarig sjuksköterska, läkare, daglig verksamhet och anhöriga är externa aktörer som beskrivs som viktiga.  <u>Anbud Jungfrudansen 19b</u> Verksamheten arbetar i enlighet med anbud när det gäller att ha en nära samverkan med brukarens nätverk. Det gäller både företrädare, närstående och daglig verksamhet. Exempelvis beskrivs stödpersoner på verksamheten ha en nära dialog med motsvarande roll på daglig verksamhet. Arbetssättets målsättning är att få en bild av brukarens livssituation, men också för att bibehålla och utveckla det den boende klarar av i sin vardag, främja social gemenskap samt ge möjlighet för den boende att utforska nya intresseområden och kunskaper. I intervju beskrivs detta som ett levande arbetssätt i verksamheten.  <u>Anbud Jungfrudansen 19b och Spårvägen 12</u> Verksamheten har en nära kontakt med Humaniora hälso- och sjukvårdsteam. Teamet bjuds in flera gånger årligen för samverkan och arbete med riskanalyser.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för intern samverkan finns där forum för intern samverkan beskrivs. Rutinen kompletteras med en rutin för muntlig och skriftlig informationsöverföring, som i detalj beskriver hur intern samverkan och rapportering sker i verksamheten.  <u>Anbud Jungfrudansen 19b</u> Varje arbetspass påbörjas med att läsa social journal och arbetsanteckningar. Överrapportering sker vid varje pass. Verksamheten arbetar också med daglig reflektion för att stämma av hur passet har gått och vad som kan förbättras. Den interna kommunikationen vid samband med passbyten bedöms fungera så som beskrivet i anbud.




## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Återkommande forum för kvalitetsarbete där medarbetarna görs delaktiga är personalmöten och planeringsdagar. Verksamhetschef beskriver att kvalitetsarbetet i huvudsak utgår från utvecklingsområden som identifierats i samband med egenkontroller, enkätundersökningar, klagomål och synpunkter, riskanalyser och diskussioner på tidigare personalmöten. Konkret arbetar medarbetare tillsammans med chef med att ta fram åtgärdsplaner där ansvarig medarbetare och tid för uppföljning och utvärdering framgår. Ett vanligt förekommande arbetssätt är mindmaps, där medarbetare fritt får fundera kring och

Delområde	Kommentar
	<p>dokumentera tänkbara bakomliggande orsaker och förslag till åtgärder. Detta sammanfattas därefter och utgör underlag till åtgärdsplan. Brukligt är även att man för in punkter på kommande mötesagendor för sådant som man inte hinner klart med under mötet/dagen.</p> <p>Intervjuade medarbetare beskriver att man i hög grad upplever sig delaktig i verksamhetens kvalitetsarbete.</p> <p><u>Anbud Spårvägen 12</u> Vid intervju framgår av både chef och medarbetare att individuella utvecklingssamtal utgör en viktig grund för att förankra verksamhetens mål och framtida utveckling hos respektive medarbetare. Där ges också möjlighet till att individuellt påverka sin egen och verksamhetens kompetensutveckling.</p> <p><u>Anbud Spårvägen 12</u> I anbud beskrivs en rad olika arbetsmodeller som ska nyttjas för att inkludera medarbetare vid verksamhetsutveckling och inventera verksamhetens utvecklingsbehov i olika områden. Vid intervjuer framgår att dessa används till viss del, men verksamhetschef tillstår att ett utvecklingsområde utifrån anbud för verksamheten att implementera modellerna (eller motsvarande arbetsmetoder) i verksamheten.</p>
<p>Verksamhetens arbete med avvikelser</p> <p> 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutin för avvikelshantering. Rutinen beskriver förfarandet från identifierad avvikelse till uppföljning och sammanställning. Rutinen beskriver olika typer av avvikelser och i rapporten för avvikelserapportering finns olika tänkbara områden inom vilka avvikelser kan uppstå, som stöd för rapportör. Verksamheten har en stående punkt på APT-agendan som gäller avvikelser då man tillsammans söker bakomliggande orsaker och tar fram åtgärder samt följer upp tidigare beslutade åtgärder.</p>
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p> 3. Godkänd</p>	<p><u>Rutiner</u> Verksamhetens kvalitetsledningssystem med tillhörande rutiner finns i det webbaserade systemet Rätt Spår. Det är även i det systemet som social dokumentation förs. Verksamheten har avslutat ett stort arbete med strukturen i kvalitetsledningssystemet samt förankrat denna struktur i medarbetargruppen. Styrande dokument i form av policys och rutiner återfinns inom olika verksamhetsområden i en mappstruktur och arbetsmaterial såsom blanketter och checklistor kan fyllas i direkt i systemet samt skrivas ut eller exporteras vid behov. Planeringsdag har genomförts där det reviderade kvalitetsledningssystemet gått igenom med samtliga medarbetare.</p> <p>Verksamhetschef beskriver att ledningssystemet förankras i medarbetargruppen på flera sätt. Dels var flera av medarbetarna delaktiga i att formulera rutinerna initialt. Verksamhetschef beskriver även att i och med att medarbetarna är delaktiga vid upprättande av handlingsplaner efter egenkontroller och riskanalyser, så går man tillsammans igenom de rutiner som är tillämpliga eller identifierar behov av att upprätta nya rutiner. För nyanställda ingår det i introduktionschecklistan att gå igenom ledningssystemet. Denna bild bekräftas i samtal med medarbetarna. En medarbetare med titeln metodutvecklare har i uppgift att regelbundet säkerställa att rutiner är aktuella.</p> <p><u>Riskanalys</u> Skriftlig rutin för riskbedömningar finns. Minst två gånger per år genomförs riskbedömning för samtliga brukare. Dessa finns med i den stående årsplanering för arbetsmiljöuppgifter som verksamheten har. En riskmatris används vid riskbedömningen och ett analysteam utses och fattar beslut om åtgärder utifrån identifierade risker.</p> <p>Riskbedömningar på individnivå med tillhörande handlingsplaner förvaras enligt rutin i en särskild riskpärm. Samtliga brukare har en aktuell riskbedömning med tillhörande handlingsplan. I verksamhetens årshjul anges att riskbedömningar ska gås igenom minst var sjätte månad samt därutöver vid behov.</p> <p><u>Egenkontroll</u> Verksamheten har ett årshjul för återkommande egenkontroller som är fördelade över årets månader. Egenkontrollen inkluderar områdena arbetsmiljö, social dokumentation, riskanalyser, genomförandeplan, veckoplanering, schemaläggning, brand samt hälso- och sjukvård. Verksamhetschef beskriver att utöver dessa kan ytterligare egenkontroller läggas till på förekommen anledning i dokumentet för egenkontroll.</p> <p><u>Anbud Jungfrudansen 19b och Spårvägen 12</u> Rutiner för hantering av synpunkter och klagomål finns och är implementerade i verksamheten. Blanketter för anonyma klagomål finns tillgängliga för samtliga. Klagomålshantering prioriteras alltid på arbetsplatsträffar. I intervju framgår att</p>

Delområde	Kommentar
	Verksamhetschef har en god och nära dialog med både brukare, företrädare och närstående. Detta medför att många klagomål tas upp direkt med verksamhetschef och då ofta kan hanteras med snabb återkoppling.

## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har ett flertal dokument som beskriver stödet till den enskilde. Innehållet i dessa har en beskrivande karaktär av hur den enskildes livssituation ser ut inom olika områden. Det saknas en tydligt beskrivning i <i>genomförandeplanen</i> för <u>vad</u> som ska utföras, samt <u>hur</u>, <u>när</u> och <u>av vem</u>. Instruktioner för hur stödet ska ges finns i kompletterande dokumentation, men verksamheten behöver utveckla strukturen på ett sådant sätt att genomförandeplanen blir det styrande dokument för hur insats ska utföras i praktiken. Vid behov av kompletterande dokumentation för detta bör hänvisning till sådan finnas i genomförandeplan. Allt detta för att skapa en röd tråd mellan beställning och genomförandeplan, vilket ger ett tydligt underlag för vad som bör antecknas i social journal.</p> <p>Granskning visar även att vissa mål som den enskilde har finns beskrivna i genomförandeplan, men det saknas tydlig insatsbeskrivning för vilket stöd som ska ges i syfte att uppnå dessa.</p> <p>Verksamheten har en väl utvecklad struktur för att inventera den enskildes behov av stöd inom samtliga livsområden. Detta som ett komplement till det stöd som identifierats i samband med handläggarens utredning vilka beskrivs i beställningen.</p> <p>Verksamheten behöver utveckla arbetet med genomförandeplanen så att detta blir det styrande dokument för hur insats ska utföras.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Vid granskning av social journal framgår att anteckningar som förs utgår i huvudsak från genomförandeplan samt händelser av betydelse. Dokumentationen är överlag objektiv och saklig. Däremot framgår det ej i social journal när genomförandeplan uppdaterats, vilket är ett utvecklingsområde. Fortsättningsvis finns exempel där det passerat en längre tid mellan anteckningar i social journal. I intervju framgår att en anledning till detta är att arbetsanteckningar förs parallellt i dokumentationssystemet Rätt Spår, vilket kan skapa otydlighet för medarbetaren hur och var anteckning ska föras. Av denna anledning är det ett utvecklingsområde för verksamheten att tydliggöra hur anteckningar ska föras i det egna dokumentationssystemet. Det ska tydligt framgå vad som är en del av brukarens sociala journal respektive arbetsanteckningar. Arbetsanteckningar ska raderas när de är inaktuella, och senast efter sju dagar.</p> <p>Verksamheten har utarbetat arbetssätt för att följa upp frekvensen av genomförda insatser så som de beskrivs i boendepärmen. Detta ger ett bra statistiskt underlag för att se vilka insatser som utförts enligt plan och vilka som uteblivit. Dock saknas i flera fall anteckningar i social journal som tydligt beskriver bakomliggande orsak samt vidtagen åtgärd i de fall avvikelse från genomförandeplan identifierats. I intervju framgår att analys av bakomliggande orsak, i de fall insats ej utförs som planerat, i huvudsak sker genom diskussion i olika mötesforum, där beslut om åtgärd fattas och följs upp. Det framgår tydligt i intervjun att verksamheten arbetar aktivt med att löpande revidera hur insatser utförs, för att motivera den enskilde till att ta emot erbjudet stöd. Dock framgår detta ej i social journal på ett sådant sätt som föreskrivs i SOSFS 2014:5 samt i Solna stads riktlinjer för social dokumentation.</p> <p>Ett fortsatt utvecklingsområde är att utveckla den röda tråden mellan genomförandeplan, de så kallade boendepärmarna samt den sociala journalföringen.</p>
Egenkontroll social dokumentation  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten följer löpande upp hur insatserna fortskrider. I intervju framgår det tydligt att samtliga medarbetare görs delaktiga i detta arbete samt att förslag på åtgärder inhämtas av alla. På så sätt sker en systematisk utvärdering av hur erbjudet stöd fungerar och vad som behöver revideras eller andra åtgärder som behöver vidtas. I huvudsak sker denna uppföljning genom "pinnstatistik" gällande utförda insatser/icke utförda insatser samt i dialogform.</p> <p>Dokumentationsansvarig följer löpande den sociala journalföringen och stödjer kollegor i arbetet. I verksamhetens årsplanering finns en tydlig planering för den</p>

Delområde	Kommentar
	<p>dokumentationsansvariges ansvar för egenkontroll av social dokumentation på en månatlig basis. Däremot framgår det vid uppföljning att byten av dokumentationsansvarig på Jungfrudansen 19B medfört ett avbrott i genomförandet av egenkontroll. Vidare finns inte en tydlig struktur för vad dokumentationsansvarig ska kontrollera i samband med egenkontroll.</p> <p>Verksamheten behöver utveckla arbetet med egenkontroll så som kravet på detta beskrivs i Solna stads riktlinjer för social dokumentation. Egenkontroller för social dokumentation ska genomföras regelbundet och ska innehålla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kontroll av att rutinen för social dokumentation är känd och används</li> <li>- att genomförandeplanen skapar en tydlig struktur för hur insatserna ska genomföras i praktiken</li> <li>- att den sociala journalen är tillräcklig, väsentlig och ändamålsenligt utformad</li> <li>- att språkbruket är värderingsfritt</li> <li>- att hälso- och sjukvårdsdokumentation ej förs i social journal.</li> </ul> <p>Vilka åtgärder som vidtagits utifrån egenkontrollens resultat ska även dokumenteras, exempelvis i verksamhetens kvalitetsberättelse.</p>

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
<p>Delaktighet och kommunikation</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Husmöten hålls varje vecka. Agenda finns och protokoll förs. Synpunkter från brukarna tas med till efterföljande personalmöte och återkopplas därefter till brukarna. Blankett för synpunkter och klagomål finns tillgänglig och kan fyllas i anonymt. Brukarundersökning genomförs lokalt årligen.</p> <p>Vid granskning av social dokumentation framgår det att brukaren varit delaktig i såväl upprättande av genomförandeplan som i samband med dagligt stöd.</p> <p><u>Anbud Jungfrudansen 19b</u> Verksamheten arbetar aktivt för att stödja brukare i kommunikation och delaktighet. Verksamheten omvärldsbevakar utveckling av kommunikativa hjälpmedel genom exempelvis studiebesök. Årligen följer verksamheten brukarnas behov av kommunikativa hjälpmedel. Kontaktperson har också en löpande dialog med brukare om detta. Vidare är användandet av kognitiva hjälpmedel en integrerad del av verksamheten.</p> <p><u>Anbud Spårvägen 12</u> Verksamhetens ledning deltar i husmöten de gånger husmöte hålls gemensamt. På Spårvägen 12 önskar majoriteten av brukarna att framföra synpunkter och förslag om verksamheten individuellt med kontaktpersonen, vilket de erbjuds veckovis. Det framgår också vid intervjuer att verksamhetschef har en nära dialog med brukarna. Verksamheten arbetar i enlighet med anbud på denna punkt.</p>
<p>Kontaktmannaskap</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Skriftlig rutin för kontaktmannaskap finns. Det framgår hur kontaktmannen ersätts vid frånvaro. Brukaren har möjlighet att byta kontaktsman.</p> <p><u>Anbud Jungfrudansen 19b</u> I anbud beskrivs kontaktperson (kontaktsman) som en central del i verksamhetens arbetssätt. I intervju beskrivs just detta, och det är tydligt att stödpersonen är "spindeln i nätet" i många av de kontakter som finns kring brukaren. Verksamheten beskriver också att förtroende och trygghet är centralt. Ett kontaktmannaskapskontrakt upprättas alltid mellan brukare och kontaktperson där det tydligt framgår ansvarsområden och vad brukaren kan förvänta sig. I kontraktet framgår överenskommelse om hur ekonomi och inköp ska hanteras, vilket bestäms av brukare och eventuell företrädare. Verksamheten bedöms arbeta i enlighet med anbud på detta område.</p>
<p>Tillgänglighet och information</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Rutin för mottagande av ny brukare finns. Skriftligt material om verksamheten finns att dela ut.</p> <p>Under husmötet finns stående informationspunkter på agendan, såsom lättläst på biblioteket, lokaltidningar, förslag på förbättringar i verksamheten och tillfälliga förändringar såsom ny personal. Verksamheten har även en sluten grupp på instagram där brukare och anhöriga kan ta del av verksamhetsinformation.</p> <p><u>Anbud Spårvägen 12</u> Vid intervju framgår att verksamheten arbetar aktivt med kognitiva hjälpmedel för att stödja brukarna i vardagen, vilket också beskrivs i anbud. Ett sådant exempel är hur man använder brukarnas intressen för att skapa ökat engagemang för att förstå och använda veckoschema. Verksamheten inkluderar bilder och figurer</p>

Delområde	Kommentar
	utifrån brukarnas intressen för att göra det visuella mer livfullt och pedagogiskt. Vidare används sociala berättelser som ett vanligt pedagogiskt verktyg i verksamheten.

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamhetens egen värdegrund informeras om i samband med nyanställning och finns även anslagen i allmänna utrymmen. Verksamheten har infört Huskurage, som är en policy som uppmanar grannar att visa omtanke och omsorg vid oro för att någon far illa. Brukarna har varit delaktiga i att ta fram gemensamma trivselregler i verksamheten som gäller såväl brukare som medarbetare. Solna stads kvalitetsdeklaration har dragits av verksamhetschef på personalmöte och skrivits ut till brukarna i verksamheten.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten beskriver att samverkan med anhöriga är mycket god. Anhöriga bjuds in till personalmöten då frågor gällande samverkan med anhöriga ska diskuteras. Anhöriga kan även följa verksamheten i den slutna gruppen på instagram. Sekretessen beaktas vid publicering i gruppen.

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Måltider tillreds i brukarnas lägenheter individuellt. Därav finns inget krav på egenkontroll gällande livsmedelshygien.
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	Den enskilde väljer själv vilken mat som ska inhandlas. Medarbetare ger stöd utifrån brukarens önskemål.  <u>Anbud Jungfrudansen 19b och Spårvägen 12</u> Verksamheterna arbetar aktivt med kost och hälsa i enlighet med anbud. Medarbetare med utbildning inom kost och hälsa har ett särskilt ansvar för att stödja brukare. I intervju beskrivs att målsättningen är att arbeta hälsofrämjande. Detta görs exempelvis genom att hjälpa brukarna att visualisera sina valmöjligheter för kost. Verksamheten arbetar också med temakvällar för att motivera och inspirera brukare till hälsofrämjande aktiviteter. Dessutom lyfts också att verksamheterna är noga med att ta hjälp från rätt profession där det behövs som exempelvis sjuksköterska eller dietist.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	Önskemål om aktiviteter inhämtas regelbundet på husmöten. Inför varje vecka görs en veckoplanering tillsammans med brukarna där aktivitetsönskemål inhämtas och planeras in i möjligaste mån. Verksamheten beskriver att man sällan har problem att tillmötesgå brukarnas önskemål utan att utmaningen snarare ligger i att motivera brukarna till att delta i de aktiviteter som planerats.  <u>Anbud Jungfrudansen 19b</u> I anbud beskrivs det hälsofrämjande arbetet som en viktig del i arbetet för att skapa trygghet, stimulans och glädje i vardagen. Verksamheten beskriver i intervju att de har ett holistiskt perspektiv på individen där fokus inte bara är på fysiska aktiviteter, utan också stöd med kost och sinnesstimulans. Vidare lyfts det också fram att det hälsofrämjande arbetet alltid är på individens villkor och genomförs utan att ställa krav. Verksamheten bedöms arbeta enligt planerade arbetssätt som beskrivs i anbud.  <u>Anbud Jungfrudansen 19b och Spårvägen 12</u> Verksamheterna arbetar så som beskrivs i anbud när det gäller att skapa gemenskap på boendet. Detta samtidigt som individens självständighet bejakas. Verksamheten erbjuder kontinuerligt gemensamma aktiviteter och sammanhang för de brukare som önskar delta. Exempel som nämns i intervju är gemensamma aktiviteter med andra boenden, firande av högtider och andra dagar så som nationaldag.  <u>Anbud Spårvägen 12</u> Verksamheten stödjer brukarna i att ta del av samhällslivet utifrån intressen så

Delområde	Kommentar
	som beskrivs i anbud. I personakt finns det en särskild del om intressen och önskemål som brukaren har satt upp tillsammans med kontaktperson. Kontaktperson och personalgrupp stödjer brukaren i att hitta aktiviteter med utgångspunkt från detta.

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Larm ● 3. Godkänd	För de larm som används i verksamheten finns rutin och funktionstest genomförs regelbundet och dokumenteras.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för hot och våld. För att uppmärksamma hot och våld i nära relation har verksamheten infört Huskurage och diskussioner förs regelbundet kring detta och vikten av att agera i de fall man misstänker att någon far illa.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Rutin för nyckelhantering finns och tillämpas.
Privata medel ● 3. Godkänd	Rutin för hantering av privata medel finns. Överenskommelse om hantering av privata medel finns upprättad tillsammans med företrädare och förvaras i personakt.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Rutin för tystnadsplikt och sekretess finns. Nyanställda informeras om denna och skriver under ett dokument att man förstått innebörden. Därefter lyfts rutinen regelbundet på personalmöten utifrån årsplanering.

## Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar								
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Rating 93								
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Beslutade arbetsgivaravgifter</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2022-09</td> <td>272 012</td> </tr> <tr> <td>2022-10</td> <td>243 469</td> </tr> <tr> <td>2022-11</td> <td>268 465</td> </tr> </tbody> </table>	Beslutade arbetsgivaravgifter		2022-09	272 012	2022-10	243 469	2022-11	268 465
Beslutade arbetsgivaravgifter									
2022-09	272 012								
2022-10	243 469								
2022-11	268 465								

# Rapport: Avtalsuppföljning 2022

---

NYBODAGATAN 16



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning .....	3
Bedömning .....	5
Underlag bedömning.....	7



## Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en uppföljning varje år, i syfte att säkerställa kvaliteten i de verksamheter som har avtal med Omvårdnadsförvaltningen. Nybodagatan 16 drivs av Humaniora vård och omsorg, som är stadens organisation för verksamheter som drivs i kommunens regi. Verksamheten är en gruppbostad för personer som har beslut om bostad med särskild service enligt 9 § punkt 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Inriktningen är mot personer med utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS.

I gruppboستaden bor sex personer. Medarbetare i verksamheten utför även stöd till brukare som bor i en egen lägenhet på promenadavstånd från verksamheten. Verksamheten har bemanning dygnet runt med vaken natt. Det är nära till samhällsservice och allmänna kommunikationer. För verksamheten ansvarar en verksamhetschef.

### Metod för uppföljning

Årets uppföljning har varit en uppföljning av verksamhetens arbete med sin utvecklingsplan samt granskning av social dokumentation. Utvecklingsplanen utgick från ifråga identifierade utvecklingsområden i samband med 2021 års avtalsuppföljning. Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen genomfört intervju med verksamhetschef samt granskat social dokumentation.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att nya bedömningar endast gjorts för social dokumentation samt de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 15 februari 2023.

## Sammanfattande bedömning

Verksamheten har arbetat med sina utvecklingsområden under året. De utvecklingsområden som kvarstår är i huvudsak inom områdena social dokumentation samt avvikelshantering. Då utvecklingsbehoven till stor del kvarstår från föregående år, bör utvecklingsplanen beakta hur utvecklingsarbetet ska planeras för att ge en tydlig effekt i verksamheten.

### Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 15:e februari 2023. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur detta arbete fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året vid behov.

## Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.




Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Larm
	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess

## Bedömningsanvisningar






### Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.





















-  För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
-  Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
-  Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

### Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

-  1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
-  2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
-  3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
-  4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
-  5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

## Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Samverkan	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 3. Uppfyller kraven delvis	 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	 3. Uppfyller kraven delvis	 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	 3. Uppfyller kraven delvis	 4. Uppfyller kraven

## Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska fortsätta verka för en ökad följsamhet till rutin för avvikelserapportering.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Fortsatt arbete med implementering av avvikelserutin
✓ Aktiviteten är slutförd.	Utveckla arbetet med egenkontroll

## Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska fortsätta arbetet med att höja kvaliteten i social journalföring samt genomförandeplaner.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Loggkontroll och förbättring utifrån egenkontroll
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla genomförandeplaner
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla social journal

## Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Mat och måltider

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Aktiviteter och fritid

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Säkerhet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Hot och våld i nära relation

## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	APT hålls två gånger i månaden. Verksamhetschef och gruppledare har avstämningsmöte två gånger per månad. Protokoll förs vid APT och fattade beslut följs upp som stående punkt. Protokollen finns tillgängliga för dem de berör.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamhetschef har ansvar för två gruppboheter inom Humaniora vård och omsorg LSS. Gruppledare finns i verksamheten. Denne har inget chefsansvar, men är arbetsledare i det dagliga arbetet. Utanför kontorstid finns trygghetsjouren tillgänglig för medarbetare i tjänst. Inför planerad ledighet ersätter annan verksamhetschef från Humaniora LSS. Information om vem och kontaktuppgifter till denne mailas ut till samtliga medarbetare inför ledighet. Verksamhetens ledning är känd i medarbetargruppen och rutin vid chefs frånvaro är förankrad. Trygghetsjouren är en verksamhet inom Stockholm stad som kan vara ett stöd i att hantera chefsfrågor som inte kan vänta till närmaste vardag. Humaniora vård och omsorg har avtal med Stockholm stad, där det tydligt framgår i vilka ärenden medarbetare kan söka stöd hos trygghetsjouren.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Då verksamheten drivs i kommunal regi krävs inget tillstånd. Däremot är verksamheten anmäld till inspektionen för vård och omsorgs (IVO) omsorgsregister med verksamhetschef som föreståndare.

## Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare 3. Godkänd	Rutin och checklista finns och används vid introduktion. Skriftlig information överlämnas till ny medarbetare vid anställning, innehållande bland annat värdegrund, organisationsbeskrivning, sammanfattad lagtext, information kring social dokumentation och anställningsinformation. Enligt rutin ska introduktionen följas upp av verksamhetschef och uppföljningen dokumenteras i introduktionschecklistan.
Kompetensutveckling 3. Godkänd	Vid nyrekrytering ställs som formellt krav att man har gått vård- och omsorgsprogrammet med inriktning funktionsnedsättning eller psykiatri. Erfarenhet av arbete med målgruppen är ett krav. En gemensam generell kompetensutvecklingsplan finns formulerad för hela Humaniora vård- och omsorg som revideras årligen. En övergripande kompetensinventering är genomförd för samtliga medarbetare inom Humanioras grupp- och servicebostäder i samband med medarbetarsamtalen. Denna ligger till grund för beslut om individuell kompetensutveckling utifrån identifierade behov. Inom de områden där inventeringen visat att det finns gemensamma behov av kompetensutveckling har detta utgjort underlag för verksamheternas gemensamma generella kompetensutvecklingsplan. Värdet av genomförd kompetenshöjande insats följs upp i samband med nästkommande medarbetarsamtal.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning 3. Godkänd	Vid oplanerad frånvaro har medarbetare i tjänst mandat att ringa in timanställda. Skulle man hamna i en situation där man inte kan lösa bemanningsfrågan vänder man sig till chef alternativt till trygghetsjouren utanför kontorstid. Rutin för detta finns. För att främja en hög personalkontinuitet har man rutiner för att timvikarier i huvudsak ska vara knutna till en eller ett fåtal verksamheter. Verksamheten har även en fungerande samverkan med andra verksamheter inom Humaniora för att säkerställa bemanningen.  Vid intervju beskrivs rekrytering av timanställda som en stor utmaning för verksamheten. Utmaningen består i att hitta personal med rätt kompetens för målgruppen. Då verksamheten har ett pågående arbete med att rekrytera timanställda, bedöms det ej vara ett utvecklingsområde. Däremot är det en viktig fråga för verksamheten att säkerställa framöver.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare 3. Godkänd	Rutin för hur rekrytering av nya medarbetare ska gå till finns och tillämpas. Verksamheten reflekterar även över framtida rekryteringsbehov och vidtar åtgärder utifrån detta.

## Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan 3. Godkänd	Rutin för intern och extern samverkan finns. Samverkan beskrivs ske på både individnivå och verksamhetsnivå, vilket beskrivs i rutin. Rutinen anger att samtycke om informationsöverföring och beskrivning av samverkansformer på individnivå ska beskrivas i systemet för social dokumentation, Lifecare.
Verksamhetens interna samverkan 3. Godkänd	Intern samverkan sker dels i form av daglig rapport morgon och kväll. Även schemalagd mötestid varannan vecka är forum för intern samverkan. Mötesplanering finns, agenda följs och fattade beslut följs upp. Behov av samverkan utifrån brukarens behov ansvarar kontaktpersonen för att identifiera och rutin för samverkan anger att detta ska dokumenteras i genomförandeplanen. I samband med att genomförandeplanen följs upp åligger det kontaktperson att även inventera behovet av nya samverkansparter, eller om tidigare samverkan upphört. I rutin för samverkan beskrivs samverkansparter samt vem som ansvarar för respektive kontakt.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete 3. Godkänd	På arbetsplatsträffar (APT) finns kvalitet med som en stående agendapunkt som kvalitetsstödjaren äger. Där finns utrymme för medarbetare att komma med förbättringsförslag och synpunkter. Även planeringsdagar hålls regelbundet, där olika kvalitetsfrågor utgör tema för dagen.

