



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-01-27
ON/2020:1

Omvårdnadsnämndens årsredovisning 2021

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner årsredovisningen 2021.

Sammanfattning

Nämnden har haft fortsatt fokus på att minska smittspridningen av den pågående pandemin (Covid-19). I samverkan med Region Stockholm sker provtagning och smittspårning samt vaccination i nämndens verksamheter. Det tillfälliga besöksförbudet som godkändes av Folkhälsomyndigheten togs bort i början på året därefter har vård- och omsorgsboenden anpassat sina lokala besöksrutiner utifrån rekommendationer från Smittskydd Stockholm. Seniorträffsaktiviteter har anpassats och nya arbetssätt tillämpas för att nå fler Solnabor i form av hembesök, uteaktiviteter, telefon- och videosamtal och digitala mötesplatser. Seniorträffarna samt nämndens restauranger och kaféer öppnade i anpassad form under hösten. Biståndsbedömda dagverksamheter för äldre öppnade med anpassad verksamhet i slutet på juni.

Omvårdnadsnämnden har beslutat att anta Mango Omsorg AB, som utförare för gruppboendena Södra Långgatan och Jungfrudansen. Södra Långgatan är en ny gruppboende som öppnar 1 februari 2022. Jungfrudansens gruppboende är en befintlig gruppboende som drivs av Mango Omsorg och som får förlängt förtroende.

Kommunfullmäktige beslutade i stadens verksamhetsplan och budget för 2021 om fyra mål för omvårdnadsnämnden. Ett av målen bedöms uppfyllas och tre av målen bedöms uppfyllas till stor del.

Uppdraget att ta fram en strategi för kompetensutveckling inom äldreomsorgen har avrapporterats till omvårdnadsnämnden i juni. Uppdraget att tillvarata erfarenheter från hanteringen av pandemin i verksamheterna avrapporterades till kommunstyrelsen i december och avrapporteras till omvårdnadsnämnden i samband med årsredovisningen.

Nämndens nettokostnader uppgår till 861,8 mkr vilket är en minskning med 35,9 mkr (4 %) jämfört med föregående år. Förändringen förklaras huvudsakligen av att nämnden under året i snitt har haft 70 stängda platser inom särskilt boende.

Omvårdnadsnämnden visar ett överskott på 72,1 mkr i jämförelse med årets budget. Detta förklaras främst av att nämnden haft ett minskat behov om omkring 70 platser inom särskilt boende jämfört med behoven före pandemin.

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Veronica Hässelborg
Chefscontroller



SOLNA STAD

Årsredovisning 2021

OMVÅRDNADSNÄMNDEN

ON/2020:1, behandlas på omvårdnadsnämndens sammanträde tisdagen den 15 februari 2022

Innehållsförteckning

Förvaltningsberättelse.....	3
Sammanfattning.....	3
Händelser av väsentlig betydelse.....	3
Styrning och uppföljning av den kommunala verksamheten.....	4
Mål och uppdrag.....	5
Ekonomisk analys.....	10
Väsentliga personalförhållanden	12
Tvärsektoriella frågor.....	13
Förväntad utveckling.....	15
Konkurrensutsättning.....	16
Intern kontroll.....	17

Förvaltningsberättelse

Sammanfattning

Nämnden har haft fortsatt fokus på att minska smittspridning av den pågående pandemin (Covid-19). I samverkan med Region Stockholm sker provtagning och smittspårning samt vaccination i nämndens verksamheter. Det tillfälliga besöksförbudet som godkändes av Folkhälsomyndigheten togs bort i början på året därefter har vård- och omsorgsboenden anpassat sina lokala besöksrutiner utifrån rekommendationer från Smittskydd Stockholm. Seniorträffsaktiviteter har anpassats och nya arbetssätt tillämpas för att nå fler Solnabor i form av hembesök, uteaktiviteter, telefon- och videosamtal och digitala mötesplatser. Seniorträffarna samt nämndens restauranger och kaféer öppnade i anpassad form under hösten. Biståndsbedömda dagverksamheter för äldre öppnade med anpassad verksamhet i slutet på juni.

Omvårdnadsnämnden har beslutat att anta Mango Omsorg AB, som utförare för gruppboendena Södra Långgatan och Jungfrudansen. Södra Långgatan är en ny gruppboende som öppnar 1 februari 2022. Jungfrudansens gruppboende är en befintlig gruppboende som drivs av Mango Omsorg och som får förlängt förtroende.

Kommunfullmäktige beslutade i stadens verksamhetsplan och budget för 2021 om fyra mål för omvårdnadsnämnden. Ett av målen bedöms uppfyllas och tre av målen bedöms uppfyllas till stor del.

Uppdraget att ta fram en strategi för kompetensutveckling inom äldreomsorgen har avrapporterats till omvårdnadsnämnden i juni. Uppdraget att tillvarata erfarenheter från hanteringen av pandemin i verksamheterna avrapporterades till kommunstyrelsen i december och avrapporteras till omvårdnadsnämnden i samband med årsredovisningen.

Nämndens nettokostnader uppgår till 861,8 mkr vilket är en minskning med 35,9 mkr (4 %) jämfört med föregående år. Förändringen förklaras huvudsakligen av att nämnden under året i snitt har haft 70 stängda platser inom särskilt boende.

Omvårdnadsnämnden visar ett överskott på 72,1 mkr i jämförelse med årets budget. Detta förklaras främst av att nämnden haft ett minskat behov om omkring 70 platser inom särskilt boende jämfört med behoven före pandemin.

Händelser av väsentlig betydelse

Nämnden har haft fortsatt fokus på att minska smittspridning av den pågående pandemin (Covid-19). I samverkan med Region Stockholm sker provtagning och smittspårning samt vaccination i nämndens verksamheter. Det tillfälliga besöksförbudet som godkändes av Folkhälsomyndigheten togs bort i början på året därefter har vård- och omsorgsboenden anpassat sina lokala besöksrutiner utifrån rekommendationer från Smittskydd Stockholm. Seniorträffsaktiviteter har anpassats och nya arbetssätt tillämpas för att nå fler Solnabor i form av hembesök, uteaktiviteter, telefon- och videosamtal och digitala mötesplatser. Seniorträffarna samt nämndens restauranger och kaféer öppnade i anpassad form under hösten. Biståndsbedömda dagverksamheter för äldre öppnade med anpassad verksamhet i slutet på juni.

Omvårdnadsnämnden har beslutat att anta Mango Omsorg AB, som utförare för gruppboendena Södra Långgatan och Jungfrudansen. Södra Långgatan är en ny gruppboende som öppnar 1 februari 2022. Jungfrudansens gruppboende är en befintlig gruppboende som drivs av Mango Omsorg och som får förlängt förtroende.

På grund av färre ansökningar till vård- och omsorgsboende, korttidsplatser och fler avlidna som följd av den pågående pandemin har nämnden betydligt fler tomma platser än normalt. Nämnden har för närvarande, 31 december, tillfälligt sagt upp 65 platser.

Under pandemin har digitaliseringsfrågorna fått ett större fokus i arbetssätt och metoder men även för enskilda vårdtagare. Den digitala utvecklingen ger möjligheter att skapa effektivare arbetssätt samt underlätta rekrytering av chefer och vårdpersonal i framtiden. Införande av digital natillsyn i hemtjänst har genomförts som ett led i

satsningen Solna 2025 och morgondagens moderna hemtjänst. Vårdplaneringar med sjukhus och enskilda vårdtagare sker i högre grad med stöd av välfärdsteknik. Installation av Wi-Fi i de enskildas lägenheter på vård- och omsorgsboendena pågår. Nämnden fortsätter även att utveckla samverkan med civilsamhället tillsammans med stadsledningsförvaltningen.

Det finns kvalitetsdeklarationer inom alla nämndens verksamhetsområden. Vid avtalsuppföljningar följs följsamhet till kvalitetsdeklarationerna upp med utförarna och vid eventuella brister läggs detta in i utförarens utvecklingsplan för åtgärder.

Nämnden arbetar systematiskt med synpunkter, klagomål och avvikelser. Verksamheten arbetar i samverkan med utföraren för att åtgärda brister och klagomål. Sammanställning av klagomål görs en gång per år till nämnden, Lex Sarah anmälningar redovisas två gånger per år till nämnden och Lex Maria anmälningar kontinuerligt samt i patientsäkerhetsberättelsen en gång per år.

Styrning och uppföljning av den kommunala verksamheten

Verksamheten inom Solna stad bedrivs inom stadens nämnder samt i form av aktiebolag, kommunalförbund och i stiftelseform. Styrningen i Solna stad utgår från ett system för samlad ekonomi- och verksamhetsstyrning samt gällande lagstiftning, föreskrifter och nationella mål för den kommunala verksamheten. Utgångspunkten är en sammanhållen målstyrning, där kommunfullmäktige anger inriktning och ekonomiska ramar för styrelse och nämnder. Det sker i Solna stads verksamhetsplan och budget, som är stadens främsta styrdokument. Den årliga verksamhetsplanen och budget kompletteras inom vissa områden med andra styrande dokument som policyer, strategier, riktlinjer, planer och program.

Styrelse och nämnder ska, med utgångspunkt från kommunfullmäktiges inriktning, precisera och fastställa en verksamhetsplan och budget utifrån föreslagna ekonomiska ramar. Hänsyn ska tas till viktiga förändringar i omvärlden såsom ändringar i lagstiftningen och förändringar i befolkningsstrukturen. Styrelse och nämnder ska till sin verksamhetsplan och budget besluta om internkontrollplan och konkurrensplan för verksamheten.

Utifrån styrelsens och nämndernas mål samt ekonomiska ramar ska förvaltningsledningen utarbeta verksamhetsplan och budget i dialog med sina enheter. Enheterna ska arbeta fram sina mål/aktiviteter, vilka i sin tur ska brytas ned till individuella mål/aktiviteter för varje medarbetare. Målen/aktiviteterna tydliggör medarbetarens ansvar och befogenhet i det gemensamma arbetet med att uppnå enhetens, nämndens och stadens mål.

I Solna stads styr- och uppföljningssystem ingår uppföljning och utvärdering. Styrelse och nämnder ansvarar för att verksamheten följs upp och utvärderas i den omfattning som krävs för att ha en god kontroll. Befarade avvikelser, som inte är ringa, ska omgående informeras om till kommunstyrelsen som har uppsikt över nämndernas verksamhet, uppföljning och utvärdering. Uppföljning och utvärdering för Solna stad behandlas av kommunstyrelsen och kommunfullmäktige per 30 april, 31 augusti (delårsrapport) och 31 december (årsredovisning). De övergripande målen, nämndmålen och uppdragen samt stadens finansiella mål följs främst upp i delårsrapporten och i årsredovisningen.

Solna stads verksamhet bedrivs i vissa delar i aktiebolag, kommunalförbund eller stiftelseform. Kommunfullmäktige utser ledamöter till bolagsstyrelser och stiftelser samt utser ledamöter till förbundsfullmäktige för kommunalförbunden. Kommunfullmäktige väljer också ägarombud till bolagsstämmor. Kommunstyrelsen ansvarar för att företagen sköter verksamheten på ett ändamålsenligt sätt och att tillräcklig samordning sker med övrig kommunal verksamhet. Stadens styrning utgår ifrån lagstiftning inom området och de styrdokument som särskilt utfärdats av kommunfullmäktige i form av företagspolicy, bolagsordningar, ågardirektiv, särskilda direktiv, avtal eller förbundsordningar och medlemsdirektiv.

Uppsiktsplikten fullgör kommunstyrelsen genom att krav ställs på företagen om att lämna löpande information från sin verksamhet enligt ett fastställt rapporteringssystem. Koncernredovisning upprättas per sista augusti och sista december. För stiftelser gäller särskilda stadgar. Ägarförhållandena varierar i de olika bolag/förbund som ingår i Solna stads koncern och därmed formerna för uppsikt.

Omvårdnadsnämndens ansvarsområden





Omvårdnadsnämnden ansvarar för stadens äldreomsorg samt för omsorg om personer med funktionsnedsättning. Ansvarsområdet omfattar myndighetsutövning och verksamheterna styrs i stor utsträckning av socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Bland de verksamheter som nämnden ansvarar för finns boende, omsorg och service i ordinärt boende, daglig verksamhet, dagverksamhet, hälso- och sjukvård inom LSS-området med mera.

Mål och uppdrag





Kommunfullmäktige har i Solna stads verksamhetsplan och budget 2021 med inriktning för 2022-2023 beslutat om nämndmål och uppdrag för nämnderna.

Nämndmål

Kommunfullmäktiges beslutade mål för nämnden följs främst upp i delårsrapport per augusti och i årsredovisningen. Måluppfyllelsen för nämndmålen bedöms genom en sammanvägning av genomförda aktiviteter och relevanta mått. Målen bedöms enligt:

-  Målet uppfylls i år
-  Målet uppfylls till stor del i år
-  Målet uppfylls delvis i år
-  Målet uppfylls inte i år

En sammanfattning av bedömningarna för nämndmålen ser ut så här:

Nämndmål
 Solnabor som bor på vård- och omsorgsboende ska känna sig trygga, nöjda och få ett gott bemötande.
 Solnabor som har hemtjänst ska ha möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden.
 Solnabor med funktionsnedsättning ska kunna leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro.
 Den besvärande ensamheten bland solnabor, som har hemtjänst eller som är boende på vård- och omsorgsboende, ska minska.

Solnabor som bor på vård- och omsorgsboende ska känna sig trygga, nöjda och få ett gott bemötande.

-  Målet uppfylls till stor del i år

Måluppfyllelsen för trygghet, gott bemötande och nöjdhet mäts i första hand genom årliga nationella brukarundersökningar på vård- och omsorgsboenden, som vanligtvis genomförs under våren. I början på året meddelade Socialstyrelsen att årets mätningar kommer att genomföras först i början av 2022, vilket innebär att någon mätbar siffra inte kan presenteras för året. Som komplement till resultaten i de nationella brukarundersökningarna genomför nämnden individuppföljningar. Arbetet med individuppföljningar av de boendes upplevelse av bemötande och trygghet med fördjupade kvalitetsfrågor pågår kontinuerligt under året. Uppföljningen visar att merparten av de boende upplever att de alltid/oftast får ett bra bemötande från personalen och majoriteten av de boende känner sig alltid/oftast trygga. Detta resultat är i linje med föregående års resultat.

Pandemin har fortsatt påverkat de boendes situation på vård- och omsorgsboende under 2021. Verksamheterna följer Smittskydd Stockholms riktlinjer, vilket bland annat innebär anpassning av aktiviteter för att minska risk för smittspridning.

Utförarna har fortsatt arbeta med brukarundersökningsresultat från 2020 på verksamhetsnivå och de har utifrån resultatet och avtalsuppföljningen gjort egna utvecklingsplaner med planerade aktiviteter för bland annat bättre

bemötande, ökad trygghet och nöjdhet. Aktiviteter och resultat har följts upp enligt omvårdnadsnämndens uppföljningsplan för 2021.

Viktiga aktiviteter som bidrar till måluppfyllelse är:

- För att stödja målet har nämnden tagit fram en strategi för kompetensutveckling för medarbetare inom äldreomsorgen.
- Staden har rekviderat stimulansmedel för att arbeta med olika projekt i syfte att höja kvaliteten i verksamheterna. Ett av projekten som pågått under året är "Skapa meningsfull tillvaro med den äldre i fokus". Med stöd av satsningen äldreomsorgslyftet har tre medarbetare påbörjat sin utbildning till undersköterska och 17 har påbörjat sin specialistutbildning för undersköterskor.
- Nämnden har inrättat "Metodikum" ett kliniskt träningscentrum som ger vård- och omsorgsmedarbetare möjlighet att träna på sina kliniska färdigheter för att bibehålla och utveckla sin kompetens.
- Verksamheterna har fortsatt att registrera och arbeta med tillgängliga kvalitetsregister för att stödja målet.

Solnabor som har hemtjänst ska ha möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden.

 Målet uppfylls till stor del i år

Måluppfyllelsen för trygghet, gott bemötande och nöjdhet mäts i första hand genom årliga nationella brukarundersökningar för hemtjänst, som vanligtvis genomförs under våren. I början på året meddelade Socialstyrelsen att årets mätningar kommer att genomföras först i början av 2022, vilket innebär att någon mätbar siffra inte kan presenteras för året. Individuppföljningar har genomförts och under året har totalt 111 individuppföljningar inom hemtjänst genomförts, varav 95 brukare har besvarat de kvalitetsfrågor som ställts. Uppföljningarna visar att 99 procent av brukarna alltid eller oftast upplever att de blir väl bemötta av hemtjänsten, 100 procent av de tillfrågade känner sig trygga med sin hemtjänst och 97 procent upplever att de alltid eller oftast får vara med och påverka den hjälp de får.

På grund av pandemin var dagverksamheterna stängda under våren. I syfte att erbjuda sociala kontakter för besökare till dagverksamheterna, fortsatte dagverksamhetens personal då att göra hembesök och bland annat gå promenader tillsammans med besökarna. Denna alternativa form av dagverksamhet pågick fram till slutet av juni 2021, då dagverksamheterna återöppnades i anpassad form. De förebyggande hembesöken ersattes under året med telefonsamtal och 396 samtal genomfördes med 80- och 90-åringar under året och ytterligare 72 samtal med pensionärer som tidigare fått hembesök.

Utförarna har fått brukarundersökningsresultat på verksamhetsnivå för 2020 och de har utifrån resultatet och avtalsuppföljningen gjort egna utvecklingsplaner med planerade aktiviteter för bland annat bättre bemötande, ökad trygghet och nöjdhet. Aktiviteter och resultat har följts upp enligt omvårdnadsnämndens uppföljningsplan för 2021.

Viktiga aktiviteter som bidrar till måluppfyllelse är:

- Verksamheterna har fortsatt att följa upp personalkontinuiteten för hemtjänstkunder som har flera hjälpinsatser per dag. Varje månad följs statistiken upp i ett verksamhetssystem med återkoppling till utförarna. Personalkontinuiteten i hemtjänsten ligger på en fortsatt god nivå trots pandemin.
- För att stödja målet har nämnden tagit fram en strategi för kompetensutveckling för medarbetare inom äldreomsorgen.
- Staden har rekviderat stimulansmedel för att arbeta med olika projekt i syfte att höja kvaliteten i verksamheterna. Genom "Äldreomsorgslyftet" utbildar sig 10 medarbetare inom hemtjänsten till

undersköterskor och en medarbetare till vårdbiträde. Även pilotprojektet "Seniorträffen kommer" med förebyggande friskvård i hemmet har fortsatt under året.

- Arbetet har fortsatt att införa digitala lösningar inom hemtjänsten. Införandet av digital natttillsyn har genomförts. Digitala alternativ utreds även för hemtjänstinsatserna matdistribution och inköp för att den enskilde själv i större utsträckning ska kunna genomföra beställning av varor i likhet med andra medborgare. En digital fixare har anställts för att minska det digitala utanförskapet hos personer med hemtjänstinsatser.

Solnabor med funktionsnedsättning ska kunna leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro.

● Målet uppfylls i år

Måluppfyllelsen mäts vartannat år i nationella brukarundersökningar. Mätningen genomfördes hösten 2021. Brukarna i undersökningarna är personer med boendestöd, personer med funktionsnedsättning som bor i grupp- eller servicebostäder samt personer som deltar i daglig verksamhet.

Brukarundersökningen för personer boende på service- eller gruppboende samt deltagare på daglig verksamhet enligt LSS och personer med insatsen boendestöd genomfördes i Solna stad under 2021.

Undersökningen visar att 82 procent av de boende i servicebostad upplevde att de fick den hjälp de behövde från personal, vilket är samma resultat som år 2019. 70 procent kände sig trygga med all personal hemma (år 2019: 82 %). 71 procent upplevde att de förstår vad personalen menade (år 2019: 68%).

Undersökningen visar att 79 procent av de boende på gruppboende upplevde att de fick den hjälp de behövde (år 2019: 84 %). 88 procent kände sig trygga med all boendepersonal (år 2019: 85 %). 88 procent upplevde att de förstår vad personalen menade (år 2019: 79%).

Måluppfyllelsen inom daglig verksamhet har förbättrats inom samtliga områden i jämförelse med den senaste undersökningen 2019. Andel av deltagarna som upplever att alltid får efterfrågad hjälp uppgår till 88 procent (84 % 2019), andel som upplever att all personal bryr sig om dem uppgår till 92 procent (77 % 2019), andel som uppger att de förstår vad personalen menar uppgår till 87 procent (66 % 2019), andel som känner sig trygga med all personal uppgår till 89 procent (64 % 2019).

Andel personer med insatsen boendestöd som upplever att alltid får efterfrågad hjälp var högre än resultatet 2018 (83 % jämfört med 76 %). Andel som upplever att all personal känner sig trygga med sitt boendestöd var något högre än resultatet 2018 (85 % jämfört med 84 %). Andel som uppger att de förstår vad all personal menar var högre än resultatet 2018 (83 % jämfört med 71 %).

Analys av resultaten från brukarundersökningen för personer med funktionsnedsättning sker i samverkan med kommunerna Ekerö, Järfälla, Sigtuna och Sollentuna. Denna samverkan organiseras av FOUU. Vid jämförelse med dessa kommuner och med riket ligger Solnas resultat i huvudsak i linje med övriga.