Delområde	Kommentar
	I det dagliga arbetet upplever medarbetarna att man har ett stort mandat att självständigt hantera situationer som uppstår. Exempelvis vad gäller att bemanna vid behov.
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	Rutin för avvikelshantering finns. Blankett för avvikelser har uppdaterats under 2022 i syfte att förtydliga och förenkla rapporteringen. Verksamheten har också genomfört en planeringsdag med fokus på bland annat avvikelshantering. Verksamhetschef beskriver att vikten av att rapportera avvikelser lyfts regelbundet på APT för att medarbetarna ska förstå vikten av att rapportera avvikelser samt för att rutinen ska vara förankrad. I intervjuer beskrivs att utvecklingsarbetet pågår, men att förankringen av avvikelserrapporteringen fortsatt är en utmaning för verksamheten. Exempel som nämns är att rapporterade avvikelser ibland kan tas personligt, eller att avvikelser upprättas i syfte att påpeka upplevda felaktigheter hos kollegor. I intervju framgår att målsättningen är att få avvikelserrapporteringen att ses som en naturlig del i arbetet för att ständigt utveckla verksamhetens kvalitet. Förutom hälso- och sjukvårdsavvikelser har vid uppföljningstillfället åtta avvikelser rapporterats under 2022. Tillämpning av rutin för avvikelserrapportering är ett fortsatt utvecklingsområde för verksamheten.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	<u>Rutiner</u> Verksamheten har i samverkan med andra verksamheter inom Humaniora LSS färdigställt arbetet med att upprätta ett årshjul där aktiviteter i det systematiska kvalitetsarbetet finns med. Nu finns också samtliga rutiner tydligt samlade i ett dokument som finns både i en pärm samt digitalt. En del i årshjulets aktiviteter är att två gånger årligen genomföra en stor egenkontroll. Egenkontrollen inkluderar att säkerställa att rutiner är aktuella. Rutinerna har också förankrats ytterligare på en planeringsdag under november 2022, där medarbetare gjorts delaktiga i fastställandet av rutinerna. <u>Riskanalys</u> En lokal rutin för riskanalys finns. Denna beskriver olika aspekter utifrån vilka risker ska bedömas - arbetsmiljö, kvalitet och risker för den enskilde. Riskbedömningar på individnivå följs enligt rutin upp var sjätte månad. Riskbedömningarna lyfts på APT samt är en viktig del i introduktion för nya medarbetare att ta del av. Information om att nya riskbedömningar är gjorda samt tillhörande handlingsplaner lyfts på APT. I verksamhetens kvalitetsberättelse framgår det att riskbedömningar görs även på verksamhetsnivå. <u>Egenkontroll</u> Vid granskning uppvisar verksamheten genomförda egenkontroller utifrån det nya årshjulet där också åtgärder finns planerade. I kvalitetsberättelse från 2021 framgår också att verksamheten arbetat med egenkontroller, åtgärder och övergripande analyser. Verksamheten har också genomfört planerade åtgärder med att involvera gruppleddare ytterligare i kvalitetsarbetet. Vid intervju framkommer att gruppleddare är delaktig i egenkontroller och tillsammans med verksamhetschef agerar på resultaten.

## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Samtliga brukare har en aktuell genomförandeplan. De granskade genomförandeplanerna täcker in insatser och mål som beskrivs i beställningen. Granskning visar att genomförandeplanerna skiljer sig åt i utförandet. Exempelvis är en genomförandeplan mycket kortfattad och det är svårt att förstå hur stödet ska ges till den enskilde. Verksamheten behöver säkerställa en jämn kvalitet i genomförandeplanerna. Där genomförandeplanen är det styrande dokumentet och det för samtliga brukare går att följa hur, när och av vem insatserna ska ges.  Uppföljning av genomförandeplaner har skett med kravställda intervall. Det anges i genomförandeplanen att den enskilde varit delaktig vid upprättandet. Men det behöver framgå tydligare hur den enskilde varit delaktig och vilka som medverkat i upprättandet av genomförandeplanen. Samverkan med andra utifrån den enskildes behov bör också framgå i genomförandeplanerna.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Granskning av social journal visar att samtliga medarbetare för social journal och att anteckningar förs löpande. Granskning visar på liknande utvecklingsbehov som föregående år. Journalanteckningarna består till stor del av anekdotiska redogörelser som inte är att betrakta som händelser av vikt. Generellt sett är kopplingen till insatserna i genomförandeplan svag och det är svårt att följa hur insatsen fortlöpt över tid. I de fall då avvikelse från genomförandeplan antecknats, saknas ofta bakomliggande orsak samt vidtagen åtgärd.

Delområde	Kommentar
	I intervju beskriver verksamhetschef och gruppchef att de är medvetna om verksamhetens utmaningar vad det gäller social journalföring. De beskriver att verksamheten under 2022 har genomfört planerade insatser för att höja kvaliteten i journalföringen. Exempelvis har digital kompetensledare genomfört utbildningar för mindre grupper av medarbetare. Vidare har medarbetare också fått individuellt stöd av digital kompetensledare och gruppchef. Insatserna har dessvärre inte haft en tydlig positiv effekt på dokumentationen i social journal. Det bör vara ett högprioriterat område för verksamheten att säkerställa en höjd kvalitet i den sociala journalföringen.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Rutin finns för egenkontroll av social dokumentation, där detta är ett av områdena i den stora egenkontrollen som genomförs regelbundet utifrån checklista. Verksamheten har nu systemmässiga förutsättningar för att genomföra loggkontroll av social journal. Vid granskning framgår att verksamhetschef har genomfört loggkontroll enligt rutin. Däremot bör verksamheten ytterligare beakta hur egenkontrollen nyttjas för att ytterligare stärka verksamhetens sociala dokumentation.

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	Verksamheten beskriver att det inte hålls några regelbundna möten för brukarna att delta i. Anledningen beskrivs vara att brukarna inte har förmåga att kommunicera verbalt. Den enskildes önskemål inventeras istället enskilt av kontaktperson och beaktas i samband med upprättande av genomförandeplan. Behov av anpassad kommunikation beskrivs i den sociala dokumentationen. Medarbetarna har god kännedom om brukarnas behov och beskriver att man anpassar sättet att kommunicera utifrån respektive brukare. Det finns en brevlåda för klagomål och synpunkter i verksamheten. Synpunkter och klagomål kan där lämnas anonymt.
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Rutin för kontaktmannaskapet finns och är förankrad i medarbetargruppen. Alla brukare har en utsedd kontaktman och informeras regelbundet om möjligheten att byta. En vice kontaktman utses som övertar kontaktmannaskapet vid ordinarie kontaktmans frånvaro. Även detta beskrivs i rutin.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	En anslagstavla finns i verksamheten, där information om t.ex. bemanningen för kommande vecka finns. Även annan information, såsom nya medarbetare och andra förändringar, sätts upp på denna tavla. Nya brukare får skriftligt material om verksamheten och rutin finns för mottagande av ny brukare.

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Värdegrundsfrågor finns som en stående punkt på APT-agendan. Skriftligt material som lämnas till ny medarbetare innehåller information om verksamhetens värdegrund. Solna stads kvalitetsdeklaration finns uppsatt som en tavla i verksamheten och verksamhetschef beskriver att denna lyfts på APT under året.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Rutin för stöd till anhöriga finns. Medarbetare är medvetna om möjligheten att vid behov hänvisa vidare till Solna stads anhörigteam, vilket även beskrivs i rutin. Anhörigträffar hålls några gånger per år.

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Verksamhet bedrivs ej på sådant sätt att man är registrerad som livsmedelsverksamhet. Därav finns inga krav på egenkontroll av livsmedelshygien.
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	Medarbetarna utgår från brukarnas kända preferenser då måltider planeras. Detta utifrån att brukarna har svårigheter att uttrycka sig verbalt.



## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	Planerade aktiviteter anslås på anslagstavla i gemensamma utrymmen. Respektive kontaktperson ansvarar för att utifrån brukarens preferenser planera aktiviteter såväl individuellt som gemensamt med andra.

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Larm ● 3. Godkänd	Endast brandlarm finns i verksamheten. Rutin finns och tillämpas. Funktionskontroll genomförs och signeras.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Rutin finns för hot och våld. Rutin för våld i nära relation finns och har under 2022 förankrats i medarbetargruppen på APT.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Rutin finns och tillämpas i verksamheten.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten uppger att rutin för hantering av privata medel finns och tillämpas i verksamheten.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för tystnadsplikt och sekretess finns. Rutinen lyfts regelbundet i medarbetargruppen. Samtliga medarbetare skriver under att de tagit del av rutinen och förstått dess innebörd.

# Rapport: Avtalsuppföljning 2022

---

PARKVÄGEN 4C



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning .....	3
Bedömning .....	5
Underlag bedömning.....	8

## Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en uppföljning varje år, i syfte att säkerställa kvaliteten i de verksamheter som har avtal med Omvårdnadsförvaltningen. Parkvägen 4C drivs av Humaniora vård- och omsorg som är stadens organisation för verksamheter som drivs i kommunens egen regi. Verksamheten riktar sig till personer som har beslut om bostad med särskild service enligt 9 § punkt 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Inriktningen är mot personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd. Verksamheten startade i september 2018 och har sex platser.

Parkvägen 4C drivs i lokaler högst upp i en fastighet i närheten av Solna centrum. En förskola och grundskola ligger i samma fastighet. I gruppboenden har brukarna egna fullvärdiga lägenheter, tillgång till gemensam tvättstuga och gemensamhetsutrymme bestående av kök, matplats och vardagsrum. Personalutrymmen finns bestående av konferensrum, sovrum för personal med sovande jour och kontor för dokumentation och förvaring.

### Metod för uppföljning

Årets uppföljning har varit en uppföljning av verksamhetens arbete med sin utvecklingsplan samt granskning av social dokumentation. Utvecklingsplanen utgick från ifråga identifierade utvecklingsområden i samband med 2021 års avtalsuppföljning. Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen genomfört intervju med verksamhetschef samt granskat social dokumentation.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att nya bedömningar endast gjorts för social dokumentation samt de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 15 februari 2023.

## Sammanfattande bedömning

Utvecklingsarbetet under 2022 har varit något fördröjt som följd av byte av verksamhetschef. Trots det har verksamheten haft en tydlig utveckling inom flera områden. Vid intervjuer framgår också att verksamheten har en genomtänkt plan för framtida utvecklingsarbete. Verksamheten behöver prioritera att säkerställa följsamhet till rutin för skyddsåtgärder. Social dokumentation är ett annat utvecklingsområde.

### Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 15:e februari 2023. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur detta arbete fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året vid behov.

## Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.




Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Verksamhetens organisation och ledning
	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens interna samverkan
	Verksamhetens externa samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
	Delaktighet och kommunikation
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Möjligheter att påverka mat och måltider
	Livsmedelshygien
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Tystnadsplikt och sekretess
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Larm
	Hot och våld

## Bedömningsanvisningar






### Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.





















-  För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
-  Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
-  Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

### Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

-  1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
-  2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
-  3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
-  4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
-  5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

## Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Samverkan	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 4. Uppfyller kraven	 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	 3. Uppfyller kraven delvis	 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven

## Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

## Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska utveckla arbetet med skyddsåtgärder.

Status	Utvecklingsområden
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla arbete med skyddsåtgärder

## Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska utveckla arbetet med genomförandeplaner och social journalföring.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Loggkontroll
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppföljning och delaktighet i genomförandeplan
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla social journal

## Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Mat och måltider

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Aktiviteter och fritid

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Säkerhet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.



## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamhetschef har adekvat utbildning och är för närvarande ansvarig för två andra verksamheten utöver Parkvägen. Verksamhetschef deltar i verksamhetens personalmöten och är frekvent närvarande i verksamheten. Vid akuta händelser utanför kontorstid kan medarbetare vända sig till trygghetsjouren som har chefsmandat och kan vid behov beordra in personal på övertid eller utöva andra chefsuppgifter. Denna rutin är väl förankrad i medarbetargruppen. Verksamhetschef tjänstgör 50% i verksamheten. Trygghetsjouren, som är en verksamhet inom Stockholm stad, kan vara ett stöd i att hantera chefsfrågor som inte kan vänta till närmaste vardag. Humaniora vård och omsorg har avtal med Stockholm stad gällande detta, där det tydligt framgår i vilka ärenden medarbetare kan söka stöd hos trygghetsjouren.
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har schemalagd mötestid varannan vecka. Del av mötet är arbetsplatsträff (APT) och resten är brukarkonferens, där frågor kring brukarna avhandlas. Detta är ett tydligt sätt att dela upp frågorna, så att både personalfrågor och brukarfrågor ges utrymme. Planeringsdag hålls minst en gång per år. APT protokollförs och fattade beslut följs upp på nästkommande möte. Under brukarkonferenserna förs inga protokoll, men verksamhetschef för egna minnesanteckningar och följer upp att sådant som beslutat utförs i dialog med respektive medarbetare.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Då verksamheten drivs i kommunal regi krävs inget tillstånd. Däremot är verksamheten anmäld till inspektionen för vård och omsorgs (IVO) omsorgsregister med verksamhetschef som föreståndare.

### Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Timvikarier finns som täcker behovet och samverkan sker i bemanningsfrågor med andra LSS-verksamheter inom Humaniora vård och omsorg. Vid akut frånvaro finns rutin som anger att personal i tjänst ansvarar för att försöka ringa in ersättare. I första hand timvikarier, men även ordinarie personal vid behov. Om situation uppstår där medarbetare i tjänst inte får tag i någon ersättare finns det i rutin beskrivet att man inte får lämna verksamheten. Dock ska kontakt i sådan situation tas med trygghetsjouren som kan vara behjälplig med att beordra in ordinarie personal.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Inom Humaniora vård och omsorg finns möjlighet att använda stödfunktioner på HR-avdelningen vid rekrytering. Detta är något som är förankrat och verksamhetschef beskriver att detta varit ett stort stöd i samband med rekrytering.
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Rutin samt checklista finns för introduktion av nya medarbetare. Vid tillsvidareanställningar ansvarar verksamhetschef för introduktionen. Vissa moment kan delegeras till övriga medarbetare. För timvikarier ges den praktiska introduktionen av medarbetare. Skriftligt material ges till nya medarbetare. Uppföljning av introduktionen sker i direkt anslutning till avslutad introduktion samt efter en tids tjänstgöring i verksamheten. Uppföljningen dokumenteras, vilket beskrivs i rutin.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	En övergripande kompetensinventering är genomförd för samtliga medarbetare inom Humanioras grupp- och servicebostäder i samband med medarbetarsamtalen. Denna ligger till grund för beslut om individuell kompetensutveckling utifrån identifierade behov. Inom de områden där inventeringen visat att det finns gemensamma behov av kompetensutveckling har detta utgjort underlag för verksamheternas gemensamma generella kompetensutvecklingsplan. Värdet av genomförd kompetenshöjande insats följs upp i samband med nästkommande medarbetarsamtal. Kompetensinventeringen som är gjord kommer ligga till grund för planerad kompetensutveckling löpande under kommande år. Verksamhetschef beskriver att när någon medarbetare slutar ser man tydligt vilken kompetens denne besatt och kan då ta ställning till om det fortsatt finns behov av denna kompetens och i så fall tas hänsyn till detta vid rekrytering. Genom omvärldsbevakning och analys av innevarande års styrkor och utmaningar kompletteras underlaget för kompetensutvecklingsplan inför kommande verksamhetsår. Vid nyrekrytering har verksamheten krav på formell kompetens som

Delområde	Kommentar
	undersköterska eller motsvarande. Högre utbildning är meriterande, men inget krav.

## Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Intern samverkan sker dels i form av daglig rapport morgon och kväll. Schemalagd mötestid varannan vecka är också forum för intern samverkan. Mötesplanering finns, agenda följs och fattade beslut följs upp. Behov av samverkan utifrån brukarens behov ansvarar kontaktpersonen för att identifiera och rutin för samverkan anger att detta ska dokumenteras i genomförandeplanen. I samband med att genomförandeplanen följs upp åligger det kontaktperson att även inventera behovet av nya samverkansparter, eller om tidigare samverkan upphört. I rutin för samverkan beskrivs samverkansparter samt vem som ansvarar för respektive kontakt.
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Samverkan på verksamhetsnivå sker i dagsläget med Humaniora hälso- och sjukvårdsteam (HSL-teamet), som ofta deltar på personalmöten och minst två gånger per år samt med omvårdnadsförvaltningen i form av samverkansmöten och utbildningstillfällen som anordnas av förvaltningen. Även myndighetsavdelningen och anhöriga är identifierade samverkansparter, vilket beskrivs i skriftlig rutin.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	<p>På APT finns kvalitet med som en agendapunkt. Denna ägnas åt sådant som för tillfället är aktuellt. Alla medarbetare har uppmanats att vara uppmärksamma på om några rutiner behöver revideras och förbättringsförslag välkomnas. Det är verksamhetschef som förbereder innehållet under denna agendapunkt för tillfället, men ambitionen är att utse ett kvalitetsombud i verksamheten som framöver ges i uppdrag att tillsammans med chef driva kvalitetsfrågorna.</p> <p>I samtal med medarbetare framgår det tydligt att de rutiner man arbetar utifrån i det dagliga arbetet är ett resultat av diskussioner som förts på APT och dessa är väl förankrade i medarbetargruppen.</p> <p>Planeringsdagar planeras till minst en gång per år. Vid dessa tillfällen är det tänkt att resultat av brukarundersökningar, avtalsuppföljningar, avvikelssammanställningar med mera ska ligga till grund för arbetet under dagen. Verksamhetschef beskriver samverkansmöten, ledningsgrupp med övriga Humaniorachefer och regelbundna avstämningsmöten med gruppleddare som forum för kvalitetsfrågor.</p> <p><u>Riskanalys</u> En lokal rutin för riskanalys finns. Denna beskriver olika aspekter utifrån vilka risker ska bedömas - arbetsmiljö, kvalitet och risker för den enskilde. Samtliga brukare har vid uppföljningstillfället en aktuell riskbedömning gjord. Verksamheten har tagit fram en checklista som är tänkt att underlätta för kontaktperson vid bedömning av risker på individnivå. Riskanalys på verksamhetsnivå har utvecklats och det framgår i kvalitetsberättelsen att risker bedöms och analyseras.</p> <p>Vid intervju med chef och medarbetare framgår att verksamheten har två befintliga skyddsåtgärder i syfte att skydda brukare. Verksamhetschef lyfter själv detta som ett viktigt utvecklingsområde för verksamheten. Vid granskning framgår att verksamheten inte arbetar i enlighet med Solna stads rutin för skyddsåtgärder. I rutinen framgår att uppföljning ska genomföras på ett systematiskt sätt med hjälp av en särskild checklista, vilket inte görs i nuläget. Ett prioriterat utvecklingsområde för verksamheten är att verksamheten ska bli förtrogen med rutin för skyddsåtgärder och implementera rutinen i verksamheten.</p> <p><u>Egenkontroll</u> Egenkontroll sker bland annat genom uppföljning av fattade beslut på APT, uppföljning av upprättad handlingsplan vid rapporterad avvikelse, uppföljning av medarbetarnas förtrogenhet med uppdraget som kontaktperson genom att funktionsbeskrivningen går igenom på APT, brandrond genomförs och egenkontroll av social dokumentation genomförs av chef. Utöver de egenkontroller som presenteras i kvalitetsberättelsen genomför</p>

Delområde	Kommentar
	<p>verksamheten, utifrån sin årsplanering, en stor egenkontroll utifrån checklista som utgår från ett stort antal verksamhetsområden. Resultatet återkopplas och diskuteras med samtliga medarbetare på efterföljande APT.</p> <p>I verksamhetens kvalitetsberättelse framgår det att arbetet med egenkontroller utvecklats. Resultat av egenkontroller dokumenteras och verksamhetschef har gjort en analys och planerat åtgärder utifrån resultatet. Verksamheten har tagit fram årshjul där stående egenkontroller och andra planerade aktiviteter finns dokumenterade och genom påminnelser i kalender på dator samt i verksamhetens telefoner säkerställs att planerade aktiviteter utförs. Verksamhetschef uttrycker en ambition att framöver ytterligare involvera medarbetare i dokumentationen av genomförda egenkontroller samt utveckla systemstödet för det systematiska kvalitetsarbetet. Dock bedöms verksamheten nu uppfylla uppställda krav.</p>
<p>Verksamhetens arbete med avvikelser</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutin för avvikelshantering. Rutinen beaktar avvikelshantering ur flera olika perspektiv, såsom hälso- och sjukvård, LSS och arbetsmiljö. Även klagomålshantering och Lex Sarah hanteras i samma rutin. Verksamheten har arbetat med att förankra vikten av att rapportera avvikelser i verksamheten. Ny blankett för rapport är framtagen i syfte att förenkla för rapportör. Avvikelser lyfts på APT som underlag för diskussion, analys av bakomliggande orsaker samt gemensamt beslut om åtgärd.</p>
<p>Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Medarbetare ges möjlighet till delaktighet på APT, där alla medarbetare uppmanas att komma med förbättringsförslag. Intervjuade medarbetare intygar att förslag från medarbetargruppen är något som välkomnas och fattade beslut omsätts snabbt i praktik. Verksamheten har även ett antal ombudsroller inom brand, dokumentation, FUNCA, aktiviteter samt boendemötesansvarig.</p>

## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
<p>Genomförandeplan</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>I intervju framgår att verksamheten arbetat aktivt med utveckling av genomförandeplaner, vilket också framgår vid granskningen. Genomförandeplan finns för samtliga brukare. I de granskade genomförandeplanerna finns insatser med delmål för samtliga insatser och mål som beskrivs i beställningen. Genomförandeplanerna är det styrande dokumentet där insatserna är utförligt beskrivna och hänvisar till kompletterande arbetsbeskrivningar vid behov. Den enskildes delaktighet i samband med insats framgår.</p> <p>Det framgår vid granskning att en genomförandeplan ej har följts upp inom sex månader. I vissa genomförandeplaner anges att den enskilde ej varit delaktig vid upprättande av genomförandeplan, men orsak framgår ej vare sig i genomförandeplanen eller i den sociala journalen. Detta är utvecklingsområden för verksamheten.</p>
<p>Social journal</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Social journal förs av samtliga medarbetare och anteckningar görs löpande. Vid granskning identifieras flera goda exempel på anteckningar gällande avvikelse från genomförandeplan, bakomliggande orsak samt vidtagen åtgärd. En utvecklingsmöjlighet är dock att orsak och åtgärd ska framgå mer frekvent. Den enskildes delaktighet och självbestämmande framgår även i den sociala journalen. Granskning visar att det förekommer anteckningar som inte är relevanta för insatsen och snarare är kommunikation mellan personal. Dessa anteckningar bör istället hanteras inom ramen för överrapportering mellan personal eller som en separat arbetsanteckning som sedan raderas inom sju dagar.</p> <p>Sammantaget har verksamheten gjort tydliga framsteg inom social journalföring men har fortfarande vissa utvecklingsbehov så som beskrivs ovan.</p>
<p>Egenkontroll social dokumentation</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Rutin finns för egenkontroll av social dokumentation, där detta är ett av områdena i den stora egenkontrollen som genomförs regelbundet utifrån checklista. Vid granskning framgår det att egenkontrollen genomförts. Verksamhetschef har identifierat flera utvecklingsbehov som mynnat ut i en åtgärdsplan.</p>

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
<p>Kontaktmannaskap</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Funktionsbeskrivning för kontaktmannaskapet finns och är väl förankrad i verksamheten. Varje brukare har två kontaktpersoner för att minska sårbarheten vid frånvaro. Brukarna informeras om rätten att byta kontaktperson och det är i huvudsak kontaktpersonens ansvar att inventera brukarens intressen, åsikter och behov av stöd för att sedan formulera detta i genomförandeplan. På</p>

Delområde	Kommentar
	brukarkonferenserna ansvarar kontaktperson för att delge kollegor ny information kring brukaren och verksamhetschef säkerställer att tid avsätts för alla brukare i verksamheten på dessa konferenser, som hålls varannan vecka. Schemat är medvetet planerat på ett sådant sätt att det ska finnas möjlighet för kontaktperson tillsammans med brukaren att göra aktiviteter i syfte att stärka relationen dem emellan.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Verksamheten har dels en publik whiteboard där det framgår i text och med bild vilka medarbetare som tjänstgör varje arbetspass. Rutin anger att man på denna bara ska skriva med röd penna, utifrån behov som identifierats hos en brukare. Detta visar på att hänsyn tas till individuella behov och att arbetssätt skapas utifrån sådana. Det finns även en anslagstavla där verksamheten anslår information om sådant som sker i närområdet, t.ex. aktiviteter i samband med halloween, Funkisfestivalen mm. Verksamheten har ett instagramkonto där såväl brukarna som deras anhöriga och andra har möjlighet att ta del av vardagen i verksamheten. Sekretessaspekten beaktas och verksamheten beskriver detta som ett motiverande arbetssätt för såväl medarbetare att ta initiativ till aktiviteter som för brukare att delta. Skriftligt material om verksamheten finns som delas ut till nya brukare.
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	Husmöten hålls två gånger i månaden där brukarna kan inkomma med förbättringsförslag. Vid dessa möten informerar även medarbetarna om tillfälliga förändringar i verksamheten, såsom nya medarbetare eller gemensamma aktiviteter som erbjuds framöver. Synpunkter, önskemål och förbättringsförslag finns som en stående punkt på mötesagendan. Flera exempel presenteras där brukare uttryckt önskemål under denna punkt som sedan omsatts i praktik. Protokoll förs och finns tillgängliga i en pärm för samtliga brukare i de allmänna utrymmena.

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Alla nya medarbetare informeras om Humanioras värdegrund i samband med anställning. Värdegrundsfrågor finns även med som agendapunkt på APT, där diskussioner och övningar sker i just värdegrunds- och bemötandefrågor. För brukarna är det på husmöte denna typ av diskussioner förs. Vissa brukare är bekväma med att föra denna typ av diskussioner i grupp, medan andra väljer att diskutera sådant med sin kontaktperson istället. Solna stads kvalitetsdeklaration finns anslagen i allmänna utrymmen, brukarna informeras om denna i samband med inflyttning och medarbetarna informeras om denna på APT årligen.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Alla medarbetare i verksamheten har god kännedom om Solna stads anhörigteams arbete och kan vid behov hänvisa anhöriga dit, om det stöd som verksamheten kan ge inte räcker till. Rutin finns som beskriver hur stöd till anhöriga ska ges. Hänvisning till stadens anhörigteam finns i rutinen. Rutinen har förankrats i medarbetargruppen under APT.

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	Brukarna lagar i regel mat med stöd av personal i sina egna lägenheter. Vad som ska tillredas planerar brukaren tillsammans med personal oftast i förväg, eller i anslutning till att inhandling sker. Det är brukaren själv som helt avgör vilken mat som ska lagas och hur detta går till ska formuleras i genomförandeplan.
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Verksamheten bedriver inte matlagning på ett sådant sätt att egenkontroll gällande livsmedelshygien är aktuellt.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	På husmöten finns som stående punkt att diskutera förslag på gemensamma aktiviteter. På APT går man igenom inkomna förslag på större aktiviteter och planerar tillsammans för hur dessa ska kunna genomföras. Minst varje helg genomförs någon gemensam aktivitet utanför verksamheten som alla erbjuds att delta i. Personal som tjänstgör under helgen ansvarar för att utföra inplanerad

Delområde	Kommentar
	aktivitet. Om brukarna själva inte uttrycker några förslag på aktiviteter föreslår personal några alternativ som brukarna kan välja mellan. Medarbetare uppmanas att aktivt söka efter möjliga aktiviteter i närområdet, t.ex. undersöks regelbundet kultur- och fritidsförvaltningens aktivitetsutbud. Även brukare som initialt inte visat intresse för att delta tillfrågas i samband med att aktiviteten ska genomföras. I de fall som brukaren har svårigheter att ta till sig information muntligt eller i grupp, ges skriftlig information om aktiviteter som finns att delta i.

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Lokal rutin finns. Rutinen lyfts i samband med introduktion samt därefter regelbundet utifrån årsplanering. Medarbetarna skriver under sekretessförbindelse i samband med anställning.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för nyckelhantering vilken är känd hos medarbetarna.
Privata medel ● 3. Godkänd	Rutin finns för hantering av privata medel. Redovisning sker till företrädare enligt överenskommelse mellan verksamheten och denne för hur detta ska ske.
Larm ● 3. Godkänd	Brandlarm är det enda larm som finns i verksamheten. Funktionstest genomförs och dokumenteras.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för hot och våld. Denna innefattar hot och våld mellan brukare, från närstående och från personal. Särskild rutin finns för våld i nära relation som har förankrats i medarbetargruppen på APT.

# Rapport: Avtalsuppföljning 2022

---

SPÅRVÄGEN 6



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	8

## Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en uppföljning varje år. Spårvägen 6 drivs av Nytida AB som i oktober 2019 övertog driften av verksamheten efter att ha lämnat vinnande anbud i denna upphandling. Verksamheten har därmed avtal Solna stad enligt LOU.

Nytida har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att bedriva bostad med särskild service enligt 9 § punkt 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Verksamheten riktar sig till personer med utvecklingsstörning samt personer med autism eller autismliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS.

Spårvägen 6 drivs i lokaler på just Spårvägen 6 i Solna. Verksamheten har sammanlagt fem platser. Lägenheterna finns på bottenplan och på plan 1 i ett flerbostadshus som ligger en dryg kilometer från Solna centrum.

### Metod för uppföljning

Årets uppföljning har bestått av tre delar. Den första delen har bestått av uppföljning av verksamhetens arbete med utvecklingsplan baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Den andra delen har bestått av granskning av social dokumentation. Den tredje delen har bestått av uppföljning av anbud. Utförare som har avtal med Solna stad enligt LOU, har i anbuden beskrivit sitt planerade arbete utifrån upphandlingens förfrågningsunderlag.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att, utöver område social dokumentation, har nya bedömningar endast gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts.

Omvårdnadsförvaltningen har genomfört platsbesök med intervju av verksamhetschef, gruppchef samt granskning av social dokumentation. Granskning har utgått från verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen samt uppfyllelse av anbud. Vid granskning av uppfyllelse av anbud har även fokusområden valts ut för respektive verksamhet där en fördjupad uppföljning genomförts.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Utvecklingsområdena som utgår från anbud står tydligt markerade. Anledningen till att dessa särskiljs är att de baserar sig på utförarens beskrivna arbetssätt utifrån anbud och är ofta inte direkt korrelerade till avtal, lagkrav, riktlinjer och Solna stads anvisningar. Det innebär också att ett identifierat utvecklingsområde utifrån anbud, inte påverkar om ett område eller delområde bedöms som godkänt eller inte.

Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 15 februari 2023.

## Sammanfattande bedömning

Verksamheten har en tydlig struktur för sitt förbättringsarbete. Granskning visar att arbetssätt som beskrivs i rutiner även tillämpas i stor utsträckning. En engagerad och verksamhetsnära ledning finns där såväl gruppchef, stödpedagog som verksamhetschef är väl insatt i verksamheten.

Verksamheten behöver arbeta vidare med området social dokumentation men bedöms i övrigt som godkända inom samtliga områden och delområden. Verksamheten har också flera utvecklingsområden utifrån anbud att utveckla.

### Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 15 februari 2023. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur detta arbete fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året vid behov.



## Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.




Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Verksamhetens organisation och ledning
	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens interna samverkan
	Verksamhetens externa samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
	Delaktighet och kommunikation
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Möjligheter att påverka mat och måltider
	Livsmedelshygien
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Tystnadsplikt och sekretess
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Larm
	Hot och våld
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

## Bedömningsanvisningar






### Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.























-  För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
-  Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
-  Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

### Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

-  1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
-  2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
-  3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
-  4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
-  5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

## Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Samverkan	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Social dokumentation	 3. Uppfyller kraven delvis	 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	 Bedömning ej genomförd	 4. Uppfyller kraven

## Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - Samverkansmöte med verksamhetschef för HSL-team

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - Kvalitetssamtal med medarbetare

## Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska säkerställa att datum för uppföljning framgår i genomförandeplanerna samt utveckla den sociala journalföringen.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla genomförandeplaner
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla social journalföring

## Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - komma igång med Livshjulet
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - struktur för egentid och planering med stödperson

## Bemötande och anhörigstöd

 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Mat och måltider

 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Aktiviteter och fritid

 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - aktivera aktivitetsombudsrollen

## Säkerhet

 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ekonomisk kontroll

 4. Uppfyller kraven

## Underlag bedömning

### Ledning och organisation



Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning 3. Godkänd	Verksamhetschef har adekvat högskoleutbildning och finns tillgänglig i verksamheten enligt avtal och har tillstånd från IVO. Namngiven ersättare vid frånvaro finns. En gruppchef tjänstgör 100% i verksamheten och dennes arbetsbeskrivning tydliggör ansvar och mandat. Utanför kontorstid finns en chefsberedskap till vilken medarbetarna kan vända sig. Således finns arbetsledning att tillgå dygnet runt årets alla dagar vilket är förankrat.  <u>Anbud</u> Intervju med medarbetare visar på ett välfungerande och närvarande ledarskap inom verksamheten. Verksamhetschef är närvarande minst 33% av arbetstid och är tillgänglig fasta dagar. Gruppchef arbetar i verksamhet på rullande schema och leder det dagliga arbetet samt hanterar bemanning. Utbildad stödpedagog arbetar i verksamhet med ansvar för bland annat implementering av pedagogiska arbetsmetoder och utveckling av dokumentation tillsammans med verksamhetschef och gruppchef.
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov 3. Godkänd	Verksamheten har APT samt så kallad konferens varje månad. Under APT avhandlas sedvanliga verksamhets- och arbetsmiljöfrågor och under konferensen diskuteras brukarfrågor. En gång per månad hålls gruppchefsmöte då gruppchef och verksamhetschef träffas. Ledningsmöte hålls en gång per månad då verksamhetschefer träffar regionchef för att avhandla verksamhetsövergripande frågor. Fyra gånger per år hålls möte med gruppchef, verksamhetschef och stödpedagog för genomgång av det pedagogiska arbetet i verksamheten, uppföljning och planering framåt. Två gånger per år hålls planeringsdagar med alla medarbetare och verksamhetschef. Verksamheten har extern metodhandledning med handledare från Ambeas kompetensorganisation LÄRA. Verksamhetschef beskriver verksamhetens behov, vilket ligger till grund för den handledning som ges. Handledaren ger deltagarna uppgifter mellan handledningstillfällena som sedan följs upp för gemensam diskussion. Agenda finns för samtliga möten, protokoll förs och finns tillgängliga för dem de berör. Fattade beslut som kräver åtgärd och förbättringsförslag som kommer upp under möten förs in i systemet Q-maxit. Fattade beslut följs upp på nästkommande möte.
IVO-tillstånd 3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd från IVO att bedriva verksamheten. Verksamhetschef är den som förestår verksamheten, vilket framgår i tillståndsbeviset.

### Personal och utbildning


Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning 3. Godkänd	Frånvarorutin finns och är känd i medarbetargruppen. Medarbetare har mandat att vid behov ringa in vikarier om bemanningsbehov med kort varsel uppstår. Vid akut oplanerad frånvaro följs rutin. Medarbetarna har kännedom om Nytidas chefsberedskap som kan vara ett stöd i bemanningsfrågor utanför kontorstid. Gruppchef har mandat och ansvar för att planera bemanningen på lång och medellång sikt.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare 3. Godkänd	Rutin finns för rekrytering av nya medarbetare. Vid behov kan stöd avropas från HR-avdelningen vad gäller att lägga ut annons med kravspecifikation.
Introduktion av nya medarbetare 3. Godkänd	Skriftlig rutin finns för introduktion av nya medarbetare. Gruppchef, stödpedagog och tillsvidareanställd medarbetare ansvarar för introduktionen som sker utifrån checklista. Skriftlig information lämnas till ny medarbetare innehållande exempelvis Nytidas värderingar. Ett webbaserat introduktionsprogram finns i systemet Promote och är obligatoriskt för samtliga medarbetare. Introduktionen följs upp och uppföljningen dokumenteras.
Kompetensutveckling 3. Godkänd	Verksamhetschef beskriver att en generell kompetensutvecklingsplan utgår från en gapanalys, där brukarnas behov, forskning och medarbetarnas nuvarande kompetensnivå ligger till grund. Kartläggning av aktuell kompetens i medarbetargruppen görs i samband med medarbetarsamtal. Denna sammanställning ligger sedan till grund för generell kompetensutvecklingsplan,

Delområde	Kommentar
	<p>vilken finns upprättad.</p> <p>Samtliga medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan. Denna följs upp och revideras i samband med de årliga medarbetarsamtalen. I samband med medarbetarsamtalen bedömer gruppchef utifrån verksamhetens behov vilka kompetenshöjande insatser som respektive medarbetare är i behov av. Medarbetarna har även möjlighet att då lämna önskemål om ytterligare utbildningsinsatser som beaktas då den individuella kompetensutvecklingsplanen revideras.</p> <p>Efter vissa utbildningar får medarbetarna uppgifter att arbeta med. Uppföljning av genomförda utbildningars värde sker på konferenser och i samband med metodhandledning.</p> <p>Formell kompetens i medarbetargruppen inkluderar undersköterskor, fritidspedagog, gymnasialt omsorgsprogram samt avslutade högskolekurser inom arbetsledning och social dokumentation.</p> <p><u>Anbud</u> Av intervju framgår att verksamheten utgår från individens stödbehov i planering av kompetensutveckling. Det enligt anbudet beskrivna kartläggningsmetoden <i>Kund och kompetens</i> används dock inte. Istället används det <i>Pedagogiska ramverket</i> där man utgår från den enskildes behov utifrån fem olika aspekter: bemötande, motivation, helhetssyn, samarbete och tillgänglighet. Med hjälp av ramverket identifieras behov av kompetensutveckling inom personalgruppen som sedan kan implementeras i både gemensam och individuell kompetensutvecklingsplan vilken upprättas årligen. Till exempel presenteras där identifierade behov utifrån ramverket resulterat i kompetensutvecklingsinsatser. Verksamheten bedöms arbeta i enlighet med anbud när det gäller att identifiera kompetensutvecklingsbehov utifrån den enskildes stödbehov.</p>

## Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens interna samverkan  3. Godkänd	Verksamheten har lokal rutin för intern samverkan som beskriver interna samverkansforum och deras syfte. Rutin finns även för hur informationsöverföring i olika frågor ska ske medarbetare emellan.
Verksamhetens externa samverkan  3. Godkänd	Lokal rutin för intern och extern samverkan finns. Identifierade samverkansaktörer beskrivs och i vilka frågor respektive aktör ska kontaktas.  <u>Anbud</u> I anbud framgår att verksamheten har ett bra löpande samarbete med Humaniora hälso- och sjukvårdsteam. Ett utvecklingsområde utifrån anbudet är att verksamheten bjuder in verksamhetschef för Humaniora hälso- och sjukvårdsteam fyra gånger årligen till samverkansmöte.



## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  3. Godkänd	<p><u>Rutiner</u> Rutiner finns på övergripande nivå inom Nytida. Verksamhetschef och gruppchef utarbetar lokala rutiner utifrån dessa. Medarbetare och chefer kan även i förbättringsloggen dokumentera identifierat behov av att upprätta ny rutin, eller revidera befintlig. I dessa fall lyfts detta på APT, där nya rutiner alltid fastställs. Lokala rutiner finns tillgängliga för medarbetare i verksamheten i pärm samt på intranät.</p> <p>Nyanställda går igenom samtliga lokala rutiner under introduktion. Policies och vissa rutiner finns inplanerade att gå igenom i verksamhetens årsplanering. Där framgår det vad som ska lyftas i medarbetargruppen varje månad. Möjlighet att ställa frågor och att reflektera kring olika rutiner och policies finns då.</p> <p><u>Egenkontroll</u> Två gånger per år genomför Nytida en stor egenkontroll som innehåller runt 140 frågor som verksamheten besvarar. Denna täcker in samtliga verksamhetsområden, exempelvis systematiskt brandskyddsarbete, systematiskt arbetsmiljöarbete, miljö, omsorg, samverkan, värdegrundsarbete, kvalitetsarbete med mera. I kvalitetsberättelsen framgår det att planerade egenkontroller genomförts och legat till grund för diskussion och fortsatt verksamhetsplanering tillsammans med medarbetare, gruppchef och verksamhetschef.</p> <p><u>Risikanalys</u></p>



Delområde	Kommentar
	<p>Verksamheten bedömer risker utifrån risker för den enskilde, arbetsmiljörisker och verksamhetsrisker. Risker utifrån dessa perspektiv bedöms på individnivå och på verksamhetsnivå. Samtliga brukare har upprättade riskbedömningar ur såväl ett brukarperspektiv som ur ett arbetsmiljöperspektiv. Dokumentationen hålls åtskild, så att risker för brukaren finns dokumenterade i Safedoc och arbetsmiljörisker finns i avsedd pärm.</p> <p>Vid identifierad risk upprättas handlingsplan som förs in i förbättringsloggen. Genomförda riskanalyser med tillhörande handlingsplaner kommuniceras i enlighet med rutin till medarbetarna vid APT, där även synpunkter från dessa inhämtas. Rutinen anger ett antal områden inom vilka risker ska bedömas, såsom brand, bemanning, elförsörjning med mera. Ett årshjul finns som säkerställer att obligatoriska riskanalyser genomförs under ett verksamhetsår.</p> <p><u>Anbud</u></p> <p>Verksamheten arbetar föredömligt med brukarundersökningen där både brukare och medarbetare involveras i förbättringsarbetet. Då resultat från undersökning ej finns på verksamhetsnivå, utgår verksamheten från Solna stads övergripande resultat som presenteras för brukare och medarbetare. Därefter väljs två frågeställningar ut som blir fokusområden för årets förbättringsarbeten utifrån undersökningen.</p>
<p>Verksamhetens arbete med avvikelser</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har lokal rutin för avvikelshantering. Flera olika perspektiv beaktas, såsom brand, arbetsmiljö, ej utförd insats, hälso- och sjukvård med mera. Alla medarbetare har i uppdrag att rapportera avvikelser, vilket görs i IT-verktyget Q-maxit. På APT finns avvikelser som stående punkt. Inkomna avvikelser går då igenom, beslut om åtgärder fattas och dokumenteras i Q-maxit. När planerade åtgärder genomförts och följts upp stängs avvikelser i systemet.</p> <p>Verksamhetschef och gruppchef får automatiskt ett mail då en avvikelse rapporteras. Avvikelser som klassas som allvarliga går även till regionchef och kvalitetsstrateg inom Nytida som bevakar utredning och planerade åtgärder. Varje vecka följer gruppchef tillsammans med verksamhetschef upp rapporterade avvikelser och fattar gemensamt beslut om åtgärd, vilket dokumenteras i Q-maxit. Den som rapporterar en avvikelse kan i systemet välja att rapportera enligt Lex Sarah, vilket då framgår när verksamhetschef och gruppchef tar emot avvikelserna för utredning.</p> <p>Klagomål och synpunkter hanteras inom ramen för avvikelshanteringsprocessen. Gruppchef eller verksamhetschef återkopplar till den som inkommit med klagomål eller synpunkt inom 24 timmar alternativt nästkommande vardag. Det framgår i kvalitetsberättelsen att två klagomål inkommit, vilka har hanterats enligt rutin.</p>
<p>Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Via den så kallade förbättringsloggen i Q-maxit kan alla medarbetare lämna förbättringsförslag när som helst. Verksamhetschef och gruppchef har uppmanat till detta och medarbetarna har även fått individuellt stöd av gruppchef i att dokumentera förbättringsförslag i förbättringsloggen.</p> <p>Medarbetarna ges även möjlighet till delaktighet via de ombudsroller som finns. Ansvarsbeskrivningar finns där ansvar och mandat framgår. Medarbetarna görs även delaktiga under APT i att följa upp resultat av egenkontroller, genomförda riskanalyser samt att tillsammans med verksamhetschef och gruppchef skapa underlag för kommande års verksamhetsplan.</p> <p><u>Anbud:</u></p> <p>Enligt anbud ska verksamhetschef hålla i kvalitetssamtal med samtliga medarbetare två gånger per år. Dessa samtal hålls utöver medarbetar- och lönesamtal och syftar till att medarbetaren på ett strukturerat sätt ska ges möjlighet att komma idéer till förbättring i den egna verksamheten. I intervju framgår att kvalitetssamtal inte genomförts under året, vilket är ett utvecklingsområde utifrån anbud.</p>

## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
<p>Genomförandeplan</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Granskning visar att verksamheten arbetar aktivt med genomförandeplaner. En styrka är det systematiska arbetet med målsättningar och delmål i genomförandeplanen, där även den enskilde görs delaktig. Genomförandeplaner är aktuella, men senast uppdaterad version finns ej utskrivet i den enskildes personakt, vilket är ett utvecklingsområde. Datum för planerad uppföljning av genomförandeplan framgår i digitalt dokumentationssystem, men inte som utskrift till personakt. Mål och stödbehov i beställningen har beaktats då genomförandeplan upprättats, men det finns exempel där stödbehov inte finns</p>

Delområde	Kommentar
	<p>med i genomförandeplanen, vilket är ett utvecklingsområde. Det finns även en röd tråd mellan insatserna som beskrivs i genomförandeplanerna och de dagsscheman som finns som komplement.</p> <p>Vid granskning framgår att det i genomförandeplanerna finns livsområden utifrån IBIC med, där den enskilde ej är i behov av insats. Detta är ej att betrakta som ett utvecklingsområde, men verksamheten bör reflektera över om detta är nödvändigt eller om genomförandeplanerna skulle kunna reduceras till att endast innehålla de livsområden där identifierat behov av stöd föreligger. Som genomförandeplanerna nu är strukturerade riskerar överskådligheten att bli lidande då fler livsområdesrubriker än nödvändigt finns med.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Granskning visar att samtliga medarbetare för social journal. Stödpedagog uttrycker att verksamheten arbetat aktivt med att förbättra den sociala dokumentationen under det gångna året. Utvecklingen går också att se i social journal där det inte längre förekommer värderingsfyllt språk, eller andra brukares initialer i journalföringen. Goda exempel finns där hänvisning görs till hälso- och sjukvårdsdokumentation i fall då medarbetare tagit del av sådan information. Även upprättade avvikelser antecknas och hänvisas till tydligt.</p> <p>Majoriteten av anteckningarna är relaterade till insatserna i genomförandeplan eller är att betrakta som händelser av betydelse. Det finns dock exempel på anekdotisk journalföring kring allmänna händelser i brukarens liv som ej är att betrakta som avvikelser från genomförandeplan eller händelser av betydelse. Vid avvikelse från genomförandeplan framgår ibland bakomliggande orsak samt vidtagen åtgärd, men flera exempel finns även där detta saknas. Likt föregående år förekommer det i flera fall att siffror används istället för att brukarens namn skrivs ut i journalen. Det är ett fortsatt utvecklingsområde.</p>
Egenkontroll social dokumentation  3. Godkänd	<p>Social dokumentation finns som ett område som ingår i den stora egenkontroll som genomförs två gånger årligen. Identifierade utvecklingsområden i samband med egenkontroll förs in i förbättringsloggen och utgör underlag för efterföljande diskussion och beslut om åtgärd.</p> <p><u>Anbud</u>            Stödpedagog är ansvarig dokumentationsstödjare och följer den löpande journalföringen och stödjer kollegor i social dokumentation. Social dokumentation tas alltid upp på personalmöte varannan vecka där dokumentationsstödjare går igenom hur den sociala dokumentationen fungerat sedan senaste mötet.</p>

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	<p>Rutin för stödperson (kontaktman) finns. Det finns även en webbutbildning för stödpersoner som samtliga medarbetare går. Alla brukare har en utsedd stödperson och informeras om möjligheten att byta stödperson. Rutinen beskriver också hur stödperson ersätts vid frånvaro, då vice stödperson kliver in i dennes ställe. I fall då ingen kontaktperson är i tjänst kliver gruppchef in och tar detta ansvar. Avsatt social tid finns för den enskilde tillsammans med stödperson i syfte att stärka relationen dem emellan.</p> <p><u>Anbud</u>            Verksamheten arbetar aktivt med stödpersonsuppdraget och att brukarna får det stöd som förväntas utifrån stödpersonen. I intervju framkommer dock att stödpersonsuppdraget behöver tydliggöras för medarbetare för att spegla det som finns beskrivet i anbud. Det gäller särskilt i samband med veckoplanering. Vidare ska brukare erbjudas fyra timmar egentid med stödperson varje vecka, vilket inte bedöms vara tillräckligt förankrat vid uppföljningstillfället. Det är ett utvecklingsområde utifrån anbudet.</p>
Tillgänglighet och information  3. Godkänd	<p>Skriftlig rutin för mottagande av ny brukare finns och tillämpas. Skriftlig information om verksamheten finns att lämna till nya brukare.</p> <p>Under första halvåret 2022 har verksamheten, likt föregående år, bedömt att gemensamma möten för brukarna ej varit genomförbart på ett tryggt och säkert sätt. Information om tillfälliga förändringar sker därför istället individuellt mellan kontaktman och brukare. I samband med dessa samtal ansvarar även kontaktman för att inhämta brukarens synpunkter och önskemål för att därefter beakta detta vid uppföljning av genomförandeplan, att föra in i förbättringsloggen eller att ta med till efterföljande brukarkonferens för gemensam diskussion och planering av eventuella åtgärder.</p> <p>På grund av förändrade försättningar kommer verksamheten under andra halvåret</p>



Delområde	Kommentar
	<p>2022 att påbörja gemensamma möten för brukare. Det är av stor vikt att gemensamma möten nu återupptas när förutsättningar finns i verksamheten.</p> <p><u>Anbud</u> Verksamheten arbetar enligt anbud när det gäller att agera teknikstöd för brukarna. Ipads finns på verksamheten och stödpedagog arbetar aktivt med olika appar för att stödja tillgänglighet, information, kommunikation och delaktighet i samhället.</p>
<p>Delaktighet och kommunikation</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Stödperson (kontaktman) har ansvar för att i de individuella samtalen inhämta brukarnas synpunkter och önskemål. Dessa ligger sedan till grund för revidering av genomförandeplan, fortsatt diskussion på efterföljande brukarkonferens med övriga medarbetare eller kan föras in som ett förbättringsförslag i förbättringsloggen. Den enskildes behov av anpassad kommunikation inventeras i samband med upprättande av genomförandeplan samt i dialog med Humaniora hälso- och sjukvårdsteam.</p> <p><u>Anbud</u> Enligt anbud ska brukare göras delaktiga i rekrytering av nya medarbetare på verksamheten. I intervju framkommer att brukare i samband med intervju får träffa slutkandidater i rekrytering för att sedan komma med eventuella frågor och synpunkter till verksamhetschef. Detta för att skapa delaktighet i verksamhetens utveckling.</p> <p><u>Anbud</u> Vid uppföljning framgår att det pedagogiska verktyget <i>Livshjulet</i> inte används i nuläget. Enligt anbud ska verktyget erbjudas för att brukarna visuellt ska kunna skatta var personen befinner sig inom olika livsområden och därigenom göras mer delaktiga i sin egen utveckling. Det är ett utvecklingsområde att komma igång med att erbjuda Livshjulet som ett stöd i den individuella uppföljningen med brukarna.</p>

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
<p>Bemötande</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Alla medarbetare har genomgått en webbutbildning om Nytidans vision, uppdrag och värdegrund. Medarbetarna skriver även under Nytidans dokument <i>Uppförandekoden</i> som följs upp med diskussioner på APT och planeringsdagar. Solna stads kvalitetsdeklaration är förankrad i verksamheten. Kvalitetsdeklarationen finns anslagen i verksamheten, samtliga medarbetare har signerat att man tagit del av innehållet och brukare samt deras närstående får ta del av kvalitetsdeklarationen i samband med upprättande av genomförandeplan.</p> <p><u>Anbud</u> I enlighet med anbud, arbetar verksamheten med det pedagogiska materialet <i>Om mig</i>. Med hjälp av materialet beskriver brukare tillsammans med stödperson en rad olika områden så som livshistoria, relationer, vad jag gillar, styrkor, intressen, framtida drömmar med flera. Detta för att bland annat främja bemötande. Stödpedagog uppvisar vid uppföljningstillfället att materialet finns hos respektive brukare.</p>
<p>Stöd till närstående</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Gruppchef skickar några gånger per termin ut nyhetsbrev till närstående, utifrån samtycke från den enskilde. I vissa fall har gruppchef direkt dialog med företrädare veckovis på förekommen anledning. Därutöver har respektive kontaktman regelbunden kontakt med närstående, bland annat i samband med upprättande av genomförandeplan utifrån den enskildes önskemål och lämnat samtycke. I fall då verksamheten bedömer att anhöriga är i behov av ytterligare stöd hänvisas dessa vidare till Solna stads anhörigteam.</p>

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
<p>Möjligheter att påverka mat och måltider</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Individuell måltidsplanering sker utifrån genomförandeplan och i samband med att handling planeras. Brukaren väljer själv vilken mat som ska inhandlas, med stöd av stödperson. I regel tillreds och intas måltider i brukarnas egna lägenheter. Vilken mat brukaren vill äta efterfrågas varje dag inför stöd med matlagning för de brukare som är i behov av detta.</p> <p>I vissa fall önskar företrädare att brukare i större utsträckning intar sina måltider</p>

Delområde	Kommentar
	gemensamt med andra. Verksamheten har då utifrån genomförd riskanalys försökt balansera företrädarens önskemål med identifierade risker i samband med detta. Viktigt är att dialog löpande förs för att i möjligaste mån göra den enskilde och dennes företrädare delaktiga i måltidsplaneringen samtidigt som risker beaktas.
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Verksamhet bedrivs ej på sådant sätt att man är registrerad som livsmedelsverksamhet. Därav finns inga krav på egenkontroll av livsmedelshygien.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	<p>Brukarens önskemål om aktiviteter beaktas i samband med upprättande av genomförandeplan. I de fall där specifika önskemål om aktiviteter framförs av närstående eller företrädare beaktas dessa. I de fall där verksamheten bedömer att de har svårt att tillgodose samtliga önskemål som framförs av företrädare hålls en tät dialog med löpande uppföljning. Verksamhetens förutsättningar för att genomföra vissa aktiviteter har förbättrats sedan föregående uppföljning. Därmed åligger det verksamheten att arbeta aktivt för att erbjuda önskade fritidsaktiviteter som tidigare inte kunnat genomföras.</p> <p><u>Anbud</u> I enlighet med anbud arbetar verksamheten aktivt med att stödja brukarna i sociala relationer och kontakter. Det genomförs med hjälp av individuell planering i genomförandeplan, det pedagogiska ramverket samt arbetsmodellen <i>Om mig</i>, där det framgår vilka som är viktiga personer i brukarens nätverk, intressen och önskemål om aktiviteter.</p> <p><u>Anbud</u> På verksamheten finns idag inget aktivt arbete med rollen aktivitetsombud. Ett utvecklingsområde är att arbeta med ombudsrollen så som beskrivs i anbud. Rollen har en viktig funktion i att ytterligare stödja brukarna i kultur- och fritidsaktiviteter.</p>

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för tystnadsplikt och sekretess finns. Denna lyfts i samband med anställning samt återkommande enligt årsplanering. Medarbetarna skriver under att man tagit del av och förstått innebörden av denna.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Lokal rutin finns och tillämpas för nyckelhantering.
Privata medel ● 3. Godkänd	Rutin för hantering av privata medel finns. Överenskommelse med den enskilde eller dennes företrädare för hur privata medel ska hanteras finns för samtliga brukare.
Larm ● 3. Godkänd	För de larm som används i verksamheten finns rutin och funktionstest genomförs regelbundet och dokumenteras.
Hot och våld ● 3. Godkänd	<p>Övergripande styrdokument finns gällande rutin för hot och våld. Enligt övergripande anvisningar lyfts rutin för hot och våld minst en gång per år enligt verksamhetsårets planering.</p> <p>Hot och våld i nära relation har varit ett ämne som diskuterats i verksamheten under året på förekommen anledning. I verksamhetens årshjul anges att rutin för externt hot och våld regelbundet lyfts, där hot och våld i nära relation är en aspekt som beaktas.</p> <p>Verksamheten har i enlighet med Solna stads övergripande riskanvisningar för hot och våld kontaktat omvårdnadsförvaltningen och i dialog sökt lösning på utmaningar som uppstått samt inkommit med efterfrågad dokumentation.</p>

## Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ■ Ej genomförd	Rating saknas vid uppföljningstillfället.

Delområde	Kommentar
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<b>Beslutade arbetsgivaravgifter:1</b> 2022-09 16 946 614 2022-10 15 885 077 2022-11 15 813 147

# Rapport: Avtalsuppföljning 2022

---

STORGATAN 50



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	8

## Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en uppföljning varje år, i syfte att säkerställa kvaliteten i de verksamheter som har avtal med Omvårdnadsförvaltningen. Storgatan 50 drivs av Waxö Omsorg som har avtal med Solna stad enligt lagen om valfrihet (LOV). Verksamheten är en gruppbostad för personer som har beslut om bostad med särskild service enligt 9 § punkt 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Inriktningen är personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS.

I verksamheten bor sex brukare i egna lägenheter med sovalkov, vardagsrum, toalett och en köksdel. Personalutrymmen finns bestående av kontor för dokumentation och förvaring, omklädningsrum samt vilorum. Verksamheten är bemannad med vaken nattpersonal.

### Metod för uppföljning

Årets uppföljning har varit en uppföljning av verksamhetens arbete med sin utvecklingsplan samt granskning av social dokumentation. Utvecklingsplanen utgick från ifråga identifierade utvecklingsområden i samband med 2021 års avtalsuppföljning. Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen genomfört intervju med verksamhetschef och samordnare, samt granskat social dokumentation.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att nya bedömningar endast gjorts för social dokumentation samt de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 15 februari 2023.

## Sammanfattande bedömning

Verksamheten har en engagerad medarbetargrupp samt en nära ledning. Det framgår i avtalsuppföljningen att verksamhetens utvecklingsplan legat till grund för kvalitetsarbetet under året och utveckling har skett inom många områden. Systematiken i kvalitetsarbetet har utvecklats sedan föregående uppföljningar och verksamhetschef aktiva arbete med dessa områden framgår i såväl dokumentation som i intervju.

### Åtgärd

Då verksamheten är godkänd inom samtliga områden behöver ingen utvecklingsplan upprättas. Det finns dock alltid fortsatta möjligheter till utveckling, där ett sådant område är social journalföring.

## Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.




Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Livsmedelshygien
	Möjligheter att påverka mat och måltider
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Larm
	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

## Bedömningsanvisningar






### Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.























-  För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
-  Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
-  Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

### Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

-  1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
-  2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
-  3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
-  4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
-  5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

## Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Samverkan	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Social dokumentation	 3. Uppfyller kraven delvis	 4. Uppfyller kraven
Självbestämmande och integritet	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	 Bedömning ej genomförd	 4. Uppfyller kraven



## Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Social dokumentation

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Utveckla social journal

## Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Mat och måltider

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Aktiviteter och fritid

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Säkerhet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ekonomisk kontroll

● 4. Uppfyller kraven

## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten redogör för en mötesstruktur med definierat innehåll för varje typ av möte. Möten finns för brukarfrågor, personalfrågor och verksamhetsfrågor. Även möten på verksamhetsövergripande nivå hålls, där personal från varje verksamhet inom Waxö Omsorg träffar VD utan att verksamhetschef närvarar. Protokoll finns tillgängliga för dem de berör. Beslut följs upp på nästkommande träff som stående agendapunkt.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamhetschef har adekvat högskoleutbildning och finns tillgänglig i verksamheten i den utsträckning verksamheten kräver. Namngiven ersättare finns vid planerad längre frånvaro av chef. Det finns skriftlig beskrivning av de olika ledningsfunktionernas ansvar. Ledningsstrukturen är känd i verksamheten och rutinen vid chefs frånvaro är förankrad. Det finns en struktur för chefsberedskap som säkerställer att medarbetare i tjänst alltid får tag i person med chefsmandat.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten bedrivs med giltigt tillstånd från IVO och verksamhetschef står som föreståndare i tillståndsbeslutet.

### Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Skriftlig introduktionsrutin finns. Nya medarbetare har sex dagars introduktion. Efter den sista introduktionsdagen håller verksamhetschef ett samtal med medarbetaren och går igenom de flesta punkterna i checklistan som används under introduktionen. Vissa delar går verksamhetschef igenom med medarbetaren i samband med en senare uppföljning av introduktionen, som hålls då medarbetaren tjänstgjort en tid. Uppföljningen dokumenteras och dokumentationen förvaras i personalakten.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Av de nio tillsvidareanställda medarbetarna i verksamheten har tre undersköterskeutbildning, en är lärare och en har läst specialpedagogik 1. Övriga medarbetare har gått Waxös interna obligatoriska utbildningar. Vid nyanställning eftersträvas undersköterskekompetens eller annan pedagogisk utbildning, men är inte ett formellt krav. Waxö har en gemensam generell kompetensutvecklingsplan, där vissa moment är obligatoriska för alla medarbetare. Därutöver finns valbara kurser som medarbetare kan gå vid intresse, eller att verksamhetschef bedömer ett behov inom det området och kan då hålla dessa kurser på planeringsdagar. För nyanställda finns ett antal obligatoriska interna utbildningar. Alla medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan. Respektive medarbetares behov av kompetensutveckling inventeras i samband med individuella samtal mellan medarbetare och chef. Verksamhetschef meddelar även VD i Waxö de kompetensutvecklingsbehov som identifierats på de olika träffarna, så att beslut kan tas om att vissa utbildningar ska föras in i den generella kompetensutvecklingsplanen om flera verksamheter ser liknande behov.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Skriftlig frånvarorutin finns och tillämpas. Om medarbetare i tjänst behöver stöd finns chef tillgänglig och det finns även i rutin beskrivet en så kallad chefskedja, där man som medarbetare vet vem man ska ringa vidare till om verksamhetschef ej är tillgänglig. I chefskedjan säkerställs det att det alltid finns en verksamhetschef eller VD inom Waxö Omsorg som svarar. Vid planerad frånvaro för verksamhetschef informeras medarbetarna om vem som ersätter denne.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamhetschef ansvarar för rekrytering av nya medarbetare. VD finns som stöd vid behov. Rekryteringssidor och befintligt nätverk används för att söka nya medarbetare. Processen för rekrytering går igenom med verksamhetschef i samband med anställning.

### Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för extern samverkan finns. Samverkansaktörer beskrivs i rutin och hänvisning finns till ett så kallat samverkansavtal som upprättas med varje brukare. Där framgår det vilka aktörer verksamheten behöver samverka med och i vilka frågor kring brukaren samt kontaktuppgifter. Samverkansavtalet följs upp i

Delområde	Kommentar
	samband med uppföljning av genomförandeplan.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för intern samverkan finns. I samtal med medarbetare framkommer det att arbetssätt för intern samverkan finns och är förankrade, i form av pärm för informationsöverföring, överrapportering, kalender och den så kallade VIPE:en, som är en funktion genom vilken viktig information kommuniceras från ledning till medarbetarna. Dessa arbetssätt beskrivs i särskild rutin som komplement till rutin för samverkan.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Genom de olika mötesforum som hålls ges medarbetarna möjlighet att ta del av verksamhetens planering men även komma med synpunkter och förslag. De individuella träffarna som chef har med respektive medarbetare är ett uppskattat sätt att vara delaktig i sin egen utveckling. I och med att dessa träffar är återkommande utifrån årsplaneringen så följs det man beslutat upp vid nästkommande tillfälle.
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för avvikelshantering finns. Rutinen utgår från LSS kvalitetsparagraf samt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9. Det framgår i rutinen hur processen ser ut från rapportering till uppföljning och vilket ansvar medarbetare respektive chef har. Avvikelser finns som stående punkt på verksamhetsträffarna där avvikelser går igenom och beslut om åtgärder förankras. Skriftlig rutin för hantering av klagomål och synpunkter finns. Det finns en blankett som kan fyllas i anonymt. Brukarna påminns om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål på de så kallade verksamhetsträffarna. Rapporteringskyldigheten enligt Lex Sarah lyfts regelbundet på personalträffar utifrån verksamhetens årsplanering.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	<u>Rutiner</u> Vissa övergripande rutiner finns inom Waxö Omsorg. Utifrån dessa upprättar verksamhetschef lokala rutiner som finns tillgängliga i pärm i verksamheten. På regelbundna möten då verksamhetschefer inom Waxö träffas delar man erfarenheter gällande rutinfrågor. Bristande följsamhet till rutiner ska rapporteras som en avvikelse. Kontaktman ansvarar för att revidera rutiner och arbetsbeskrivningar gällande stödet till respektive brukare. Kontaktman ansvarar även för att förankra dessa i medarbetargruppen. Avsatt mötestid finns för detta på de så kallade innehållsträffarna. <u>Risakanalys</u> Skriftlig rutin för risakanalys finns. Dels finns en rutin för risker kopplade till det systematiska kvalitetsarbetet, så som det beskrivs i SOSFS 2011:9. Verksamheten har en annan rutin som beskriver hur risker ur ett arbetsmiljöperspektiv på brukarnivå ska hanteras och dokumenteras. En checklista med obligatoriska riskaspekter finns som stöd. Arbetsmiljöriskerna bedöms i samband med ny brukare samt därefter halvårsvis utifrån årsplaneringen. Samtliga medarbetare skriver under ett dokument att man tagit del av samtliga riskbedömningar med tillhörande handlingsplaner, vilket sedan förvaras i personalakten. <u>Egenkontroll</u> Egenkontroll genomförs i huvudsak genom att brukarnas, personalens och verksamhetens genomförandeplaner lyfts och följs upp vid personalträffar utifrån fastställd årsplanering. Vid dessa tillfällen säkerställer man att det som planerats också genomförts. Är det något som ännu inte genomförts så planeras det in under kommande period och dokumenteras i planen. Vissa ytterligare egenkontroller finns som aktiviteter i verksamhetens årsplanering. Inom ramen för det systematiska brandskyddsarbetet genomförs kontrollronderna månadsvis. Inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet genomförs enkätundersökning samt skyddsronddar årligen.

## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ● 3. Godkänd	Granskade genomförandeplaner är aktuella och mål i beställningarna har beaktats vid upprättande. Den enskildes delaktighet framgår väl vid såväl upprättande av genomförandeplan som i insatsbeskrivningarna. Insatsbeskrivningarna i granskade genomförandeplaner är tydliga och kompletterande dokument finns som till exempel veckoplanering och specifika rutiner för vissa stödmoment.

Delområde	Kommentar
	Hänvisning till dessa finns i genomförandeplan och det framgår att rutinerna reviderats i samband med att genomförandeplanen följts upp. Med andra ord framträder en tydlig röd tråd i den sociala dokumentationen.
Social journal ● 3. Godkänd	En löpande journalföring sker av samtliga medarbetare. Generellt ger den sociala journalen en god bild av hur arbetet utifrån insatserna i genomförandeplan fortlöpt. I huvudsak är det avvikelser från genomförandeplan samt händelser av betydelse som dokumenteras. Vid avvikelse från genomförandeplan anges oftast bakomliggande orsak samt vidtagen åtgärd. Enstaka exempel på värderingsfyllt språk samt anekdotisk journalföring förekommer. Flera exempel på brukardelaktighet i samband med insats beskrivs och även avvikelser från genomförandeplan där den enskilde utfört delar av insatsen på ett mer självständigt sätt än vad som förväntats finns antecknat på ett föredömligt sätt. Sammantaget ger den sociala journalen en bra grund inför uppföljning av genomförandeplanerna. Verksamheten har arbetat aktivt med ett utvecklingsarbete som kallas Gula tråden, som är ett gemensamt projekt inom Waxö omsorg. Vid intervju med verksamhetschef framgår att utvecklingsarbetet medfört en ökad kompetens inom social dokumentation hos medarbetare.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Rutin för loggkontroll finns och verksamhetschef gör varje månad stickprov där medarbetarnas loggar granskas under en 48-timmarsperiod. Under ett verksamhetsår kontrolleras loggar för samtliga användare i systemet. I samband med loggkontrollerna genomförs även egenkontroll av social dokumentation. Det som granskas i samband med egenkontroll är innehållet i journalanteckningarna, sättet man uttrycker sig på samt hur aktivt man tagit del av journalanteckningar. Resultatet ligger till grund för individuella samtal mellan chef och medarbetare och identifierade utvecklingsbehov dokumenteras i medarbetarens egen utvecklingsplan. I samtal med verksamhetschef framgår det att resultatet av genomförda egenkontroller legat till grund för förbättringsarbeten i verksamheten.

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	Brukarna ges möjlighet till delaktighet i samband med uppföljning av genomförandeplan samt genom möjligheten att inkomma med synpunkter och klagomål. Verksamheten beskriver att på grund av brukarnas nedsatta förmåga att uttrycka sig hålls inget mötesforum för brukardelaktighet. Istället är det respektive kontaktman som ansvarar för att utforska den enskildes önskemål för att beakta det vid revidering av genomförandeplan och brukarknutna rutiner. Brukarönskemål som kontaktman identifierat sprids till kollegor i samband med de så kallade innehållsträffarna som hålls regelbundet utifrån årsplaneringen.
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för kontaktmannaskap finns. Verksamheten är organiserad i team, där respektive brukare endast har ett fåtal medarbetare som utför stöd. Samtliga medarbetare i teamet är väl förtrodda med genomförandeplaner och rutiner. Ett begränsat antal medarbetare som utför stöd till respektive brukare är ett sätt att säkerställa ingående kunskap kring den enskilde och dennes behov av stöd. Detta är särskilt viktigt i denna verksamhet, då brukarnas förmåga att uttrycka sig är nedsatt. Vid kontaktmannens frånvaro utses en annan person i teamet som tillfällig kontaktman. Personalschemat är anpassat på ett sådant sätt att det alltid är någon från respektive team i tjänst.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Rutin för mottagande av ny brukare finns. Skriftlig information om verksamheten lämnas till brukaren och till dennes anhöriga eller företrädare. Efter innehållsträffarna, som är de personalmöten där frågor som rör stödet till brukarna diskuteras, skickas allmän information ut till anhöriga och företrädare. Löpande delges brukare, anhöriga och företrädare information via kontaktman eller verksamhetschef. Samtycke inhämtas.

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamheten beskriver att det i huvudsak är i de olika mötesforumen som bemötande och värdegrund diskuteras. Verksamheten beskriver att man på träffar, utbildningar och under planeringsdagar följer upp värdegrundsarbetet. Behov av individuellt anpassat bemötande dokumenteras i den sociala dokumentationen. Vid dokumentationsgranskning framgår det att så sker. Solna stads kvalitetsdeklaration lyfts i samband med uppföljning av genomförandeplanen, vilket är en ny rutin sedan föregående uppföljning. På så

Delområde	Kommentar
	sätt förankras denna regelbundet hos såväl brukare, anhöriga i de fall de deltar samt hos medarbetare.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten beskriver att i de fall anhöriga är i behov av stöd hänvisar man till Solna stads anhörigteam. Den skriftliga information som regelbundet delges anhöriga är också ett arbetssätt som verksamheten beskriver syftar till stöd till anhöriga.

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Verksamheten är registrerad som livsmedelsanläggning hos Solna stads Miljö- och byggnadsförvaltning.
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	Inför att måltider tillreds inhämtar kontaktman önskemål från brukaren. Maten lagas individuella inne hos respektive brukare och personal ger stöd vid behov. Brukaren har möjlighet att välja om man vill äta i sin lägenhet eller i de gemensamma utrymmena.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	Kontaktmannen ansvarar för att inhämta aktivitetsönskemål och omsätta dessa i praktik. I personalschemat finns särskild tid avsatt för aktiviteter. Omvärldsbevakning sker genom att FUB:s aktivitetsutbud regelbundet bevakas och delges all personal, som kan ta detta i beaktan då aktiviteter planeras in med brukaren. Varje sommar genomför Waxö ett antal större aktiviteter som brukarna kan delta i om de önskar. Det är även ett tillfälle då möjlighet ges att träffa personer utanför den egna verksamheten.

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Larm ● 3. Godkänd	Verksamheten genomför regelbunden funktionskontroll av brandlarm, som är det enda larm som används. Genomförd funktionskontroll dokumenteras.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Rutin finns för hot och våld. Medarbetarna är uppmanade att vid misstanke om hot och våld i nära relation kontakta verksamhetschef som bedömer vidare åtgärder. Verksamhetschef har tagit kontakt med kvalitetsutvecklare i tidigare ärende just utifrån att medarbetare varit följsamma till detta arbetssätt, vilket tyder på att det är förankrat.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Rutin för nyckelhantering finns och tillämpas.
Privata medel ● 3. Godkänd	Rutin för hantering av privata medel finns och tillämpas i verksamheten.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	I samband med introduktion skriver medarbetare under att man tagit del av information kring tystnadsplikt och sekretess samt att man förbinder sig att följa detta. Tystnadsplikt och sekretess lyfts därefter regelbundet för all personal årligen utifrån verksamhetens årsplanering.

## Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar						
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Rating 94						
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<p><b>Beslutade arbetsgivaravgifter: 1</b></p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>2022-09</td> <td>534 069</td> </tr> <tr> <td>2022-10</td> <td>510 937</td> </tr> <tr> <td>2022-11</td> <td>520 226</td> </tr> </tbody> </table>	2022-09	534 069	2022-10	510 937	2022-11	520 226
2022-09	534 069						
2022-10	510 937						
2022-11	520 226						

# Rapport: Avtalsuppföljning 2022

---

TÖRNBACKEN



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning .....	3
Bedömning .....	5
Underlag bedömning.....	8



## Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en uppföljning varje år, i syfte att säkerställa kvaliteten i de verksamheter som har avtal med Omvårdnadsförvaltningen. Törnbacken drivs av Humaniora vård och omsorg som är stadens organisation för verksamheter som drivs i egen regi. Verksamheten startade i januari 2019 och är en servicebostad för personer som har beslut om bostad med särskild service enligt 9 § punkt 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Inriktningen är mot personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS.

Verksamheten har tio boendelägenheter och en gemensamhetslokal där även personalutrymmen finns. Verksamheten har bemanning dygnet runt med sovande jour. För verksamheten ansvarar en verksamhetschef.

### Metod för uppföljning

Årets uppföljning har varit en uppföljning av verksamhetens arbete med sin utvecklingsplan samt granskning av social dokumentation. Utvecklingsplanen utgick från ifråga identifierade utvecklingsområden i samband med 2021 års avtalsuppföljning. Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen genomfört intervju med verksamhetschef samt granskat social dokumentation.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att nya bedömningar endast gjorts för social dokumentation samt de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 15 februari 2023.

## Sammanfattande bedömning

Verksamheten har en engagerad medarbetargrupp samt en nära ledning. Det framgår i avtalsuppföljningen att verksamhetens utvecklingsplan legat till grund för kvalitetsarbetet under året och utveckling har skett inom många områden. Systematiken i kvalitetsarbetet har utvecklats sedan föregående uppföljningar och verksamhetschef aktiva arbete med dessa områden framgår i såväl dokumentation som i intervju.

### Åtgärd

Då verksamheten är godkänd inom samtliga områden behöver ingen utvecklingsplan upprättas. Det finns dock alltid fortsatta möjligheter till utveckling, där ett sådant område är social dokumentation.

## Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Verksamhetens organisation och ledning
	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens interna samverkan
	Verksamhetens externa samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
	Delaktighet och kommunikation
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Möjligheter att påverka mat och måltider
	Livsmedelshygien
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Tystnadsplikt och sekretess
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Larm
	Hot och våld

## Bedömningsanvisningar

### Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

### Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
- 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
- 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

## Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Samverkan	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Social dokumentation	<span style="color: orange;">◆</span> 3. Uppfyller kraven delvis	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Självbestämmande och integritet	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven	<span style="color: green;">●</span> 4. Uppfyller kraven

## Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Social dokumentation

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Loggkontroll

## Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Mat och måltider

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Aktiviteter och fritid

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Säkerhet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning 3. Godkänd	<p>Verksamhetschef har ordinarie ansvar för två gruppbeståder inom Humaniora vård och omsorg LSS. En gruppleddare tjänstgör 100% i verksamheten och löpande dialog förs dem emellan. Gruppleddare uttrycker att rollen är tydligt beskriven i den uppdragsbeskrivning som finns.</p> <p>Utanför kontorstid finns trygghetsjouren tillgänglig för medarbetare i tjänst. Inför planerad ledighet ersätter annan verksamhetschef från Humaniora LSS. Information om vem och kontaktuppgifter till denne mailas ut till samtliga medarbetare inför ledighet. Verksamhetens ledning är känd i medarbetargruppen och rutin vid chefs frånvaro är förankrad.</p> <p>Trygghetsjouren är en verksamhet inom Stockholm stad som kan vara ett stöd i att hantera chefsfrågor som inte kan vänta till närmaste vardag. Humaniora vård och omsorg har avtal med Stockholm stad, där det tydligt framgår i vilka ärenden medarbetare kan söka stöd hos trygghetsjouren.</p>
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov 3. Godkänd	<p>Verksamheten har APT varannan vecka. I samband med APT har man även en mötesdel där brukarfrågor lyfts och verksamhetsplanering sker utifrån vad som för tillfället behöver avhandlas. Verksamhetschef deltar alltid på dessa möten. Möten protokollförs och finns tillgängliga i verksamheten för dem de berör. Protokollen mailas även till alla medarbetare efter mötet. Uppföljning av fattade beslut finns som stående punkt på mötesagendan.</p> <p>Verksamhetschef deltar på ledningsgruppsträffar med övriga verksamhetschefer inom Humaniora vård och omsorg. På förekommen anledning träffas även verksamhetscheferna för LSS-verksamheter inom Humaniora vård och omsorg i syfte att ta fram och revidera rutiner tillsammans för att dessa ska bli så lika som möjligt i de olika verksamheterna.</p>
IVO-tillstånd 3. Godkänd	<p>Då verksamheten drivs i kommunal regi krävs inget tillstånd. Däremot är verksamheten anmäld till IVO:s omsorgsregister med verksamhetschef som föreståndare.</p>

### Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning 3. Godkänd	<p>Verksamheten beskriver att de har anställda timvikarier så att det täcker verksamhetens behov. Verksamheten samverkar med övriga LSS-verksamheter inom Humaniora vård och omsorg i bemanningsfrågor. En central funktion finns som stöttar verksamhetscheferna vid planerad frånvaro av ordinarie personal. Vid oplanerad frånvaro har medarbetare i tjänst mandat att ringa in timvikarier och intervjuade medarbetare uttrycker att det fungerar väl. Skulle man hamna i en situation där man inte kan lösa bemanningsfrågan vänder man sig till gruppleddare i första hand, verksamhetschef i andra hand samt till trygghetsjouren utanför kontorstid. Rutin för detta finns och är förankrad hos intervjuade medarbetare.</p>
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare 3. Godkänd	<p>Inom Humaniora vård och omsorg finns möjlighet att använda stödfunktioner på HR-avdelningen vid rekrytering. Detta är något som är förankrat.</p>
Introduktion av nya medarbetare 3. Godkänd	<p>Rutin samt checklista finns för introduktion av nya medarbetare. En handledare utses i ordinarie personalgrupp som ansvarar för den praktiska introduktionen. Brandskyddskontrollanten ansvarar för introduktion av verksamhetens systematiska brandskyddsarbete och gruppleddare stöttar vid behov i samtliga delar.</p> <p>Skriftligt material ges till nya medarbetare. Uppföljning av introduktionen sker och dokumenteras, vilket beskrivs i rutin.</p>
Kompetensutveckling 3. Godkänd	<p>En övergripande kompetensinventering är genomförd för samtliga medarbetare inom Humanioras grupp- och servicebeståder som gjordes i samband med medarbetarsamtal. Denna ligger till grund för beslut om individuell kompetensutveckling utifrån identifierade behov. Inom de områden där inventeringen visat att det finns gemensamma behov av kompetensutveckling har detta utgjort underlag för verksamheternas gemensamma generella kompetensutvecklingsplan. Värdet av genomförd kompetenshöjande insats följs upp i samband med nästkommande medarbetarsamtal.</p> <p>Kompetensinventeringen som är gjord kommer ligga till grund för planerad kompetensutveckling löpande under kommande år. Verksamhetschef beskriver att när någon medarbetare slutar ser man tydligt vilken kompetens denne besatt och</p>

Delområde	Kommentar
	<p>kan då ta ställning till om det fortsatt finns behov av denna kompetens och i så fall tas hänsyn till detta vid rekrytering. Genom omvärldsbevakning och analys av innevarande års styrkor och utmaningar kompletteras underlaget för kompetensutvecklingsplan inför kommande verksamhetsår.</p> <p>Vid nyrekrytering har verksamheten krav på formell kompetens som undersköterska eller motsvarande. Högre utbildning är meriterande, men inget krav.</p> <p>Intervjuade medarbetare uttrycker att man själv har tilldelats mandat från chef att anmäla sig till de kurser som erbjuds av Carpe.</p> <p>Samtliga medarbetare har individuella kompetensutvecklingsplaner som upprättas, följs upp och revideras i samband med medarbetarsamtal.</p>

## Samverkan

Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens interna samverkan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Rutiner finns som beskriver intern samverkan. En särskild pärm finns framtagen för att medarbetare på ett enkelt sätt ska se hur olika återkommande moment ska utföras. Överrapportering sker i samband med passbyte och verksamheten har en stor planeringstavla där veckans planerade händelser framgår. Personal som tjänstgör på söndagar ansvarar för att fylla i tavlan inför kommande vecka. Schemalagd mötestid varannan vecka är också forum för intern samverkan. Mötesplanering finns, agenda följs och fattade beslut följs upp.</p>
<p>Verksamhetens externa samverkan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Rutin för extern samverkan finns. Externa samverkansparter har identifierats och beskrivs i rutin. Samverkan med ansvarig LSS-handläggare fungerar mycket väl upplever båda parter. Rutinen är förankrat i medarbetargruppen.</p>

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Kvalitet finns som stående punkt på APT-agendan. Medarbetare har då möjlighet att lyfta behov av reviderade rutiner och beslut fattas gemensamt om detta. Även rapporterade avvikelser lyfts under denna agendapunkt, bakomliggande orsaker diskuteras och beslut tas om åtgärder.</p> <p>Verksamhetschef samverkar även i kvalitetsfrågor med övriga chefer i Humaniora vård och omsorgs LSS-verksamheter, men även med samtliga chefer inom Humaniora vård och omsorg regelbundet på ledningsgruppsmöten som hålls av avdelningschef tillsammans med förvaltningschef.</p> <p><u>Rutiner</u></p> <p>Lokala rutiner finns samlade i en pärm i verksamheten. Intervjuade medarbetare beskriver att rutiner för det dagliga arbetet utgör ett bra stöd. Regelbunden genomgång och revidering av rutiner är införd som en aktivitet i verksamhetens årsplanering. Årsplaneringen finns tillgänglig dels i pärm i verksamheten men även digitalt på servern, vilket underlättar revidering.</p> <p>Såväl verksamhetschef som intervjuade medarbetare beskriver att man gemensamt tagit fram de lokala rutiner som finns. Detta gör att rutinerna är förankrade i medarbetargruppen. Utifrån årsplaneringen involveras medarbetarna regelbundet i att se över de rutiner som finns och tillsammans med verksamhetschef ta ställning till om rutiner behöver revideras eller är fortsatt aktuella till sitt innehåll.</p> <p><u>Risakanalys</u></p> <p>En lokal rutin för risakanalys finns. Denna beskriver olika aspekter utifrån vilka risker ska bedömas - arbetsmiljö, kvalitet och risker för den enskilde. Riskbedömningar på individnivå följs enligt rutin upp var sjätte månad. Riskbedömningarna lyfts på APT samt är en viktig del i introduktion av nya medarbetare att ta del av. I intervju med medarbetarna framgår det att rutin för risakanalys på individnivå är förankrad. De beskriver att i de fall stora risker identifierats har detta föranlett förlängda APT-möten. I samband med ny brukare ansvarar kontaktperson för att göra en första riskbedömning och utgår då från information i beställningen samt välkomstsamtal som hålls med alla nya brukare. Information om att nya riskbedömningar är gjorda kommuniceras även ut via mail. Intervjuade medarbetare beskriver att tidigare identifierade risker som inte längre bedöms som en risk har tagits bort. Detta visar på att rutin för uppföljning av risker är implementerad och tillämpas. Samtliga brukare har vid uppföljningstillfället en aktuell riskbedömning.</p>

Delområde	Kommentar
	<p>I verksamhetens kvalitetsberättelse framgår det att riskbedömningar även görs på verksamhetsnivå. Det framgår även vad som legat till grund för respektive skattnings samt planerade åtgärder.</p> <p><u>Egenkontroll</u> I verksamhetens kvalitetsberättelse framgår det att flera egenkontroller genomförs regelbundet under året. Resultat av dessa dokumenteras och verksamhetschef har gjort en analys och planerat åtgärder utifrån resultatet. Det framgår även i tillhörande kommentarer vad som legat till grund för bedömningen av respektive egenkontrolls resultat, vilket gör kvalitetsberättelsen lätt att följa. Utöver de egenkontroller som presenteras i kvalitetsberättelsen genomför verksamheten, utifrån sin årsplanering, en stor egenkontroll utifrån checklista som utgår från ett stort antal verksamhetsområden. Egenkontrollen genomförs av verksamhetschef tillsammans med gruppleddare och resultatet återkopplas och diskuteras med samtliga medarbetare på efterföljande APT.</p>
<p>Verksamhetens arbete med avvikelser</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Rutin för avvikelsehantering finns. Särskild pärm är upprättad, där rapportblad samt rutin finns. Avvikelse rapport läggs i avsett fack till chef och rutinen anger att medarbetare mailar chef och meddelar när avvikelse rapporterats. Gruppleddare har ansvar för att inrapporterade avvikelser lyfts på efterföljande APT. I samtal med intervjuade medarbetare framgår det att rutinens innehåll är känt. Gruppleddare beskriver även att uppföljning sker av inrapporterade avvikelser på APT och att rutiner som berörs av planerade åtgärder revideras vid behov.</p>
<p>Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>I huvudsak beskrivs APT samt planeringsdagar som forum för medarbetardelaktighet. Intervjuade medarbetare beskriver att de i stor utsträckning har möjlighet att vara delaktiga i att ta fram rutiner för det dagliga arbetet samt utveckla dessa utifrån behov. Gruppleddare har stort mandat att självständigt tillsammans med medarbetarna identifiera behov av och genomföra förbättringar i verksamheten.</p>


## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
<p>Genomförandeplan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Samtliga brukare har en aktuell genomförandeplan. I de granskade genomförandeplanerna finns insatser med delmål för samtliga insatser och mål som beskrivs i beställningen. Den enskildes delaktighet vid upprättande och uppföljning av genomförandeplan framgår, även om det kan förtydligas ytterligare. Det framgår vid granskning att uppföljning av genomförandeplan sker enligt riktlinjerna. Graden av måluppfyllelse är bedömd och insatsbeskrivningarna reviderade utifrån vad uppföljningen visat. Samtycke för informationsöverföring är dokumenterat och det framgår i vilka frågor respektive aktör får kontaktas.</p>
<p>Social journal</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Social journal förs löpande av samtliga medarbetare. I huvudsak utgår journalanteckningar från insatserna i genomförandeplan samt händelser av betydelse. Vid avvikelse från genomförandeplan framgår att medarbetare sökt bakomliggande orsak. Det framgår även vidtagen åtgärd. Önskemål från den enskilde finns antecknat och vidtagen åtgärd framgår även i dessa fall.</p>
<p>Egenkontroll social dokumentation</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Rutin finns för egenkontroll av social dokumentation, där detta är ett av områdena i den stora egenkontrollen som genomförs regelbundet utifrån checklista. Vid granskning framgår det att egenkontrollen genomförts. Verksamheten har systemmässiga förutsättningar för att genomföra loggkontroll av social journal. Rutin finns och verksamhetschef genomför egenkontroll fyra gånger årligen.</p>



## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
<p>Kontaktmannaskap</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Rutin för kontaktmannaskapet finns och är förankrad i medarbetargruppen. Alla brukare har två utsedda kontaktpersoner och informeras regelbundet om möjligheten att byta. Det framgår i rutinen hur kontaktpersonen ersätts vid frånvaro.</p>
<p>Tillgänglighet och information</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Rutin för mottagande av ny brukare finns och tillämpas i verksamheten. På boendemöte informerar personal om förändringar i verksamheten och därutöver ansvarar kontaktpersonen för att informera brukarna individuellt. Skriftligt material om verksamheten finns som nya brukare får ta del av.</p>
<p>Delaktighet och kommunikation</p>	<p>Behov av anpassad kommunikation inventeras i samband med upprättande av genomförandeplan och dokumenteras däri. Brukarna har på bomöte möjlighet att</p>





Delområde	Kommentar
 3. Godkänd	komma med synpunkter och förbättringsförslag. Agenda finns med detta som en stående punkt, protokoll förs och finns tillgängliga i verksamheten. En medarbetare är bomötesansvarig och är schemalagd så att denne deltar på samtliga bomöten och ansvarar för att inkomna synpunkter och förbättringsförslag lyfts på efterföljande APT.


## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande  3. Godkänd	Värdegrundsfrågor lyfts på APT. Medarbetare har även deltagit i utbildningar via Carpe kopplade till värdegrundsfrågor och extern handledare har under en period handlett personalen kring just bemötande och värdegrundsfrågor. För brukarna är det på bomöten som värdegrundsfrågor kan diskuteras och sker i så fall på förekommen anledning. Personal stöttar i sådana diskussioner. Solna stads kvalitetsdeklaration finns utskriven i den välkomstmapp som nya brukare får. Kvalitetsdeklarationen har även lyfts i medarbetargruppen.
Stöd till närstående  3. Godkänd	Rutin finns för anhörigstöd. Verksamheten beskriver att regelbunden kontakt hålls med anhöriga där det i regel är kontaktperson som håller denna kontakt. Verksamheten har tagit stöd av Solna stads anhörigteam och har även i vissa fall hänvisat anhöriga dit vid behov av stöd.






## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider  3. Godkänd	Brukarna lagar mat i sina egna lägenheter, vid behov med stöd av personal. Vad som ska tillredas planerar brukaren tillsammans med personal oftast i förväg, eller i anslutning till att inhandling sker. Det är brukaren själv som helt avgör vilken mat som ska lagas och hur detta går till ska formuleras i genomförandeplan.
Livsmedelshygien  3. Godkänd	Verksamheten bedriver inte matlagning på ett sådant sätt att egenkontroll gällande livsmedelshygien är aktuellt.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute  3. Godkänd	Önskemål om aktiviteter inventeras i samband med upprättande av genomförandeplan. Stående gemensamma aktiviteter erbjuds två gånger i veckan i gemensamhetslokalen och ett aktivitetsschema finns anslaget så att det framgår vilka aktiviteter som erbjuds och när. Aktivitetsschemat skickas även hem till brukarna. De aktiviteter som erbjuds utgår bland annat från inkomna brukarönskemål under bomöten. En aktivitetsskommitté finns och består av medarbetare från flera LSS-verksamheter inom Humaniora vård och omsorg. Kommitténs uppdrag är att utifrån inkomna brukarönskemål planera aktiviteter som kan främja sociala relationer. Flera exempel beskrivs, såsom disco och grillkväll.

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess  3. Godkänd	Skriftlig rutin för tystnadsplikt och sekretess finns. Rutinen lyfts regelbundet i medarbetargruppen. Samtliga medarbetare skriver under att de tagit del av rutinen och förstått dess innebörd.
Nyckelhantering  3. Godkänd	Rutin finns och tillämpas i verksamheten.
Privata medel  3. Godkänd	Rutin finns för hantering av privata medel. Överenskommelse upprättas med eventuell företrädare och förvaras i personakt.
Larm  3. Godkänd	Funktionskontroll genomförs av larm i verksamheten, vilket även dokumenteras.
Hot och våld  3. Godkänd	Rutin finns för hot och våld. Rutin finns även för våld i nära relation och i samtal med medarbetarna framgår det att rutinen är förankrad. Verksamheten beskriver även att anhörigstödet har kontaktats för stöd i sådana frågor.

# Rapport: Avtalsuppföljning 2022

---

VÄSTRA VÄGEN 5-7



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	8

## Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en uppföljning varje år, i syfte att säkerställa kvaliteten i de verksamheter som har avtal med omvårdnadsförvaltningen. Västra vägen 5-7 drivs av Patia AB som vann upphandlingen av driften av verksamheten med driftstart juli 2020. Verksamheten är en gruppbostad för personer som har beslut om bostad med särskild service enligt 9 § punkt 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Inriktningen är mot personer med autism eller autismliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS.

Fem brukare bor i verksamheten. Personalutrymmen finns bestående av kontor för dokumentation och förvaring, samt omklädningsrum och sovrum för personal med sovande jour.

### Metod för uppföljning

Årets uppföljning har bestått av tre delar. Den första delen har bestått av uppföljning av verksamhetens arbete med utvecklingsplan baserad på 2021 års avtalsuppföljning. Den andra delen har bestått av granskning av social dokumentation. Den tredje delen har bestått av uppföljning av anbud. Utförare som har avtal med Solna stad enligt LOU, har i anbuderna beskrivit sitt planerade arbete utifrån upphandlingens förfrågningsunderlag.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att, utöver område social dokumentation, har nya bedömningar endast gjorts för de delområden där utvecklingsområden identifierades under föregående års uppföljning. För delområden som föregående år bedömdes som godkända har ingen ny bedömning gjorts.

Omvårdnadsförvaltningen har genomfört platsbesök med intervju av verksamhetschef, medarbetare samt granskning av social dokumentation. Granskning har utgått från verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen samt uppfyllelse av anbud. Vid granskning av uppfyllelse av anbud har även fokusområden valts ut för respektive verksamhet där en fördjupad uppföljning genomförts.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Utvecklingsområdena som utgår från anbud står tydligt markerade. Anledningen till att dessa särskiljs är att de baserar sig på utförarens beskrivna arbetssätt utifrån anbud och är ofta inte direkt korrelerade till avtal, lagkrav, riktlinjer och Solna stads anvisningar. Det innebär också att ett identifierat utvecklingsområde utifrån anbud, inte påverkar om ett område eller delområde bedöms som godkänt eller inte.

Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 15 februari 2023.

## Sammanfattande bedömning

Verksamheten har sedan driftstart haft en del förändringar i bemanningen. Framst gällande verksamhetschef och platschef, men även vad det gäller medarbetare. Trots det upplever förvaltningen att det finns stabilitet i verksamhetens ledning och i medarbetargruppen vilket bedöms vara en stabil grund att fortsätta utveckla verksamheten utifrån.

Många förbättringsarbeten har genomförts under året och flera är planerade framöver. Dialogen med kvalitetsutvecklare har löpande varit god, präglats av snabb och tydlig återkoppling och verksamheten har inkommit med efterfrågad dokumentation samt deltagit i de samverkansforum de blivit kallade till.

Verksamheten behöver arbeta vidare med några utvecklingsområden som identifierades i samband med årets avtalsuppföljning. Det har även identifierats utvecklingsområden utifrån anbud.

### Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 15 februari 2023. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur detta arbete fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året vid behov.

## Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.




Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Verksamhetens organisation och ledning
	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens interna samverkan
	Verksamhetens externa samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
	Delaktighet och kommunikation
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Möjligheter att påverka mat och måltider
	Livsmedelshygien
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Tystnadsplikt och sekretess
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Larm
	Hot och våld
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

## Bedömningsanvisningar






### Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.























-  För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
-  Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
-  Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

### Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

-  1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
-  2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
-  3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
-  4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
-  5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

## Bedömning

Område	Resultat 2021	Resultat 2022
Ledning och organisation	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	 3. Uppfyller kraven delvis	 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 3. Uppfyller kraven delvis	 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	 3. Uppfyller kraven delvis	 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	 3. Uppfyller kraven delvis	 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	 Bedömning ej genomförd	 4. Uppfyller kraven

## Ledning och organisation

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas. Utvecklingsområden finns utifrån anbud i form av rekrytering av stödpedagog och samordnare.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - stödpedagog i verksamheten
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - samordnare i verksamheten

## Personal och utbildning

### ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska avsluta det påbörjade arbetet med att säkerställa att samtliga medarbetare har individuella kompetensutvecklingsplaner.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Förtydliga och förankra frånvarorutin
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Säkerställ individuella kompetensutvecklingsplaner för samtliga medarbetare

## Samverkan

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

### ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska fortsätta implementeringen av påbörjade åtgärder för ökad följsamhet av rutin för rapportering av avvikelser.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Öka följsamhet till rutin för rapportering av avvikelser

## Social dokumentation

### ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska säkerställa utvecklandet av den sociala journalföringen så som beskrivs i rapporten.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Röd tråd mellan utredning, genomförandeplan, riskanalys och bemötandeplan
✓ Aktiviteten är slutförd.	Öka kompetensen hos medarbetarna gällande social journalföring

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Aktuella datum i genomförandeplan
✓ Aktiviteten är slutförd.	Utveckla dokumenterat samtycke
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla social journalföring

## Självbestämmande och integritet

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas. Utvecklingsområde finns utifrån anbud.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - struktur för att erbjuda samtalstid med kontaktman
✓ Aktiviteten är slutförd.	Brukarmöten
✓ Aktiviteten är slutförd.	Skriftligt material om verksamheten
✓ Aktiviteten är slutförd.	Implementera arbetet med individanpassad kommunikation
✓ Aktiviteten är slutförd.	Rutin för löpande information till brukare och företrädare
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - utveckla individanpassat teknisktöd

## Bemötande och anhängstöd

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Mat och måltider

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Aktiviteter och fritid

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas. Utvecklingsområde finns utifrån anbud.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anbud - utveckla struktur för individuella aktiviteter

## Säkerhet

### ● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

## Ekonomisk kontroll

### ● 4. Uppfyller kraven



## Underlag bedömning

### Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning 3. Godkänd	Verksamhetschef har adekvat högskoleutbildning. Verksamhetschef närvarar i verksamheten i den utsträckning som utlovats. Intervjuad medarbetare har kännedom om ledningsstrukturen och är även medveten om Patias chefsberedskap som utanför kontorstid har chefsansvar och mandat. Namngiven ersättare finns vid planerad frånvaro av chef. Rutiner finns för att säkra kvaliteten i händelse av chefsbyte och en tydlig fördelning av mandat och uppdrag för de olika chefsleden finns beskrivet i funktionsbeskrivningar.  <u>Anbud</u> Stödpedagog finns ej anställd i verksamheten vid uppföljningstillfället, vilket inte är i enlighet med anbud. Tidigare anställd stödpedagog slutade mars 2022. Verksamheten är i processen att rekrytera en ny stödpedagog, men har ej genomfört det ännu. Detta är ett utvecklingsområde utifrån anbud.  <u>Anbud</u> Vid uppföljningstillfälle finns ej samordnare anställd i verksamheten. Verksamheten avser att rekrytera en samordnare.
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov 3. Godkänd	Verksamheten har schemalagd mötestid varannan vecka. Vartannat möte är APT och vartannat möte är så kallat verksamhetsmöte, där frågor kring brukarna avhandlas. Detta är ett tydligt sätt att dela upp frågorna, så att både personalfrågor och brukarfrågor ges utrymme. Samtliga möten protokollförs och fattade beslut följs upp på nästkommande möte som en stående agendapunkt. Protokoll finns tillgängliga för dem de berör såväl digitalt som utskrivna i pärm. Medarbetare som ej deltagit på möte är ålagda att ta del av protokoll och signera att man så gjort, vilket chef följer upp.
IVO-tillstånd 3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd från IVO att bedriva verksamheten. Områdeschef står vid uppföljningstillfälle som föreståndare för verksamheten, vilket framgår i tillståndsbeviset. Verksamhetschef som vid uppföljningstillfället nyligen påbörjat sin anställning, kommer därefter stå som föreståndare på tillståndet.

### Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning 3. Godkänd	Frånvarorutin finns och har förtydligats sedan föregående års uppföljning. Vid intervju med medarbetare framgår att rutinen förankrats i verksamheten.  Verksamhetschef ansvarar för att säkra bemanningen på kort sikt med stöd av medarbetare. Vid akut oplanerad frånvaro finns rutin där medarbetare som tar emot frånvarorapport från kollega har mandat att självständigt boka in ersättare och intervjuad medarbetare har kännedom om rutin för kontakt med chefsberedskap utanför kontorstid. I första hand bokas ordinarie personal in för en så hög personalkontinuitet som möjligt, men introducerade timvikarier finns även tillgängliga som har arbetat länge i verksamheten.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för rekrytering av nya medarbetare, vilken tillämpas.
Introduktion av nya medarbetare 3. Godkänd	Rutin för introduktion av nya medarbetare finns. Skriftligt material lämnas till ny medarbetare i samband med anställning. Dels ett omfattande material som innehåller information om företaget, sekretessbestämmelser, värdegrund, kvalitetsarbetet i verksamheten, rutiner för rapportering enligt lex Sarah med mera. Dels en checklista som medarbetaren tillsammans med utsedd handledare ansvarar för att gå igenom under de tre introduktionspassen. Vissa delar i checklisten går medarbetare igenom med chef. Efter genomgången introduktion följs denna upp av handledare där introduktionsmaterialet innehåller ett uppföljningsdokument där detta dokumenteras. Ett par månader efter introduktion har verksamhetschef ett avstämningssamtal med ny medarbetare och därefter betraktas introduktionen som avslutad.

Delområde	Kommentar
	<p><u>Anbud</u> Verksamheten arbetar enligt anbud med introduktion av nya medarbetare. Vid intervju framgår att både medarbetare och verksamhetschef påbörjat sin anställning under det senaste året och har fått introduktion enligt så som beskrivet i anbud. Medarbetare har fått en handledare som stödjer under introduktionen samt under efterföljande period. Verksamhetschef har fått mentor som stödjer ny verksamhetschef i sitt arbete under första året.</p>
<p>Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har en generell kompetensutvecklingsplan som följs upp och revideras årligen, vilket även kontrolleras i samband med den årliga egenkontrollen som genomförs av kvalitetsansvarig inom Patia LSS. Stödpedagog som tjänstgjort i verksamheten har haft i uppdrag att inom ramen för sitt uppdrag löpande identifiera behov av kompetensutveckling samt rapportera detta till chef. Efter att stödpedagog slutat sin anställning på verksamheten, har medarbetare gemensamt påtalat behov av kompetensutveckling med utgångspunkt från brukarnas stödbehov. Detta har sedan utgjort underlag till den generella kompetensutvecklingsplanen. Medarbetarna görs också delaktiga i att identifiera generella behov av kompetensutveckling bland annat genom diskussion på APT samt gemensam utredning av rapporterade avvikelser.</p> <p>Individuella kompetensutvecklingsplaner upprättas och följs upp i huvudsak i samband med medarbetarsamtal. Vid uppföljningstillfället har inte samtliga medarbetare en individuell kompetensutvecklingsplan. De medarbetare som saknar detta har ännu ej hunnit ha medarbetarsamtal med nyanställd verksamhetschef, men då detta genomförs kommer individuella kompetensutvecklingsplaner att upprättas även för dem.</p> <p><u>Anbud</u> Enligt anbud ska verksamheten ha extern handledning utifrån värdegrund och brukarperspektiv två gånger per år. Vid uppföljning framgår att handledning har genomförts vid ett tillfälle under 2022, dock från en intern handledare. Ett ytterligare handledningstillfälle med en extern handledare finns inplanerat.</p>

## Samverkan

Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutin för intern samverkan där strukturen för hur och mellan vilka samverkan ska ske internt. Tid finns avsatt i schemat för överrapportering mellan medarbetare.</p>
<p>Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutin för extern samverkan som beskriver med vilka externa aktörer samverkan sker, på vilket sätt och gällande vilka frågor.</p>

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd</p>	<p><u>Rutiner</u> Rutiner finns på övergripande nivå inom Patias kvalitetsledningssystem. Verksamhetschef och gruppchef utarbetar verksamhetens lokala kvalitetsledningssystem utifrån dessa. Medarbetare uppmanas att löpande rapportera behov av nya rutiner, eller revidering av befintliga, vilket utgör underlag för efterföljande diskussion och beslut på kommande APT. Verksamheten beskriver även avvikelse- och klagomålshanteringsprocesserna som viktiga arbetssätt för att identifiera behov av reviderade rutiner. Patias kvalitetsansvarige har i uppdrag att bevaka behov av revidering av övergripande rutiner utifrån till exempel lagändringar eller nya föreskrifter inom vård och omsorg. Verksamhetschef får i dessa fall i uppdrag att utifrån detta revidera eller upprätta rutiner i det lokala kvalitetsledningssystemet.</p> <p>Verksamhetens lokala rutiner finns tillgängliga för medarbetarna dels digitalt men även lättillgängliga i pärm. Medarbetare introduceras i lokala rutiner i samband med introduktion. Vid revidering av rutiner lyfts detta på APT. Verksamheten har även i sin årsplanering att ett par lokala rutiner ska lyftas varje månad, som ett arbetssätt för att rutinerna ska vara ständigt förankrade och som en egenkontroll för att säkerställa att rutinerna är aktuella.</p> <p><u>Egenkontroll</u> Inom Patia genomförs årligen en egenkontroll som omfattar områdena ledning,</p>

Delområde	Kommentar
	<p>socialtjänst, hälso- och sjukvård, kompetens och samverkan. Egenkontrollen utgår från en så kallad kvalitetsmanual som revideras årligen utifrån förändringar i Patias övergripande kvalitetsledningssystem. Det är kvalitetsansvarig inom Patia som genomför egenkontrollen i verksamheten och återkopplar resultatet till verksamhetschef för vidare analys och åtgärd. Utöver denna egenkontroll sker en central granskning årligen av social dokumentation, vilken även den genomförs av Patias kvalitetsansvarige. En bedömningsmall används och granskningen omfattar såväl statistik i form av exempelvis antal aktuella genomförandeplaner, men det görs även en kvalitativ bedömning av dokumentationens innehåll.</p> <p>Utöver dessa övergripande egenkontroller genomförs lokala egenkontroller utifrån årsplanering inom dokumentation (journalanteckningar och loggkontroll), genomgång av rapporterade avvikelser på APT, genomgång av aktuella riskanalyser på individ- och verksamhetsnivå samt självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner.</p> <p><u>Risikanalys</u> En utförlig lokal rutin för riskanalys finns i verksamheten. Rutinen beskriver hur risker bedöms på såväl individ- som verksamhetsnivå. Exempel på situationen som bör föranleda en riskanalys beskrivs i rutinen som stöd för chef och medarbetare. Verksamheten gör skillnad på <i>risikanalys</i>, där fokus är risker för verksamhetens kvalitet och <i>riskbedömning</i> som omfattar arbetet med risker ur ett arbetsmiljöperspektiv. Rutinen beskriver stegvis hur riskanalysen ska genomföras, hur förankring i verksamheten ska ske och med vilka intervall och hur uppföljning ska ske.</p> <p>På APT finns riskanalys med som en stående punkt. Där uppmanas medarbetare vara delaktiga i att löpande identifiera tidigare okända risker och det är även ett forum för att utvärdera vidtagna åtgärders effekt för att minska identifierade risker. Exempel på områden där riskanalys ska göras på brukarnivå är hot och våld, fall, inflytt av ny brukare, inför nya aktiviteter samt skyddsåtgärder. Exempel på områden där riskanalys ska göras på verksamhetsnivå är införande av nya metoder, nya produkter, inför längre ledighetsperioder avseende bemanning och då medarbetare uppmärksammat arbetsmoment som innebär en risk.</p> <p><u>Anbud</u> Vid intervju framgår från både medarbetare och chef att verksamheten arbetar aktivt med brukarundersökning årligen i syfte att hela tiden utveckla verksamheten.</p>
<p>Verksamhetens arbete med avvikelser</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Lokal rutin för avvikelshantering finns. Rutinen beskriver såväl syftet med avvikelshantering som hur rapportering sker. Rutinen beskriver även hur förfarandet vid rapportering enligt lex Sarah ser ut. Rapportering och övrig dokumentation sker digitalt. Verksamhetschef beskriver att rutin för rapportering av avvikelser har förankrats i samband med introduktion av nya medarbetare samt löpande på APT. Rapporterade avvikelser kategoriseras, vilket skapar förutsättningar för övergripande analys. Förankring av rutin för avvikelshantering samt lex Sarah sker i samband med introduktion av ny medarbetare och därefter minst årligen enligt verksamhetens årsplanering.</p> <p>Analys utifrån rapporterade avvikelser sker ibland tillsammans med medarbetarna på APT, där bakomliggande orsaker identifieras och åtgärdsförslag tas fram. För vissa avvikelser är det platschef som tillsammans med verksamhetschef fattar beslut om åtgärd, vilket kommuniceras till medarbetarna på APT. Uppföljning att planerade åtgärder genomförts av utsedd person följs upp på efterföljande APT. Vikarier har ansvar att ta del av minnesanteckningar och signerar då så skett.</p> <p>Likt föregående år beskriver verksamhetschef att ett identifierat utvecklingsområde fortsatt är att öka följsamhet till rutin för rapportering av avvikelser, så att dessa dokumenteras och kan utgöra underlag för diskussion på APT och beslut om förbättringsåtgärder. Verksamheten har planerat åtgärder som ännu inte är implementerade till fullo, såsom en ombudsroll med ansvar för kvalitetsarbete samt en planeringsdag med fokus på avvikelshantering.</p>
<p>Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Utöver dialog i det dagliga arbetet, där verksamhetschef finns tillgänglig och kan fånga upp medarbetarnas tankar för dialog, så är de formella sammanhang för delaktighet främst APT, verksamhetsmöten och planeringsdagar. Medarbetarna är delaktiga i att identifiera bakomliggande orsaker och att fatta beslut om åtgärder i samband med inkomna avvikelser, de är delaktiga vid riskanalyser och arbetar tillsammans med chef med resultatet av genomförda egenkontroller. Vid intervju framgår det att verksamheten även har ett kvalitetsombud i medarbetargruppen med särskilt fokus på det systematiska kvalitetsarbetet.</p>

Delområde	Kommentar
	<p>Intervjuad medarbetare beskriver att man som medarbetare både uppmanas och tillåts vara delaktig och att sådant man lyfter med chef leder till gemensam diskussion och beslut om åtgärd. Medarbetarnas erfarenheter beskrivs också som avgörande för att identifiera behov av nya eller reviderade rutiner och flera exempel ges på rutiner som kommit till stånd just utifrån att medarbetare lyft sådant behov.</p> <p><u>Anbud</u> Verksamheten arbetar aktivt med ombudsroller så som beskrivet i anbud. Inom verksamheten finns medarbetare med rollerna kvalitetsombud och dokumentationsstödjare, aktivitetsombud, skyddsombud, kognitivt ombud, teknikombud och brandombud.</p>

## Social dokumentation

Delområde	Kommentar
<p>Genomförandeplan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Lokal rutin för social dokumentation bedöms utgå från såväl SOSFS 2014:5 som Solna stads riktlinjer för social dokumentation. Rutinen förtydligar även den röda tråd som ska finnas mellan beställning, genomförandeplan och social journal på ett föredömligt sätt.</p> <p>Samtliga mål i beställningen finns adresserade i granskade genomförandeplaner. Den enskildes delaktighet vid upprättande av genomförandeplan samt datum för uppföljning framgår vid granskning. Hur insats ska utföras beskrivs i genomförandeplanen. En del relevant information finns i de kompletterande bemötandeplanerna samt riskanalyser på individnivå. Hänvisningar till kompletterande information finns i granskade genomförandeplaner. Dessa hänvisningar kan med fördel tydliggöras ytterligare för att befästa genomförandeplanen som det styrande dokumentet. Verksamhetschef beskriver vid intervju att verksamheten arbetat aktivt med att utveckla arbetet med genomförandeplanerna och kommer fortsätta göra det under året i genom fortsatta utbildningar inom social dokumentation under 2022. Verksamheten bedöms ha utvecklat den röda tråden mellan beställning och genomförandeplan sedan föregående år.</p>
<p>Social journal</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Vid granskning framgår det att samtliga medarbetare för social journal och att anteckningar görs löpande. I rutinen framgår tydligt vilka situationer som ska föranleda en journalanteckning.</p> <p>Anteckningar som förs är delvis avvikelser från genomförandeplan och händelser av betydelse. Dock är en del av journalföringen anekdotisk och beskriver allmänna händelser som ej är att betrakta som av vikt. Det finns också exempel där social journalföring används för att kommunicera medarbetare emellan. I granskade journaler framgår inte heller när genomförandeplan har uppdaterats. Detta är utvecklingsområden för verksamheten.</p> <p>Verksamheten har rutin för inhämtande av samtycke för informationsöverföring och dokumenterat samtycke finns för samtliga brukare. Från föregående år har verksamheten uppdaterat samtyckesblankett för informationsöverföring. Samtyckesblankett inkluderar nu tydligt med vem sekretessbrytande informationsöverföring får ske samt i vilka frågor</p>
<p>Egenkontroll social dokumentation</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Egenkontroll av social dokumentation genomförs dels i samband med Patias årliga egenkontroll som genomförs av kvalitetsansvarig inom Patia. Utöver detta genomför verksamhetschef regelbundet egenkontroll genom stickprov. Enligt rutin ska verksamhetschef inom två månader upprätta en åtgärdsplan utifrån identifierade utvecklingsområden. I intervju med verksamhetschef och medarbetare framgår det att social dokumentation är identifierat som ett utvecklingsområde. En utbildningssatsning som påbörjats under 2021, fortsätter under hösten 2022.</p>

## Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
<p>Kontaktmannaskap</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Skriftlig beskrivning av kontaktmannens uppdrag finns. Alla brukare har en utsedd kontaktman. Det framgår i rutin hur kontaktmannen ersätts vid frånvaro, där det finns en namngiven ersättare för samtliga brukares kontaktman. Rutinen beskriver även att brukaren ska informeras i god tid vid de tillfällen ordinarie kontaktman ej</p>

Delområde	Kommentar
	<p>är i tjänst och ersättaren träder in i dennes ställe. Verksamheten schemalägger så kallad egentid där brukare och kontaktman ska kunna umgås och etablera en förtroendefull relation. Nya brukare informeras om rätten att välja kontaktman.</p> <p><u>Anbud</u> Vid intervju framgår att verksamheten erbjuder brukare två timmar samtalstid med kontaktman veckovis. Intervjuad medarbetare och chef beskriver att det inte finns ett strukturerat arbetssätt för att erbjuda samtalstillfällena, vilket är ett område verksamheten avser utveckla vidare. Detta är ett utvecklingsområde utifrån anbud.</p>
<p>Tillgänglighet och information</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har lokal rutin för mottagande av ny brukare. Förändringar och väsentlig information ges till brukare dels individuellt via kontaktman, men även via whiteboard där bland annat information om vilka som tjänstgör anges med bild och pictogram. Verksamheten beskriver ett pågående arbete med att implementera arbetssätt för sociala berättelser, samtalsmattor och ökad användning av bildstöd under hösten 2021.</p> <p>Verksamheten har skapat ett väl avvägt skriftligt material om verksamheten att lämna till nya brukare. Det finns även rutiner som beskriver hur medarbetare ska agera i samband med inflyttning av nya brukare. Verksamhetschef skickar ut skriftliga månadsbrev till brukare och företrädare om förändringar i verksamheten. Verksamhetschef har också en nära dialog med företrädare löpande.</p>
<p>Delaktighet och kommunikation</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har regelbundna brukarmöten varje tisdag som dokumenteras och finns tillgängliga i gemensamma utrymmen. I verksamhetens rutin för nya brukare anges hur behov av anpassad kommunikation ska inventeras och beaktas då insats utförs. Inventering och kartläggning har genomförts under 2021. Under 2022 har implementering genomförts där det blivit en naturlig del av brukarnas genomförandeplan och bemötandeplan. Vid intervju framgår att verksamheten har tagit stöd av både Humaniora hälso- och sjukvårdsteam samt habiliteringen i arbetet med individanpassad kommunikation.</p> <p><u>Anbud</u> Verksamheten arbetar i enlighet med anbud när det gäller kognitivt stöd där det utsedda kognitiva ombudet har en viktig funktion. Ombudet delger kunskap och stöd till medarbetargruppen om kognitiva hjälpmedel, vilket medarbetare också beskriver i intervju. Kognitivt ombud har högskoleutbildning inom pedagogik och går för nuvarande utbildning i tydliggörande pedagogik.</p> <p><u>Anbud</u> Verksamheten arbetar med teknik som stöd till brukarna i viss mån, exempelvis genom en surfplatta med appar som finns på verksamheten. Det finns även ett utsett teknikombud på verksamheten med särskilt ansvar för införandet av ny teknik. Vid intervju uttrycks att välfärdsteknik är ett område där det finns utrymme för fortsatt utveckling. Ett utvecklingsområde utifrån anbud är därför att systematiskt arbeta med att erbjuda individanpassad teknik för att stödja brukares självbestämmande, delaktighet och kommunikation.</p> <p><u>Anbud</u> Verksamheten har med anledning av pandemin inte påbörjat arbete med Delaktighetsmodellen, vilket finns beskrivet i anbud. Det är inte att betrakta som ett utvecklingsområde med anledning av de begränsningar som funnits. Däremot är det en aktivitet som bör vara prioriterad för verksamheten att påbörja.</p>

## Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
<p>Bemötande</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Ett värdegrundsombud finns utsett i verksamheten och uppdragsbeskrivning för denna roll finns centralt inom Patia. Värdegrund är en stående punkt på APT, där värdegrundsombudet tillsammans med verksamhetschef planerar för olika värdegrundsövningar och diskussioner. Ombudet har även i uppdrag att planera och utvärdera arbetet löpande och återkopplar två gånger per år till kvalitetsansvarig inom Patia.</p> <p>Verksamheten har förankrat Solna stads kvalitetsdeklaration hos såväl medarbetare som brukare. I intervju beskriver verksamhetschef att det redan är planerat att de olika punkterna i kvalitetsdeklarationen kommer utgöra underlag för diskussion på de framtida boendemötena, för att konkretisera dessa och hålla diskussionen levande.</p>

Delområde	Kommentar
	<u>Anbud</u> Verksamheten arbetar i stort enligt anbud med värdegrund. Vid intervju framgår att värdegrund och etiska frågor är en central del i verksamheten. Arbetet har varit något haltande på grund av byte av chef samt byte av värdegrundsbud. Ett årshjul med aktiviteter utifrån värdegrundsarbetet finns tillgängligt. Hösten 2022 går ny chef och värdegrundsbud en gemensam utbildning. Därefter kommer även nätverksträffar för värdegrundsbud återupptas.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamhet och/eller platschef har kontakt med samtliga anhöriga minst två gånger per månad. Detta förutsatt lämnat samtycke från den enskilde. Även kontaktman har direktdialog med anhöriga löpande, minst två gånger per månad. Vid APT och verksamhetsmöten finns en stående punkt där man tillsammans inventerar behov av stöd till närstående utifrån den dialog som förts.

## Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	Brukarna får individuellt stöd med samtliga måltider och planerar tillsammans med kontaktman för detta.
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Detta är ej relevant i verksamheten, då denna inte är registrerad som livsmedelsanläggning.

## Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	Aktiviteter planeras individuellt av kontaktman tillsammans med brukaren och utgör underlag för genomförandeplan. Verksamhetschef beskriver att de har brukarmöten varje tisdag som är ett forum för att planera gemensamma aktiviteter för de brukare som önskar delta i sådana.  <u>Anbud</u> Enligt anbud ska två gemensamma och individuella aktiviteter erbjudas per vecka. Vid uppföljning beskrivs att gemensamma aktiviteter erbjuds två gånger per vecka, oftast under helgerna. Även individuella aktiviteter erbjuds varje vecka. Däremot framgår det av verksamhetschef och medarbetare att det planeringsmässigt är svårt att genomföra två individuella aktiviteter för samtliga brukare. Verksamhetschef tillstår att utveckling av struktur för hur de individuella aktiviteterna ska planeras och genomföras är ett utvecklingsområde utifrån anbud.

## Säkerhet

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för tystnadsplikt och sekretess finns. Denna lyfts i samband med anställning samt återkommande enligt årsplanering. Medarbetarna skriver under att man tagit del av och förstått innebörden av denna.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Lokal rutin finns och tillämpas för nyckelhantering.
Privata medel ● 3. Godkänd	Rutin för hantering av privata medel finns. Överenskommelse med den enskilde eller dennes företrädare för hur privata medel ska hanteras finns för samtliga brukare.
Larm ● 3. Godkänd	Lokal rutin finns för de larm som finns i verksamheten. Rutin för regelbunden funktionskontroll av larm finns och tillämpas.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för hot och våld. Denna innefattar hot och våld mellan brukare, från närstående och från personal. Rutinen beskriver även hur medarbetare ska agera vid misstanke om hot eller våld i nära relation.

## Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Rating 86
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Beslutade arbetsgivaravgifter: 2022-09 752 679 2022-10 787 333 2022-11 827 892



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2023-02-27  
ON/2023:23

## Omvårdnadsnämndens patientsäkerhetsberättelse 2022

### Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen för 2022.

### Sammanfattning

Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att beskriva patientsäkerhetsarbetet och ge vårdgivaren och huvudmannen bättre kontroll över verksamheternas patientsäkerhetsarbete.

Patientsäkerhetsberättelsen är en beskrivning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet som har skett under föregående år, vilka åtgärder som gjorts för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som er nått. För ingående information om verksamheternas patientsäkerhetsarbete hänvisas till respektive berättelse. Verksamheterna får via månadsenkäter och årlig uppföljning redovisa det pågående patientsäkerhetsarbetet till Solna stads MAS och MAR.

Arbetet med att förebygga vårdskador fortsätter under 2023 där bland annat riskbedömningar i Senior alert med åtgärder och uppföljningar är ett fortsatt mål för vård- och omsorgsboende. För att det förebyggande arbetet ytterligare ska förbättras är analys av resultat av den vårdpreventiva processen avgörande. Analysarbetet kommer därför att specifikt följas under 2023. Utvecklingen av den palliativa vården och användandet av Nationell vårdplan för palliativ vård, NVP, på vård- och omsorgsboenden fortsätter. I svenska palliativregistret är målet att öka antalet smärtskattningar och förbättra övriga kvalitetsindikatorer. Antalet BPSD-registreringar har sjunkit under året och behöver öka under 2023.

### Handlingar

Omvårdnadsnämndens patientsäkerhetsberättelse 2022

Elisabet Sundelin  
Förvaltningschef

Emma Peters  
Medicinskt Ansvarig sjuksköterska

Maria Niles Sundby  
Medicinskt ansvarig för rehabilitering



# Patientsäkerhetsberättelse 2022

---

OMVÅRDNADSNÄMNDEN



## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Övergripande mål och strategier .....	3
Ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	3
Samverkan .....	4
Klagomål och synpunkter.....	4
Egenkontroll .....	4
Vård- och omsorgsboende resultat och analys .....	5
Hälso- och sjukvårdsteam LSS resultat och analys .....	14
Riskanalys .....	18
Utbildning.....	18
Mål och strategier för kommande år .....	18

## Inledning

Enligt 3 kap §10 i Patientsäkerhetslagen ska vårdgivare senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen är en beskrivning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet som har skett under föregående år vilka åtgärder som gjorts för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som nåtts.

Verksamheternas patientsäkerhetsarbete finns detaljerat beskrivet i patientsäkerhetsberättelserna där de även identifierar utvecklingsområden. För ingående information om verksamheternas patientsäkerhetsarbete hänvisas till respektive berättelse.

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

I denna patientsäkerhetsberättelse sammanställs enkätsvar som Solna stads MAS och MAR skickat ut och sammanställt rörande hälso- och sjukvård. Enkäterna har besvarats av Humanioras HSL team LSS, särskilda boenden, LSS-boenden och daglig verksamhet i Solna stad.

Externa utförare har enligt avtal egen MAS och i vissa fall MAR. Huvudmannens MAS och MAR har ansvaret för verksamheter i egen regi.

## Övergripande mål och strategier

### Övergripande mål och strategier

Omvårdnadsnämndens mål för 2022 var att Solnabor som bor på vård- och omsorgsboende ska känna sig trygga, nöjda och få ett gott bemötande. Solnabor med funktionsnedsättning ska kunna leva och bo självständigt under trygga förhållande och ha en aktiv och meningsfull tillvaro.

I avtal som tecknas med Solna stad beskrivs vårdgivarens ansvar för patientsäkerhet, vikten av samverkan med andra vårdgivare och övriga krav som staden ställer för att övergripande mål ska uppnås.

Förvaltningen följer regelbundet upp avtal och överenskommelser som tecknas, använder mått från kvalitetsregister och följer verksamheternas resultat och arbete med att förebygga vårdskador.

## Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

### Omvårdnadsnämndens ansvar

Omvårdnadsnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt följa upp och utvärdera målen.

### Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdsförordningen 4 kap säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

### Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

Legitimerad sjuksköterska med ansvar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. MAS ska upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som ska finnas inom verksamheten. MAS ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med patientsäkerhet och kvalitet. Vidare ska MAS tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för hälso- och sjukvård, att personalen har den kompetens som verksamheten kräver och att patienten får den vård och behandling som ordinerats av läkare. Ansvaret avser den vård och behandling som patienten ges samt de krav som ställs på bland annat läkemedelshandtering, dokumentation, anmälan av skador och teknisk säkerhet.

### Medicinskt ansvarig för rehabiliterings (MAR) ansvar

Legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast eller legitimerad arbetsterapeut med ansvar för att patienterna får en

säker och ändamålsenlig rehabilitering/habilitering av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. MAR ska upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som ska finnas inom verksamheten. MAR ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med patientsäkerhet och kvalitet. Vidare ska MAR tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för hälso- och sjukvård, att personalen har den kompetens som verksamheten kräver och att patienten får den vård och behandling som ordinerats av läkare. Att säkerställa att det finns riktlinjer och rutiner som beskriver en säker användning och hantering av medicintekniska produkter, dokumentation, anmälan av skador samt att ha anmälningskyldighet i tillbud.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar**

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt.

Hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.

## **Samverkan**

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är samverkan med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i överenskommelser.

- Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg av äldre
- Överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Överenskommelse med Region Stockholm för uppsökande tandvård
- Överenskommelse om samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård
- Överenskommelse om rehabilitering, habilitering och hjälpmedel
- Överenskommelse med ansvariga läkarorganisationer
- Överenskommelse om samverkan mellan Solna stads MAS/MAR och extern MAS/MAR

För att underlätta informationsöverföring när en patient skickas från ett särskilt boende till sjukhus ska dokument som ska medföras till sjukhus från vård- och omsorgsboende, såsom vårdmeddelande samt läkemedelslista skickas i en röd mapp märkt med namn och kontaktuppgifter till det aktuella vård- och omsorgsboendet. Detta för att säkerställa att dokument når sjukhuset och underlätta för personal på sjukhus att kontakta ansvarig sjuksköterska på boendet vid behov.

## **Klagomål och synpunkter**

Varje månad redovisar Patientnämnden i Stockholms län inkomna klagomål som rör den hälso- och sjukvård som Omvårdnadsnämnden ansvarar för. Denna redovisning skickas till Solna stads MAS som tar kontakt med berörd verksamhet om uppgift om verksamhet finns att tillgå.

Under 2022 har inga klagomål inkommit till förvaltningen via Patientnämnden.

När klagomål och synpunkter kommer MAS/MAR till känna upprättas ett klagomålsärende som hanteras av berörd verksamheten.

Under 2021 har Inspektionen för vård och omsorg, IVO, genomfört en utökad tillsyn av kommunala vård och omsorgsboenden i Sverige. Tillsynerna har fokuserat på hälso- och sjukvårdsinsatser och medicinsk vård och behandling som utförs på särskilt boende. Solna stad väntar på slutgiltig rapport från IVO.

## **Egenkontroll**

Varje vårdgivare har ett eget ansvar att utföra egenkontroll enligt SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

MAS och MAR i Solna stad följer upp hälso- och sjukvården på vård- och omsorgsboende och LSS bostäder via månadssammanställningar, årssammanställning, kvalitetsregister och verksamhetsbesök.

## Vård- och omsorgsboende resultat och analys

### Hälso- och sjukvård Vård- och Omsorgsboende

#### Vård- och omsorgsboende för äldre

Extern MAS och/eller MAR ska informera Solna stads MAS eller MAR om allvarliga händelser som inträffat i verksamheten som kan föranleda en utredning enligt vårdskada (lex Maria) och förändringar i organisationen.

Utmaningar har funnits i vissa verksamheter under året kopplat till rekrytering av all legitimerad personal. Antalet anställda sjuksköterskor med specialistkompetens är vid tid för uppföljningen 6 vilket är en försämring jämfört med tidigare år. Förvaltningen har i samverkan med KI och verksamheterna erbjudit sjuksköterskor på alla vård- och omsorgsboenden att söka till en uppdragsutbildning för specialistutbildning inom vård av äldre som genomförs på arbetstid. En sjuksköterska på Skoga har tackat ja till erbjudandet och har under våren avslutat sin specialistutbildning inom Vård- av äldre.

Antalet platser på vård- och omsorgsboende. Korttidsplatser finns på Skoga och Polhemsgården. Hallens korttidsplatser är stängda.

Vård- och omsorgsboende	Antal boende (totalt antal platser)	Drivs av företag
Ametisten	80	Vardaga
Berga	61	Ansvar och omsorg
Björkgården	48	Förenade Care
Hallen	53	Förenade Care
Oskarsro	34	Vardaga
Polhemsgården	80	Vardaga
Skoga	88	Humaniora vård och omsorg
Tryggheten	31	Ansvar och omsorg
Hammarby slott	LOV	Hammarbygruppen Vård och omsorg AB
Frösunda	LOV	Attendo

#### Avvikelser HSL

Syftet med avvikelserapportering är att undvika att händelser upprepas och att rutiner förbättras för att höja kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Med en avvikelse menas en icke förväntad händelse som medfört eller skulle kunna medföra risk eller skada.

Avvikelserapport ska skrivas på alla händelser som inneburit vårdskada eller risk för vårdskada.

#### Internutredning

Internutredning genomförs:

- Efter kontakt med anhörig/närstående som inkommit med klagomål
- Vid vårdskada och vid risk för vårdskada

#### Anmälan enligt vårdskada (Lex Maria)

Vid risk för allvarlig vårdskada eller om en allvarlig vårdskada skett anmäler MAS händelsen till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Lex Maria. Extern MAS ska alltid skicka kopia av anmälan till Solna stads MAS.

Vid anmälan om allvarlig vårdskada sker följande:

- Patient och närstående informeras om händelsen
- Anmälan, utredning, åtgärdsplan och eventuella yttranden skickas till IVO
- Omvårdnadsnämndens ordförande och förvaltningschef informeras om anmälan
- Anmälan diarieförs
- Svar från IVO återkopplas till verksamhetschef som informerar berörd personal, patient och närstående
- Svar från IVO återkopplas till Omvårdnadsnämnden

## Rapporteringskyldighet (lex Maria)

Genom att utreda avvikelser arbetar verksamheten för att öka kvaliteten och förbättra patientsäkerheten för att försöka förhindra att avvikelser upprepas i verksamheten.

2022 har två allvarliga händelser om allvarlig vårdskada i Solna stad rapporterats till IVO. Anmälan gällde händelser på Skoga äldrecentrum och Hallen äldreboende. Ärendena är avslutade av IVO och har redovisats till Omvårdnadsnämnden.

Mått	Utfall
Antal anmälningar om vårdskada till IVO	2 <span style="float: right;">■</span>

## Läkemedel

### Läkemedelshantering

Alla vård- och omsorgsboenden har aktuella rutiner för läkemedelshantering.

Uppföljningen visar att 7 av 9 verksamheter har haft kvalitetsgranskning från Apoteket gällande läkemedelshantering under 2022.

Rutiner gällande hantering av läkemedel i det kommunala akutläkemedelsförrådet finns i varje verksamhet.

Rutiner för kontroll av narkotiska preparat finns i alla verksamheter. Svinnet av narkotiska preparat har polisanmälts på Polhemsgården och svinnet har upphört efter insatta åtgärder.

### Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgång genomförs i samband med inflyttning till vård- och omsorgsboende. Därefter genomförs läkemedelsgenomgång en gång per år samt vid behov till exempel efter sjukhusvistelse. Läkaren ansvarar för genomgången men planering och förberedelser sker tillsammans med ansvarig sjuksköterska.

I läkarorganisationernas avtal med Regionen ingår att utföra läkemedelsgenomgångar. I överenskommelsen mellan läkarorganisationerna och vård- och omsorgsboenden finns gemensamma rutiner för detta.

Capio Legevisitten gjorda läkemedelsgenomgångar:

Skoga – 100%

Oscarsro – 100%

Ametisten – 86%

Hallen – 70%

Familjeläkarna gjorda läkemedelsgenomgångar:

Berga -100%

Björkgården - 95%

Frösunda - 97%

Polhemsgården - 90%

Tryggheten - 96%

### Vaccinationer

Varje år erbjuds alla som bor på vård- och omsorgsboende aktuella vaccinationer vilket också skett under 2022. Vaccination sker när ansvarig läkare är på plats på boendet. Registrering sker i Regionens program Vaccinera.

### Läkemedelsavvikelser

Alla vård- och omsorgsboenden har aktuella rutiner för läkemedelshantering och läkemedelsavvikelser.

Under 2022 har 1430 läkemedelsavvikelser rapporteras in varav majoriteten är missade signeringar av givna läkemedel. Detta kan jämföras med 1167 avvikelser 2021.

Under 2022 har alla verksamheterna fortsatt att använda webbutbildningen "Jobba säkert med läkemedel " som en del av delegeringsförfarandet där även ett kunskapstest inkluderas. Att kunskapstest ingår i delegering går i linje med föreskriften gällande läkemedelshantering där det framgår att dokumentation av kunskap ska finnas.

## Delegering

Med delegering avses att en arbetsuppgift som tillhör legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som är formellt och reellt kompetent för uppgiften, genom beslut kan överlåta en enklare hälso- och sjukvårdsuppgift till en annan personal som besitter reell kompetens. Delegering ska dras in om arbetsuppgiften inte utförs enligt rutin och om den inte utförs på ett patientsäkert sätt. Delegering kan åter bli aktuellt efter förnyad utbildning, kontroll av genomförandet av uppgiften så att den utförs patientsäkert. Alla verksamheter har rutiner för uppföljning av delegering.

Behov och lämplighet att delegera i det enskilda fallet kräver alltid en professionell bedömning. För detta svarar sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut. Det är verksamhetschefens ansvar att det finns en lokal rutin som är känd av personalen och att delegeringar är aktuella.

Alla vård- och omsorgsboenden i Solna stad har rutiner för delegering av enklare hälso- och sjukvårdsuppgifter. De flesta delegeringar gäller läkemedelsadministrering. Vid tid för uppföljning är alla delegeringar aktuella.

Ordinerade och/eller delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter signeras i digitalt signeringssystem på Ametisten, Polhemsgården, Hallen och Björkgården. Verksamheter i egen regi kommer att införa digital signering under 2023.

### Delegering av enklare hälso-och sjukvårdsuppgifter

15 delegeringar har dragits in under 2022. Nio av dessa är en direkt åtgärd relaterad till Lex Maria utredningen på Skoga äldrecentrum.

Mått	Utfall
Antal indragna delegeringar	15 <span style="float: right;">■</span>

## Dokumentation

### Journalgranskning

Granskning av dokumentationen vi MAS/MAR enkät 2022 inriktade sig på nyinflyttade patienter.

Under 2022 har det i MAS/MAR månadsenkät till vård- och omsorgsboenden ingått journalgranskning av nyinflyttade patienter kopplat till riskbedömning och åtgärder. Detta för att ytterligare belysa vikten av riskbedömning och att åtgärder sätts in i tidigt skede för att undvika vårdskador. Det sammanslagna resultatet från journalgranskningen visar på att verksamheterna har dokumenterade riskbedömningar gällande undernäring, fall, trycksår och munhälsa i 90-100% av de granskade journalerna inom sju dagar från inflyttning. Aktuella åtgärdsplaner kopplade till aktuella riskbedömningar finns dokumenterade i 60-100% av journalerna. Riskbedömningen kan visa att det inte föreligger risk inom ett visst riskområde och då medföljer ej heller en åtgärdsplan, därav variationen på medföljande åtgärdsplaner.

I 94% av de granskade journaler finns en fysisk funktionsbedömning och ADL bedömning dokumenterad efter 7 dagar.

### NPÖ och Take Care - sammanhållen journalföring

Nationell patientöversikt, NPÖ, gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av utvald journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare. Take Care är journalsystemet som används i de flesta av de regionfinansierade verksamheterna i Stockholms län. 2022 har 9 av 10 verksamheter tillgång till NPÖ, och 7 av 10 har tillgång till Take Care. Detta vilket innebär att alla verksamheter har tillgång till någon form av sammanhållen journal. Möjligheten att ta del av andra vårdgivares journalanteckningar sker efter samtycke från patient. Att majoriteten av verksamheten har den möjlighet stärker patientsäkerheten.

## Informationssäkerhet

Informationssäkerhet inom vård och omsorg innefattar att tillgodose patientens säkerhet och integritet kopplat till personuppgifter och att struktur och åtgärder finns för att uppnå detta i verksamheten.

Årlig rapportering av informationssäkerhetsinsatser ska ske enligt Socialstyrelsens föreskrift om informationshantering (2008:12). I patientsäkerhetsberättelsen ska verksamheterna beskriva hur säkerhetsarbetet bedrivits. Skriftligt informationsdokument för personal finns framtaget för att förtydliga informationen kring

loggkontroller.

## Loggkontroll av dokumentationen

Enligt MAS riktlinjer ska systematisk stickprovskontroll genomföras i verksamheterna. Lokala rutiner för loggkontroller finns i alla verksamheter. I nio av tio verksamheter har loggkontroller genomförts under 2022. Det har inte förekommit obehörig åtkomst till patientjournal under 2022.

## Hygien och smittskydd

Alla verksamheter har rutiner för förebyggande av legionella och för introduktion av ny personal gällande basala hygienrutiner. Verksamheterna har återkommande utbildningar i basala hygienrutiner för tillsvidareanställda och timanställda.

Verksamheterna även tillgång till hygienboxar som på ett pedagogiskt sätt påvisar hur väl medarbetare lyckats med handhygien.

För att underlätta och tydliggöra hantering av skyddsutrustning i samband med vård av patienter med misstänkt eller konstaterad covid uppdaterade förvaltningen en broschyr under 2021 som med bilder och text informerar om basala hygienrutiner och skyddsutrustning utifrån region Stockholm Smittskydds riktlinjer.

Gällande hantering av skyddsutrustning har alla verksamheter regelbunden uppföljning av följsamheten till dessa.

Förvaltningen har under året haft ett nära samarbete med Smittskydd Stockholm och verksamheterna har fått stöd till exempel med frågor kopplat till smittspridning. En riktlinje finns framtagen på Vårdgivarguiden som stöd för kommunal vård- och omsorg kopplat till hanteringen av covid-19.

9 av 10 omsorgsboenden har avtal med Vårdhygien Stockholms län. Det boendet där det saknades avtal får ett avtal gällande fr.o.m. januari 2023.

Spoldesinfektor samt diskdesinfektor rengör material som används i vården och omsorgen såsom urinflaskor och instrument. Att maskinerna används och att detta sker på rätt sätt är viktigt för att godset ska bli tillräckligt rent vilket minskar risken för smittspridning.

Diskdesinfektorer och spoldesinfektorer finns på nio av tio verksamheter. Hammarby slott saknar disk- och spoldesinfektorer.

## Nationell punktprevalensstudie (PPM) av basala hygienrutiner och klädregler

Solna medverkar årligen i en nationell mätning via Sveriges kommuner och Regioner, SKR gällande personalens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete. Mätningen baseras på ”Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvård m.m.” (SOSFS 2015:10). Mätningen 2022 genomfördes i mars.

Moment	2020	2021	2022
Desinfektion före patientnära arbete	83 %	79 %	84 %
Desinfektion efter patientnära arbete	96 %	92 %	97 %
Korrekt arbetsdräkt	96 %	97 %	98 %
Andel fria från ringar	97 %	99 %	98 %

PPM resultatet från 2022 visar på förbättrade resultat gällande den viktiga handdesinfektionen före och efter patientnära arbete. Egenkontroller har skett i alla verksamheter under året.

## Beslutstöd-Visam

Beslutstödet Visam ska användas av sjuksköterskor inom kommunal vård och omsorg i Solna vid bedömning av



försämrat allmäntillstånd. Beslutsstödet ska användas som ett underlag inför bedömning av behov av akutsjukvård och inför kontakt med läkare. Beslutsstödet ger ett strukturerat stöd vid bedömning samt stöd i att säkra informationsöverföringen. Om beslutsstödet används i verksamheterna följs upp av MAS varje månad via månadsenkäten.

Alla verksamheter har fortsatt att använda stödet regelbundet under 2022.

Då flera nya sjuksköterskor kommit till Solna under året genomfördes en utbildning i beslutsstödet Visam och klinisk bedömning våren 2022.

## Vårdprevention

### Fall

Fallolyckor är vanliga bland äldre personer och kan orsaka skador, förlorad självständighet, försämrad livskvalitet och dödsfall. För att förebygga fallolyckor på vård- och omsorgsboende är ett teambaserat förebyggande arbete av största vikt. Fallrisk identifieras och individuella åtgärder genomförs som är riktade mot den äldres individuella riskfaktorer. Fallolyckorna bland äldre kan bland annat relateras till läkemedel, nedsatt muskelstyrka, balans, reaktionsförmåga, kognitiv förmåga, mat- och vätskeintag.

Registrering av fall och frakturer rapporteras varje månad till MAS och MAR via enkät.

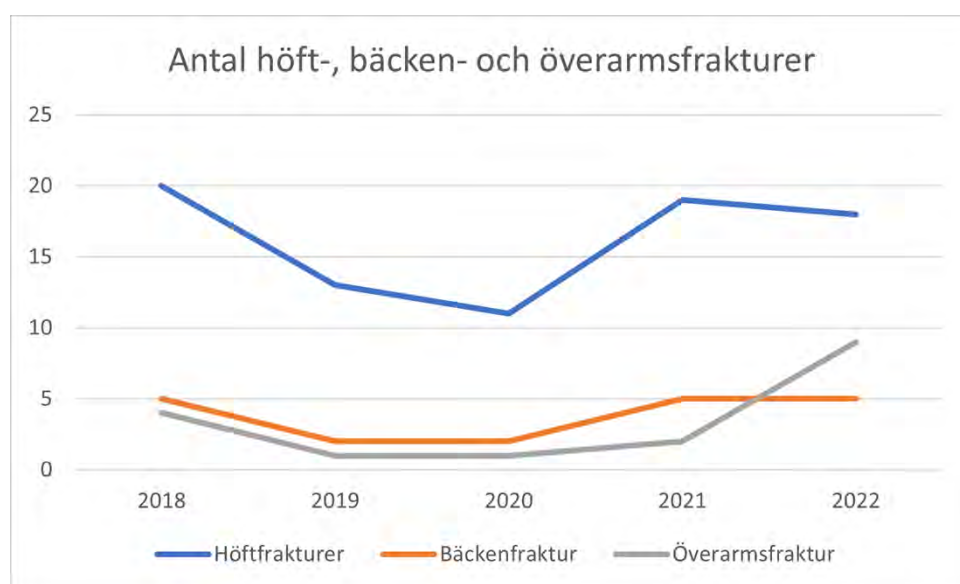
Samtliga vård- och omsorgsboenden har rutiner för att förebygga fall och fallskador. Sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och omvårdnadspersonal arbetar i team med att förebygga och förhindra fallolyckor. En värdering av fallrisk görs med hjälp av bedömningsinstrument. En åtgärdsplan tas fram, genomförs och följs upp på teammöte.

Antalet rapporterade fall de senaste åren:

- 2020 953 fall
- 2021 977 fall
- 2022 932 fall

Totalt anta rapporterade frakturer:

- 2018 36 st
- 2019 33 st
- 2020 20 st
- 2021 33 st
- 2022 39 st



Antalet svåra frakturer är i princip oförändrade under 2022. Det har dock skett en ökning av antalet frakturer där överarmsfrakturer har stått för den största ökningen. Fallmöten med läkare har genomförts på sju boende i olika omfattning. Även om fallmöten ej sker tar sjuksköterska upp inträffade fall i samband med läkarrond.

## Nutrition

Sjuksköterskan ska göra en riskbedömning enligt MNA (Mini Nutritional Assessment) vid inflyttning, var 6:e månad samt vid behov. Åtgärder skall sättas in vid eventuella nutritionsproblem på grund av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med munhälsa mm. Problem med nutritionen ska dokumenteras i en vårdplan. Alla verksamheter har tillgång till dietist.

### Nattfasta

Tiden från dagens sista måltid till nästkommande dags första måltid kallas nattfasta. Nattfastan bör inte överstiga 11 timmar. Under året har nio verksamheter genomfört nattfastemätning. I de mätningar som har genomförts har sammanlagt 422 patienter ingått. Mätningarna visar att av de 422 patienter som ingick hade 13 % ofrivillig nattfasta. Detta är en förbättring från föregående års mätning då siffran var 14%. Uppföljning av nattfastan kommer ske även under 2023.

### Trycksår

Äldre personer med försämrad cirkulation och minskad rörlighet löper stor risk att utveckla trycksår. Förebyggande insatser är därför av största vikt för att undvika de besvär som ett trycksår för med sig för en patient.

I Solna riskbedöms de boende regelbundet via kvalitetsregistret Senior Alert för att upptäcka individer som löper risk för att drabbas. Riskbedömning sker vid inflyttning, var 6:e månad samt vid behov. Därefter sätts förebyggande åtgärder in, såsom tryckavlastande madrass, tillgodose näringsbehov, inspektion av hud regelbundet m.m. Teamets samlade kunskaper är viktigt för att lyckas förebygga uppkomsten av trycksår.

Statistiken som skickas månadsvis till Solna stads MAS och MAR visar precis som föregående år att strax över en fjärdedel av såren 2022 uppkom på annan plats såsom på sjukhus.

Trycksår delas in i fyra olika kategorier:

Kategori 1: Rodnad hud som inte bleknar vid tryck

Kategori 2: Delhudsskada, ytligt sår

Kategori 3: Fullhudsskada

Kategori 4: Djup fullhudsskada

Statistik från kvalitetsregistret Senior Alert visar att ca 80 % av trycksåren är kategori 1 eller 2 och således av yttligare karaktär. Även resultat från månadsenkät gällande trycksår visar att majoriteten av trycksåren som rapporterats under året är kategori 1 och 2.

Statistik från Svenska palliativregistret visar att av de dödsfall på vård- och omsorgsboende i Solna som registrerades 2022 så avled 78 % av patienterna utan trycksår vilket kan jämföras med 2021 då 73% avled utan trycksår. Sammanslaget för kommunerna i Stockholms län visar på ett resultat på 69 %. Socialstyrelsens mål är 90%.

Trycksår kommer fortsättningsvis att följas upp månadsvis av MAS och MAR under 2023. Uppföljning kommer även ske fortsatt via Svenska palliativregistret och följs upp med verksamheterna under året.

## Munhälsa

Riskbedömning av munhälsa ska ske vid inflyttning, var 6:e månad samt vid behov. Det riskbedömningsinstrument som används är ROAG.

Regionen har avtal med leverantör gällande uppsökande verksamhet. Företaget erbjuder årligen patienter en munhälsobedömning på plats på boendet. Tandhygienist som besöker patienter på vård- och omsorgsboenden ger personalen instruktioner om hur den individuella munhälsan ska skötas.

### Senior alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention; prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Under 2022 har riskbedömningar, åtgärdsplaner och uppföljningar genomförts för undernäring, trycksår, fall och munhälsa.

2022 registrerades 522 patienter och 850 riskbedömningar genomfördes. Detta kan jämföras med 2021 då 519

patienter och 858 riskbedömningar genomfördes. 92 % av patienterna bedömdes ha en eller flera risker såsom fall, undernäring, trycksår eller risk för försämrad munhälsa vilket kan jämföras med 93 % 2021. Registrering i Senior Alert gällande andelen utförda åtgärder vid risk minskat under 2022 vilket är ett förbättringsområde under 2023.

92 % av patienterna bedömdes ha en eller flera risker såsom fall, undernäring, trycksår eller risk för försämrad munhälsa.

En majoritet av verksamheterna har god täckningsgrad i Senior Alert. I Senior Alerts publika rapporter angående vårdprevention kan man se att Björkgården och Hallen har en förbättrad andel riskbedömningar medan Skoga har en minskad.

Mått	Utfall
Andel procent med åtgärdsplan vid risk	97 <span style="float: right;">■</span>
<b>Kommentar</b>	
Andel procent med åtgärdsplan vid risk fortsätter att förbättras.	