Under 2021 har nämnden fortsatt att mäta brukarnas upplevelse med fördjupade kvalitetsfrågor. 88 av 129 tillfrågade personer med insatsen bostad med särskild service för vuxna enligt LSS eller daglig verksamhet enligt LSS besvarade frågorna. Svaren visar att andelen som alltid/oftast får ett bra bemötande från personalen är 98 procent. Andelen som alltid/oftast känner sig trygga är 98 procent. Andelen som upplever att de alltid/oftast vara med och bestämma vilken hjälp de får är 94 procent. Andelen som aldrig/sällan besväras av ensamhet är 81 procent. Den besvärande ensamheten kommer verksamheterna och utförarna arbeta vidare med.

Viktiga aktiviteter som bidrar till måluppfyllelse är:

- Verksamheterna har arbetat med identifierade utvecklingsområden från 2020 års avtalsuppföljningar. 2021 års avtalsuppföljningar har genomförts under hösten.

- Kompetenshöjande insatser genom att erbjuda vård- och omsorgspersonal inom funktionshinderområdet olika utbildningar. Totalt 80 medarbetare deltog under våren 2021 i Forum Carpes utbildningar inom exempelvis autism och neuropsykiatri, självskadebeteende, psykisk ohälsa och intellektuell funktionsnedsättning.
- Uppföljning av samverkansrutinen med socialförvaltningen har genomförts. Uppföljningen visar att samverkan fungerar bra och rutiner följs.
- Erhållet stimulansbidrag för utökad habiliteringsersättning under 2021 och utarbetat modell för att stimulera arbetstagarna att delta i daglig verksamhet.
- Verksamheterna inom boendestöd har utvecklat sina möjligheter att erbjuda stöd via telefon och videosamtal med sina klienter. Detta har resulterat i att fler personer har blivit mer självständiga och kan klara fler aktiviteter i det dagliga livet. Daglig verksamhet inom LSS har erbjudit digital verksamhet för de arbetstagare som ej kunnat delta fysiskt.
- Hälso- och sjukvårdsteamet LSS har förstärkts eftersom antalet grupp- och servicebostäder har ökat samt för att förbättra tillgången till teamet ute i verksamheterna. Samverkan med läkare på vårdcentralerna har utvecklats.

Den besvärande ensamheten bland solnabor, som har hemtjänst eller som är boende på vård- och omsorgsboende, ska minska.



Målet uppfylls till stor del i år

Måluppfyllelsen gällande den besvärande ensamheten mäts i första hand genom årliga nationella brukarundersökningar för vård- och omsorgsboende samt hemtjänst. I början på året meddelade Socialstyrelsen att årets mätningar kommer att genomföras först under början av 2022, vilket innebär att någon mätbar siffra inte kan presenteras för året då resultaten kommer först till sommaren 2022.

Arbetet med individuppföljningar på vård- och omsorgsboendena pågår kontinuerligt under året och uppföljningen visar att majoriteten av de boende upplever att ensamhet inte är något problem/inte är ett så stort problem, vilket är i linje med föregående års resultat. Totalt 111 individuppföljningar har genomförts inom hemtjänst under perioden och 92 brukare har besvarat de kvalitetsfrågor som ställts. 15 procent av de svarande upplever besvärande ensamhet som ett visst eller stort problem medan 85 procent inte upplever detta som ett så stort eller inte alls som ett problem.

Nämndens arbete för att öka hälsa, välbefinnande och livsglädje hos äldre har fortsatt under året. Det har skett bland annat genom samverkan med frivilligorganisationer och andra volontärer och har som syfte att bryta social isolering, ge social stimulans och erbjuda friskvårds- och/eller kulturaktiviteter. Nämnden fortsätter arbetet med att erbjuda personer med en demenssjukdom och deras anhöriga stöd för att motverka social isolering.

Wi-Fi har installerats i gemensamma utrymmen och i lägenheter på vård- och omsorgsboenden för att underlätta kommunikation och kontakt med närstående liksom möjligheten att använda appar, läsa tidningen, spela spel med mera. Digitala möten är en etablerad arbetsform inom och mellan organisationer men erbjuds också som kontaktväg för kunder och brukare.





Viktiga aktiviteter som bidrar till måluppfyllelse är:



- Arbetsätt för att systematiskt minska den besvärande ensamheten på vård- och omsorgsboende har implementerats.
- För att minska den besvärande ensamheten har de rekviderade stimulansmedlen använts för att köpa in välfärdsteknik.

- För att stödja målen har videosamtal fortsatt erbjudas till de boende och anhöriga som komplement till fysiska besök.
- Under våren har de hemtjänstkunder som före pandemin regelbundet besökte dagverksamheten fortsatt haft individuella aktiviteter såsom promenader eller annan sysselsättning som ersättning till ordinarie verksamhet. I slutet av juni togs beslut om att öppna dagverksamheterna i anpassad form så verksamheterna kan fortsätta följa de rekommendationer som finns på grund av pandemin.
- Projekten "Seniorträffen kommer" och "Skapa meningsfull tillvaro med den äldre i fokus" har pågått under året för att minska den besvärande ensamheten.

Uppdrag

Kommunfullmäktiges beslutade uppdrag för nämnden följs främst upp i delårsrapport per augusti och i årsredovisningen. Status för uppdragen bedöms enligt:

-  Uppdraget är slutfört
-  Uppdraget pågår enligt plan
-  Uppdraget pågår med avvikelse
-  Uppdraget avbrutet eller har inte startat.

Uppdrag
 Omvårdnadsnämnden får i uppdrag att ta fram en strategi för kompetensutveckling inom äldreomsorgen.
 Omvårdnadsnämnden får i uppdrag att säkerställa att erfarenheterna och lärdomarna från hanteringen av Coronapandemin tillvaratas i utvecklingen av verksamheterna.

Omvårdnadsnämnden får i uppdrag att ta fram en strategi för kompetensutveckling inom äldreomsorgen.

-  Uppdraget är slutfört.

Uppdraget att ta fram en strategi för kompetensutveckling inom äldreomsorgen avrapporterades till omvårdnadsnämnden i juni.

Omvårdnadsnämnden får i uppdrag att säkerställa att erfarenheterna och lärdomarna från hanteringen av Coronapandemin tillvaratas i utvecklingen av verksamheterna.

-  Uppdraget är slutfört.

Uppdraget att tillvarata erfarenheter från hanteringen av pandemin i verksamheterna avrapporterades till kommunstyrelsen i december.

I arbetet med att tillvarata erfarenheter och lärdomar från hanteringen av pandemin i utvecklingen av stadens verksamheter har ett antal fokusområden identifierats; prioritering av det kommunala uppdraget, samverkan med civilsamhället och näringslivet, samverkan inom staden, säkerställande av att medarbetarnas kunskap och kompetens används på bästa möjliga sätt och tillvaratagande av digitaliseringens möjligheter.

Prioritering av det kommunala uppdraget handlar om att identifiera vad som utgör det kritiska samhällsuppdraget i förhållande till kommuninvånarna. Under pandemin blev det än tydligare att det handlar om äldreomsorg, hemtjänst, individ- och familjeomsorg, förskola och skola. Samtliga förvaltningar visade under pandemin stor flexibilitet och ställde om sina verksamheter för att kunna bistå inte minst omvårdnadsförvaltningen i sitt

samhällsuppdrag. Arbetet med prioritering pågår löpande för att säkerställa att resurserna kommer till största möjliga nytta.

Den omställning av verksamheterna som skedde med inriktning på att säkra de mest kritiska samhällsfunktionerna under hanteringen av pandemin visade på den kraft som finns i en utvecklad samverkan och ett starkt ledarskap i staden. Utifrån ett tydligt gemensamt uppdrag och ett tydligt ledarskap utvecklades samverkansformer inom förvaltningarna och över förvaltningsgränserna. Det förvaltningsövergripande samarbetet kom till uttryck exempelvis genom att omvårdnadsförvaltningen under pandemin fick stöd av stadens övriga förvaltningar inom områden såsom tillverkning, inköp och leverans av skyddsutrustning, bemanning och kommunikation.

En viktig förutsättning för att utveckla samverkan och att tillvarata medarbetarna på bästa sätt är ledarskap och medarbetarskap. Satsningar har gjorts på att ge medarbetare möjlighet att vidareutbilda sig till vårdbiträden, undersköterskor och specialistundersköterskor. Det har även gjorts en satsning på att etablera ett kliniskt träningscentrum på Hallen för att medarbetarna inom omsorgen ska kunna träna på olika hälso- och sjukvårdsinsatser, få möjlighet att höja sin kompetens och bli instruerade av instruktörer och vårdlärare. Ett stort fokus har också legat på att stärka den digitala kompetensen bland medarbetare inom omvårdnadsförvaltningen.

Hanteringen av pandemin visar också på vikten av att använda medarbetarnas kunskap och kompetens på bästa möjliga sätt i stadens verksamheter. Det pågår ett utvecklingsarbete på omvårdnadsförvaltningen, som går under benämningen ”En trygg och självständig omsorg”, som syftar till att möjliggöra för Solnas äldre att bo hemma längre under trygga förhållanden och att säkerställa omsorgen till de äldre som behöver det allra mest. I det utvecklingsarbetet är inriktningen att skapa förutsättningar för medarbetare i hemtjänsten, främst undersköterskor och vårdbiträden, att fokusera på sin kärnverksamhet – omvårdnad. Genom att understödja att näringslivet bistår med att tillhandahålla serviceinsatser såsom mat- och apoteksinköp ska medarbetarna inom hemtjänsten kunna fokusera sina insatser på omvårdnad.

Hanteringen av pandemin ställde krav på staden att utveckla nya arbetssätt med hjälp av digitala verktyg. Inom omvårdnadsförvaltningen har trygghetskameror installerats hos hemtjänstkunder, som möjliggör att natttillsyn kan utföras på distans. Trygghetskamerorna möjliggör dels att hemtjänstkunderna får en ostörd nattsömn, dels att medarbetarna kan fokusera på de kunder som har behov av mer än enbart tillsyn på natten. Trygghetskamerorna i hemtjänsten är ett exempel på hur digitala lösningar kan bidra till mer självständighet och integritet för den äldre. I detta syfte och för att minska det digitala utanförskapet och den ofrivilliga ensamheten har också omvårdnadsförvaltningen anställt en digital fixare som kan stödja bland annat hemtjänstkunder i användningen av den digitala tekniken. Genom ett samarbete med förvaltningen för arbetsmarknad, kultur och fritid kommer det också att vara möjligt för äldre att på biblioteket låna och prova smart utrustning för hemmet. Det drivs också ett arbete för att utveckla samverkan mellan omvårdnadsförvaltningen och förvaltningen för arbetsmarknad, kultur och fritid med inriktningen att utveckla fritidsaktiviteter för seniorer utifrån stadens kultur- och fritidsutbud.

Omvårdnadsnämnden har i avtalen med utförarna förtydligt ansvaret för beredskapslager av skyddsutrustning, skriftliga planer för hög sjukfrånvaro samt tydliggjort utförarens ansvar för krisledning.

Ekonomisk analys

Driftredovisning

Nämndens nettokostnader uppgår till 861,8 mkr, vilket är en minskning med 35,9 mkr (4 %) jämfört med föregående år. Förändringen förklaras huvudsakligen av att nämnden under året i snitt har haft 70 stängda platser inom särskilt boende, vilket föregående var 75 stängda platser från och med om juni månad.

Nämnden har under 2021 en ny resursfördelningsmodell för belagda platser inom egen regi för LSS gruppboenden och Skoga äldreboende i syfte att få en tydligare uppföljning av verksamheterna samt likställa förutsättningarna mellan intern och externa utförare. Denna förändring påverkar både intäkter och kostnader i lika stor grad, cirka 94 mkr interna intäkter och interna kostnader.

Omvårdnadsnämndens helårsprognos per augusti var ett överskott mot budget på 57,6 mkr. Det slutliga utfallet är 72,1 mkr, vilket ger en differens mellan resultat och prognos motsvarande 14,5 mkr.

Prognosavvikelsen beror i huvudsak på att lägre kostnader inom särskilt boende på grund av lägre efterfrågan av platser på särskilt boende och inom LSS, bidrag för ökade kostnader relaterat till COVID-19 tillhörande föregående år samt återfört bidrag för Vinnova som avslutats i juli innevarande år.

Omvårdnadsnämnden visar ett överskott på 72,1 mkr i jämförelse med periodens budget. Detta förklaras i huvudsak av att nämnden under året i snitt haft 70 platser stängda inom särskilt boende samt en lägre efterfrågan av platser på särskilt boende på grund av pandemin.

Nämndens stimulansmedel uppgår till 13 mkr för 2021, varav 4 mkr avser uppfyllda nämndmål, 0,6 mkr avslutat projekt Vinnova, 1,3 mkr kompensation från Försäkringskassan för sjukfrånvaro och 6 mkr är kompensation merkostnad för skyddsmedel.

Resultaträkning (mkr)	2021	2020	% 21/20	Budget- avvikelse	Budget	Prognos	Prognos- avvikelse
Taxor och avgifter	27,6	28,0		9,9	17,8	27,5	-0,1
Hyror och arrenden	33,0	32,6		6,8	26,2	32,5	-0,5
Bidrag	85,8	94,6		19,0	66,8	74,3	-11,5
Försäljning av verksamhet	0,7	1,2		0,7	0,0	1,0	0,3
Övriga intäkter	19,1	20,4		-13,1	32,2	19,4	0,3
Intern intäkt peng (kto 39)	174,9	69,8		69,2	105,7	175,0	0,1
Summa intäkter	341,1	246,7	38,3 %	92,5	248,6	329,7	-11,4
Personalkostnader	-268,2	-262,0		-4,9	-263,3	-269,0	-0,8
Köp av verksamhet/tjänster	-623,0	-672,6		74,6	-697,7	-624,5	-1,5
Lokalkostnader	-81,7	-80,4		-6,4	-75,3	-81,2	0,5
Kapitalkostnader	-3,2	-3,9		0,7	-3,9	-3,3	-0,1
Övriga kostnader	-51,3	-55,7		-14,8	-36,5	-53,0	-1,7
Intern kostnad peng (kto 77)	-175,5	-69,8		-69,6	-105,8	-175,0	0,5
Summa kostnader	-1 202,9	-1 144,4	5,1 %	-20,4	-1 182,5	-1 206,0	-3,1
Verksamhetens nettokostnader	-861,8	-897,7	-4,0 %	72,1	-933,9	-876,3	-14,5

För en god ekonomisk styrning är det viktigt att nämndernas prognossäkerhet är hög. I årsredovisningen jämförs därför årets utfall med nämndens prognoser under året.

Omvårdnadsnämndens helårsprognos per augusti var ett överskott mot budget på 57,6 mkr. Årets budgetöverskott uppgår till 72,1 mkr, vilket ger en differens mellan resultat och prognos på 14,5 mkr. Prognosavvikelsen beror i huvudsak på att lägre kostnader inom särskilt boende på grund av lägre efterfrågan av platser på särskilt boende och inom LSS, bidrag för ökade kostnader relaterat till Covid-19 tillhörande föregående år samt återfört bidrag för Vinnova som avslutats i juli innevarande år.

Verksamheter

Verksamheter (mkr)	2021	2020	% 21/20	Budget- avvikelse	Budget	Prognos	Prognos- avvikelse
Nämndverksamhet	-0,7	-0,8	-14 %	0,7	0	-0,7	0,0
Äldreomsorg hemtjänst	-182,1	-165	10 %	1	-181,1	-181,1	1,0
Äldreomsorg särskilt boende	-388,4	-421,1	-9 %	-39	-427,5	-383	5,4
Insatser enligt LSS	-228,3	-239,9	-5 %	-21	-249,3	-237,1	-8,8
Insatser personer m funktionsnedsättning	-8,2	-7,2	14 %	1	-7,1	-7,1	1,1
Färdtjänst	-6,9	-5,8	19 %	0,4	-6,6	-7	-0,1
Förvaltningsgemensam verksamhet	-47,2	-57,9	-19 %	-15,2	-62,3	-60,3	-13,1
Verksamhetens nettokostnader	-861,8	-897,7	-4,0	-72,1	-933,9	-876,3	-14,5

Hemtjänsten har ökat sina kostnader med 17,1 mkr jämfört med föregående år medan särskilt boende har minskat med 32,7 mkr. Minskningen beror på att nämnden från och med juni 2020 stängde ner 75 platser vilket ska jämföras med innevarande år som har haft stängda platser från januari månad.

Jämfört med prognos avviker hemtjänsten negativt med 1 mkr i högre kostnad och särskilt boende 5,4 mkr lägre kostnad. Avvikelsen förklaras av fler omvårdnadstimmar inom hemtjänst och för särskilt boende på grund av minskad efterfrågan av platser samt återfört bidrag för skyddsmedel tillhörande föregående år.

Jämfört med budget avviker Hemtjänsten negativt med 1 Mkr (0,5%) i högre kostnad medan särskilt boende har

39 mkr lägre kostnad jämför med budget då nämnden hade prognostiserat att fler platser successivt skulle ha öppnats upp under året.

LSS har en minskning med 11,6 mkr jämfört med föregående år vilket bland annat beror på felperiodisering från 2019 som påverkade 2020 år negativt med 4 mkr samt lägre kostnad för sommarvistelse, korttidstillsyn barn, boende barn och kontaktperson.

Avvikelsen jämfört med prognos förklaras av lägre kostnad för daglig verksamhet och för återfört bidrag för merkostnad relaterat till COVID-19 tillhörande föregående år.

Jämfört med budget avviker LSS med 21 mkr vilket bland annat beror på lägre kostnad för sommarvistelse, kontaktperson och daglig verksamhet.

Insatser personer med funktionsnedsättning har ökat sin kostnad med 1 mkr och färdtjänst med 1,1 mkr.

Nämndens gemensamma kostnader har minskat med 10,7 mkr vilket beror på lägre kostnader för skyddsmaterial samt effektivisering av administrativa processer jämfört med föregående år.

Jämfört med prognos avviker Omvårdnadsnämnden med 13,1 mkr vilket förklaras av lägre kostnad för förbrukningsmaterial, lägre kostnad för administration samt bidrag för uppfyllda nämndmål.

Nämndens gemensamma kostnader är 15,2 mkr lägre än budget vilket förklaras av lägre kostnader för förbrukningsmaterial, effektivare administrativa processer och kostnadstäckning för skyddsmaterial tillhörande föregående år.

Investeringsredovisning

Årets investeringsutfall uppgår till 0,7 mkr vilket är 0,8 mkr lägre än årets budget. Avvikelsen kan till viss del förklaras av den genomlysning av investeringsprocessen samt anläggningsregistret som genomförts i staden under 2021. Genomlysningen har bland annat resulterat i ett förtydliggörande av stadens anvisning för gränsdragning mellan investeringsutgifter och driftkostnader samt en förändring av beloppsgränsen för en investeringsutgift vilket beskrivs närmare i Solna stads årsredovisning. De poster som inte uppfyller stadens krav för att definieras som investeringsutgifter har korrigerats på central nivå i staden via eget kapital respektive årets resultat och påverkar inte nämndernas resultat 2021.

Investeringsredovisning (mkr)	2021	2020	Differens 21/20	Återstår av årsbudget	Budget	Prognos	Prognos-avvikelse
Verksamhetens investeringar	0,7	1,4	-0,7	0,8	1,5	1,5	-0,8

Väsentliga personalförhållanden

Kompetensutveckling

Förvaltningen arbetar systematiskt med kompetensutveckling som en viktig del i förvaltningens strategi för kompetensförsörjning.

I samband med pandemins utbrott har samtlig omvårdnadspersonal kontinuerligt genomgått utbildning i basala hygienrutiner och genom praktiska övningar lärt sig hur nödvändig skyddsutrustning ska användas. Informationsmaterial om detta på såväl svenska som andra språk har använts.

En satsning i att utbilda språkombud på särskilda boenden har pågått under 2021 och kommer fortsätta under 2022.

ESF-projektet Digitalt medarbetarskap verkar för att ge personal och chefer inom egen regi kompetensutveckling i digitalisering. I februari startade en utvecklingsinsats kring förändringsledning och att leda digitalisering för Omvårdnadsförvaltningens samtliga chefer. Satsningen ska bland annat ge konkreta verktyg och metoder att

arbeta med i verksamheterna. Projektet avslutas i februari 2022.

I juni invigdes träningscentret Metodikum i Solna som ger möjlighet för vård- och omsorgspersonal att färdighetsträna olika praktiska moment. Instruktörer från flera olika verksamheter har utbildats och kommer att ansvara och förbereda den praktiska träningen.

Nämnden har rekviderat statliga medel genom Äldreomsorgslyftet för att genomföra kompetenshöjande insatser för omvårdnadspersonal inom äldreomsorgen. Exempelvis studerar för närvarande 28 medarbetare till vårdbiträde, undersköterska/specialistundersköterska varav 7 medarbetare från egen regi och resterande från de privata utförarna.

Samtliga verksamheter inom äldreomsorgen har erbjudits stödsamtal med anledning av spridning av covid-19. Cirka 70 medarbetare har tackat ja till att delta.

Förebyggande hälsoarbete

Inom förvaltningen pågår ett strukturerat arbete med fokus på faktorer som bidrar till ökad hälsa och till hållbar arbetshälsa över tid med aktiviteter som främjar, förebygger och rehabiliterar. På grund av rådande pandemi med restriktioner som fortsatt även 2021 har de hälsofrämjande aktiviteterna inte kunnat utföras i den utsträckning som planerats.

Sjukfrånvaro

Den totala sjukfrånvaron inom förvaltningen för 2021 är 8,7 procent att jämföra med 11,9 procent för 2020. Korttidssjukfrånvaron är 3,9 procent att jämföra med 4,8 procent för 2020. Långtidssjukfrånvaron är 3,2 procent att jämföra med 3,8 procent för 2020. Verksamheterna arbetar systematiskt i enlighet med rehabiliteringsprocessen för en minskad kort- och långtidssjukfrånvaro.

Medarbetarundersökning - Hållbart medarbetarengagemang, HME

Medarbetarundersökningen genomfördes under hösten 2021 med en svarsfrekvens på 83 procent mot 85 procent 2020. Medarbetarundersökningens resultat avseende HME (83,8) ligger kvar på en hög nivå även om det har sjunkit något jämfört med 2020 års resultat (84,7). Resultatet visar att cheferna i ännu högre grad visar uppskattning, förtroende och möjliggör att medarbetarna kan ta ansvar jämfört med 2020 års resultat. Även chefernas arbetsätt att målstyra får höga resultat av medarbetarna. De utvecklingsområden som förvaltningen ska arbeta med under 2022 är motivation, att utvecklas och lära nytt i det dagliga arbetet och delaktighet.

Periodutfall	2021	2020	Förändring
Antal anställda	447	436	11
- varav kvinnor	343	338	5
- varav män	104	98	6
Antal årsarbetare i snitt	381,1	367,5	13,6
Sjukfrånvaro, %	8,7	11,9	-3,2
Hållbart medarbetarengagemang-index (HME)	83,8	84,7	-0,9
Fotnoter:			
<i>Antal årsarbetare i snitt avser överenskommen sysselsättningsgrad.</i>			

Tväarsektoriella frågor

Solna stad har väl utvecklade metoder för att arbeta med de tvärasektoriella frågorna; internationellt arbete, likabehandlingsarbete och strategiskt miljö- och klimatarbete. Kommunstyrelsen, kommittéer och råd skapar tillsammans med stadsledningsförvaltningen förutsättningar för arbetet bland annat genom styrdokument, kunskapsuppbyggnad, erfarenhetsutbyte och samarbete. Nämnderna har uppdraget att använda de tvärasektoriella perspektiven för att utveckla den egna verksamheten och stödja nämndens måluppfyllelse. Det tvärasektoriella arbetet följs upp i delårsrapport och årsredovisning.

Internationellt

Nämndens internationella arbete används huvudsakligen som metod för verksamhets- och kvalitetsutveckling.

Omvårdnadsnämndens arbete med de internationella frågorna är bland annat kopplade till nämndmålen som inkluderar trygghet, bemötande och nöjdhet samt att motverka social isolering.

Nämnden deltar i Eurocities, Social Affairs forum framför allt i arbetsgruppen Urbant åldrande (urban ageing). Tre personer från omvårdnadsförvaltningens ledningsgrupp representerar omvårdnadsnämnden i såväl forumet, arbetsgruppen som i stadens egna eurocitiesnätverk. På grund av den pågående pandemin (Covid-19) har Eurocities ersatt samtliga konferenser och arbetsgruppsmöten med digitala alternativ. Nätverket har under pandemin fokuserat på att samla och sprida goda exempel på hur städer arbetat för att tackla pandemins utmaningar och säkra service till medborgarna. Webinarier med goda exempel har genomförts. Det kollegiala utbytet av erfarenheter har varit mycket intressant att ta del och inspireras av. Ett exempel är hur arbetet med att motverka social isolering/ensamhet är strukturerat. En annan intressant trend bland deltagande städer är utvecklingen av generationsöverskridande mötesplatser och boendeformer. Erfarenheter som är intressanta i omvårdnadsnämndens och kultur- och fritidsnämndens gemensamma utvecklingsarbete kring mötesplatser.

Vaccinfrågan har varit högt på dagordningen vid arbetsgruppens möten under året, såväl hur man uppmuntrar till vaccinering mot Covid-19 som hur sårbara grupper ska få tillgång till den tredje dosen så snabbt som möjligt. Inför nästa år prioriteras strategier och handlingsplaner för att möta behovet av stöd för de som drabbats av psykisk ohälsa på grund av pandemin och de restriktioner man levt med.

Omvårdnadsnämnden har ett långsiktigt samarbete med ett kanadensiskt universitet där elever som studerar skandinaviska exempel på äldreomsorg vid ett flertal tillfällen besökt Solna. När fysiskt besök inte varit möjligt har kursen genomförts digitalt och medarbetare från förvaltningen har varit gästföreläsare. En motsvarande presentation av kanadensisk äldreomsorg kommer att genomföras i samband med att en ny grupp kanadensiska studenter besöker Solna i maj 2022.

Digitaliseringen har stor påverkan på omvårdnadsnämndens ansvarsområde och verksamheterna behöver anpassas utifrån detta. Den digitala utvecklingen ger möjligheter att höja kvaliteten inom vård och omsorg, skapa effektivare arbetssätt samt underlätta rekryteringen av chefer och omvårdnadspersonal i framtiden. Omvårdnadsförvaltningen deltar tillsammans med barn- och utbildningsförvaltningen i EU-projektet Digitalt medarbetarskap som leds av stadsledningsförvaltningen. Projektet har givit möjlighet till målgruppsanpassad digital kompetensutveckling för medarbetare inom vård och omsorg baserat på medarbetares specifika förutsättningar och behov. Projektutvärderingar har visat på mycket goda resultat.

Likabehandling

Nämndens likabehandlingsarbete syftar till att utveckla nämndens verksamhet och måluppfyllelse samt att säkerställa ett likvärdigt bemötande och service. Det arbetet syftar till att utveckla nämndens verksamhet och dess kvalitet. Nedan beskrivs likabehandlingsarbetet under året.

Arbetet mot våld i nära relationer som även omfattar hedersvåld riktar sig både till stadens äldre och till personer med funktionsnedsättning. Samverkansrutiner är framtagna mellan omvårdnadsförvaltningen och socialförvaltningen.

Handläggarna på avdelningen för myndighetsutövning har utbildats i normkritiskt tänkande, likabehandling och att arbeta för att undvika kränkande särbehandling.

Information om likabehandlingsarbete ingår som en naturlig del i introduktionen av nyanställda och som en grund i ledarskapsutbildningen i staden.

Upphandling enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) innebär för äldre och för personer med funktionsnedsättning en ökad valfrihet i valet av utförare av beviljade insatser.

Miljö och klimat

Nämndens miljöarbete utgår från den av kommunfullmäktige antagna miljöpolicy med tillhörande miljöstrategi samt nämndens nämndmål. Nedan beskrivs de huvudsakliga aktiviteterna inom miljöområdet under året utifrån miljöpolicyens fokusområden. De genomförda aktiviteterna har bland annat bidragit till fokusområdet en effektiv resursanvändning

För att styra mot de övergripande målen för miljöarbetet i staden fortsätter nämnden sitt arbete med att samverka med stadens verksamheter för att köpa in eller leasa eldrivna cyklar och bilar. De bilar som utgör bilflottan inom nämndens verksamheter är främst kopplade till hemtjänsten. Arbetet med att digitalisera nattillsyn har införts under 2021, myndighetsavdelningen erbjuder nu i första hand trygghetskamera hos de kunder som har behov av nattillsyn som insats. Detta har medfört minskat bilåkande för nattpatrullen. Humaniora hemtjänst har satsat på att öka antalet elcyklar och vanliga cyklar för medarbetarna. Vårdplaneringar sker mer och mer via videolänk, vilket minskar antalet bil- och taxiresor. Myndighetsavdelningen har under perioden införskaffat fler elcyklar som används vid hembesök och vid de vårdplaneringar som inte sker via videolänk. Hemtjänstutförare erbjuder medarbetare utbildning i att köra Eco Driving. Nämnden planerar att stegvis byta ut fordonsflottan mot eldrivna bilar. En utmaning har varit att få ett antal parkeringsplatser med laddningsmöjlighet i anslutning till Humanioras hemtjänstlokaler.

Källsortering av hushållssopor sker på samtliga vård- och omsorgsboenden. För att minska mängden plast finns plastkvarnar i verksamheter där behov finns. Plastkvarnar komprimerar plastmängden och därmed minskar antalet transporter. Just nu finns plastkvarnar på tre vård- och omsorgsboenden. Nämnden ser över möjligheten att installera balpressar för att komprimera pappersmängden och därmed antalet transporter, en balpress har installerats på ett vård- och omsorgsboende. I dagsläget finns matavfallssortering på fyra verksamheter. Nämnden planerar att införa matavfallssortering och matavfallshämtning framöver på de verksamheter som har möjlighet till det. Miljökrav har ställts i genomförda upphandlingar, bland annat krav på att införa sortering av matavfall. Dialog med verksamheterna om att mäta matavfall har påbörjats.

Energibesparande åtgärder har genomförts under några år på samtliga vård- och omsorgsboenden i de allmänna ytorna. Det har skett genom utbyte av befintliga armaturer till armaturer med lågenergilampor LED och i vissa fall närvarostyrd belysning.

Förrådet med begagnade möbler är ett förråd där många verksamheter hämtar möbler och byter ut vid behov. Resultatet blir att verksamheterna får lägre inköpskostnader och samtidigt bidrar till miljö- och klimatvänlig hantering.

De genomförda aktiviteterna har bidragit till genomförande av Solna stads miljöstrategi, särskilt fokusområdet en effektiv resursanvändning.

Förväntad utveckling

Pågående pandemi (Covid-19)

Nämnden kommer utifrån Folkhälsomyndighetens anvisningar fortsätta sitt arbete med att förhindra smittspridning av Covid-19. I samverkan med Region Stockholm sker provtagning och smittspårning samt vaccination i nämndens verksamheter.

Prognos för verksamheter

I Solna ökar antalet äldre i långsammare takt och i ett senare skede jämfört med resten av Sverige. Andelen äldre har minskat kontinuerligt i Solna sedan början av 1990-talet. Solna är också en av få kommuner i landet där andelen äldre i befolkningen beräknas minska fram till 2025. Åldersgruppen äldre än 90 år, där behovet av omsorg är störst, fortsätter att minska under de kommande tio åren. Ökningen sker i stället främst i åldersgruppen 80-89 år medan åldersgruppen 65-79 år har en relativt mindre ökning. Det finns också en skillnad i denna prognos jämfört med tidigare års prognoser, där antalet personer i åldern 45-65 skrivits ner från tidigare befolkningsprognoser. Detta påverkar utvecklingen av behov av vård och omsorg till omvårdnadsnämndens målgrupp om 10-20 år.

Sett till den demografiska utvecklingen är behovet av vård- och omsorgsplatser relativt jämnt. Den stora förändringen är istället att staden i dagsläget verkställer cirka 65 platser färre än vad prognosen anger, med anledning av pandemin. Omvårdnadsnämnden bedömer att effekten kommer vara varaktig de kommande åren, och följer utvecklingen av ansökningar på veckobasis. Det är ännu för tidigt att säga om effekten av pandemin kommer avta med åren, men inget talar i dagsläget för att behovet skulle öka i snabbare takt än den demografiska utvecklingen. Enligt befolkningsprognosen kommer det behövas ytterligare ett vård- och omsorgsboende under det kommande decenniet med ungefär 2028-2030 som startår

Behovet av hemtjänst i Solna beräknas öka med 10 procent under perioden 2022-2027, med anledning av den demografiska utvecklingen. Beträffande LSS-bostäder är den samlade bedömningen att Solna stad behöver öka kapaciteten med fyra-fem platser årligen. Omvårdnadsnämnden bedömer att behovet av gruppboendestäder är större än av serviceboendestäder i närtid, men att båda kommer behövas under den prognosticerade perioden.

Välfärdsteknik och nya arbetssätt

Välfärdsbehoven ökar till följd av att antalet äldre ökar samtidigt som befolkningen i arbetsför ålder inte ökar i samma takt. Denna utveckling ställer sammantaget krav på att utveckla omvårdnadsnämndens verksamhet och arbetssätt. Utveckling av välfärdsteknik kommer att vara en viktig del i detta. Den digitala utvecklingen ger möjligheter till att skapa effektivare arbetssätt samt underlätta rekrytering av chefer och vårdpersonal i framtiden. Några exempel på utvecklingsområden är förebyggande verksamhet, hemtjänst med ökad digitalisering, Wi-Fi och digital signering för personal på vård- och omsorgsboenden.

Samverkan med Region Stockholm

Ett viktigt utvecklingsområde är samverkan mellan staden och Region Stockholm. Det behöver finnas en god samverkan dels mellan slutenvården, primärvården och staden vid själva vårdövergången, dels mellan primärvården och staden efter hemkomsten från sjukhus. Om övergången till det egna hemmet upplevs som otrygg finns en ökad risk för återinläggning till slutenvården, ett ökat omsorgs- och omvårdnadsbehov samt ökad efterfrågan på alternativt boende. Det är därför viktigt att förbättra samverkan mellan staden och regionen för att skapa förutsättningar för att hemtjänstkunder ska kunna känna sig trygga med att bo hemma och för att stadens och regionens resurser ska användas på bästa möjliga sätt. Under 2021 planeras därför ett pilotprojekt mellan Region Stockholm och Solna stad med inriktningen att förbättra och utveckla nya arbetssätt mellan två husläkarmottagningar och hemgångsteamet inom hemtjänsten. Faller pilotprojektet väl ut är ambitionen att arbetssättet ska implementeras mellan alla husläkarmottagningar i Solna och hemgångsteamet. Detta är ett led i God och nära vård, det vill säga att den vård som invånaren behöver ofta, ska finnas nära och anpassas efter invånarnas behov.

Under pandemin har det varit och är en tät samverkan mellan nämnden och regionen lokalt med fokus på frågor som berört pandemin och som leds av förvaltningens medicinskt ansvarig sjuksköterska, (MAS), samt regionens klusterledare, samordnare för primärvården. Dessa möten kommer efter pandemin att fortsätta med fokus på att tillsammans upprätta en handlingsplan för det fortsatta samarbetet.

Under 2022 kommer ett nytt informationsöverföringssystem att införas stegvis av Region Stockholm för att säkerställa en trygg och säker planering för de patienter som vårdas inom slutenvården och som är i behov av kommunala insatser och eller insatser från öppna vården.

Fortsatt kompetenssäkring

En strategi för kompetensutveckling inom äldreomsorgen har utarbetats och kommer successivt implementeras.

Kompetensutveckling och kompetenshöjning inom vård och omsorg behövs för att både bibehålla och utveckla kvaliteten i verksamheterna. För det krävs medarbetare som har rätt kompetens för uppdraget. Det är bland annat därför viktigt att utbilda vårdbiträden till undersköterskor och sjuksköterskor till specialistsjuksköterskor. Omvårdnadsförvaltningen tillsammans med stadsledningsförvaltningen och barn- och utbildningsförvaltningen fortsätter projektet digitala medarbetarskapet som syftar till att öka den digitala kompetensen hos medarbetarna. Även utvecklingsprojektet Heltidsresan mellan Kommunal och SKR som ska pågå fram till 2024 drivs för att heltidsarbete ska bli norm i välfärdens kvinnodominerade yrken.

Konkurrensutsättning

Uppföljning av genomförda upphandlingar

Verksamhetsområde / Avtal	Uppföljning
Ny gruppboendestäd LSS: Södra Långgatan och Jungfrudansen (2022-02-01, 2022-07-01)	Avslutad, avtal tecknade
Revidering LOV boendestöd enligt SoL	Avslutad, avtal tecknade
Revidering LOV hemtjänst enligt SoL	Avslutad, avtal tecknade
Revidering LOV daglig verksamhet enligt LSS	Avslutad, annonsering pågår.

Verksamhetsområde / Avtal	Uppföljning
Revidering LOV korttidsvistelse enligt LSS	Revidering pågår

Avtalsuppföljning

Avtalsuppföljningarna har följt omvårdnadsnämndens uppföljningsplan för 2021.

Resultaten visar att utförarna i stort följer avtalen och trots pandemin har kvalitetsutvecklingen i verksamheterna fortgått.

Under året 2021 har avtalsuppföljning av samtliga hemtjänstutförare samt larm- och nattpatrull genomförts. Avtalsuppföljning under 2021 har även skett av alla vård- och omsorgsboenden i Solna. Avtalsuppföljning av vård- och omsorgsboende (med fler än fem solnabor) utanför Solna kommer att ske 2022. Alla dagliga verksamheter (LSS) i Solna och utanför Solna (med fler än fem deltagare), alla grupp- och servicebostäder (LSS) samt alla boendestödsutförare har följts upp enligt plan under hösten.

Intern kontroll

Uppföljning av internkontrollplan

Kategori, intern kontroll	Process/Rutin	Kontrollmoment	Resultat av kontrollmoment
Styrning	Uppföljning av verksamhetsavtal och överenskommelser och myndighetsutövning i enlighet med beslutad uppföljningsplan.	Kontroll av att planen för uppföljning av verksamhetsavtal och överenskommelser följs.	● Ingen eller försumbar avvikelse Samtliga vård- och omsorgsboende i Solna har följts upp och de vård och omsorgsboende utanför Solna med fler än fem solnabor kommer att följas upp 2022. Alla hemtjänstutförare har följts upp enligt plan. Samtliga grupp- och servicebostäder, dagliga verksamheter och utförare av boendestöd har följts upp enligt plan.
	ESF process styrning, ledning och uppföljning	Uppföljning enligt stadens och ESF-styrssystem	● Ingen eller försumbar avvikelse Projektet pågår enligt plan. Uppföljning sker enligt plan i projektets styrgrupp.
Ekonomi	Uppföljning av kostnader - Kostnadskontroll	Kontroll av uppföljning enligt stadens anvisningar för budgetuppföljningar, delårsrapporter samt verksamhetsmål. Kontinuerlig uppföljning av nyckeltal. Resultat sammanställs och föredras i nämnden.	● Ingen eller försumbar avvikelse Uppföljning har skett enligt plan
Verksamhet sprocesser	Åtkomst till uppgifter i enskildas dokumentation i vård- och omsorgsboende	Kontroll att loggkontroller görs i verksamhetssystem där personuppgifter förekommer.	● Ingen eller försumbar avvikelse Kontroll görs enligt rutin.
	Utlämnande av handlingar enligt GDPR.	Kontroll av att gällande rutiner för utlämnande av handlingar följs.	◆ Lindrig avvikelse En personuppgiftsincident har skett och är anmäld till integritetsskyddsmyndigheten, IMY.



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-01-18
ON/2021:123

Yttrande över motion av Elisabet Brolin (S) om översyn av ny modell för hemtjänsten M:21/2021

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden överlämnar tjänsteskrivelsen till kommunstyrelsen som sitt yttrande över motionen. Omvårdnadsnämnden beslutar att föreslå kommunstyrelsen att motionen ska avslås.

Sammanfattning

Motionen översyn av ny modell för hemtjänsten § 293 väcktes i kommunfullmäktige den 29 november 2021 av Elisabet Brolin.

I motionen yrkas att:

- omvårdnadsförvaltningen får i uppdrag att på försök inom ett eller två områden prova en modell för hemtjänst som inte bygger på minutscheman utan ger utrymme för såväl hemtjänsttagare som anställda att kunna påverka vilka insatser som ska göras för dagen och att försöket utvärderas.

Omvårdnadsförvaltningens svar på motionen

Omvårdnadsförvaltningen anser att dagens system ger biståndshandläggaren möjlighet att genom uppföljning kvalitetssäkra den enskildes beviljade insatser. Förvaltningen anser vidare att det system som finns idag är tillräckligt flexibelt, och ger utrymme för den enskilde tillsammans med kontaktmannen och hemtjänstutföraren att planera beviljade insatser och tidsåtgång på så sätt att den enskilde får sina behov och önskemål tillgodosedda.

Förvaltningen gör bedömningen att tidsramar är nödvändiga för verksamheterna för att kunna tillgodose samtliga kunders behov av kontinuitet gällande tid och personal.

Beställningarna till utförarna omfattar beviljade omvårdnadsinsatser samt antal besök under dagen. Varje omvårdnadsinsats genererar skälig tid för att genomföras. I beställningen till utförarna får de den totala tiden för samtliga omvårdnadsinsatser att utföra inom månaden. Hemtjänstutförarna får ersättning för utförd tid upp till beställd tid gällande omvårdnadsinsatser. Genom uppföljning av utförd tid under oktober, november och december 2021 framkommer att 70-76% av totalt beviljad tid utförs idag.

Beställningarna kan även omfatta beviljade serviceinsatser samt intervall för genomförande av dessa. Varje serviceinsats genererar skälig tid för att genomföras. Till skillnad från omvårdnadsinsatser ersätts utföraren för antal utförda serviceinsatser, och inte den faktiska tidsåtgången.



Det är sedan kontaktmannen som, tillsammans med kunden, upprättar en genomförandeplan för hur samtliga beviljade insatser ska genomföras, och när under dagen de ska utföras.

Utifrån genomförandeplanen ska utföraren planera ut de insatser kund önskar få utförda vid respektive besök. Vid förändrade önskemål är det fritt för kontaktmannen att tillsammans med kund uppdatera genomförandeplanen och för hemtjänstutföraren att därefter revidera planeringen. Dagens system liknar ramtid för omvårdnadsinsatser, men biståndshandläggaren beviljar omvårdnadsinsatser som var för sig genererar en viss tid. Den totala omvårdnadstiden ger förutsättningar att förlänga ett besök som tar mer tid i anspråk och korta ned ett annat som inte tar lika mycket tid i anspråk. Sammantaget innebär detta att det finns tid och utrymme för flexibilitet för de besök som tar längre tid hos kund än beräknat.