## Rehabilitering

Rehabilitering är en process som tar sin början efter att en skada, sjukdom eller funktionsnedsättning uppstår eller identifieras. Rehabiliteringsprocessen utgår från individens upplevda aktivitetsbegränsning, behov och intressen. Det innebär ett systematiskt arbetssätt för att utreda och bedöma behov, planera och genomföra insatser samt följa resultat med användning av enhetliga, entydiga begrepp, termer och klassifikationer. En rehabiliteringsprocess har en början och ett slut under en förutbestämd tidsperiod.

Behov av rehabilitering bedöms och åtgärder utförs av arbetsterapeut och/eller fysioterapeut. Arbetsterapeut och fysioterapeut kan även överlåta rehabiliterande åtgärder till vård- och omsorgspersonal via en ordination, med eller utan delegering.

Samtliga verksamheter har en struktur för att säkerställa att rehabiliteringsbehov identifieras, bedöms och att individuella åtgärder utförs.

Tryggheten och Oskarsro har under året arbetat med rekrytering av fysioterapeut och har under tiden använt sig av bemanningsföretag. Rekrytering var vid årsskiftet ej klar.

## Medicintekniska produkter - MTP

Definitionen av medicinteknisk produkt täcker ett brett område. Det kan t.ex. kan vara instrument, apparat, anordning, material eller annan artikel. Förutsättningen är att en medicinteknisk produkt ska användas på människa och ha något medicinskt ändamål t.ex:

- diagnos, övervakning, behandling eller lindring av sjukdom
- behandling, lindring av eller kompensation för en skada eller funktionsnedsättning

Medicintekniska produkter används på alla vård- och omsorgsboende t.ex. hjälpmedel, blodtrycksmanschetter, blodsockermätare m.m. De förskrivs enligt en förskrivningsprocess av fysioterapeut, arbetsterapeut eller sjuksköterska. På boendena utbildas och instrueras omvårdnadspersonal regelbundet i medicintekniska produkters funktion, risker vid användning samt hantering av MTP. Verksamhetschef ansvarar för att det finns rutiner för hur kontroll och registrering av MTP ska genomföras och detta är upprättat på samtliga boende.

Samtliga verksamheter har under 2022 genomfört utbildningar i säkra förflyttningar med lyft.

## Avvikelse gällande medicintekniska produkter (MTP)

År 2022 har inga avvikelser kopplat till MTP rapporterats.

## Fotsjukvård

Den vanligaste diagnosen för att vara berättigad till fotsjukvård är diabetespatienter med befintliga eller begynnande fotproblem. Andra diagnoser är till exempel cirkulationsrubbingar som förorsakat eller riskerar att förorsaka sårbildningar, reumatiska och neurologiska sjukdomar med fotproblem. Vid inflyttning till vård- och omsorgsboende ska sjuksköterskan undersöka fötterna vilket även ska ske årligen för patienter med diabetes vilket sker i samverkan med ansvarig läkare. Är patienten i behov av fotsjukvård skriver sjuksköterska eller läkare en remiss till medicinsk fotsjukvårdare.

Fotsjukvård ingår fr.o.m 2022 i husläkarmottagningarnas uppdrag. Med anledning av detta har MAS riktlinjen gällande fotsjukvård uppdaterats.

## Inkontinens

Sjuksköterskan ansvarar för att utreda problem med inkontinens genom en basal inkontinensutredning och därefter förskriva inkontinenshjälpmedel.

Samtliga verksamheter har rutiner för att kartlägga inkontinens.

Vi ser förbättringsområden för alla verksamheter att arbeta med riskbedömning av blåsdysfunktion i Senior Alert.

## Demens

Gruppboende för personer med demenssjukdom finns på alla vård- och omsorgsboenden utom på Tryggheten.

En verksamhet kan vara Silviacertifierad vilket innebär att alla medarbetare vid en vård- och omsorgsenhet har fått en grundutbildning i demenskunskap. Arbetsledare har utbildats i teamarbete och minst två medarbetare per avdelning har fått reflektionsledarutbildning. Certifiering görs av Silviahemmet. Ametisten, Berga, Björkgården, Hallen, Skoga, Oskarsro och Polhemsgården är Silviacertifierade verksamheter.

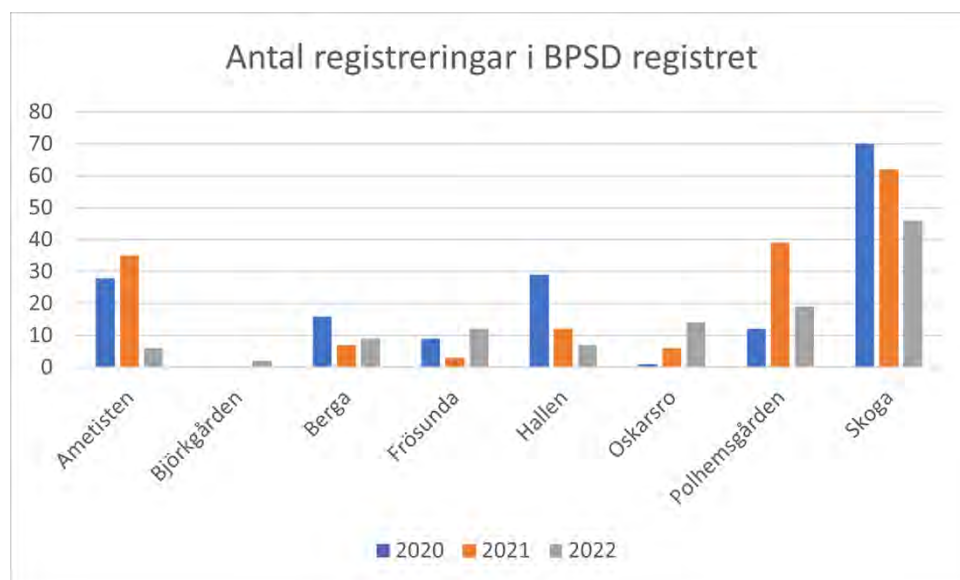
## Registrering i BPSD

Strukturerad uppföljning och utvärdering av Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid demenssjukdom (BPSD) och effekt av insatta åtgärder är prio 1 i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.

BPSD drabbar 90 % av personer med demenssjukdom. Symtomen kan vara oro, aggressivitet, hallucinationer, sömnstörningar m.m. Genom att använda BPSD-registret kan personalen arbeta strukturerat genom att observera, analysera, planera åtgärder, följa upp insatser och på så vis minska BPSD.

Under 2022 genomfördes 118 skattningar i Solna vilket var färre än under 2021 då 126 skattningar genomfördes.

Översyn av utbildningsbehov och stöttning till verksamheterna behöver ses över i samråd med demenskoordinator, förvaltning och verksamheterna under 2023.



## Palliativ vård

Verksamheterna i Solna arbetar med Nationell vårdplan för palliativ vård, NVP, ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov och kvalitetssäkra vården. Arbetet sker i samverkan med ansvarig läkare.

I verksamheterna finns palliativa ombud som har särskilt uppdrag att tillsammans med kollegor och ledning arbeta för att utveckla den palliativa vården.

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå registrera kvalitetsindikatorer och mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete.

Andel registreringar i Palliativa registret där dokumenterad validerad smärtskattning utförts är ett nyckeltal för förvaltningen. Andel dokumenterade smärtskattningar sista levnadsveckan sammanslaget för verksamheterna i Solna 2022 var 78,4 % vilket kan jämföras med 2021 då resultatet var 72 %. Siffran kan jämföras med det sammanslagna resultatet för kommunerna i Sverige som 2022 som visar att i 62% av dödsfallen fanns smärtskattning dokumenterad.

Resultatet 2022 har förbättrats för samtliga kvalitetsindikatorer.

Solna 2022



This is a modified report.

Solna 2021



This is a modified report.

## Palliativa registret

Mått	Utfall
Andel dokumenterade utförda smärtskattningar sista levnadsveckan med validerat instrument	78 <span style="float: right;">■</span>

## NVP

Nio av tio verksamheter använder Nationell vårdplan vid palliativ vård, NVP. Hallen ska börja arbeta i NVP under 2023.

Den nationella vårdplanen är framtagen av Palliativt utbildningscentrum i Lund och är en strukturerad vårdplan

för personcentrerade vårdåtgärder. Syftet är att kvalitetssäkra vården av personer med begränsad tid kvar i livet. NVP består av tre delar och sex dokument från tidig palliativ fas till efter dödsfallet.

Arbete med vårdplanen fortskrider i verksamheterna.

### Nätverksträff Palliativa ombud

Solna har i samarbete med Palliativt kunskapscentrum, PKC, i flera omgångar utbildat palliativa ombud under 2022.

Alla vård- och omsorgsboenden i Solna har palliativa ombud med särskilt uppdrag att tillsammans med kollegor och ledning arbeta för att utveckla den palliativa vården.

Samtliga verksamheter har haft 1-2 träffar under året för de palliativa ombuden.

Palliativa ombudens uppdrag är att:

- Informera och sprida kunskap till medarbetare och ledning om det palliativa förhållningssättet
- I verksamheten arbeta tillsammans med ledningen för att utveckla omvårdnaden av den palliativa patienten och stödet till närstående utifrån det palliativa förhållningssättet
- Utveckla och uppdatera lokala rutiner vid palliativ vård och dödsfall
- Sammanställa information till närstående
- Vara drivande för reflektion efter dödsfall
- Gå på regelbundna träffar för palliativa ombud

### Läkarmedverkan

Region Stockholm har ansvar och skriver avtal för läkarinsatserna i vård- och omsorgsboenden. Överenskommelse finns mellan Solna stad och läkarorganisationerna Familjeläkarna i Saltsjöbaden och Capio Legevisitten. Överenskommelsen reglerar samarbetsformer. Under 2022 uppdaterades samverkansöverenskommelsen och beskrivningar om bland annat gällande det proaktiva arbetet och teamarbetet sågs över. Uppdateringarna sker i samråd med MAS MAR och läkarorganisationerna.

MAS, MAR, representanter från verksamheterna och läkarorganisationerna har haft samverkansmöten under året för att diskutera gemensamma frågor.

Under 2022 har läkarorganisationerna gjort 1-2 besök på verksamheterna/vecka. Läkare har i genomsnitt varit 5,1 timmar/vecka/verksamhet. Åtta verksamheter av tio tycker att de har tillräcklig läkarbemannning. Vikten av att arbetsterapeut och fysioterapeut ska ges möjlighet att delta på läkarronder har lyfts under 2022.

Sju av tio verksamheter har i olika utsträckning fallronder tillsammans med ansvarig läkare.

## Hälso- och sjukvård i dagverksamhet resultat och analys

### Hälso- och sjukvård Dagverksamhet

Det finns sex olika dagverksamheter placerade på äldreboendena Berga, Skoga, Hallen och Polhemsgården. Tre av dagverksamheterna riktar sig till personer med demenssjukdom.

Uppföljningen 2022 visar att det på hälften av dagverksamheterna finns en utsedd ansvarig sjuksköterska. Ingen av verksamheterna hade besökare som behövde hjälp med läkemedelshantering. Rutiner för läkemedelshantering och dokumentation av hälso- och sjukvård saknas på 4 dagverksamheter och rutin tas fram om behov uppstår.

### Hälso- och sjukvårdsteam LSS resultat och analys

#### Hälso- och sjukvård Hälsa- och sjukvårdsteam LSS

Kommunen har ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser, rehabilitering och habilitering som sker i bostad med särskild service samt på daglig verksamhet. Verksamheten bedrivs i stadens egen regi av Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS, HSL teamet LSS.

Teamet består av två sjuksköterskor, en arbetsterapeut samt en fysioterapeut som under 2022 varit på konsultuppdrag. Under jourtid ansvarar Adept sjuksköterskejourn.

Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS ansvarar för insatserna på daglig verksamhet samt på grupp- och servicebostäder. Majoriteten av insatserna sker på grupp- och servicebostäder.

Samverkansrutiner som finns framtagna:

- Samverkansrutin mellan Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS och grupp- och servicebostad samt daglig verksamhet
- Samverkansrutin mellan Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS och primärvården i Solna
- Samverkansrutin mellan Humaniora h hälso- och sjukvårdsteam LSS och jourorganisationen Adept.

Adept har ansvar för sjuksköterskejournen på grupp/servicebostäderna sedan 2021. Alla verksamheter utom en upplever att samverkan med jourorganisationen fungerar väl.

Verksamheten har fortsatt arbeta för att utveckla samverkan med vårdcentralerna. På de vårdcentraler som har en namngiven läkare som har ansvar för patienter som bor på grupp/servicebostäder fungerar samverkan mycket väl.

Vid tid för uppföljning 2022 hade en heltidsanställd sjuksköterska omvårdnadsansvar för 50 patienter. Totalt 100 patienter har insatser från teamet och 15 patienter har behov av insatser när de är på sin dagliga verksamhet. HSL teamet har tagit över ansvaret för läkemedelshanteringen för 75 patienter.

Verksamhetschefer på grupp- och servicebostäder upplever generellt att det är lätt att nå sjuksköterska i HSL-teamet.

Humaniora hälso- och sjukvårdsteam ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser på 16 grupp- och servicebostäder med 4-12 boende/bostad. Samtliga personer på grupp- och servicebostäder utom en fick under 2022 insatser från HSL-teamet.

## Resultat och analys

### Avvikelse HSL- LSS

Teamet besöker grupp/servicebostäderna varje termin för att tillsammans med personalgruppen gå igenom de avvikelser som inkommit. Vid delegeringstillfället tar sjuksköterskan upp vikten av att skriva avvikelser.

Avvikelse	2019	2020	2021	2022
Fall	25	29	7	12
Läkemedelshantering	139	155	110	145
MTP	0	0	0	0
Samverkan	2	2	3	0
Summa	166	186	120	157

Avvikelse gällande missade doser är fortfarande den vanligaste avvikelserna gällande läkemedelshantering inom LSS. När teamet analyserat detta närmare är en del av dessa avvikelser kopplade till missad dos på grund av att omsorgstagaren inte vill ta det ordinerade läkemedlet. För att lättare kunna urskilja dessa avvikelser har MAS justerat avvikelseblanketten för läkemedelsavvikelse och lagt till en ruta som personal kan kryssa gällande att Omsorgstagare/patient vill ej ta dos.

### Rapporteringskyldighet Lex Maria

Mått	Utfall
Antal anmälningar Lex Maria	0

### Läkemedel Hälso- och sjukvårdsteam LSS

APO-dos levereras till HSL-teamets lokal, kontrolleras och lämnas ut till patient. Kontroll av narkotika sker 1gång/mån av sjuksköterska. Inga avvikelser har redovisats under 2022.

Sjuksköterskorna i teamet förbereder läkemedelsgenomgångar genom att använda PHASE 20 (PHArmacotherapeutical Symptom Evaluation, 20 frågor) vilket ger en god grund för läkaren inför

genomgången. Symtomskattningsskalan PHASE-20 används för att identifiera symptom hos äldre som kan ha samband med läkemedelsbehandling, till exempel biverkningar eller interaktionseffekter.

Läkemedelshantering	2018	2019	2020	2022
Övertagit läkemedelsansvar	64	78	88	75
APO-doser	43	44	45	59
Dosetter	19	22	25	24
Läkemedelsgenomgångar	20	22	24	31

Antalet läkemedelsgenomgångar har ökat under 2022 vilket är positivt.

14 av 16 grupp/servicebostäder har lokal rutin för läkemedelshantering. Under 2023 kommer fortsatt arbete ske för att säkerställa att alla grupp/servicebostäder har en lokal rutin gällande läkemedelshantering.

## Dokumentation

### Journalgranskning

Kollegial granskning av slumpvist utvalda journaler sker 2 gånger årligen.

### Informationssäkerhet

Rutin för driftstopp finns i verksamheten.

### Loggkontroll av dokumentationen

Loggkontroll sker regelbundet då personalen i verksamheten har läsbehörighet i Take Care. Skriftlig rutin gällande loggkontroller finns.

Obehörig åtkomst har ej förekommit under 2022.

## Delegering LSS

### Delegering av enklare hälso-och sjukvårdsuppgifter

Mått	Utfall
Antal indragna delegeringar	2 <span style="float: right;">■</span>

## Hygien och smittskydd

Följsamhet till basala hygienrutiner, användandet av skyddsutrustning, åtgärder för att minska smittspridning, smittspårning och vaccinationer mot covid -19 har varit i fokus både i HSL teamet och på grupp och servicebostäder under 2022.

Alla grupp- och servicebostäder har genomfört regelbundna uppföljningar i verksamheterna gällande basala hygienrutiner och smittförebyggande åtgärder. Grupp/servicebostäderna har under 2022 fortsatt att arbeta aktivt med utbildningar till personalen via webbutbildningar, genomgångar på möte och praktiska övningar. Alla grupp och servicebostäder har också rutiner för att säkerställa tillgång till skyddsutrustning.

I alla grupp- och servicebostäder använder personalen kläder som bara används på arbetet och som tvättas i verksamheten. Pandemin har påskyndat verksamheternas arbete med att fullt ut följa föreskriften gällande basala hygienrutiner.

## Vårdprevention Hälso- och sjukvårdsteam LSS

I Humaniora hälso- och sjukvårdsteam arbetar olika kompetenser tillsammans för att förebygga fall, trycksår, undernäring/övervikt och andra risker som identifierats. Teamet har tät kontakt med personalen på verksamheterna och riskbedömningar sker vid behov. Teamet har regelbundna teammöten för att gå igenom insatser och följa upp insatta åtgärder.



## Fall

Variationen är stor från år till år när det gäller antalet fall på LSS-boendena. Humaniora hälso- och sjukvårdsteam analyserar inkomna avvikelser om fall. Utifrån fallriskbedömningar och inkomna avvikelser planerar och utför teamet fallförebyggande åtgärder. Avvikelserna följs upp och återförs till boendena.

## Nutrition

Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS arbetar nära personalen i verksamheten vid problem med undernäring/övervikt samt att förstärka goda matvanor. Vid behov kopplas dietist in via primärvårdsrehab.

## Trycksår

Under 2022 har 1 trycksår rapporterats.

## Munhälsa

Under uppföljning 2022 uppgav verksamheterna att 34 har tackat ja till munhälsobedömning. 11 personal har fått utbildning via avtalet som Regionen har med tandvårdsföretag som ansvarar för munhälsobedömning. Majoriteten av målgruppen har upparbetade kontakter med tandhälsovården.

## Senior alert

Vid behov gör Humaniora hälso- och sjukvårdsteam riskanalyser enligt Senior Alert och registrering görs när detta är aktuellt. Under 2022 har inga registreringar skett i Senior Alert.

Mått	Utfall
Andel med risk och planerad åtgärd	0 

## Tidiga tecken

HSL teamet har under 2022 fortsatt arbeta med kartläggningsinstrumentet Tidiga tecken i samverkan med personal från grupp/serviceboenden. Tidiga tecken används för att uppmärksamma tillkommande kognitiva funktionsnedsättningar, till exempel demens hos patienter med Downs syndrom. I kartläggningen bedöms bland annat kognitiva funktioner, praktiska och sociala färdigheter. Genom att jämföra resultaten över tid kan man tydligare upptäcka förändringar som kan vara tecken på demenssjukdom. Tidiga tecken har utvecklats för att skapa goda rutiner för att i ett tidigare skede upptäcka tecken på försämrade funktioner och sjukdomar hos vuxna och åldrande personer med utvecklingsstörning. 2022 genomfördes fyra kartläggningar via Tidiga tecken jämfört med sex 2021.

## Inkontinens

Föreskrivning av inkontinensprodukter sker individuellt och i samverkan med patienten, sjuksköterskorna från HSL-teamet och personalen på grupp/servicebostäderna.

## Rehabilitering Hälso- och sjukvårdsteam LSS

I HSL-teamet arbetade under 2022 en arbetsterapeut (80%) och en fysioterapeut (20 %).

Behov av rehabiliteringsinsatser uppmärksammas av daglig verksamhet, boendepersonal, anhöriga, gode män, habiliteringen, Humanioras hälso- och sjukvårdsteams sjuksköterskor och förmedlas till arbetsterapeut och fysioterapeut. Arbetsterapeut och fysioterapeut identifierar också rehabiliteringsbehov i samband med besök i verksamheterna.

Arbetsterapeut och fysioterapeut utbildar och stöttar personal i att stödja den enskilde i att utföra överenskomna rehabiliteringsåtgärder. De handleder grupp- och servicebostädernas personal gällande förflyttningsteknik och förflyttning med lyft i individären den.

Vid uppföljning 2022 hade 35 omsorgstagare pågående träningsinsats av fysioterapeut och eller arbetsterapeut. Arbetsterapeut och fysioterapeut samverkar med habiliteringen i individären den 2 gånger/år samt vid behov.

## Medicintekniska produkter MTP Hälso- och sjukvårdsteam LSS

Ingen avvikelse gällande medicintekniska produkter har skett under 2022. Förskrivna hjälpmedel följer upp regelbundet av HSL-teamet.

Rutiner för kontroll och registrering av MTP finns i alla verksamheter där detta är aktuellt utom en. Detta kommer att följas upp under 2023.

## Risikanalyser

Analys av risker ingår i Socialstyrelsen föreskrift om ledningssystem SOSFS 2011:9 och är ett arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder.

## Utbildning

Utbildning som anordnats under 2022

- Visam utbildning och klinisk bedömning för sjuksköterskor.
- NVP utbildning i samverkan med Palliativt utvecklingscentrum i Lund.

Nätverksträffar för arbetsterapeuter och fysioterapeuter på vård- och omsorgsboenden och i HSL-teamet LSS har genomförts under året. Under 2022 har fokusområdet varit demens.

Deltagande i nätverksträffat med chefer på vård- och omsorgsboenden har skett regelbundet under året där aktuella HSL frågor har tagits upp. Vid dessa nätverksträffar har även läkarorganisationerna på vård- och omsorgsboenden representerats.

Instruktörer har utbildats för att i samverkan med projektledare för Metodikum anordna utbildningar för medarbetare. Detta träningscentrum är en specialutrustad enhet som erbjuder simulering och träning i kliniska och kommunikativa färdigheter och en möjlighet för personal att träna på metoder och färdigheter. Detta är ett steg i att öka kompetensen och möta upp reformen God och nära vård.

Personal i verksamheterna har under året haft fysiska utbildningar samt webbutbildningar till exempel via Palliativt kunskapscenter, Socialstyrelsen och Vårdhygien samt deltagit på webbföreläsningar och seminarium.

Plan för utbildning och nätverksträffar under 2023 från omvårdnadsförvaltningen.

- Utbildning för delegerad personal i läkemedelshandling
- Tre olika läkemedelsutbildningar från apoteket kommer att genomföras gällande palliativa läkemedel, olämpliga läkemedel för äldre samt diabetesläkemedel för sjuksköterskor
- Nätverksträffar för arbetsterapeuter och fysioterapeuter, nätverksträffar för chefer tillsammans med kvalitetsutvecklare för vård- och omsorgsboende. Vid behov nätverksträffar för chefer på grupp- och servicebostad.

Utbildningar som arrangeras av verksamheterna och av externa samverkanspartners som t.ex. PKC sker fortlöpande.

## Mål och strategier för kommande år

Omvårdnadsnämndens två av fyra övergripande mål för 2023 kan kopplas till nämndens hälso- och sjukvårdsansvar som huvudman och vårdgivare. Dessa mål är att:

- Solnabor som bor på vård- och omsorgsboende ska känna sig trygga, nöjda och få ett gott bemötande.
- Solnabor med funktionsnedsättning ska kunna leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har en pågående tillsyn av den kommunala hälso- och sjukvården för personer som bor på vård- och omsorgsboenden genom journalgranskning och enkätresultat. Syftet med tillsynen är att ta reda på om det finns förutsättningar att ge god och säker vård för personer som bor på vård- och omsorgsboenden.

I juni 2022 presenterade IVO det nationella resultatet av tillsynen för Sveriges kommuner. I augusti publicerades också en delrapport av det nationella resultatet. Solna får under första delen av 2023 besök av IVO där en rapport kommer att redovisas gällande Skoga äldrecentrum som berör tillsynsområdena individuell bedömning

och kompetens, dokumentation och kontinuitet, läkemedel samt vård i livets slutskede. Skoga kommer sedan under 2023 arbeta vidare med rapporten för att säkerställa och åtgärda eventuella förbättringsområden.

Solna Stad satsar på att förbättra och kvalitetssäkra läkemedelshandlingen genom 3 olika utbildningar för sjuksköterskor under 2023.

- Vidareutbildning om läkemedelsbehandling av äldre
- Vidareutbildning för sjuksköterskor om läkemedel vid palliativ vård.
- Vidareutbildning i diabetes typ 2

Grundutbildning i läkemedelshandling, inklusive kunskapstest, kommer erbjudas delegerad personal inom grupp- och servicebostäder och vård- och omsorgsboenden för att höja kunskapsnivån gällande läkemedelshandling.

Arbetet med att förebygga vårdskador fortsätter under 2023 där riskbedömningar i Senior alert med åtgärder och uppföljningar och att dessa dokumenteras i samband med inflyttning, var 6:e månad samt vid behov är ett fortsatt mål för vård- och omsorgsboende. För att det förebyggande arbetet ska drivas vidare och ytterligare förbättras är analys av resultat av den vårdpreventiva processen avgörande. Analysarbetet kommer därför att specifikt följas under 2023.

Under 2022 reviderades MAS/MAR riktlinjerna gällande begränsningsåtgärder. Under 2023 kommer vård- och omsorgsboendenas samt grupp- och servicebostädernas arbete med begränsningsåtgärder att regelbundet följas. Behov av utbildning och andra insatser för att minska begränsningsåtgärder kommer att ses över.

Under 2023 införs ett digitalt avvikelssystem för HSL-avvikelse för egenregis verksamhet på Skoga och Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS. Ett digitalt avvikelssystem ger ökad kontroll av verksamheternas avvikelser och stödjer processen med utredning och uppföljning av uppkomna händelser. Arbetet kommer att följas under 2023 och utvecklings- och utbildningsbehov inventeras.

Antalet registreringarna i BPSD-registret på vård- och omsorgsboenden har minskat under 2022 och ett strukturerat arbetssätt för att förebygga BPSD ges därmed sämre förutsättningar. Att öka antalet registreringar i BPSD-registret är ett mål för 2023. Översyn av utbildningsbehov och stöttning till verksamheterna behöver ses över i samråd med demenskoordinator, förvaltning och verksamheterna under 2023.

Under 2023 är målet att fortsätta utvecklingen av den palliativa vården och användandet av Nationell vårdplan för palliativ vård, NVP på vård- och omsorgsboenden. Målet att öka antalet smärtskattningar sista levnadsveckan som registreras i svenska palliativ registret och att förbättra de övriga kvalitetsindikatorerna.

Vård- och omsorgsboendena i Solna stad och Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS arbetar kontinuerligt med att förbättra patientsäkerheten vilket framkommer av inkomna patientsäkerhetsberättelser och vid verksamhetsbesök. Tillsammans med svar från MAS/MAR enkäter, ligger de till grund för mål och strategier för 2023.



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2023-02-27  
ON/2023:25

## Omvårdnadsnämndens uppföljningsplan 2023

### Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner uppföljningsplanen för 2023.

### Sammanfattning

Omvårdnadsnämnden har ansvar för att följa upp att verksamheterna uppfyller de krav som omvårdnadsnämnden ställer på verksamheternas kvalitet. För att säkerställa att kvalitetskraven uppfylls görs olika verksamhetsuppföljningar. Uppföljningar görs i alla verksamheter oavsett om de är upphandlade eller inte är upphandlade.

Resultatet från uppföljningarna visar hur kvaliteten utvecklas i verksamheterna och vilka utvecklings- och förbättringsområden som finns inom respektive verksamhet.

För att på ett strukturerat sätt följa upp resultaten från de olika uppföljningarna med syfte att säkerställa en god kvalitet, upprättar förvaltningen årligen en plan för kvalitetsuppföljning. I uppföljningsplanen beskrivs verksamheter, verksamhetsområden, processer och rutiner som ska följas upp. I planen beskrivs även de metoder som kommer att användas och vem som ansvarar för uppföljningen.

Resultaten från avtalsuppföljningar, tillsyn av hälso- och sjukvård, brukarundersökningar, nationella jämförelser, olika fördjupade uppföljningar och uppföljningar av individuella biståndsbeslut ligger till grund för den fortsatta kvalitetsutvecklingen.

Staben för kvalitetsutveckling och avdelningen för myndighetsutövning ansvarar för att uppföljningsplanen följs.

Staben för kvalitetsutveckling kommer under 2023 att göra en genomlysning av nuvarande arbetssätt för att säkerställa bästa möjliga utfall med grund i en effektiv verksamhetsuppföljning.

Elisabet Sundelin  
Förvaltningschef

Patrik Ulander  
Stabschef



## Bakgrund

Uppföljningsplan för 2022 har följts enligt plan.

Omvårdnadsnämnden upphandlar verksamhet enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) och lagen om valfrihetssystem (LOV). Vid upphandlingarna tydliggörs, i kravspecifikationen, de kvalitetskrav som omvårdnadsnämnden ställer. Kraven är ställda utifrån lagstiftning, kvalitetsdeklarationer och de mål som nämnden har beslutat om.

I anbudet redovisar utförarna hur de avser att uppnå önskad kvalitetsnivå. Avtal/överenskommelse tecknas med de anbudsgivare som har uppnått högsta kvalitetsnivå vid upphandling enligt LOU.

När upphandling sker enligt LOV redovisar utföraren hur man avser att uppfylla skallkraven för att avtal/överenskommelse ska tecknas. För verksamheter som inte är upphandlade görs en överenskommelse som motsvarar upphandlade verksamheters avtal.