För att möjliggöra den av nämnden fastställda uppföljningsplanen krävs ett underlag att utgå ifrån. Underlaget förvaltningen tar del av via de registrerade insatserna, ger möjlighet för biståndshandläggaren att följa upp att den enskilde får den hjälp som är behovsbedömd och beviljad. Närvaromarkering i den enskildes hem kvalitetssäkrar besök på plats, vilket kan utgöra en trygghet för såväl den enskilde och dennes närstående som för medarbetare.

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Emma Edling
Kvalitetsutvecklare

Kristina Landelius
Samordnare, avdelningen för
myndighetsutövning

Beslutet expedieras till:
Kommunstyrelsen

MOTION om översyn av ny modell för hemtjänsten

Hemtjänsten är idag minutreglerad, varje moment är minutbestämt och det ger ingen möjlighet vare sig för den som får hemtjänst eller för de som arbetar i hemtjänsten att påverka vad som ska göras. Dagsformen för den som får hemtjänst påverkar som det är nu inte på något sätt vad som ska göras.

Allt som görs kontrolleras via en mobiltelefon. De som ska göra arbetsinsatser hos någon som har beviljats hemtjänst loggar in när de kommer. Telefonen ”plingar” till när den förutbestämda tiden börjar närma sig sitt slut. Då är det dags att snabbt logga ut och via appen registrera vad som gjorts, endast det förutbestämda. Det är minutscheman som gäller.

Argumentet för att ha denna grad av kontroll är att det ska säkerställas att det inte fuskas och att de som har hemtjänst får det som är bestämt. Dagens system ger inget utrymme för flexibilitet för någon part. Personalens yrkeskunskaper kan inte alltid användas fullt ut. De som får hemtjänst kanske även passiviseras av ett system som de inte kan påverka.

Det finns kommuner i landet som har vågat ta bort ”minutscheman” och det har visat sig att det ger större inflytande och flexibilitet samt att det blivit bättre för alla såväl personal som hemtjänsttagare.

Självklart ska inget fusk få förekomma! Men den som läst ”Hemtjänstmaffian” inser snabbt att den som vill fuska gör det oavsett system.

Grundtanken bör vara att de allra flesta människor är både plikttrogna och ärliga.

Med hänvisning till ovanstående yrkar jag att:

- Att omvårdnadsförvaltningen får i uppdrag att på försök inom ett eller två områden provar en modell för hemtjänst som inte bygger på minutscheman utan ger utrymme för såväl hemtjänsttagare som anställd att kunna påverka vilka insatser som ska göras för dagen och att försöket också utvärderas.

Solna 29 november 2021



Elisabet Brodin
Socialdemokraterna



Remiss

2021-12-07
KS/2021:227

**Motion av Elisabet Brolin (S) om översyn av ny modell för hemtjänsten
M:21/2021**

Härmed överlämnas bifogade motion till omvårdnadsnämnden för yttrande.
Yttrandet förväntas **senast den 3 mars 2022** till kommunstyrelsens registrator.

Ansvarig handläggare på stadsledningsförvaltningen, Peter Adolfsson.



Kommunfullmäktige

§ 293

Nya motioner (KS/2021:223, KS/2021:224, KS/2021:227, KS/2021:228)

Kommunfullmäktige godkänner att följande motion ställas:

Motion av Kerstin Scheutz (V) och Tove Pehrsson (V) om kollektivhus M:19/2021 (KS/2021:223)

Motion av Tove Pehrsson (V) och Sandra Lindström (V) om att sluta sälja Norrenergis utsläppsrätter M:20/2021 (KS/2021:224)

Motion av Elisabet Brolin (S) om översyn av ny modell för hemtjänsten M:21/2021 (KS/2021:227)

Motion av Eva Eriksson (S) om skolskjuts under loven för barn med funktionsnedsättning M:22/2021 (KS/2021:228)



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-01-20
ON/2021:116

Huvudöverenskommelse om övergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg, HÖK

Förslag till beslut

Omvårdnadsförvaltningen föreslår kommunstyrelsen att anta huvudöverenskommelsen om övergripande samverkan kring vård och omsorg, HÖK.

Sammanfattning

Storsthlm och Region Stockholm har tagit fram ett förslag till länsövergripande överenskommelse för samverkan, HÖK. Huvudöverenskommelsen beskriver mål och organisation för den övergripande samverkan mellan Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län. Målgrupperna för överenskommelsen är patienter och brukare med behov av sammanhållna insatser från båda huvudmännen. I överenskommelsen beskrivs den övergripande organisationen för samverkan på politisk nivå, tjänstemannanivå samt för samrådsgrupper med fokus på olika målgrupper och sakområden. Den delregionala samverkan och lokala samverkan beskrivs också i överenskommelsen. Till överenskommelsen kommer riktlinjer utarbetas som beskriver organisation, processer och arbetssätt kring samverkan på tjänstemannanivå och uppdragen för lokala samordnare både inom kommunen och regionen.

Förvaltningen ställer sig positiv till huvudöverenskommelsen om länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg, HÖK. Genom överenskommelsen och den tillhörande riktlinjen kommer processer och arbetssätt kring samverkan finnas beskrivna.

Elisabeth Sundelin
Förvaltningschef Omvårdnads-
förvaltningen

Maria Niles Sundby
Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Beslutet expedieras till:
Kommunstyrelsen

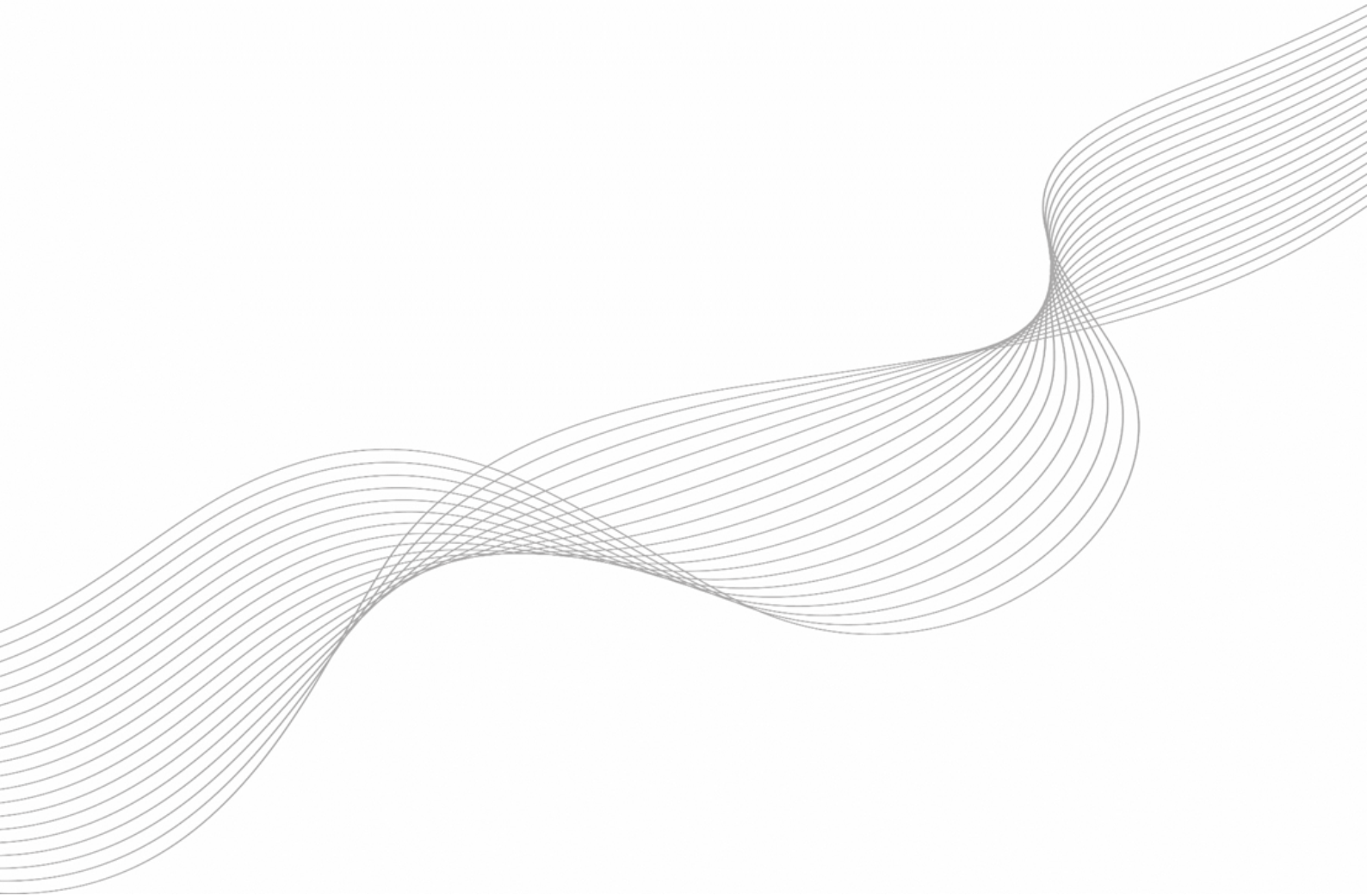


Bakgrund

De övergripande målen med samverkan mellan regionen och kommunerna är att den enskilde ska få en god, sömlös och personcentrerad vård och omsorg samt att befolkningens hälsa ska förbättras. Syftet med överenskommelsen är att skapa bättre förutsättningar för att nå samverkansmålen. Region Stockholm och kommunerna i länet har en långvarig grund för samverkan och det finns idag ett stort antal länsövergripande överenskommelser. För det fortsatta utvecklingsarbetet behöver kommunerna och regionen ett stöd som beskriver hur det gemensamma arbetet ska organiseras framöver. En huvudöverenskommelse har saknats som beskriver gemensamma målsättningar och utgångspunkter samt principer för samverkan på olika nivåer. Nuvarande förslag bygger till stor del på de arbetssätt och samarbetsformer som finns idag och som fungerar väl. Eftersom huvudöverenskommelsen är långsiktig kommer den behöva förändras över tid och detta regleras i riktlinjen tillhörande överenskommelsen. Arbetet med framtagande av riktlinjen pågår och länets kommuner kommer att involveras.

Förvaltningens synpunkter

Förvaltningen ställer sig positiv till förslaget för huvudöverenskommelse med tillhörande riktlinje. Överenskommelsen omfattar ett brett område. Enligt förslaget ska kommunerna utse en samordnande funktion som ska fungera som länk för samverkansaktörer till kommunens berörda verksamheter inklusive utförare i privat regi. Det är av vikt att Solna stads samordnande funktion/funktioner representeras av personer med god kunskap inom socialtjänstens alla områden samt inom hälso- och sjukvårdsfrågor.



Huvudöverenskommelse om länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg

Överenskommelse mellan kommunerna i Stockholms län och Region Stockholm

Förord

Stockholms läns befolkning har vuxit under lång tid. Med fler invånare och en förändrad demografi har behov av vård och omsorg ökat, särskilt för äldre med komplexa vårdbehov. Som invånare förväntar vi oss en tillgänglig och nära vård med god kvalitet som fungerar sömlöst mellan olika aktörer. Kommunerna och regionen har efter många års gemensamt arbete en bra grund för samarbete. Med denna övergripande överenskommelse om samverkan för hälsa, vård och omsorg förstärker vi det goda samarbetet ytterligare.

Huvudöverenskommelsen är en viktig signal till såväl beslutsfattare som vårdens och omsorgens medarbetare att tillsammans kan vi mer, och vi kan bättre. Därför organiserar vi vårt gemensamma arbete ännu tydligare. Vårt gemensamma mål är att alltid sträva efter en jämlik vård där resurser används på bästa sätt så för att den enskilde ska få en god, sömlös och personcentrerad vård och omsorg, samt att befolkningens hälsa ska öka.

Vårdens och omsorgens medarbetare kommer från olika verksamheter, har olika uppdrag och ibland olika yrkestraditioner, men möter samma patienter och brukare med samma önskan om stöd, vård och omsorg utan försvårande gränser. Denna huvudöverenskommelse ska vara en bas för en fortlöpande dialog om hur vi bäst bidrar till varandras utveckling och hur vi skapar nytta och mervärde för alla invånare i Stockholms län.

Désirée Pethrus
Ordförande för Region Stockholm i VIS
län i VIS

Martina Mossberg
Ordförande för kommunerna i Stockholms

Stockholm 2021-09-06

Region Stockholm

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen
Box 6909, 102 39 Stockholm
Telefon 08-123 132 00
Vardgivarguiden.se

Storsthlm

Box 38145, 100 64 Stockholm
Telefon 08-615 94 00
Storsthlm.se

1. Innehåll

1	Överenskommelsens bakgrund, parter och syfte	4
1.1	Inledning	4
1.2	Syfte med överenskommelsen	4
1.3	Avsiktsförklaring	4
1.4	Benämning av parter	4
2	Övergripande mål och målgrupper för samverkan	5
2.1	Övergripande mål	5
2.2	Målgrupper	5
2.3	Det lagreglerade ansvaret	5
3	Riktlinje för länsövergripande samverkan	5
4	Organisation för samverkan	5
4.1	Politisk styrgrupp, Vård i Samverkan (VIS)	6
4.2	Tjänstemannastyrgrupp, Sammanhållen vård och omsorg	6
4.3	Samrådsgrupper för prioriterade målgrupper och sakområden	6
4.4	Delregional samverkan	7
4.5	Lokal samverkan	7
4.6	Sekretariat och arbetsgrupper	7
4.7	Digital portal	7
5	Länsgemensamma samverkansöverenskommelser och dokument inom sakområden	7
6	Uppföljning av länsövergripande samverkan	8
7	Allmänt om överenskommelsen	8
7.1	Eskaleringstrappa vid oenigheter	8
7.2	Ikraftträdande och upphörande	9
7.3	Parter	9

1 Överenskommelsens bakgrund, parter och syfte

1.1 Inledning

Kommunernas och regionernas ansvar och uppgifter är till stor del lagstyrda. För huvudmännen finns också en lagstadgad skyldighet att samarbeta när den enskilde är i behov av insatser från både kommun och region.

För att underlätta insatser där både kommuner och regionen är inblandade, finns idag ett stort antal länsövergripande överenskommelser. Det har dock saknats en huvudöverenskommelse mellan kommunerna och regionen gällande hälsa, vård och omsorg. En sådan överenskommelse behövs för att främja samverkan och skapa förutsättningar för att huvudmännen ska kunna erbjuda sammanhållna och samordnade insatser på bästa sätt.

Denna överenskommelse ska ge parterna en tydlig utgångspunkt och gemensamma principer för hur samverkan ska bedrivas och följas upp på olika nivåer mellan tjänstemän och politiker. Överenskommelsen bygger till stor del vidare på de arbetssätt och samverkansformer som hittills fungerat väl. Den skapar samtidigt förutsättningar för fortsatt utveckling och förändring av samverkan mellan parterna. Till huvudöverenskommelsen finns en riktlinje som kan ändras i takt med att arbetssätten utvecklas.

Hälso- och sjukvård och omsorg behöver utgå ifrån och bedrivas tillsammans med den enskilde. Vården och omsorgen ska utgå ifrån bästa tillgängliga kunskap. Det förebyggande arbetet är viktigt både för att förbättra hälsan i befolkningen och för att det är kostnadseffektivt. Tillgången på arbetskraft och rätt kompetens inom vård och omsorg är en utmaning som behöver mötas på flera sätt. Vårt gemensamma utvecklingsarbete ska ske med stöd av digitalisering för att bidra till effektiva lösningar, nya arbetssätt och nya sätt att kommunicera, som i sin tur frigör resurser.

1.2 Syfte med överenskommelsen

Överenskommelsens syfte är att skapa bättre förutsättningar för samarbete mellan parternas verksamheter och därmed bidra till det övergripande målet för samverkan. Överenskommelsen reglerar därför principer och former för samverkan mellan kommunerna och regionen och på en övergripande nivå.

1.3 Avsiktsförklaring

Överenskommelsens parter samverkar för att utveckla och prioritera det som är bäst för brukaren/patienten och för invånarna i hela Stockholms län.

1.4 Benämning av parter

Överenskommelsens parter är Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län, inklusive Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje. Se vilka kommuner som ingår under "Parter".

Kommunerna kallas gemensamt "kommunerna" och var för sig "kommun". Region Stockholm kallas "regionen". Kommunerna och regionen gemensamt kallas "parterna". Kommunerna samarbetar i strategiska frågor genom organisationen Storsthlm, ett förbund som ägs och styrs av länets 26 kommuner och Storsthlms strategiska nätverk för socialtjänst.

Om regionen eller kommunen tecknar avtal med någon annan part och överläter uppgifter de har ansvar för, ska denna överenskommelse tillämpas. Respektive part ska ansvara för att överenskommelsen är bindande för och gälla eventuella underleverantörer.

2 Övergripande mål och målgrupper för samverkan

2.1 Övergripande mål

Det övergripande målet med samverkan mellan regionen och kommunerna är att den enskilde ska få en god, sömlös och personcentrerad vård och omsorg, samt att befolkningens hälsa ska förbättras.

Det ska ske på ett samordnat, jämlikt och kostnadseffektivt sätt för invånarna i Stockholms län.

2.2 Målgrupper

Målgrupperna är patienter och brukare, inklusive barn och unga, med behov av sammanhållna insatser från båda huvudmännen.

2.3 Det lagreglerade ansvaret

Huvudmännens respektive ansvar är reglerat i olika lagar och föreskrifter. Därutöver är det även reglerat i lag att huvudmännen ska samverka med varandra. Det är till exempel följande lagar:

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Tandvårdslagen
- Socialtjänstlagen
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
- Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga
- Lagen om vård av missbrukare i vissa fall
- Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård
- Lagen om psykiatrisk tvångsvård

Överenskommelsen utgår ifrån att parterna tar sitt ansvar enligt nuvarande och kommande lagkrav.

3 Riktlinje för länsövergripande samverkan

Till huvudöverenskommelsen finns en riktlinje för länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg. Den beskriver bland annat organisation, processer och arbetssätt kring samverkan.

Tjänstemannastyrgruppen Sammanhållen vård och omsorg beslutar om revideringar av riktlinjen och gällande riktlinje publiceras i den digitala portalen som förvaltas av Storsthlm. Parterna ska följa riktlinjen.

4 Organisation för samverkan

Samverkan sker på flera olika nivåer och mellan ett stort antal aktörer i länet. Det är enbart den övergripande organisationen för samverkan som fastställs genom denna överenskommelse.

Organisationen för länsövergripande samverkan beskrivs i riktlinjen till huvudöverenskommelsen.

Huvudöverenskommelsen avser ordinarie samverkan, vid kris gäller andra samverkansformer. Övergripande samverkan vid kris finns beskriven i regionens plan för krisberedskap. Relevanta länsaktörer har tillsammans utvecklat modellen *En trygg, säker och störningsfri region*.



4.1 Politisk styrgrupp, Vård i Samverkan (VIS)

4.2 Tjänstemannastyrgrupp, Sammanhållen vård och omsorg

Kopplat till VIS finns en tjänstemannastyrgrupp för sammanhållen vård och omsorg i länet. Tjänstemannastyrgruppen består av representanter från regionen, kommunerna samt Storsthlm. Kommunernas representanter utses av Storsthlms strategiska nätverk för socialtjänst.

Tjänstemannastyrgruppen bereder ärenden till VIS. Tjänstemannastyrgruppen beslutar om riktlinjer för operativ samverkan i länet, samverkansformer och processer för framtagande och förvaltning av överenskommelser samt uppföljning av samverkansöverenskommelserna. Dessa beslut ska vara förankrade hos respektive part.

Tjänstemannastyrgruppen beslutar om revideringar av riktlinjen för länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg som bland annat beskriver organisation, processer och arbetssätt.

4.3 Samrådsgrupper för prioriterade målgrupper och sakområden

Till stöd för tjänstemannastyrgruppen Sammanhållen vård och omsorg ska det finnas samrådsgrupper för prioriterade målgrupper och sakområden. Varje samrådsgrupp ska ha ett tydligt uppdrag som beslutas av tjänstemannastyrgruppen. Tjänstemannastyrgruppen utser representanter i samrådsgrupper och arbetsgrupper från regionen, kommunerna och vid behov från utförarverksamheter och andra aktörer, exempelvis patient-, brukar- och anhörigorganisationer. Samrådsgrupperna ska ha den kompetens som krävs för uppdraget.

Samrådsgrupperna ansvarar för att, inom sina sakområden, utarbeta och förvalta samverkansöverenskommelser, följa upp dem och rapportera till tjänstemannastyrgruppen.

Samrådsgrupperna har även uppdrag som rör kunskapsstyrning, framtagande och revidering av kunskaps- och beslutsstöd som rör samverkan.

Information om samrådsgrupperna och deras uppdrag finns i den digitala portalen som förvaltas av Storsthlm (paragraf 4.7).

4.4 Delregional samverkan

Förtroendevalda inom regionen respektive kommunerna och stadsdelar i Stockholms stad träffas delregionalt för informationsutbyte och dialog kring frågor som berör båda huvudmännen i regionens regi. På tjänstemannanivå finns en motsvarande struktur för samverkan som organisationen för den politiska samverkan.

4.5 Lokal samverkan

På lokal nivå sker samverkan mellan utförare i vården och verksamheter som kommunerna är huvudman för. Den lokala samverkan kring hälsa, vård och omsorg ska ske i enlighet med det övergripande målet för huvudöverenskommelsen och utifrån parternas lagstadgade ansvarsområden och uppdrag.

Regionen ansvarar för att det finns en utsedd vårdcentral med samordnande ansvar för samverkan i varje kommun och stadsdel i Stockholms stad. Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), som är en nämnd under regionfullmäktige, har i uppdrag att stödja och vägleda de samordnande vårdcentralerna.

Respektive kommun ansvarar för att utse en samordnande funktion för samverkan kring hälso- och sjukvård och omsorg. Kommunens samordnande funktion ska vara en länk för samverkansaktörer in till kommunens berörda verksamheter, inklusive utförarverksamhet i privat regi samt delta i lokal samverkan. Storsthlm erbjuder kommunerna länsövergripande samordnande stöd.

Respektive uppdrag inom ramen för lokal samverkan beskrivs i riktlinjen.

4.6 Sekretariat och arbetsgrupper

Som stöd i sitt arbete har VIS och tjänstemannastyrgruppen Sammanhållen vård och omsorg ett sammanhållande sekretariat bestående av ordinarie resurser från regionen och kommunerna genom Storsthlm.

Vid behov skapas arbetsgrupper, exempelvis vid framtagande av överenskommelser och uppföljning av dessa. Arbetsgrupperna beslutas av tjänstemannastyrgruppen Sammanhållen vård och omsorg.

4.7 Digital portal

Storsthlms webbplats www.storsthlm.se fungerar som digital portal för samverkan mellan kommunerna och regionen.

Där beskrivs samverkansorganisationen, uppdrag och kontaktuppgifter för samverkansgrupper för de olika sakområdena.

I portalen publiceras även gällande riktlinje för länsövergripande samverkan kring hälsa vård och omsorg, överenskommelser för olika sakområden och gemensamma rutiner.

Storsthlm och Region Stockholm har ett gemensamt ansvar för att utveckla portalen. Storsthlm ansvarar för att uppgifterna i den digitala portalen är aktuella. Regionen länkar till portalen från aktuella sidor på sll.se, exempelvis www.vardgivarguiden.se.

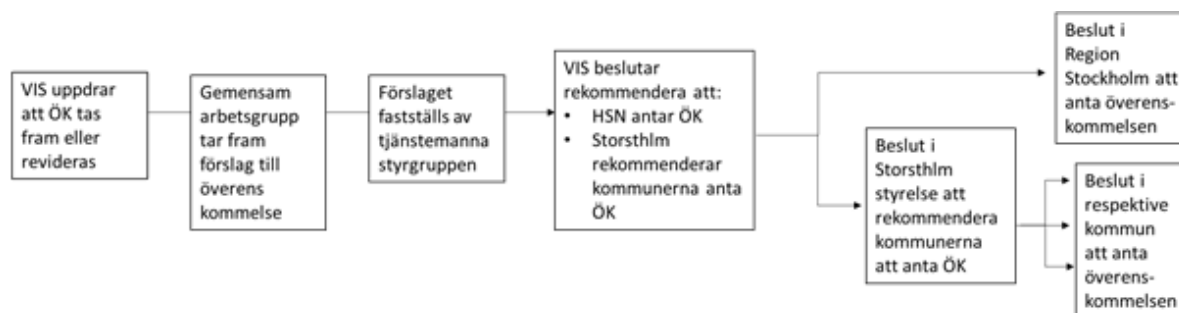
5 Länsgemensamma samverkansöverenskommelser och dokument inom sakområden

Samverkansöverenskommelser och därtill kopplade riktlinjer, rutiner och anvisningar är viktiga för att medarbetare i vården och de kommunala verksamheterna ska ha goda förutsättningar för att samarbeta kring den enskilde.

Hälso- och sjukvårdslagen (16 kap. 3 §) och socialtjänstlagen (5 kap. 1 a §, 8a § och 9a §) reglerar att region och kommun ska ingå överenskommelser om samarbete kring vissa målgrupper.

Därtill har regionen och kommunerna slutit överenskommelser på ytterligare områden.

VIS beslutar om gemensamma överenskommelser och rekommenderar sedan huvudmännen att anta dessa överenskommelser så att de blir gällande.



Utarbetandet av samverkansdokument ska följa beslutade mallar och vara en gemensam process mellan parterna.

Länsgemensamma riktlinjer ska följas av parterna. Dessa beslutas av tjänstemannastyrgruppen Sammanhållen vård och omsorg.

Lokala rutiner ska utgå ifrån de länsövergripande överenskommelserna och tas fram mellan de lokala parterna.

Samtliga länsgemensamma samverkansdokument ska vara publicerade i den digitala portalen www.storsthlm.se

6 Uppföljning av länsövergripande samverkan

Dialog ska årligen ske mellan parterna angående hur väl huvudöverenskommelsen bidrar till de övergripande målen för samverkan. Dialogen ska bidra till gemensam analys och utveckling av samverkan mellan parterna.

Därtill har parterna gemensamt ansvar för att överenskommelser inom sakområden regelbundet följs upp. Uppföljning ska ske gemensamt, samordnat och sammanställas och rapporteras till VIS.

Inför varje kalenderår fattar tjänstemannastyrgruppen Sammanhållen vård och omsorg beslut om prioriteringar vad gäller uppföljningar av länsgemensamma överenskommelser.

Uppföljning av samverkan beskrivs i riktlinjen för länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg.

7 Allmänt om överenskommelsen

7.1 Eskaleringstrappa vid oenigheter

Vid eventuell oenighet ska alltid överenskommelsens syfte och gemensamma målsättning vara vägledande. Vid oenighet om tolkning av överenskommelsen eller parts eventuella avsteg från åtaganden i överenskommelsen ska eskaleringstrappan nedan följas. (Avsteg eller oenighet avseende enskilda överenskommelser ska lösas enligt liknande eskaleringstrappa i respektive överenskommelse.)

1. Avsteg från åtagande eller oenighet om tolkning ska i första hand lösas av parterna på lokal nivå i kommunen och regionen, såvida dessa inte är av en sådan principiell karaktär att det kan antas påverka andra parter.

2. I det fall en fråga inte kan lösas lokalt, ska frågan hanteras av regionens och kommunernas gemensamma tjänstemannastyrgrupp Sammanhållen vård och omsorg.
3. Ytterst hanteras avsteg från åtagande eller oenighet av den politiska styrgruppen VIS som har tolkningsföreträdare gällande överenskommelsen.

7.2 Ikraftträdande och upphörande

Överenskommelsen börjar gälla 2022-07-01 eller efter att samtliga parter har beslutat att anta överenskommelsen. Överenskommelsen gäller därefter tills vidare.

Överenskommelsen kan sägas upp med en uppsägningstid om tjugofyra (24) månader. Om en kommun säger upp överenskommelsen behöver övriga parter ta ställning till om överenskommelsen ska fortsätta att gälla för resterande parter.

VIS beslutar om eventuella revidering av överenskommelsen. Reviderad överenskommelse börjar gälla tidigast tre månader efter att den omförhandlade överenskommelsen godkänts av parterna.

7.3 Parter

Region Stockholm
Botkyrka kommun
Danderyds kommun
Ekerö kommun
Haninge kommun
Huddinge kommun
Järfälla kommun
Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje
Lidingö stad
Nacka kommun
Norrtälje kommun
Nykvarns kommun
Nynäshamns kommun
Salems kommun
Sigtuna kommun
Sollentuna kommun
Solna stad
Stockholms stad
Sundbybergs stad
Södertälje kommun
Tyresö kommun
Täby kommun
Upplands-Bro kommun
Upplands Väsby kommun
Vallentuna kommun
Vaxholms stad
Värmdö kommun
Österåker kommun

Kommunstyrelser
Berörda förvaltningschefer inom
Socialförvaltning

Huvudöverenskommelse om länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg, HÖK

Rekommendation

Storsthlm styrelse beslutade på sammanträdet den 14 oktober 2021 att rekommendera kommunerna i länet att anta huvudöverenskommelsen om länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg (HÖK).

Bakgrund

Kommunerna i länet och Region Stockholm har en långvarig grund för samverkan. Men det fortsatta utvecklingsarbetet behöver stödjas genom en samordningsstruktur för hur kommunerna och regionen organiserar sitt gemensamma arbete ännu tydligare. För att underlätta och samordna när insatser ges från både kommun och region finns flera länsövergripande överenskommelser som reglerar samverkan och ansvarsfördelning i olika sakområden inom vård och omsorg. Det har saknats en huvudöverenskommelse med gemensam målsättning och utgångspunkter samt principer för samverkan på olika nivåer.

Beskrivning av huvudöverenskommelsen

Storsthlm har tillsammans med Region Stockholm tagit fram ett förslag till Huvudöverenskommelse för samverkan inom hälsa, vård och omsorg i Stockholms län (förkortad HÖK). Styrgrupp för arbetet har varit Tjänstemannastyrgruppen Sammanhållen vård och omsorg. Storsthlm styrelse beslutade 2021-10-14 att rekommendera kommunerna i länet att anta överenskommelsen.

Förslaget till huvudöverenskommelse bygger till stor del vidare på de arbetssätt och samverkansformer som hittills fungerat väl, och ska samtidigt ge förutsättningar för fortsatt dialog, utveckling och förändring av samverkan.

Arbetet grundar sig på en gemensam förstudie som genomfördes år 2018 (länk till [förstudien](#) samt [bilagor](#)). Sakkunskap inhämtades från tjänstemän, jurister, ekonomer, kommunikatörer och e-strateger från kommun och region.

Kommunerna i länet har under våren år 2021 getts möjlighet att lämna synpunkter på förslaget till överenskommelse genom en tjänstemannaremiss. Synpunkter har även inhämtats från tjänstepersoner inom i Region Stockholm.

Förslaget till huvudöverenskommelse fastställer principer för:

- parternas gemensamma och respektive ansvar för sammanhållen, god, delaktig och effektiv vård och omsorg,
- struktur för samverkan på olika nivåer mellan kommunerna och regionen,
- hur samverkan ska ske lokalt, delregionalt och regionalt.
- hur överenskommelser inom sakområden ska tas fram/revideras och följas upp.

Riktlinje

Eftersom överenskommelsen är långsiktig kommer de delar i samverkan som kan komma att behöva förändras över tid, bland annat organisation för samverkan och process för uppföljning av samverkan, regleras i en särskild riktlinje till överenskommelsen. Arbetet med riktlinjen pågår och kommunerna i länet kommer att involveras i framtagandet. Riktlinjen kommer sedan att fastställas av tjänstemannastygruppen Sammanhållen vård och omsorg i februari år 2022.

Samordnande funktion i den lokala samverkan

I den lokala samverkan ska enligt förslaget till ny huvudöverenskommelse, respektive part utse en samordnande funktion i den lokala samverkan i kommunen (och stadsdelarna i Stockholm stad).

Kommunens samordnande funktion

Kommunens samordnande funktion ska, enligt förslaget till ny huvudöverenskommelse vara en länk för samverkansaktörer in till kommunens berörda verksamheter, inklusive utförarverksamhet i privat regi.

Den kommunala samordnande funktionen förväntas:

- vara kontaktperson för andra aktörer i samverkan med kommunen kring vård- och omsorg,
- delta i lokala samverkansmöten med samordnande vårdcentral, och eventuella andra aktörer,
- kunna föra frågor till och från kommunens verksamheter, inklusive utförarverksamheter i privat regi.

Den samordnande funktionen bör ha:

- god kunskap om socialtjänstens organisation och uppdrag,
- kännedom om aktuella samverkansfrågor kring hälso- och sjukvård och omsorg.

Beroende på till exempel kommunens organisation kan det behövas att kommunen utser fler än en person till funktionen samordnande funktion för att täcka in alla socialtjänstens verksamhetsområden.

Den kommunala samordnande funktionens roll kan komma att utvecklas över tid, och kan också behöva anpassas utifrån förutsättningarna i den lokala samverkan.

Samordnande vårdcentral

Det finns redan idag ett uppdrag för vårdcentralerna i den lokala samverkan. Vårdcentralerna i en kommun, eller stadsdel i Stockholm stad, ska tillsammans utse en samordnande vårdcentral. Det kan vara en vårdcentral antingen regionens regi eller i privat regi. Uppdraget är bland annat att organisera och sammankalla till lokala samverkansmöten. Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har också uppdragits att stödja och vägleda de samordnande vårdcentralerna.

Uppdraget är formulerat enligt nedan i förfrågningsunderlaget för husläkarverksamhet från och med 1 februari 2021.

”Husläkarmottagningarna i varje kommun/stadsdel ska gemensamt utse en husläkarmottagning som, på strukturell nivå, ska ansvara för samordningen av samverkan mellan vård- och omsorgsgivare som invånarna i kommunen/stadsdelen vänder sig till. Den husläkarmottagning som har blivit utsedd ska rapportera detta till HSF senast den 30 april. I de fall vårdgivarna i en kommun/stadsdel inte utser en mottagning kommer HSF att utse vilken mottagning som ska vara ansvarig.

Att samordna samverkan på strukturell nivå innebär att organisera och sammankalla till nätverksmöten med vård- och omsorgsgivarna i området samt arbeta för ett högt deltagande i den samverkan där vården bör vara representerad.

Samordningen ska gälla patientgrupper och processer som rör flera vård- och omsorgsgivare och där samverkan förbättrar för patienterna. I samordningsansvaret ingår även att säkerställa att ansvarsområdena inom Närområdesplanen är fördelade och planen är aktuell. Samordnande husläkarmottagning har också särskilt ansvar för samordning vid behov av krisstöd till befolkningen vid allvarlig händelse. Husläkarmottagningar ska delta i den strukturella samverkan med vård- och omsorgsgivare i området. Varje husläkarmottagning ansvarar för samverkan kring den enskilde patienten.”

[Länk till förfrågningsunderlaget.](#)

Organisering av den lokala samverkan

Parterna måste själva forma hur den lokala samverkan ska bedrivas på bästa sätt, samt utifrån hur samverkan redan bedrivs. Det gäller även vilka aktörer och funktioner som ingår i samverkan. Den lokala samverkan motsätter inte att det finns ytterligare forum och grupperingar för lokal samverkan, och det är viktigt att bibehålla redan fungerande samverkan.

Om parterna inte kommer överens om annat så är det den samordnande vårdcentralen som har i sitt uppdrag att ansvara för att sammankalla till samverkan.

Frågor och svarsmöte

Storsthlm bjuder tillsammans med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen in kommunerna för ett digitalt möte för frågor och svar om förslaget till huvudöverenskommelse samt förslaget till riktlinjen.

Datum: 2021-11-09

Tid: 15:00 – 16:00

Anmälan till mötet sker till hakan.wramner@storsthlm.se

Ärendegång för rekommendationen

Rekommendationen adresseras till kommunstyrelserna enligt den rutin som gäller vid beslut i Storsthlm's styrelse. Kommunerna fattar beslut enligt gällande delegationsordning.

Kommunerna ombeds meddela sina ställningstaganden genom att sända in protokollsutdrag eller annan beslutshandling till Storsthlm.

Beslut om antagande av överenskommelse är att likställas med undertecknande.

Överenskommelsen börjar gälla tidigast 1 juli år 2022, eller efter att samtliga parter har beslutat att anta överenskommelsen.

Svarsperiod

Storsthlm önskar få kommunernas ställningstaganden senast **30 juni år 2022** med e-post till registrator@storsthlm.se

Frågor och information

Frågor med anledning av detta besvaras av processledare Håkan Wramner, hakan.wramner@storsthlm.se.

Med vänlig hälsning



Mats Gerdau
Förbundsordförande Storsthlm



Johan von Sydow
Förbundsdirektör Storsthlm

Ämne: Storsthlm: Rättelse - Rekommendation om överenskommelse länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg

Från: Registrator Storsthlm <registrator@storsthlm.se>

Till: Registrator Storsthlm <registrator@storsthlm.se>; Huvudregistrator Botkyrka <Medborgarcenter@botkyrka.se>; Huvudregistrator Danderyd - Danderyds kommun <kommunstyrelsen@danderyd.se>; Huvudregistrator Ekerö <kommunstyrelsen@ekero.se>; Huvudregistrator Haninge <haningekommun@haninge.se>; ksf.registrator@huddinge.se <ksf.registrator@huddinge.se>; Huvudregistrator Järfälla <kommunstyrelsen@jarfalla.se>; Huvudregistrator Lidingö <registrator@lidingo.se>; Huvudregistrator Nacka <registrator@nacka.se>; Huvudregistrator Norrtälje <kommunstyrelsen@norrtalje.se>; Huvudregistrator Nykvarn <kommun@nykvarn.se>; Huvudregistrator Nynäshamn <kommunstyrelsen@nynashamn.se>; Huvudregistrator Salem - Salem <ksf@salem.se>; Kontaktcenter <kontaktcenter@sigtuna.se>; Huvudregistrator Sollentuna <kommunstyrelsen@sollentuna.se>; Kommunstyrelsen; Huvudregistrator Stockholm <kommunstyrelsen@stockholm.se>; Huvudregistrator Sundbyberg <kommunstyrelsen@sundbyberg.se>; Huvudregistrator Södertälje <sodertalje.kommun@sodertalje.se>; Huvudregistrator Tyresö <kommun@tyreso.se>; Huvudregistrator Täby <tabykommun@taby.se>; Huvudregistrator Upplands-Bro <kommunstyrelsen@upplands-bro.se>; Huvudregistrator Vallentuna <registrator.klk@vallentuna.se>; Huvudregistrator Vaxholm <kansliet@vaxholm.se>; Huvudregistrator Värmdö <varmdo.kommun@varmdo.se>; Huvudregistrator Upplands Väsby <dc.ks@upplandsvasby.se>; Huvudregistrator Österåker <kommunstyrelsen@osteraker.se>; ksnamndsekretariat <ksnamndsekretariat@norrtalje.se>; veronica.wolgast <veronica.wolgast@stockholm.se>; Anna-Lena.Engstedt <Anna-Lena.Engstedt@tyreso.se>; John.Henriksson <John.Henriksson@tyreso.se>; Annika Vogel <annika.vogel@sigtuna.se>; Maria Johansson <maria.johansson3@norrtalje.se>; Helene Bengtson <helene.bengtson@sundbyberg.se>; Ann-Charlotte Fager; Elisabet Sundelin Verständig; Bornevi, Pia <pia.bornevi@sollentuna.se>; Wigen, Lotta <lotta.wigen@huddinge.se>; Oxonius Petra <petra.oxonius@botkyrka.se>; Björkryd Karin (Ok) <Karin.bjorkryd@sodertalje.se>; Stefan Heinebäck <stefan.heineback@lidingo.se>; Siw Lidestål <siw.lidestahl@haninge.se>; Kollberg Karin <karin.kollberg@nacka.se>; Bengtsson, Elisabeth <elisabeth.bengtsson@sollentuna.se>; Lena Burman Johansson <lena.burmanjohansson@ekero.se>; Agneta Franzen <agneta.franzen@vaxholm.se>; Claes Lagergren <claes.lagergren@taby.se>; Marlen Terrell <marlen.terrell@nynashamn.se>; jenny.thorsell <jenny.thorsell@salem.se>; Helena Åman <helena.aman@upplands-bro.se>; Liridona Rama <liridona.rama@nykvarn.se>; Annica Blomsten <annica.blomsten@upplandsvasby.se>; Britt-Marie Ekström <britt-marie.ekstrom@danderyd.se>; Susanna Kiesel <susanna.kiesel@osteraker.se>; Catarina Odenberg <catarina.odenberg@sigtuna.se>; Jenny Wilhelmsson <jenny.wilhelmsson@jarfalla.se>; Rådström Annika (Sk) <Annika.Radstrom@sodertalje.se>; David Gyllenstråle <david.gyllenstrale@vallentuna.se>; Lagerkvist Charlotte <charlotte.lagerkvist@botkyrka.se>; Pia Molander Wistam <pia.molander-wistam@norrtalje.se>; Mahria Lövkvist <mahria.lovkvist@varmdo.se>; patric.rylander <patric.rylander@stockholm.se>; Birgitta Fahlgren Sylvén <birgitta.fahlgrensylvén@sundbyberg.se>; Johan von Sydow <johan.von.sydow@storsthlm.se>; Åsa Danielsson <asa.danielsson@storsthlm.se>; Amanda Nystedt <amanda.nystedt@storsthlm.se>; Håkan Wramner <hakan.wramner@storsthlm.se>; Cajsa

Ekberg <cajsa.ekberg@storsthlm.se>; Joel Andersson <joel.andersson@storsthlm.se>; Görel Petersson
Mottaget: 2021-10-14 15:27:19

Rättelse, nytt utskick med korrekt ppt.

Till Registrator

Storsthlms styrelse beslutade på sammanträdet den 14 oktober 2021 att rekommendera kommunerna i länet att anta *Huvudöverenskommelse om länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg (HÖK)*.

Vänligen skicka till **Kommunstyrelsen** samt till berörda **förvaltningschefer inom socialförvaltning**.

Bakgrund

Kommunerna i länet och Region Stockholm har en långvarig grund för samverkan. Men det fortsatta utvecklingsarbetet behöver stödjas genom en samordningsstruktur för hur kommunerna och Regionen organiserar sitt gemensamma arbete ännu tydligare. För att underlätta och samordna när insatser ges från både kommun och Region finns flera länsövergripande överenskommelser som reglerar samverkan och ansvarsfördelning i olika sakområden inom vård och omsorg. Det har saknats en huvudöverenskommelse med gemensam målsättning och utgångspunkter samt principer för samverkan på olika nivåer.

Ärendegång

Rekommendationen adresseras till kommunstyrelserna enligt den rutin som gäller vid beslut i Storsthlms styrelse.

Kommunerna fattar beslut enligt sin egen gällande delegationsordning.