## Uppföljningar

Omvårdnadsförvaltningen har, utifrån kravspecifikation i förfrågningsunderlag, tecknat avtal respektive överenskommelse med samtliga verksamheter. Avtalet respektive överenskommelsen ska, tillsammans med omvårdnadsnämndens mål och kvalitetsdeklarationer, styra verksamheternas arbete. Varje år utarbetar staben för kvalitetsutveckling och myndighetsavdelningen ett förslag till uppföljningsplan som omvårdnadsnämnden tar beslut om. I uppföljningsplanen beskrivs verksamheter, verksamhetsområden, processer och rutiner som ska följas upp. Där finns även en beskrivning över vilka metoder som kommer att användas och vem som ansvarar för uppföljningen.

Staben för kvalitetsutveckling och avdelningen för myndighetsutövning ansvarar för att uppföljningsplanen följs. Uppföljningar görs även i verksamheter som inte är upphandlade men som har en överenskommelse.



## **Avtalsuppföljningar av staben för kvalitetsutveckling**

### **Avtalsuppföljning**

Avtalsuppföljningen tydliggör om verksamheterna följer avtalet respektive överenskommelsen och hur kvaliteten i verksamheten utvecklas.

Uppföljningen utgår från avtalet/överenskommelsen och genomförs varje år i olika stor omfattning. Avtalsuppföljningar genomförs inom hemtjänst, dagverksamhet, vård- och omsorgsboende, bostad med särskild service, daglig verksamhet och boendestöd.

I avtalsuppföljningen är det struktur, implementering och processkvalitet som följs upp.

Uppföljningen sker ur ett verksamhetsperspektiv enligt en fastslagen mall.

Mallen omfattar områden som "Ledning och organisation", "Personal och utbildning" med bl.a. kompetens och bemanning, "Självbestämmande och integritet" med bl.a. kontaktmannaskap, möjlighet att påverka, information och kommunikation, tillräckligt med hjälptid, "Aktiviteter och fritidsintressen", "Mat och måltider", "Säkerhet" med bl.a. rutiner för larm, hantering av privata medel och nyckelhantering, "Värdegrund", "Social dokumentation" samt "Ekonomi". Viktiga områden i övrigt att följa upp är hur verksamheterna arbetar med samverkan och systematisk kvalitetsutveckling.

Vid avtalsuppföljningen används flera olika metoder för att samla information och fakta som underlag för den slutliga bedömningen. De metoder som används är bland annat webbenkäter som besvaras av verksamhetschefen, besök i verksamheten med observation på plats, dokumentationsgranskning, samtal, intervjuer eller dialogmöten med kunder, anhöriga, personal och verksamhetschef.

Den slutliga bedömningen redovisas i en rapport som innehåller kort skriftlig bedömning per granskat område med kommentar och i förekommande fall färggradering (grönt, gult, rött) för beskrivning om avtal följs eller ej. Rapporten, som avslutas med en sammanfattning av förbättringsområden, skickas till respektive verksamhetschef. Utifrån rapporten och de förbättringsområden som listats utarbetar verksamheten en utvecklingsplan med en tidplan.

Rapporter från samtliga verksamheter inom ett verksamhetsområde sammanfattas till en skriftlig, generell bedömning av verksamhetsområdet tillsammans med en sammanställning med färggradering. Resultaten redovisas så att en jämförelse mellan olika verksamheter kan ske. Sammanfattning med bilagor utgör ärende till omvårdnadsnämnden. Till ärendet biläggs protokoll så att varje kontaktpolitiker kan ta del av sitt område. Kontaktpolitiker finns utsedda för vård- och omsorgsboenden, seniorträffarna samt för bostad med särskild service.

### **Uppföljning av utvecklingsplaner**

Syftet med utvecklingsplanerna är att de ska fungera som ett verktyg i verksamheternas kvalitetsarbete. I utvecklingsplanen lyfter kvalitetsutvecklaren in identifierade förbättringsområden från avtalsuppföljningen. Verksamheterna ges möjlighet att fokusera specifikt på sina förbättringsområden.



I utvecklingsplanen ska verksamheterna sätta upp SMARTA-mål (specifika, mätbara, accepterade, realistiska, tidsbestämda) och redovisa tänkta åtgärder, beskriva hur verksamheten arbetar med egen uppföljning av resultaten samt ange vem som ansvarar för vad.

Kvalitetsutvecklarna ansvarar för att följa upp verksamheternas utvecklingsplaner. Uppföljningen genomförs varje år, vid ett nytt avtal görs en bred uppföljning inom alla områden för att göra en basmätning, efter basmätningen är huvudfokus att följa upp utvecklingsplanen. Detta gör kvalitetsutvecklaren minst en gång/år och vid behov fler gånger/år. Vid uppföljningen får verksamheten beskriva hur man arbetar med planen, hur man följer upp om utförda åtgärder fått avsedd effekt och om så inte är fallet hur man arbetar för att ta fram nya åtgärder för att nå målen. Kvalitetsutvecklaren genomför granskning vid behov.

Uppföljningen redovisas i text med en skriftlig återkoppling till respektive verksamhet. Det ska tydligt framgå inom vilka områden som förbättringar verkligen skett och vilka områden som fortfarande är förbättringsområden. Verksamheten får i uppdrag att ta fram en ny, reviderad utvecklingsplan.

Uppföljningen redovisas till nämnden som ett beslutsärende.

#### **Kvalitetsberättelse**

Av det allmänna rådet till 7 kap. 1§ SOFS 2011:9 framgår att arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten bör dokumenteras i en årlig kvalitetsberättelse. I kvalitetsberättelsen ska det framgå hur verksamheten har arbetat med uppföljning och utvärdering kopplat till verksamhetens utvecklingsplan och omvårdnadsnämndens mål. Varje år utarbetar verksamheterna en kvalitetsberättelse som skickas in till staben för kvalitetsutveckling för granskning. Via stadens hemsida finns länkar till utförarens/verksamhetens hemsida med information.

#### **Fokusområden**

Kvaliteten i verksamheterna följs vid behov även upp på andra sätt. Kvalitetsutvecklare kan lyfta särskilda områden som behöver belysas. Det kan vara generella förbättringsområden som framkommit vid avtalsuppföljningarna, i samband med sammanställning av synpunkter och klagomål eller vid sammanställningen av rapporter om missförhållanden. Det kan vara områden som förvaltningen eller nämnden vill ha belysta eller nya metoder/arbetsätt och eller aktuell forskning som behöver implementeras i verksamheterna.

Detta arbetssätt skapar möjligheter att se närmare på olika viktiga områden såsom upplevd besvärande ensamhet, personcentrerad vård, social dokumentation, bemötande, måltidssituation och den enskildes delaktighet.

Verksamheterna arbetar med fokusområdet genom att de bland annat gör sina egenkontroller inom området d.v.s. i sitt systematiska kvalitetsarbete. Resultatet från hur verksamheten arbetar med fokusområden redovisas till kvalitetsutvecklarna vid avtalsuppföljningar.



## Uppföljning av hälso- och sjukvård

MAS och MAR har ansvar för att utifrån sitt uppföljningsansvar och omvärldsbevakning i vårdutvecklingsfrågor medverka i utveckling av hälso- och sjukvården.

MAS och MAR sammanställer uppföljningar inom hälso- och sjukvårdsområdet i en patientsäkerhetsberättelse som redovisas till nämnden en gång per år.

### **MAS vård- och omsorgsboenden**

Enligt avtal med Solna stads omvårdnadsnämnd ska utföraren följa lagar och bestämmelser för att säkerställa en god och säker hälso- och sjukvård i Solnas vård- och omsorgsboenden för äldre. Utföraren ska för vård- och omsorgsboendet ha en MAS som ansvarar för de motsvarande uppgifterna kommunens MAS har enligt hälso- och sjukvårdslagen 11 kap och 4 kap.6§ i hälso- och sjukvårdsförordningen.

Utföraren ansvarar för att denna MAS fullgör sitt ansvar på hälso- och sjukvårdens område. Utförarens MAS ska informera Solna stads MAS samt anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om den enskilde i samband med vård eller behandling drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom (Lex Maria).

Solna stads MAS och MAR beslutar om vad som ska följas upp inom hälso- och sjukvårdsområdet i verksamheterna. Utförarens MAS ansvarar för uppföljning av hälso- och sjukvården.

En samverkansöverenskommelse som syftar till ett utvecklande och gott samarbete mellan Solna stads MAS samt MAR och utförarnas MAS finns upprättat. Enligt avtalet med Solna stad ingår för hälso- och sjukvården att utförarens MAS ansvarar för att hälso- och sjukvården är god, att lokala rutiner finns och att uppföljning sker. Därutöver kommer Solna stads MAS och MAR att ha uppföljnings- och rapporteringsansvar till omvårdnadsnämnden.

### **MAS Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS och Skoga Äldrecentrum**

Solna stads MAS och MAR ansvarar för uppföljning av hälso- och sjukvården som utförs av Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS samt på Skoga Äldrecentrum.

Solna stads MAS och MAR ansvarar för att anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om den enskilde i samband med vård eller behandling har drabbats av eller utsätts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom (Lex Maria).





## Nationella uppföljningar

### Brukarundersökningar

Resultatet från brukarundersökningar tydliggör brukarnas och de anhörigas upplevelser av kvaliteten i verksamheten.

Nationella brukarundersökningar genomförs årligen i hemtjänst och i vård- och omsorgsboende av Socialstyrelsen.

Brukarundersökningar i bostad med särskild service och i daglig verksamhet LSS har genomförts vartannat år och 2023 kommer undersökningen att genomföras igen. Den nationella brukarundersökningen inom boendestöd har genomförts vartannat år och kommer att genomföras igen under 2023. Brukarundersökningen är framtagen av SKR.

Resultaten, redovisade per verksamhet som upplevd kvalitet inom respektive område skickas till respektive verksamhetschef. Verksamheterna handhar förbättringsområden på samma sätt som efter en avtalsuppföljning, dvs. arbetar med förbättringsområden i sin utvecklingsplan med en tidplan.

Resultaten från de olika brukarundersökningarna sammanställs i skriftliga rapporter där det dels framkommer ett generellt resultat för staden, dels resultat per verksamhet och även hur resultatet har utvecklats över tid. Verksamheterna ombeds att inkomma med en resultatanalys till kvalitetsutvecklare. Resultaten redovisas så att en jämförelse mellan olika verksamheter kan ske.

### Nationella jämförelser

Öppna jämförelser genomförs varje år och är framför allt riktad till politiker och tjänstemän. Det är 30 indikatorer som belyser vård och omsorg om äldre i alla kommuner/regioner i Sverige. Indikatorerna speglar kvaliteten inom olika områden: Tillgänglighet, vård och omsorg vid särskilda behov, riskförebyggande arbete, riskfylld användning av läkemedel, personal och kompetens samt kostnader. Inom funktionshinderområdet är huvudområdena intern och extern samordning, tillgänglighet, trygghet och säkerhet och kunskapsbaserad verksamhet och kostnader.

Syftet med undersökningen är att ge ett bra underlag för kommuner och regioner att förbättra vård, stöd och omsorg för personer med funktionshinder och äldre. Resultatet ska vara ett relevant underlag för uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten i förhållande till övriga kommuner.



## **Avdelningen för myndighetsutövning SoL**

Socialtjänstlagen, SoL är en ramlag som uttrycker grundläggande värderingar för samhällets socialtjänst. ”Socialtjänsten ska främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, möjliggöra jämlika levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet.” Verksamheten skall bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet. ” Inom denna ramlagstiftning har kommunerna frihet att anpassa sina insatser efter skiftande behov och önskemål.

Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av omvårdnadsnämnden i form av exempelvis hemtjänst, vård-och omsorgsboende, anhörigstöd. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv. (SoL 4 kap. § 1).

### **Individuell uppföljning**

En individuell uppföljning görs alltid när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla eller om behov föreligger. Förutom den uppföljning som är styrd till beslutet, ingår det i biståndshandläggarens ansvar att kontrollera att beställning och genomförandeplan överensstämmer.

### **Uppföljning av beslut i hemtjänst**

Hemtjänst kan beviljas när individen inte själv kan tillgodose sina behov och/eller få dem tillgodosedda på annat sätt och där individen inte uppnår en skälig levnadsnivå.

En individuell uppföljning görs alltid innan det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla. Förutom den uppföljning som är styrd till beslutet ingår det i biståndshandläggarens ansvar att kontrollera att beställning och genomförandeplan överensstämmer för de kunder som fått beslut om omvårdnadsinsatser. Detta ska ske inom en månad efter det att ett nytt beslut har fattats. Om behovet har förändrats, föranleder det en ny bedömning, beslut och beställning och kontakt ska tas med utföraren och den enskilde. Vid uppföljningen kontrollerar handläggaren även antal avböjda besök och fokuserar extra på de stora omvårdnadskunderna som har mycket tid beviljat för sina hjälpinsatser samt på de nya företagen.

En uppföljning ska även göras om den är påkallad, det kan vara den enskilde, anhörig, utförare eller annan huvudman som initierar att behovet förändrats. Då görs en ny bedömning, beslut och beställning och kontakt ska tas med utföraren och den enskilde.

### **Uppföljning av beslut i dagverksamhet**

Biståndsbedömd dagverksamhet för personer med funktionshinder och med demenssjukdom syftar till att underlätta för den enskilde att bo hemma och skapa möjlighet till kontakt med andra.

En individuell uppföljning görs alltid innan det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla. En uppföljning sker även om behov föreligger, tex. kan det vara så stora förändringar att utföraren har svårt att tillgodose den enskildes behov eller att individen inte kan tillgodogöra sig verksamhetens innehåll.



#### **Uppföljning av beslut på korttidsplats/växelvård – särskilt boende**

Korttidsplats/växelvård är till för de personer som tillfälligtvis eller i perioder inte kan få behovet av omvårdnad, trygghet och säkerhet tillgodosett i det egna hemmet.

För korttidsplats sker en individuell uppföljning i regel inom två veckor från det att personen kommit dit.

För växelvård sker en individuell uppföljning inom sex månader om det är första gången den enskilde beviljats växelvård, därefter innan det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla. Vid dessa tillfällen deltar förutom personen och dennes närstående även representanter från utföraren och beställaren.

#### **Uppföljning av beslut av boendestöd över 65 år**

För personer som inte har haft boendestöd tidigare och får ett sådant beslut, ska en tremånaders uppföljning göras från det att handläggaren mottagit genomförandeplan från utföraren. Då jämförs beställningen med genomförandeplanen för att säkerställa att beslutet och beställningen ligger rätt.

För personer som kommer över från socialförvaltningen när de fyller 65 år, finns en rutin mellan socialförvaltningen och omvårdnadsförvaltningen att den enskilde får behålla samma intervall för boendestöd som funnits tidigare. Eftersom den enskilde byter utförare ska en tremånaders uppföljning göras av handläggaren på omvårdnadsförvaltningen. Då jämförs beställningen med genomförandeplanen för att säkerställa att beslutet och beställningen ligger rätt. Genomförandeplanen från utföraren ska skickas till handläggaren inom tre månader från det att de fått beställningen.

En uppföljning ska även göras om den är påkallad, det kan vara den enskilde, anhörig, utförare eller annan huvudman som initierar att behovet förändrats. Då görs en ny bedömning, beslut och beställning och kontakt ska tas med utföraren och den enskilde.

#### **Uppföljning av beslut i särskilt boende**

Permanent boende i vård- och omsorgsboende samt demensboende är till för de personer som inte längre kan få behovet av omvårdnad, trygghet och säkerhet tillgodosett i det egna hemmet. Beviljas permanent boende ska personen även ha ett individuellt hemtjänstbeslut i boendet. Personer som beviljas särskilt boende bor i regel kvar på boendet även om deras hjälpbehov förändras.

#### *Uppföljning vid nyinflyttning*

Biståndshandläggare gör uppföljning av personer som flyttat in på boende tre till fem månader efter inflyttningen på individnivå enligt utarbetad rutin. Därefter görs uppföljning om den är påkallad, det kan vara den enskilde, anhörig, utförare eller annan huvudman som initierar att behovet förändrats. Samverkan sker då mellan berörda parter, den enskilde och anhörig.



*Övriga individuppföljningar*

Övriga individuppföljningar kan exempelvis vara anhörigstöd i olika former och ledsagarservice. En uppföljning görs alltid innan det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla samt om den är påkallad, det kan vara den enskilde, anhörig, utförare eller annan huvudman som initierar att behovet förändrats. Då görs en ny bedömning, beslut och beställning och kontakt ska tas med utföraren och den enskilde. Vid dessa tillfällen deltar förutom personen och dennes närstående även representanter från utföraren och beställaren.

## Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2023

Avtalsuppföljning av verksamheter inom SoL och LSS				
Staben för kvalitetsutveckling				
Verksamhet	Aktivitet	Metod och frekvens	Ansvarig	Rapporteras till
Samtliga utförare	Synpunkter och klagomål	Ta emot och registrera till staden inkomna klagomål eller synpunkter. Vidarebefordra till verksamheten samt vid behov bevaka relevant hantering.	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Sammanställs och redovisas till nämnd 1 gång/år.
Samtliga utförare	Rapporteringskyldighet (lex Sarah)	Ta emot rapporter, informera förvaltningschef samt nämndens ordförande. Bevaka att utredning och analys genomförs, att åtgärder vidtas samt att en bedömning av allvarligheten i händelsen (risk för missförhållande eller missförhållande alternativt risk för allvarligt missförhållande eller allvarligt missförhållande) görs i enlighet med lex Sarah.  Vid händelse inom Humaniora vård och omsorg ansvarar förvaltningschefen för bedömningen av allvarlighetsgraden i händelsen och därmed om anmälan till Inspektionen för vård och omsorg ska göras.	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Sammanställs och redovisas för nämnd 2 gånger/år.
Boendestöd	Uppföljning av boendestöd	Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser samt att våra anvisningar och rutiner för verksamheten är aktuella/uppdaterade  1. Avtalsuppföljningar/uppföljning av utvecklingsplan (över 5 brukare) 2. Uppföljning av fokusområden 3. Granskningar av	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år

## Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2023

		<p>kvalitetsberättelser.</p> <p>4. Samverkansmöten</p> <p>5. Kvalitetsfrågor på individnivå genomförs av handläggare.</p>		
Hemtjänst	Uppföljning av hemtjänst	<p>Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser samt att våra anvisningar och rutiner för verksamheten är aktuella/uppdaterade</p> <p>1. Avtalsuppföljningar/uppföljning av utvecklingsplan</p> <p>2. Uppföljning av fokusområden</p> <p>3. Granskningar av kvalitetsberättelser</p> <p>4. Phoniros; Personalkontinuitet, kvittenser, manuella registreringar.</p> <p>5. Samverkansmöten</p> <p>6. Kvalitetsfrågor på individnivå genomförs av handläggare.</p>	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år
Dagverksamhet	Uppföljning av dagverksamhet	<p>Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser samt att våra anvisningar och rutiner för verksamheten är aktuella/uppdaterade</p> <p>1. Avtalsuppföljning/uppföljning av utvecklingsplan.</p> <p>2. Samverkansmöten</p>	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.
LSS 9§6 korttidsvistelse utanför det egna hemmet	Uppföljning av LSS 9§6 korttidsvistelse utanför det egna hemmet	Avtalsuppföljning av LSS 9§6 korttidsvistelse utanför det egna hemmet görs på förekommen anledning.	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas på förekommen anledning.

## Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2023

LSS 9§7 korttidstillsyn för skolungdom över 12 år	Uppföljning av LSS 9§7 korttidstillsyn för skolungdom över 12 år	Avtalsuppföljning av LSS 9§7 korttidstillsyn för skolungdom över 12 år görs på förekommen anledning.	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas på förekommen anledning.
LSS 9§8 Bostad med särskild service för barn och ungdom	Uppföljning av LSS 9§8 Bostad med särskild service för barn och ungdom	Avtalsuppföljning av bostad med särskild service för barn och ungdom enligt LSS 9§8 görs på förekommen anledning.	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas på förekommen anledning.

LSS 9§9 Gruppboheter och serviceboheter	Uppföljning av LSS 9§9 Gruppboheter och serviceboheter	Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser samt att våra anvisningar och rutiner för verksamheten är aktuella/uppdaterade.  1. Avtalsuppföljningar/uppföljning av utvecklingsplan 2. Uppföljning av fokusområden 3. Granskningar av kvalitetsberättelser. 4. Samverkansmöten 5. Kvalitetsfrågor på individnivå genomförs av handläggare.	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år
LSS 9§10 Daglig verksamhet	Uppföljning av LSS 9§10 Daglig verksamhet	Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser samt att våra anvisningar och rutiner för verksamheten är aktuella/uppdaterade.  1. Avtalsuppföljningar/uppföljning av utvecklingsplan 2. Uppföljning av fokusområden. 3. Granskningar av	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.

## Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2023

		<p>kvalitetsberättelser.</p> <p>4. Samverkansmöten</p> <p>5. Kvalitetsfrågor på individnivå genomförs av handläggare.</p>		
Vård- och omsorgsboende	Uppföljning av vård- och omsorgsboende i Solna	<p>Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser samt att våra anvisningar och rutiner för verksamheten är aktuella/uppdaterade.</p> <p>1. Avtalsuppföljningar/uppföljning av utvecklingsplaner</p> <p>2. Granskningar av kvalitetsberättelser</p> <p>3. Uppföljning av fokusområden.</p> <p>5. Samverkansmöten</p> <p>6. Kvalitetsfrågor på individnivå genomförs av handläggare.</p>	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.
Vård- och omsorgsboende LOV-enstaka platser utanför Solna	Uppföljning av vård- och omsorgsboende LOV-enstaka platser utanför Solna	<p>Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser.</p> <p>1. Avtalsuppföljningar (verksamheter med minst 5 Solnabor)</p> <p>2. Granskningar av kvalitetsberättelser</p> <p>3. Kvalitetsfrågor på individnivå genomförs av handläggare.</p>	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.
LSS 9§9 Gruppboende och servicebostäder	Uppföljning av systematiskt brandskyddsarbete (SBA) LSS Boende	<p>SBA är ett samlingsnamn för alla brandskyddsåtgärder som är reglerade enligt lag. Alla organisationer, oberoende av storlek och verksamhet, ska arbeta systematiskt och kontinuerligt med sitt brandskydd. Det innebär såväl förebyggande arbete, för att undvika bränder, som kontinuerligt underhåll</p>	Fastighetsintendent	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.



## Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2023

		av det som måste fungera om det trots allt skulle börja brinna.		
Vård- och omsorgsboende	Uppföljning av systematiskt brandskyddsarbete (SBA) Vård- och omsorgsboende	SBA är ett samlingsnamn för alla brandskyddsåtgärder som är reglerade enligt lag. Alla organisationer, oberoende av storlek och verksamhet, ska arbeta systematiskt och kontinuerligt med sitt brandskydd. Det innebär såväl förebyggande arbete, för att undvika bränder, som kontinuerligt underhåll av det som måste fungera om det trots allt skulle börja brinna.	Fastighetsintendent	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.
Hemtjänst, vård- och omsorgsboende samt gruppboendestäder och serviceboendestäder	Uppföljning av miljöarbete och arbetet med klimatstrategin.	Uppföljning av miljöarbetet och klimatstrategin på verksamheterna	Fastighetsintendent	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år i årsredovisningen.

Hälsa- och sjukvårdsuppföljning				
Verksamhet	Aktivitet	Metod och frekvens	Ansvarig	Rapporteras till
Tio vård- och omsorgsboenden	Uppföljning av hälso- och sjukvården	Enkät som besvaras av ansvarig MAS och MAR i samarbete med verksamhetschef och legitimerad personal. Redovisas en gång per år i patientsäkerhetsberättelsen.	MAS/MAR	Omvårdnadsnämnden Redovisas i patientsäkerhetsberättelsen för nämnden 1 gång/år.
Tio vård- och omsorgsboenden	Uppföljning av registrering nationella kvalitetsregister som Senior Alert, Palliativa registret och BPSD	Genom att ta fram rapporter ur registren. En gång per år redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.	MAS/MAR i samarbete med verksamhetschefer	Omvårdnadsnämnden Redovisas i patientsäkerhetsberättelsen för nämnden 1 gång/år.

## Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2023

Tio vård- och omsorgsboenden	Punktprevalensmätningar som innefattar hur personalen arbetar efter basala hygienrutiner samt mätning av antal trycksår och trycksårskategori.	En till två gånger per år redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.	MAS i samarbete med verksamhetschefer	Omvårdnadsnämnden Redovisas i patientsäkerhetsberättelsen för nämnden 1 gång/år.
Tio vård- och omsorgsboenden	Avvikelseenkät som besvaras av verksamhetschef	En gång per månad redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.	MAS/MAR i samarbete med verksamhetschefer	Omvårdnadsnämnden Redovisas i patientsäkerhetsberättelsen för nämnden 1 gång/år.
Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS	Uppföljning av hälso- och sjukvård	Enkät som besvaras av verksamhetschef i samarbete med legitimerad personal Besök i verksamheten.  Granskning av omvårdnadsjournaler.  En gång per år redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.	MAS/MAR	Omvårdnadsnämnden Redovisas i patientsäkerhetsberättelsen för nämnden 1 gång/år.
LSS gruppboendestäder	Uppföljning av hälso- och sjukvård	Enkät som besvaras av verksamhetschef. En gång per år redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.	MAS/MAR	Omvårdnadsnämnden Redovisas i patientsäkerhetsberättelsen för nämnden 1 gång/år.
Samtliga åtta vård- och omsorgsboenden samt LSS gruppboendestäder. Platser enligt LOV.	Anmälning Lex Maria	Ta emot rapporter, informera förvaltningschef samt nämndens ordförande. Bevaka att utredning och analys genomförs, att åtgärder vidtas. Bedömning av allvarligheten i händelsen och skicka anmälan till IVO inom egen regi.	MAS/MAR	Dras löpande för omvårdnadsnämnden

## Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2023

Vård- och omsorgsboende, Hemtjänst och dagverksamheter				
Avdelningen för myndighetsutövning SoL				
Verksamhet	Aktivitet	Metod och frekvens	Ansvarig	Rapporteras till
Vård- och omsorgsboende	Uppföljning på individnivå	Biståndshandläggare gör uppföljningar av individuella biståndsbeslut för personer 3–5 månader efter inflyttning samt vid påkallat behov.	Biståndshandläggare	Biträdande avdelningschef SoL (Avdelningschef, SoL)
Vård- och omsorgsboende	Verkställda beslut	Rapportering av boendesamordnaren veckovis i LEDA i Stratsys.	Boendesamordnare	Avdelningschef, SoL
Vård- och omsorgsboende	Ej verkställda beslut	Rapportering av boendesamordnaren veckovis i LEDA i Stratsys.  Rapportering av boendesamordnaren per kvartal.	Boendesamordnare	Avdelningschef, SoL  IVO Omvårdnadsnämnden
Dagverksamhet Funktionsbevarande och demensdagvård	Uppföljning på individnivå	Biståndshandläggare gör uppföljning av individuella biståndsbeslut, i samband med att beslutet upphör samt vid påkallat behov.	Biståndshandläggare	Biträdande avdelningschef SoL (Avdelningschef, SoL)
Hemtjänst	Uppföljning på individnivå	Biståndshandläggare gör uppföljning av individuella biståndsbeslut, i samband med att beslutet upphör samt vid påkallat behov. Vid omvårdnadsbeslut görs en uppföljning efter en månad.	Biståndshandläggare	Biträdande avdelningschef SoL (Avdelningschef, SoL)

## Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2023

LSS Gruppboendestäder, daglig verksamhet och boendestöd				
Avdelningen för myndighetsutövning LSS				
Verksamhet	Aktivitet	Metod och frekvens	Ansvarig	Rapporteras till
LSS Boende	Ej verkställda beslut	Rapportering av boende-samordnaren månadsvis  Rapportering av samordnare 1 gång/kvartal	Samordnare för boende  Avdelningschef	Avdelningschef, Ledningsgrupp (LG)  Omvårdnadsnämnden
LSS Boende	Uppföljning av beslut	LSS handläggare gör en bedömning av behov om fortsatt insats inom tre månader innan beslutet löper ut. I samband med ombedömning görs en individuppföljning på boende. Redovisas 1 gång/månad	LSS-handläggare	Avdelningschef
LSS Boende	Uppföljning på individnivå	För de brukare som har ett pågående beslut gör LSS handläggare en uppföljning på boendet eller på den plats som brukaren önskar Redovisas 1 gång/år.	Avdelningschef	Omvårdnadsnämnden  Redovisas för nämnden 1 gång/år.
LSS Daglig verksamhet (DV)	Ej verkställda beslut	Rapportering av samordnare 1 gång/kvartal	Avdelningschef  Koordinator för daglig verksamhet	Omvårdnadsnämnden
LSS Daglig verksamhet	Uppföljning av beslut	LSS handläggare gör en bedömning av behov om fortsatt insats inom tre månader innan beslutet löper ut. I samband med ombedömning	LSS-handläggare	Avdelningschef

## Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2023

		görs en individuppföljning på DV. Redovisas 1 gång/månad		
LSS Daglig verksamhet	Uppföljning på individnivå	En individuell uppföljning görs alltid av LSS-handläggare när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla eller om behov föreligger. För personer som inte bor i bostad med särskild service kommer en individuell uppföljning att ske vartannat år. Redovisas 1 gång/år	LSS-handläggare	Avdelningschef
LSS insatser §§9:2–9:7	Uppföljning av beslut	LSS handläggare gör en bedömning av behov om fortsatt insats inom tre månader innan beslutet löper ut. Redovisas 1 gång/månad	LSS-handläggare	Avdelningschef
Boendestöd	Uppföljning av beslut	Handläggare gör en uppföljning inom 3 månader från det att genomförandeplanen inkommit.	LSS- och SOL handläggare	Avdelningschefer LSS och SOL