Kommunerna ombeds meddela sina ställningstaganden genom att sända in protokollsutdrag eller annan beslutshandling till Storsthlm.

Beslut om antagande av överenskommelse är att likställas med undertecknande.

Överenskommelsen börjar gälla tidigast 1 juli år 2022, eller efter att samtliga parter har beslutat att anta överenskommelsen.

Svarsperiod

Storsthlm önskar få kommunernas ställningstaganden senast **30 juni år 2022** med e-post till registrator@storsthlm.se

Vänligen skriv ärendenummer S/21/0168 i ämnesraden.

Frågor och information

Frågor med anledning av detta besvaras av processledare Håkan Wramner, hakan.wramner@storsthlm.se.

Frågor och svarsmöte

Storsthlm bjuder tillsammans med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen in kommunerna till ett **digitalt**

möte för frågor och svar angående rekommendation om huvudöverenskommelsen, samt om den kommande riktlinjen som skickas ut till kommunerna senare.

Datum: 2021-11-09

Tid: 15:00 – 16:00

Anmälan till mötet sker till hakan.wramner@storsthlm.se

Till detta mejl bifogas

- Rekommendation
- Överenskommelse
- Förklarande pp-bilder

Med vänlig hälsning



Box 38145, 100 64 Stockholm
Besöksadress Södermalmsallén 36, Plan 5 (röd hiss)
08-615 94 00, www.storsthlm.se

Övergripande överenskommelse/ huvudöverenskommelse om hälsa, vård och omsorg (HÖK)

Huvudöverenskommelse (HÖK)

Idag finns 20-tal överenskommelser kring hälsa, vård och omsorg mellan kommunerna i länet och Region Stockholm.

Det finns därför behov av en huvudöverenskommelse (HÖK) som fastställer principer för:

- parternas gemensamma och respektive ansvar för sammanhållen, god, delaktig och effektiv vård och omsorg,
- struktur för samverkan på olika nivåer mellan kommunerna och regionen,
- hur samverkan ska ske lokalt, delregionalt och regionalt,
- hur överenskommelser inom sakområden ska tas fram/revideras och följas upp.

Avsiktsförklaring

Överenskommelsens parter samverkar för att utveckla och prioritera det som är bäst för brukaren/patienten och för invånarna i hela Stockholms län.

Syftet med överenskommelsen

Skapa bättre förutsättningar för samarbete mellan parternas verksamheter och därmed bidra till det övergripande målet för samverkan.

ÖK reglerar därför principer och former för samverkan mellan kommunerna och regionen och på en övergripande nivå.

Övergripande mål med samverkan mellan kommun och region

Den enskilde ska få en god, sömlös och personcentrerad vård och omsorg, samt att befolkningens hälsa ska förbättras.

Det ska ske på ett samordnat, jämlikt och kostnadseffektivt sätt för invånarna i Stockholms län.

Huvudöverenskommelse och riktlinje

Överenskommelsen är långsiktig, men behöver ge utrymme för utveckling av samverkan.

En framtida revidering innebär en omfattande beslutsgång.

Områden som kan behöva förändras över tid ingår i en länsövergripande riktlinje, t.ex:

- organisation för samverkan,
- process för uppföljning av samverkan.

Riktlinjen tas fram i samråd med kommuner och beslutas av tjänstemannastyrgruppen.

Kommunerna har lämnat synpunkter på HÖK genom en tjänstemannaremiss. Region Stockholm har också haft möjlighet att komma med synpunkter

Uppföljning

HÖK följs upp årligen genom dialog mellan parterna om hur HÖK bidrar till övergripande mål för samverkan.

Dialogen ska bidra till gemensam analys och utveckling av samverkan.

Parterna har också gemensamt ansvar för att länsövergripande överenskommelser regelbundet följs upp.

Uppföljningen ska ske gemensamt, samordnat och sammanställas och rapporteras till VIS.

Regional samverkansorganisation kring hälsa, vård och omsorg i HÖK:en



Samrådsgrupper

Utses av tjänstemannastyrgruppen med tydligt uppdrag kring prioriterade målgrupper och sakområden.

Kan vara att utarbeta och förvalta samverkansöverenskommelser, följa upp dem och rapportera till tjänstemannastyrgruppen.

Deltagare:

kommun

region

utförarverksamheter (vid behov)

andra aktörer, t.ex. patient-, brukar- och anhörigorganisationer (vid behov)

Samrådsgrupperna ska ha den kompetens som krävs för uppdraget.

Lokal samverkan

Regionen utser samordnade vårdcentral för samverkan i varje kommun och stadsdel i Stockholms stad.

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har uppdrag att att stödja och vägleda de samordnande vårdcentralerna.

Kommunen utser samordnande funktion, som också är länk för samverkansaktörer in till kommunens berörda verksamheter, inklusive utförarverksamhet i privat regi samt delta i lokal samverkan.

Storsthlm erbjuder kommunerna länsövergripande samordnande stöd.

Uppdragen för lokal samverkan kommer beskrivas i riktlinjen.

Sekretariat

Stöd till VIS och tjänstemannastyrgruppen med ordinarie resurser från HSF och Storsthlm.

Vid behov tillsätter styrgruppen arbetsgrupper med ytterligare representanter.

Digital portal

www.storsthlm.se är digital portal för samverkan mellan kommunerna och regionen.

Innehåll:

- Samtliga länsövergripande överenskommelser samt gemensamma riktlinjer/rutiner m.m
- Uppdrag för samverkansorganisation, samrådsgrupper samt kontaktuppgifter

Utvecklas tillsammans mellan Storsthlm och HSF. Storsthlm ansvarar för informationen.

Regionen länkar till portalen från aktuella sidor på sll.se, exempelvis www.vardgivarguiden.se.

För frågor om överenskommelsen kontakta Processledare Håkan Wramner

hakan.wramner@storsthlm.se



Remiss

2021-10-15
KS/2021:196

Missiv till Rekommendation om överenskommelse länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg (S/21/0168)

Härmed överlämnas bifogade motion/remiss till Omvårdnadsnämnden och Socialnämnden för yttrande.

Yttrandet förväntas **senast den 20 maj 2022** till kommunstyrelsens registrator.

Ansvarig handläggare på stadsledningsförvaltningen, Anders Offerlind.

Ämne: VB: Storsthlm: Rättelse 2 - Rekommendation om överenskommelse länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg
Från: Elisabet Sundelin Verständig
Till: Catharina Almer Chipperfield; Cecilia Linde
Mottaget: 2021-10-18 13:04:47

Hej!

[Se inkomna handlingar från Storsthlm./Elisabet](#)

Överenskommelsen börjar gälla tidigast 1 juli år 2022, eller efter att samtliga parter har beslutat att anta överenskommelsen.

[Frågor och svar möte](#)

Storsthlm bjuder tillsammans med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen in kommunerna till ett **digitalt möte för frågor och svar** angående rekommendation om huvudöverenskommelsen, samt om den kommande riktlinjen som skickas ut till kommunerna senare.

Datum: 2021-11-09

Tid: 15:00 – 16:00

Anmälan till mötet sker till hakan.wramner@storsthlm.se

Svarsperiod

Storsthlm önskar få kommunernas ställningstaganden senast **30 juni år 2022** med e-post till registrator@storsthlm.se

Vänligen skriv ärendenummer S/21/0168 i ämnesraden.

Från: Registrator Storsthlm <registrator@storsthlm.se>

Skickat: den 18 oktober 2021 11:30

Till: Registrator Storsthlm <registrator@storsthlm.se>; Huvudregistrator Botkyrka <Medborgarcenter@botkyrka.se>; Huvudregistrator Danderyd - Danderyds kommun <kommunstyrelsen@danderyd.se>; Huvudregistrator Ekerö <kommunstyrelsen@ekero.se>; Huvudregistrator Haninge <haningekommun@haninge.se>; ksf.registrator@huddinge.se; Huvudregistrator Järfälla <kommunstyrelsen@jarfalla.se>; Huvudregistrator Lidingö <registrator@lidingo.se>; Huvudregistrator Nacka <registrator@nacka.se>; Huvudregistrator Norrtälje <kommunstyrelsen@norrtalje.se>; Huvudregistrator Nykvarn <kommun@nykvarn.se>; Huvudregistrator Nynäshamn <kommunstyrelsen@nynashamn.se>; Huvudregistrator Salem - Salem <ksf@salem.se>; Kontaktcenter <kontaktcenter@sigtuna.se>; Huvudregistrator Sollentuna <kommunstyrelsen@sollentuna.se>; Kommunstyrelsen <Kommunstyrelsen@solna.se>; Huvudregistrator Stockholm <kommunstyrelsen@stockholm.se>; Huvudregistrator Sundbyberg <kommunstyrelsen@sundbyberg.se>; Huvudregistrator Södertälje <sodertalje.kommun@sodertalje.se>; Huvudregistrator Tyresö <kommun@tyreso.se>; Huvudregistrator Täby <tabykommun@taby.se>; Huvudregistrator Upplands-Bro <kommunstyrelsen@upplands-bro.se>; Huvudregistrator Vallentuna <registrator.klk@vallentuna.se>; Huvudregistrator Vaxholm <kansliet@vaxholm.se>; Huvudregistrator Värmdö <varmdo.kommun@varmdo.se>; Huvudregistrator Upplands Väsby <dc.ks@upplandsvasby.se>; Huvudregistrator Österåker <kommunstyrelsen@osteraker.se>; ksnamndsekretariat <ksnamndsekretariat@norrtalje.se>; veronica.wolgast <veronica.wolgast@stockholm.se>; Anna-Lena.Engstedt <Anna-Lena.Engstedt@tyreso.se>; John.Henriksson <John.Henriksson@tyreso.se>; Annika Vogel <annika.vogel@sigtuna.se>; Maria Johansson <maria.johansson3@norrtalje.se>; Helene Bengtson

<helene.bengtson@sundbyberg.se>; Ann-Charlotte Fager <Ann-Charlotte.Fager@solna.se>; Elisabet Sundelin Verständig <Elisabet.Sundelin@solna.se>; Bornevi, Pia <pia.bornevi@sollentuna.se>; Wigen, Lotta <lotta.wigen@huddinge.se>; Oxonius Petra <petra.oxonius@botkyrka.se>; Björkryd Karin (Ok) <Karin.bjorkryd@sodertalje.se>; Stefan Heinebäck <stefan.heineback@lidingo.se>; Siw Lidestål <siw.lidestahl@haninge.se>; Kollberg Karin <karin.kollberg@nacka.se>; Bengtsson, Elisabeth <elisabeth.bengtsson@sollentuna.se>; Lena Burman Johansson <lena.burmanjohansson@ekero.se>; Agneta Franzen <agneta.franzen@vaxholm.se>; Claes Lagergren <claes.lagergren@taby.se>; Marlen Terrell <marlen.terrell@nynashamn.se>; jenny.thorsell <jenny.thorsell@salem.se>; Helena Åman <helena.aman@upplands-bro.se>; Liridona Rama <liridona.rama@nykvarn.se>; Annica Blomsten <annica.blomsten@upplandsvasby.se>; Britt-Marie Ekström <britt-marie.ekstrom@danderyd.se>; Susanna Kiesel <susanna.kiesel@osteraker.se>; Catarina Odenberg <catarina.odenberg@sigtuna.se>; Jenny Wilhelmsson <jenny.wilhelmsson@jarfalla.se>; Rådström Annika (Sk) <Annika.Radstrom@sodertalje.se>; David Gyllenstråle <david.gyllenstrale@vallentuna.se>; Lagerkvist Charlotte <charlotte.lagerkvist@botkyrka.se>; Pia Molander Wistam <pia.molander-wistam@norrtalje.se>; Mahria Lökvist <mahria.lokvist@varmdo.se>; patric.rylander <patric.rylander@stockholm.se>; Birgitta Fahlgren Sylvén <birgitta.fahlgrensylvén@sundbyberg.se>
Kopia: Amanda Nystedt <amanda.nystedt@storsthlm.se>; Cajsa Ekberg <cajsa.ekberg@storsthlm.se>; Håkan Wramner <hakan.wramner@storsthlm.se>; Åsa Danielsson <asa.danielsson@storsthlm.se>; Görel Petersson <gorel.petersson@storsthlm.se>
Ämne: Storsthlm: Rättelse 2 - Rekommendation om överenskommelse länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg

Rättelse 2 , Till följd av ett formateringsfel till PDF har ett stycke i huvudöverenskommelsen fallit bort. Sänder därför slutliga versioner av alla dokument återigen.

Till Registrator

Storsthlm:s styrelse beslutade på sammanträdet den 14 oktober 2021 att rekommendera kommunerna i länet att anta *Huvudöverenskommelse om länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg (HÖK)*.

Vänligen skicka till **Kommunstyrelsen** samt till berörda **förvaltningschefer inom socialförvaltning**.

Bakgrund

Kommunerna i länet och Region Stockholm har en långvarig grund för samverkan. Men det fortsatta utvecklingsarbetet behöver stödjas genom en samordningsstruktur för hur kommunerna och Regionen organiserar sitt gemensamma arbete ännu tydligare. För att underlätta och samordna när insatser ges från både kommun och Region finns flera länsövergripande överenskommelser som reglerar samverkan och ansvarsfördelning i olika sakområden inom vård och omsorg. Det har saknats en huvudöverenskommelse med gemensam målsättning och utgångspunkter samt principer för samverkan på olika nivåer.

Ärendegång

Rekommendationen adresseras till kommunstyrelserna enligt den rutin som gäller vid beslut i Storsthlm's styrelse.

Kommunerna fattar beslut enligt sin egen gällande delegationsordning.

Kommunerna ombeds meddela sina ställningstaganden genom att sända in protokollsutdrag eller annan beslutshandling till Storsthlm.

Beslut om antagande av överenskommelse är att likställas med undertecknande.

Överenskommelsen börjar gälla tidigast 1 juli år 2022, eller efter att samtliga parter har beslutat att anta överenskommelsen.

Svarsperiod

Storsthlm önskar få kommunernas ställningstaganden senast **30 juni år 2022** med e-post till registrator@storsthlm.se

Vänligen skriv ärendenummer S/21/0168 i ämnesraden.

Frågor och information

Frågor med anledning av detta besvaras av processledare Håkan Wramner, hakan.wramner@storsthlm.se.

Frågor och svarsmöte

Storsthlm bjuder tillsammans med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen in kommunerna till ett **digitalt möte för frågor och svar** angående rekommendation om huvudöverenskommelsen, samt om den kommande riktlinjen som skickas ut till kommunerna senare.

Datum: 2021-11-09

Tid: 15:00 – 16:00

Anmälan till mötet sker till hakan.wramner@storsthlm.se

Till detta mejl bifogas

- Rekommendation
- Överenskommelse
- Förklarande pp-bilder

Med vänlig hälsning



Box 38145, 100 64 Stockholm
Besöksadress Södermalmsallén 36, Plan 5 (röd hiss)
08-615 94 00, www.storsthlm.se



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-01-20
ON/2022:23

Avtalsuppföljning av grupp- och servicebostäder för vuxna enligt lagen om särskilt stöd och service (LSS) år 2021

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner avtalsuppföljningen för 2021.

Sammanfattning

Avtalsuppföljningen har under 2021 omfattat 15 verksamheter med totalt ca 95 solnabor.

Kvalitetsutvecklaren har använt sig av enkät, dokumentationsgranskning, verksamhetens utvecklingsplan efter 2020 års uppföljning samt intervju av verksamhetschef, andra ledningsfunktioner samt medarbetare vid platsbesök som metod för uppföljning. Under intervjun har verksamhetschefen givits möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkät eller utvecklingsplan. Avtalsuppföljningen har genomförts under perioden september till oktober 2021.

Uppföljningarna visar att majoriteten av verksamheterna har ett nära ledarskap, ett förankrat kontaktmannaskap, tydliga rutiner för introduktion av nya medarbetare och har arbetat aktivt utifrån identifierade utvecklingsområden vid föregående avtalsuppföljning. 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 och har ålagts att inkomma med utvecklingsplaner som ska beskriva hur de tänkt arbeta utifrån identifierade utvecklingsområden.

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Kristoffer Willstedt
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 arbetssätt, som kan ge inspiration till andra verksamheter i syfte att komma allt fler solnabor till godo.

Avtalsuppföljning 2021

GRUPP- OCH SERVICEBOSTÄDER



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	4
Bedömning.....	7
Underlag bedömning.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.

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 2021 omfattat femton verksamheter. Verksamheterna är Algatan 5-7, Anderstorpsvägen 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 2020 års avtalsuppföljning. Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamheternas egna utvärderingar av sitt arbete med utvecklingsplanen genomfört platsbesök och intervjuat verksamhetschef samt i vissa fall andra funktioner i lokal ledning. Granskning av social dokumentation har även genomförts i samtliga verksamheter, vilket uteblev under 2020 års avtalsuppföljning till följd av pandemin.

För Andersvägen 3B och Västra vägen 7B har uppföljningarna istället varit så kallade stora uppföljningar där samtliga områden bedömts. Detta utifrån att dessa verksamheter ej ingick i 2020 års avtalsuppföljning.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att 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.

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 de utvecklingsområden som identifierats vid tidigare avtalsuppföljningar. Även i de fall där utvecklingsområden kvarstår efter årets uppföljning har utveckling i regel skett.

Samtliga verksamheter har tydliga rutiner för introduktion av nya medarbetare. Checklista används som stöd och introduktionens längd anpassas i flera fall utifrån verksamhetens och medarbetarens behov. Uppföljning av introduktionen sker och dokumenteras i de flesta fall.

Följsamhet till rutiner för avvikelshantering är ett fortsatt utvecklingsområde. Dock har 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 och inte som någonting laddat kan ta tid och där visar flera verksamheter att man lyckats väl med detta. Framförallt vad gäller händelser som inte är hälso- och sjukvårdsrelaterade, såsom bristande följsamhet till verksamhetens rutiner, arbetsmiljörelaterade händelser eller brister i stödet till brukaren.

Rapporteringskyldigheten enligt Lex Sarah är förankrad i medarbetargrupperna och de verksamheter där rapport vid misstanke om missförhållande upprättats har följt omvårdnadsförvaltningens anvisningar för rapportering till förvaltningen.

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 vissa verksamheter en betydande utveckling sett över tid. 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.

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.

















































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.



Bedömning*

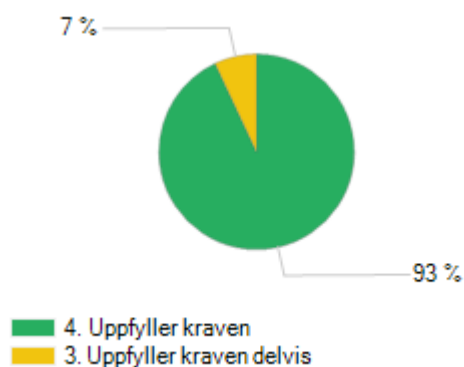
Område	Resultat 2020		Resultat 2021	
Ledning och organisation	 4. Uppfyller kraven	79 (%)	 4. Uppfyller kraven	93 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	7 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	7 (%)
	 Bedömning ej genomförd	14 (%)		
Personal och utbildning	 4. Uppfyller kraven	79 (%)	 4. Uppfyller kraven	86 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	7 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)
	 Bedömning ej genomförd	14 (%)		
Samverkan	 4. Uppfyller kraven	71 (%)	 4. Uppfyller kraven	93 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	7 (%)
	 Bedömning ej genomförd	14 (%)		
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 4. Uppfyller kraven	29 (%)	 4. Uppfyller kraven	79 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	57 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	21 (%)
	 Bedömning ej genomförd	14 (%)		
Social dokumentation	 4. Uppfyller kraven	7 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	79 (%)		
	 Bedömning ej genomförd	14 (%)		
Självbestämmande och integritet	 4. Uppfyller kraven	71 (%)	 4. Uppfyller kraven	86 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)
	 Bedömning ej genomförd	14 (%)		
Bemötande och anhörigstöd	 4. Uppfyller kraven	71 (%)	 4. Uppfyller kraven	86 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)
	 Bedömning ej genomförd	14 (%)		
Mat och måltider	 4. Uppfyller kraven	79 (%)	 4. Uppfyller kraven	100 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	7 (%)		
	 Bedömning ej genomförd	14 (%)		
Aktiviteter och fritid	 4. Uppfyller kraven	86 (%)	 4. Uppfyller kraven	100 (%)
	 Bedömning ej genomförd	14 (%)		
Säkerhet	 4. Uppfyller kraven	57 (%)	 4. Uppfyller kraven	86 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	29 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)
	 Bedömning ej genomförd	14 (%)		

* Verksamheterna Västra vägen 7B och Andersvägen 3B ingick ej i 2020 års uppföljning och därför saknas bedömning för dessa verksamheter i kolumnen för resultat 2020

Tabellen nedan redovisar verksamheternas poäng på områdesnivå.

	Algatan	Västra vägen	Andersvägen	Andersstorpsvägen	Grängsgatan	Centrumslingan	Hagalundsgatan 17	Hagalundsgatan 34	Jungfrudansens & Spärvägen 12	Nybodagatan	Törnbacken	Storgatan	Parkvägen	Spärvägen 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.	3.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	54
Samverkan	4.	4.	3.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	55
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	4.	3.	4.	4.	4.	4.	4.	3.	4.	3.	4.	4.	4.	4.	53
Social dokumentation	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	42
Självbestämmande & integritet	4.	3.	3.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	54
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.	3.	4.	4.	4.	4.	3.	4.	4.	4.	4.	54
SUMMA (Max 50)	39	36	35	39	38	39	38	37	39	37	39	39	39	39	

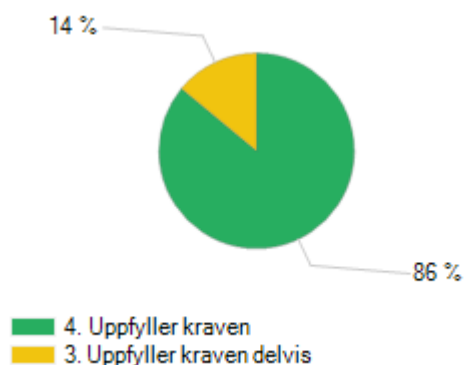
Ledning och organisation



Samtliga verksamheter har en organisation som möjliggör ett nära ledarskap. En verksamhet behöver beakta de risker det innebär att delar av lokal ledning ej tjänstgjort under del av året. Alla verksamhetschefer har adekvat utbildning. Rutin finns för ersättare vid verksamhetschefs 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

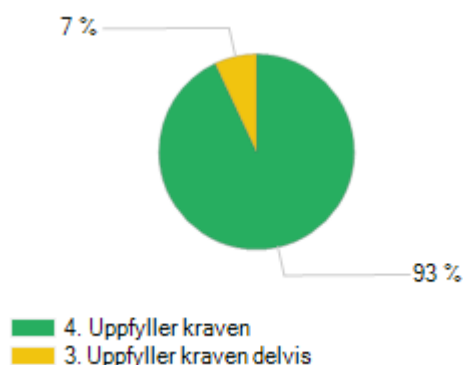


Samtliga verksamheter har rutin för introduktion av nya medarbetare med checklista som stöd. I stort sett alla verksamheter dokumenterar uppföljningen av introduktionen.

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



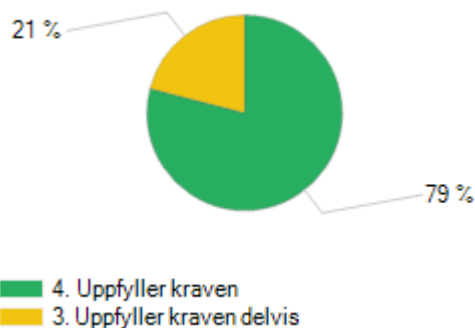
Rutin för samverkan finns i samtliga verksamheter. Externa samverkansparter har identifierats och beskrivs i rutin. Generellt beskriver såväl myndighetsavdelningen som verksamhetscheferna samverkan mellan utförare och beställare som god.

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 annan informationsöverföring och forum för möten med specificerat syfte.

En verksamhet behöver i rutin beskriva den externa samverkan.

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.

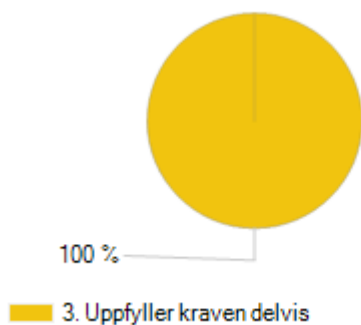
Hur verksamheterna valt att organisatoriskt arbeta med kvalitetsfrågor skiljer sig åt. Vissa verksamheter har dedikerade medarbetare med särskilt uppdrag att tillsammans med chef driva kvalitetsarbetet, medan det i de flesta verksamheterna i huvudsak är chef som tillsammans med gruppchef, gruppleddare 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.

Omfattningen av vilka egenkontroller som genomförs och inom vilka områden varierar mellan verksamheterna. Flera goda exempel har identifierats, där egenkontroll av flera delar finns med i verksamhetens årsplanering.

Att i större utsträckning arbeta systematiskt med resultatet av genomförda egenkontroller, riskanalyser samt inrapporterade avvikelser är ett utvecklingsområde i vissa verksamheter.

Social dokumentation

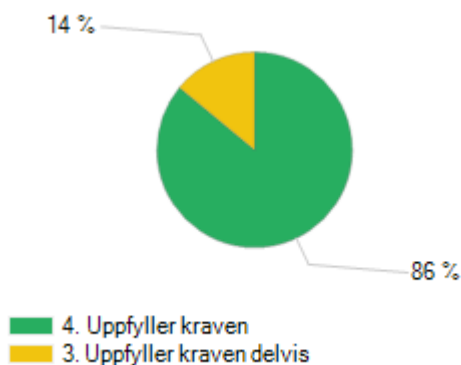


Den sociala dokumentationen är ett utvecklingsområde i samtliga verksamheter. Dokumentationsgranskning uteblev under 2020 års avtalsuppföljning till följd av pandemin, men har i år genomförts i samband med platsbesök i samtliga verksamheter.

Sett över tid framgår det tydligt att den sociala dokumentationen utvecklats i flera av verksamheterna. Förståelsen i verksamheterna för hur den sociala dokumentationens olika delar hänger ihop samt förankringen av detta hos medarbetarna har ökat i flera av verksamheterna.

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.

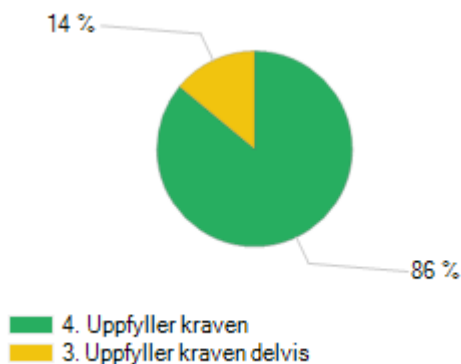
Kontaktnaskapet är väl förankrat i verksamheterna. Brukarna ges möjlighet att etablera en förtroendefull relation till kontaktsmannen dels genom att det i huvudsak är denne som utför stöd samt att det i vissa verksamheter finns avsatt tid i personalens schema för detta. Kontaktsmannen är i flera verksamheter 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 kontaktsman, anhörigräffar, informationsbrev och sociala medier.

I en verksamhet behöver brukarnas behov av individanpassad kommunikation dokumenteras.

Bemötande och anhörigstöd

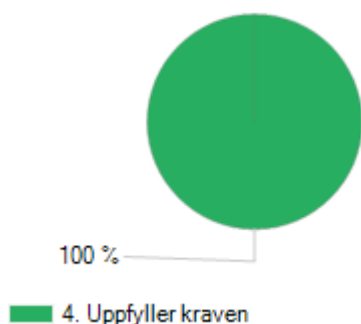


I de flesta verksamheterna diskuteras bemötande- och värdegrundsfrågor i huvudsak på förekommen anledning. Mötesforum finns med möjlighet att föra sådana diskussioner. I vissa verksamheter är arbetet mer systematiskt, där man tillsammans med brukarna tagit fram dokument som beskriver hur man vill att 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.

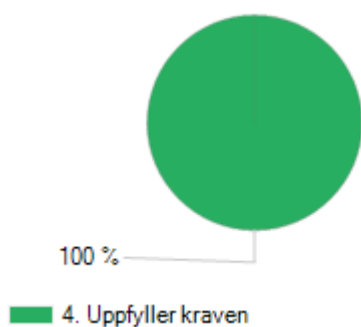
De utvecklingsområden som identifierats handlar om förankring av värdegrund och bemötande i personalgruppen samt att säkerställa att Solna stads kvalitetsdeklaration regelbundet förankras.

Mat och måltider



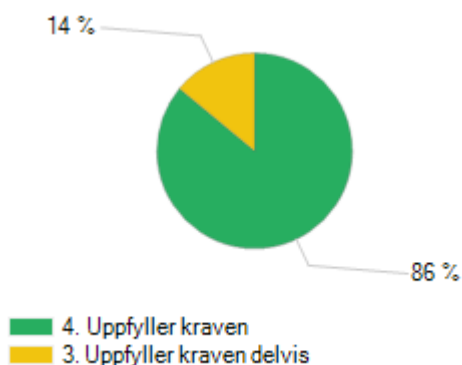
I samtliga verksamheter planeras och tillreds måltider individuellt. Brukarna har möjlighet att välja mat, får individanpassat stöd vid tillagning och kan välja var man vill inta sina måltider. Exempel finns där brukare med visst stöd beställer mat via internet med hemleverans.

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. Utvecklingsområden som kvarstår är att förankra rutin för hot och våld i nära relation samt att utveckla rutin för hantering av privata medel.

Ekonomisk kontroll

Ekonomisk kontroll har genomförts i samtliga verksamheten undantaget dem som drivs i kommunal regi. Kontrollerna visar på godkänt resultat.

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

ANDERSTORPSVÄGEN 2



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. 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 autismliknande tillstånd, personkrets 1 enligt 1 § LSS.

Metod för uppföljning

Årets uppföljning har varit en uppföljning av verksamhetens arbete med sin utvecklingsplan. Utvecklingsplanen utgick från ifråga identifierade utvecklingsområden i samband med 2020 års avtalsuppföljning. Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen granskat reviderade rutiner. Intervju med verksamhetschef har genomförts samt granskning av social dokumentation.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att 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.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 10:e december 2021.

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 10:e december 2021. 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

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.























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.



Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
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	 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

Ledning och organisation



Rutiner finns och tillämpas.

Personal och utbildning



Rutiner finns och tillämpas.

Samverkan



Rutiner finns och tillämpas.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Förankra rutin för avvikelsehantering
✓ Aktiviteten är slutförd.	Rutiner för uppföljning

Social dokumentation



Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska säkerställa att samtycke dokumenteras i enlighet med rutin samt att rutin för loggkontroll upprättas och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Samtycke

Självbestämmande och integritet



Rutiner finns och tillämpas.

Bemötande och anhörigstöd



Rutiner finns och tillämpas.

Mat och måltider



Rutiner finns och tillämpas.

Aktiviteter och fritid



Rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet



Rutiner finns och tillämpas.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
<p>Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>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. Ärligen hålls också minst en planeringsdag.</p> <p>APT protokollförs och fattade beslut följs upp på nästkommande möte. Under brukarkonferenserna först 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.</p>
<p>Verksamhetens organisation och ledning</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>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.</p> <p>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 kan vid behov beordra in personal på övertid eller utöva andra chefsuppgifter. Denna rutin är väl förankrad i medarbetargruppen. Verksamhetschef tjänstgör normalt sett 50% i verksamheten, men är för tillfället tillförordnad verksamhetschef för ytterligare en verksamhet. Det är i dagsläget oklart hur länge detta uppdrag ska fortgå.</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 gällande detta, där det tydligt framgår i vilka ärenden medarbetare kan söka stöd hos trygghetsjouren.</p>
<p>IVO-tillstånd</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<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
<p>●</p>	<p>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 medarbetare.</p> <p>Skriftligt material ges till nya medarbetare.</p> <p>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>●</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 kompetenshövande insats följs upp i samband med nästkommande medarbetarsamtal.</p> <p>Kompetensinventeringen som är gjort kommer ligga till grund för planerad kompetensutveckling löpande under kommande år. Verksamhetschef beskriver att</p>

Delområde	Kommentar
	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.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	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. 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.
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.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	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.
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
●	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.
●	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, 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. 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,

Delområde	Kommentar
	<p>och inte ett sätt att leta fel och brister eller hänga ut kollegor. Utbildningsinsatser 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>Vid granskning av verksamhetens kvalitetsledningssystem framgår det att antalet rapporterade avvikelser ökat. Verksamhetschef bekräftar i samtal att rutin för avvikelserapportering bedöms vara förankrad i verksamheten.</p>
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>På APT finns kvalitet 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 gruppledare 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> 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. Detta arbete är under pågående utveckling.</p> <p><u>Egenkontroll</u> Egenkontroll sker genom uppföljning av fattade beslut på APT, uppföljning av upprättad handlingsplan vid rapporterad avvikelse och uppföljning av medarbetarnas förtroenhet 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, gruppledare 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 genomförts.</p> <p>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> 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
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, dels i genomförandeplanen men även i anteckningar i social journal.</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.</p> <p>Enligt verksamhetens rutiner ska samtycke dokumenteras i systemet för social dokumentation, men för vissa av granskade personer saknas detta.</p>
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis 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 nyligen givits systemmässiga förutsättningar för att genomföra loggkontroll av social journal. Rutiner håller på att tas fram för detta, vilket är ett utvecklingsområde att slutföra och tillämpa.</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.</p> <p>Verksamheten har ett skriftligt material med information om verksamheten som överlämnas i samband med ny brukare.</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. Verksamhetschef är den som förbereder och håller i dessa diskussioner på APT.</p> <p>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.</p> <p>Solna stads kvalitetsdeklaration är väl förankrad i medarbetargruppen, brukarna informeras om denna i samband med inflyttning och den lyfts på APT årligen.</p>
Stöd till närstående  3. Godkänd	<p>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.</p> <p>Rutin finns som beskriver hur stöd till anhöriga ska ges. Hänvisning till stadens anhörigteam finns i rutinen. Rutinen har förankrats i medarbetargruppen under APT.</p>

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien  3. Godkänd	<p>Detta är ej relevant i verksamheten, då denna inte är registrerad som livsmedelsanläggning.</p>
Möjligheter att påverka mat och måltider  3. Godkänd	<p>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.</p>

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute  3. Godkänd	<p>På boendemöten 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 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.</p> <p>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.</p>

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 2021

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 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 varit en uppföljning av verksamhetens arbete med sin utvecklingsplan. Utvecklingsplanen utgick från ifrån identifierade utvecklingsområden i samband med 2020 års avtalsuppföljning.

Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen genomfört platsbesök med intervju av verksamhetschef, gruppchef samt granskning av social dokumentation.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att 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.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 10:e december 2021.

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 social journalföring men bedöms i övrigt som godkända inom samtliga områden och delområden.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 10:e december 2021. 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

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.























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.



Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
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	 3. Uppfyller kraven delvis	 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation



Rutiner finns och tillämpas.

Personal och utbildning



Rutiner finns och tillämpas.

Samverkan



Rutiner finns och tillämpas.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Rutiner finns och tillämpas.

Social dokumentation



Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska säkerställa att det i social journal framgår bakomliggande orsak samt vidtagen åtgärd vid avvikelse från genomförandeplan samt identifierade behov och önskemål.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Bakomliggande orsak samt vidtagen åtgärd i social journal

Självbestämmande och integritet



Rutiner finns och tillämpas.

Bemötande och anhörigstöd



Rutiner finns och tillämpas.

Mat och måltider



Rutiner finns och tillämpas.

Aktiviteter och fritid



Rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet



Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Lokala rutiner för hot och våld

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.</p> <p>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>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 50% 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>IVO-tillstånd</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har tillstånd från IVO att bedriva verksamheten. Verksamhetschef är den som förestår verksamheten, vilket framgår i tillståndsbeviset.</p>

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare 3. Godkänd	<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 och salutogent förhållningssätt.</p> <p>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.</p>
Kompetensutveckling 3. Godkänd	<p>Verksamhetens medarbetare har god verksamhetskänedom 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>
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning 3. Godkänd	<p>Verksamheten har den personaltätthet 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.</p>
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare 3. Godkänd	<p>Rutin finns för rekrytering av nya medarbetare. Vid behov kan stöd avropas från HR-avdelningen vad gäller att lägga ut annons med kravspecifikation.</p>

Samverkan




Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan 3. Godkänd	<p>Lokal rutin för intern och extern samverkan finns. Identifierade samverkansaktörer beskrivs och i vilka frågor respektive aktör ska kontaktas. Rutinen beskriver var kontaktuppgifter finns.</p>
Verksamhetens interna samverkan 3. Godkänd	<p>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.</p>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete




Delområde	Kommentar
●	<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 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>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.</p> <p>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>

Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p><u>Rutiner</u></p> <p>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.</p> <p>I samtal med verksamhetschef och gruppchef framgår det att medarbetarna bara förväntas vara förtrogna med rutinerna i den lokala rutinpärmen. 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 rutinpärmen är förankrad.</p> <p>Nyanställda går igenom samtliga lokala rutiner under introduktion. Policys 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 policys finns då.</p> <p><u>Egenkontroll</u></p> <p>Nytida genomför två gånger per år 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. 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>Risakanalys</u></p> <p>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>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  3. Godkänd	Samtliga brukare har aktuella genomförandeplaner. Samtliga mål i beställningarna har beaktats. Granskade genomförandeplaner har föredömligt tydliga insatsbeskrivningar. Det framgår även att kartläggningmaterial som finns inom Nytida använts för att få ett så bra underlag som möjligt har använts 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.
Social journal  2. Delvis godkänd	Social journal förs löpande och av samtliga medarbetare. Anteckningar som förs utgår i huvudsak från genomförandeplan samt händelser av betydelse. Viss anekdotisk journalföring förekommer. Språket är värderingsfritt och i de fall medarbetare gjort egna bedömningar framgår detta tydligt. I flera fall då avvikelse från genomförandeplan antecknats saknas bakomliggande orsak samt vidtagen åtgärd, vilket är ett utvecklingsområde.
Egenkontroll social dokumentation  3. Godkänd	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.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation  3. Godkänd	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. 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. Behov av individuellt anpassad kommunikation ska enligt rutin dokumenteras i genomförandeplan. Vid granskning framkommer det att rutin följs gällande detta.
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	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. 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.
Tillgänglighet och information  3. Godkänd	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.

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 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	<p>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.</p> <p>Informationsbrev skickas till anhöriga och företrädare minst två gånger per år.</p>

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien 3. Godkänd	<p>Verksamhet bedrivs ej på sådant sätt att man är registrerad som livsmedelsverksamhet. Därav finns inga krav på egenkontroll av livsmedelshygien.</p>
Möjligheter att påverka mat och måltider 3. Godkänd	<p>Inför gemensamma middagar och vid firande av högtider får brukarna vara med och bestämma måltider, vilket lyfts som en punkt på husmöte.</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. Vilken mat brukaren vill äta efterfrågas varje dag inför stöd med matlagning för de brukare som är i behov av detta.</p>

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.</p> <p>I kvalitetsberättelsen redovisas genomförda individuella och gemensamma aktiviteter. Det framgår även att man presenterat resultatet från Nytidans egna brukarundersökning för brukarna där upplevelsen av meningsfulla aktiviteter är en del. Ett tema som verksamheten arbetat med under året har varit hälsa, vilket bland annat bidragit till att två brukare regelbundet deltagit i gruppträning under två terminer vid uppföljningstillfället.</p> <p>Verksamheten har även arbetat med materialet <i>Om mig</i>, som är ett kartläggningsmaterial kring respektive brukares intressen, önskemål och preferenser. Resultatet beaktas sedan vid upprättande av genomförandeplan. Verksamheten beskriver exempel där en brukare gjorts mer delaktig i sin egen måltidsplanering än tidigare tack vare arbetet med detta material.</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 Nytidas stora egenkontroll två gånger per år.
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.

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

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

Kvalitetsutvecklare har använt sig av enkät, dokumentationsgranskning och intervju av verksamhetschef och biträdande verksamhetschef som metod för uppföljningen. Under intervjun fick chefer möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten, som besvarats i förväg.

Kvalitetsutvecklare genomförde intervjuerna vid platsbesök i verksamheten 4:e oktober 2021.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår i kommentarerna till respektive delområde under rubrik Underlag bedömning i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har en god struktur med ett nära och engagerat ledarskap och medarbetare med god kännedom om brukarnas behov av stöd. Intervjuad biträdande verksamhetschef, som tidigare arbetat som ordinarie medarbetare i verksamheten, beskriver att det finns rutiner för det mesta och att det är lätt att veta vad som förväntas av en på jobbet. Samverkan med kvalitetsutvecklare och myndighetsavdelningen har varit välfungerande och lösningsorienterad.

Verksamheten behöver arbeta vidare med några utvecklingsområden som identifierades i samband med årets avtalsuppföljning. Dessa är bland annat inom området social dokumentation, extern samverkan och uppföljning av introduktion.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 10:e december 2021. 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
	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.













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.



Bedömning

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

Ledning och organisation



Personal och utbildning



Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentera uppföljning av introduktion

Samverkan



Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Upprätta lokal rutin för extern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Social dokumentation



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

Självbestämmande och integritet



Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Kommunikationskarta för samtliga brukare

Bemötande och anhörigstöd



Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förankra Solna stads kvalitetsdeklaration

Mat och måltider



Aktiviteter och fritid






Säkerhet



Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning  3. Godkänd	<p>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.</p> <p>Biträdande verksamhetschef arbetar 100% i verksamheten. Verksamhetschef tjänstgör ungefär 50% i verksamheten, främst förmiddagar men även en del kvällar för att få en bild av verksamheten även utanför kontorstider.</p>
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov  3. Godkänd	<p>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.</p> <p>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 stämningsfull belysning, musik och möjlighet till avkoppling. Även fotoutställning för brukarna är ett förslag som verksamheten arbetar med för tillfället, där iPads köpts in för detta ändamål.</p> <p>Varje vecka hålls husmöte som är brukarnas regelbundna forum för delaktighet och samkväm.</p> <p>Aktivitetsråd hålls tre gånger per år tillsammans med brukarna, där fokus är planering av gemensamma aktiviteter kommande period.</p> <p>Samtliga möten protokollförs.</p>
IVO-tillstånd  3. Godkänd	<p>Verksamheten har tillstånd från IVO att bedriva verksamheten. Verksamhetschef är den som förestår verksamheten, vilket framgår i tillståndsbeviset.</p>

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. Intervjuad medarbetare uttrycker att verksamhetschef är väldigt tillgänglig, även då denne ej är fysiskt på plats. 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 ◆ 2. Delvis 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. Skriftlig information lämnas till nyanställd. Uppföljning av introduktionen sker, men i dagsläget dokumenteras det ej att introduktionen följts upp. Verksamhetschef har dock arbetsätt för att säkerställa att uppföljning sker, genom att denne lägger in en påminnelse till sig själv i sin kalender. Verksamhetschef tillstår att en god idé är att i till exempel checklistan dokumentera att uppföljning skett, så att det framgår att såväl medarbetare som verksamhetsansvarig är överens om att ny medarbetare är redo för ordinarie arbete i verksamheten därefter. Detta är ett utvecklingsområde.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	I samband med uppstart av verksamhet och därefter årligen inventeras medarbetarnas kompetens, 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. Inom Frösunda 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. Samtliga medarbetare har individuella kompetensutvecklingsplaner. Dessa upprättas, följs upp och revideras i samband med de årliga mål- och utvecklingssamtalen.

Samverkan


Delområde	Kommentar
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	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.
Verksamhetens externa samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en central rutin för extern samverkan. I samtal med verksamhetschef framgår det också att externa aktörer där behov av samverkan har identifierats. Dock finns detta ej beskrivet i en lokal rutin för extern samverkan, vilket den centrala rutinen anger bör upprättas. Det är ett utvecklingsområde att upprätta en lokal rutin för extern samverkan, där identifierade samverkansparter beskrivs, i vilka frågor samverkan med dessa sker, hur samverkan med dessa sker och var kontaktuppgifter finns.



Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
●	<p><u>Rutiner</u> 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 får 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.</p> <p>Nyanställda går igenom samtliga lokala rutiner under introduktion, tillsammans med en genomgång av hela kvalitetsledningssystemet.</p> <p><u>Egenkontroll</u> 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 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><u>Riskanalys</u> 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>



Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete med avvikelser  3. Godkänd	<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.</p> <p>Klagomål och synpunkter hanteras inom ramen för processen för avvikelshantering. Möjlighet finns att lämna klagomål anonymt.</p>
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete  3. Godkänd	<p>Medarbetare görs delaktiga på flera sätt. Framförallt är det på verksamhetsmötena som medarbetarna ges möjlighet till delaktighet vad gäller att lyfta förbättringsförslag, 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 kartläggningmaterial 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>



Delområde	Kommentar
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. Det framgår även att man tack vare en löpande journalföring identifierat trender i brukares hälsotillstånd, vilket föranlett kontakt med ansvarig sjuksköterska och hänvisning till hälso- och sjukvårdsdokumentation för ytterligare information.</p> <p>Granskningen visar ett antal utvecklingsområden gällande social journal. Exempel finns på anteckningar som är att betrakta som hälso- och sjukvårdsjournal. Det finns ett antal anteckningar som ej är signerade även bakåt i tiden. Exempel finns även där den enskilde uttryckt ett behov eller önskemål, men vidtagen åtgärd framgår ej. Det är även vanligt förekommande med värderingsfyllt språk i journalen. Exempelvis genom uttryck som att den enskilde "fuskar", "vägrar" eller "inte är samarbetsvillig". Vissa anteckningar har även karaktären av att vara förtäckt kritik mot kollegor då den som skrivit en anteckning upplever att kollegor ej utfört insats på ett korrekt sätt.</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
	<p>Skriftlig rutin för kontaktmans 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. I samband med detta följer kontaktman tillsammans med den enskilde upp föregående vecka och planerar för kommande. Brukare informeras om rätten att byta kontaktman.</p>
	<p>Skriftlig rutin för mottagande av ny brukare finns. Skriftlig information om verksamheten lämnas till ny brukare inför inflytt. Varje vecka hålls så kallat 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>

Delområde	Kommentar
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>Tre gånger per år hålls så kallat aktivitetsråd, 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>


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>Att göra Solna stads kvalitetsdeklaration känd hos såväl brukare som medarbetare 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>






Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider  3. Godkänd	<p>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.</p>
Livsmedelshygien  3. Godkänd	<p>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.</p>

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute  3. Godkänd	<p>På boendemöten finns som stående punkt att diskutera förslag på gemensamma aktiviteter. Även aktivitetsråden som hålls tre gånger per år och Framtidsverkstad ger brukarna möjlighet att komma med förslag på större gemensamma aktiviteter. Förslagen diskuteras på verksamhetsträffar och kvalitetsråd. Verksamhetens aktivitetssombud ansvarar för att hålla ihop detta arbete.</p> <p>I de fall som brukaren har svårigheter att ta till sig information i grupp, ges informationen av kontaktman individuellt och önskemål inhämtas.</p>

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 århjul 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.

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

CENTRUMSLINGAN 45



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. 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 som är bemannad dygnet runt med sovande jour nattetid. 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. Utvecklingsplanen utgick från ifrån identifierade utvecklingsområden i samband med 2020 års avtalsuppföljning. Platsbesök har genomförts där verksamhetschef intervjuats samt social dokumentation granskats.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att 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.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan.

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.

Även ansvarig LSS-handläggare beskriver att samverkan fungerar väl och att upplevelsen är att det är en välfungerande verksamhet. Trots att utmaningar finns att ge stöd till vissa av brukarna bedöms verksamheten arbeta i enlighet med beställningarna.

Verksamheten har utvecklats väl sedan föregående års uppföljning och tydliga förbättringar inom social dokumentation framgår vid granskning. 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 10:e december 2021. 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
	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.























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.



Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
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

Ledning och organisation



Rutiner finns och tillämpas.

Personal och utbildning



Rutiner finns och tillämpas.

Samverkan



Rutiner finns och tillämpas.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Rutiner finns och tillämpas.

Social dokumentation



Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska säkerställa att datum för uppföljning framgår i genomförandeplanerna samt öka medarbetarnas kunskap inom social journalföring.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Datum för uppföljning i genomförandeplan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla social journalföring

Självbestämmande och integritet



Bemötande och anhörigstöd



Rutiner finns och tillämpas.

Mat och måltider



Rutiner finns och tillämpas.

Aktiviteter och fritid



Rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet



Rutiner finns och tillämpas.

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. Vad gäller generell kompetensutvecklingsplan så utgår verksamhetschef från samtliga medarbetares individuella genomförandeplaner och i de fall flera medarbetare har behov av samma kompetensutveckling, så 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 och 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
●	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.
●	<p>Verksamheten har rutin för avvikelshantering och har under de senaste åren arbetat aktivt med att förenkla rapporteringen samt verka för en ökad tillämpning av rutin. Uppföljningen visar att avvikelser rapporteras i en omfattning som bedöms som rimlig. Flera exempel beskrivs på förbättringar som skett till följd av en aktiv rapportering av avvikelser. Det framgår även att avvikelser rapporteras inom flera olika områden. Fler och fler områden fångas in inom ramen för avvikelshantering, bland annat bristande följsamhet till rutiner och utebliven insats till omsorgstagarna.</p> <p>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.</p> <p>Rapporteringskyldigheten enligt Lex Sarah lyfts regelbundet på personalträffar utifrån verksamhetens årsplanering.</p>

Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p><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 2020 års kvalitetsberättelse visar att så sker.</p> <p><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, 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 skyddsronder årligen.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<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. 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. Det framgår även att kompletterande rutiner revideras i samband med uppföljning av genomförandeplan. Nya datum anges i dessa och samtliga medarbetare signerar på avsedd plats att man tagit del av förändringarna av hur insats ska utföras.</p> <p>I genomförandeplanerna saknas angivet datum för uppföljning, vilket är ett krav utifrån Solna stads riktlinjer för social dokumentation. Detta är ett utvecklingsområde.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Vid granskning framgår det att samtliga medarbetare för social journal och att anteckningar görs löpande. I vissa av de granskade journalerna är det i huvudsak korrekt dokumentation som sker i form av avvikelser från genomförandeplan och händelser av betydelse, medan det i andra journaler i huvudsak sker anekdotisk journalföring kring allmänna händelser i brukarens liv. 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. I huvudsak är språket värderingsfritt och i de fall medarbetare gjort egna bedömningar eller tolkningar framgår detta tydligt.</p> <p>Flera exempel påträffas av osignerade journalanteckningar. Det finns även flera exempel där avvikelse från genomförandeplan antecknats, men där bakomliggande orsak och åtgärd saknas. Granskningen visar att det varierar en del mellan granskade journaler, vad gäller hur väl de följer Solna stads riktlinjer för social dokumentation och SOSFS 2014:5. Mot bakgrund av detta ska verksamheten fortsätta det påbörjade arbetet med att göra samtliga medarbetare förtrogna 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	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Resultatet i verksamhetens egna omsorgstagarenkät har förbättrats något jämfört med föregående år. Särskilt inom områden som tar upp delaktighet och självbestämmande. Enkätresultaten har diskuterats med såväl personal som med omsorgstagare på omsorgstagarträff respektive personalträff.</p>
Kontaktmannaskap 3. Godkänd	<p>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.</p> <p>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.</p>
Tillgänglighet och information 3. Godkänd	<p>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.</p>

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande 3. Godkänd	<p>Bemötande- och värdegrundsfrågor diskuteras löpande i verksamheten, inom ramen för utbildningar som genomförs och på personalträffar. Behov av individanpassat bemötande dokumenteras i genomförandeplanen.</p> <p>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.</p>
Stöd till närstående 3. Godkänd	<p>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.</p> <p>Information om Solna stads anhörigteam lyfts på anhörigträff. Verksamhetschef har även lyft rutin för anhörigstöd samt förhållningssätt i medarbetargruppen på flera personalträffar under året.</p>

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. Tidigare fanns ett personlarm, men då behov av detta ej längre bedöms finnas har det nu tagits bort. Oklarheter kring detta larm var ett utvecklingsområde vid föregående uppföljningstillfälle.
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.

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

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. Utvecklingsplanen utgick från ifrån identifierade utvecklingsområden i samband med 2020 års avtalsuppföljning.

Kvalitetsutvecklare besökte verksamheten den 6:e oktober 2021. Under platsbesöket intervjuades verksamhetschef och samordnare i verksamheten. Granskning genomfördes även av social dokumentation.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

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 10:e december 2021. 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

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.























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.



Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
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	 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	 3. Uppfyller kraven delvis	 3. Uppfyller kraven delvis

Ledning och organisation



Rutiner finns och tillämpas.

Personal och utbildning



Rutiner finns och tillämpas.

Samverkan



Rutiner finns och tillämpas.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Förankra rutin för avvikelshantering.

Social dokumentation



Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska utveckla den röda tråden i den sociala dokumentationen och stärka medarbetarnas kompetens inom social journalföring.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentera bakomliggande orsak samt vidtagen åtgärd
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla röd tråd i genomförandeplaner

Självbestämmande och integritet



Rutiner finns och tillämpas.

Bemötande och anhörigstöd



Rutiner finns och tillämpas.

Mat och måltider



Rutiner finns och tillämpas.

Aktiviteter och fritid



Säkerhet



Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska utveckla rutin för hantering av privata medel.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Rutin hot och våld i nära relation
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Skriftlig överenskommelse hantering av privata medel

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, genomförandepå planer 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 tillståndsbeslutet.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
●	Skriftlig frånvarorutin finns och tillämpas. Verksamheten strävar efter en så hög personalkontinuitet som möjligt och därför erbjuds i första hand deltidsanställda 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.
●	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.
●	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 förläggs 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.


Delområde	Kommentar
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	<p>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.</p> <p>Individuella kompetensutvecklingsplaner upprättas i samband med årliga medarbetarsamtal. Gemensamma kompetensutvecklingsbehov som identifierats hos medarbetarna utgör även det underlag för den generella kompetensutvecklingsplanen. De individuella planerna följs upp och revideras i samband med nästkommande medarbetarsamtal.</p> <p>Även information som finns i beställningen från ansvarig LSS-handläggare med tillhörande delar ur utredningen beskrivs utgöra underlag för upprättande av den generella kompetensutvecklingsplanen.</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	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
●	<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.</p> <p>Samordnare följer i det dagliga arbetet upp huruvida rutinernas 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.</p> <p>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>Risakanalys</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 uppger verksamheten.</p>
●	<p>Skriftlig rutin för avvikelshantering 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 vidtagna åtgärders effekt dokumenteras i CareBuilder och därefter stängs avvikelserna i systemet. Avvikelser 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 så 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. Under perioden januari till september 2021 hade 23 avvikelser rapporterats inom andra områden än hälso- och sjukvård.</p>

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete  3. Godkänd	<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 personalmötens 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>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>I de granskade genomförandeplanerna finns inte insatser för samtliga mål som anges i beställningen. Verksamhetschef uttrycker i samtal att detta varit en medveten prioritering utifrån att det kan bli väl mycket att arbeta mot samtliga mål samtidigt. Dock är det uppdraget som beskrivs i beställningen som verksamheten har i uppdrag att arbeta utifrån och genomförandeplanen ska beskriva hur detta uppdrag omsätts i praktik. Förvisso kan verksamheten utifrån den enskildes förmågor och förutsättningar välja att lägga större fokus på vissa delar än andra i perioder, i samråd med ansvarig handläggare. Det bör i så fall framgå i genomförandeplanen på vilket sätt respektive mål arbetas med, men att helt utesluta dessa från genomförandeplanen är ej förenligt med föreskrift och riktlinje. Dessutom framgår det vid granskning av social journal och de kompletterande rutiner för arbetet kring den enskilde att verksamheten faktiskt arbetar med vissa av de områden som prioriterats bort ur genomförandeplanen.</p> <p>En hel del instruktioner för hur insats ska utföras finns i kompletterande dokumentation, så kallade rutiner för brukarna som förvaras i personakt. En hel del av innehållet i dessa rutiner skulle kunna formuleras som insatsbeskrivningar i genomförandeplan, alternativt att verksamheten i genomförandeplanerna hänvisar till sådan dokumentation. Mot bakgrund av detta ska verksamheten 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>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.</p> <p>Utifrån granskningen görs bedömningen att det blir en utmaning för medarbetare att föra social journal i de fall genomförandeplanen inte är utförlig, eftersom det då är svårt att avgöra vilka situationer som är att betrakta som avvikelser från genomförandeplan. I flera fall framgår bakomliggande orsak samt vidtagen åtgärd då behov hos den enskilde identifierats. Flera exempel finns också på det motsatta, vilket är ett utvecklingsområde.</p>

Delområde	Kommentar
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 kontaktman. Alla brukare har två kontaktmän och rutinen anger hur kontaktman 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 kontaktman utses minst en redan innan inflytt. Utsedd kontaktman deltar under inflyttningsprocessen för att i ett så tidigt skede som möjligt skapa 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 kontaktman 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 kontaktoppgifter 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. Exempel som lyfts är att brukarna uttryckte åsikter om hur man önskade fira Halloween vilket sedan låg till grund för planeringen inför denna högtid.</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 dagsplaneringen. 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 kontaktman ansvarar för att följa upp och dokumentera uppföljningen.</p>

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamheten har en framtagna värdegrund som beskriver hur man som medarbetar 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. Solna stads kvalitetsdeklaration finns anslagen i verksamheten och i samband med inflytt informeras brukarna om denna. Kvalitetsdeklarationen är även 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 så 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 kontaktman tillsammans med den enskilde igenom önskemål för kommande vecka, inventerar vad som behöver inhandlas, upprättar inköpslista och handlar sådant som behöver 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 så 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 arbetssätt 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 ◆ 2. Delvis 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. Dock framgår det inte tydligt i överenskommelsen vilka överenskomna ramar som finns i hanteringen av den enskildes medel, vilket även verksamhetschef uttrycker som ett identifierat utvecklingsområde.
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.

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

HAGALUNDSGATAN 17



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 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 sju 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. Utvecklingsplanen utgick från ifrån identifierade utvecklingsområden i samband med 2020 års avtalsuppföljning. Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen intervjuat verksamhetschef samt granskat social dokumentation.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att 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.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 10:e december 2021.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har arbetat aktivt med sina utvecklingsområden under året. Såväl i samband med avtalsuppföljning som uppföljning av verksamhetens kvalitetsberättelse framgår det att verksamheten utvecklat sitt systematiska förbättringsarbete inom flera områden och själva identifierar utvecklingsområden som kvarstår.

Verksamheten behöver arbeta vidare med förbättringar inom framförallt social dokumentation

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 10:e december 2021. 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

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.























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.



Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
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	 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	 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

Ledning och organisation



Rutiner finns och tillämpas.

Personal och utbildning



Rutiner finns och tillämpas.

Samverkan



Rutiner finns och tillämpas.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Öka medarbetarnas delaktighet i kvalitetsarbetet
✓ Aktiviteten är slutförd.	Öka följsamheten till rutin för avvikelshantering
✓ Aktiviteten är slutförd.	Strukturera arbetet med rutiner
✓ Aktiviteten är slutförd.	Följa upp att åtgärder genomförs

Social dokumentation



Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska fortsätta påbörjat arbete med att öka förtroendet gällande genomförandeplan, social journalföring samt upprätta och tillämpa rutin för regelbunden loggkontroll.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppföljning av genomförandeplan
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla social journal

Självbestämmande och integritet




Rutiner finns och tillämpas.

Bemötande och anhörigstöd



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

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Förankra värdegrunden i medarbetargruppen

Mat och måltider



Rutiner finns och tillämpas.

Aktiviteter och fritid



Rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet



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.
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
●	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.
●	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 gjort 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. 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.



Delområde	Kommentar
	<p>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.</p> <p>För att främja en hög personalkontinuitet har man rutiner för att timvikarier i huvudsak ska vara knutna till en eller ett fåtal verksamheter.</p> <p>Verksamheten har även en fungerande samverkan med andra verksamheter inom Humaniora för att säkerställa bemanningen.</p>
<p>Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare</p>  3. Godkänd	<p>Rutin för hur rekrytering av nya medarbetare ska gå till finns och tillämpas. Verksamheten reflekterar även över framtida rekryteringsbehov och vidtar åtgärder utifrån detta.</p>

Samverkan

Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens externa samverkan</p>  3. Godkänd	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Verksamhetens interna samverkan</p>  3. Godkänd	<p>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.</p>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
	<p>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.</p> <p>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 för olika ansvarsområden finns och verksamheten har ett pågående arbete med att tillsätta dessa. Några av rollerna har vissa medarbetare tagit och förvaltar dessa väl.</p>

Delområde	Kommentar
	<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, 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>Vid granskning av verksamhetens kvalitetsledningssystem framgår det att antalet rapporterade avvikelser ökat. Verksamhetschef bekräftar i samtal att rutin för avvikelserapportering bedöms vara förankrad i verksamheten.</p>
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p>  <p>3. Godkänd</p>	<p><u>Rutiner</u></p> <p>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.</p> <p>I de fall en rutin reviderats ska samtliga medarbetare signera att man tagit del av denna information.</p> <p><u>Risakanalys</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.</p> <p>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></p> <p>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.</p> <p>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 samtliga insatser och mål som beskrivs i beställningen. Den enskildes delaktighet vid upprättande och uppföljning av genomförandeplan framgår, dels i genomförandeplanen men även i anteckningar i social journal. Insatserna i genomförandeplan är utförliga på ett sådant sätt att det för en utomstående tydligt framgår hur insats ska utföras.</p> <p>Vid granskning framgår att uppföljning av vissa genomförandeplaner ej skett inom ramen för kravställt intervall. 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. Exempel finns även där man angivit datum för nästa uppföljning av genomförandeplan till bara en vecka framåt i tiden, vilket ej varit avsikten. Sammantaget ska verksamheten öka medarbetarnas förtrogenhet vad gäller mål och uppföljning av genomförandeplan.</p>
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Granskning av social journal visar att anteckningar i huvudsak förs löpande. Granskningen visar att det främst är två medarbetare som för social journal, medan övriga medarbetare antecknar mer sällan. Verksamhetschefens bedömning är att vissa medarbetare i större utsträckning bör föra social journal, men även att viss överdokumentation sker. Detta styrks av granskning, då flera anteckningar ej är att betrakta som avvikelser från genomförandeplan eller händelser av betydelse. Detta är ett utvecklingsområde som verksamhetschef fångat upp inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet och planerade åtgärder beskrivs för detta.</p>
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis 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 nyligen givits systemmässiga förutsättningar för att genomföra loggkontroll av social journal. Rutiner håller på att tas fram för detta, vilket är ett utvecklingsområde att slutföra och tillämpa.</p>



Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	<p>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.</p>
Kontaktnaskap ● 3. Godkänd	<p>Rutin för kontaktnaskapet 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 kontaktnaskapet vid ordinarie kontaktmans frånvaro, vilket framgår av rutinen.</p>
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	<p>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.</p> <p>Nya brukare får skriftligt material om verksamheten och rutin finns för mottagande av ny brukare.</p>


Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande  2. Delvis godkänd	<p>Värdegrundsfrågor finns som en stående punkt på APT-agendan. Skriftligt material som lämnas till ny medarbetare innehåller information om verksamhetens värdegrund. Det finns ett fortsatt behov av att arbeta med värdegrundsfrågor i medarbetargruppen och flera åtgärder har vidtagits. Extern handledning har givits för såväl medarbetare som för chef och material från Solna stads värdegrundsutbildning Medarbetarskap i partnerskap används på APT i samband med värdegrundsövningar.</p> <p>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 igen kvalitetsdeklarationen med såväl brukare som medarbetare.</p>
Stöd till närstående  3. Godkänd	<p>Rutin för stöd till anhöriga finns. Verksamheten har även haft extern handledning från Solna stads anhörigteam i hur stöd till anhöriga kan ges.</p>






Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Livsmedelshygien  3. Godkänd	<p>Verksamheten bedriver inte matlagning på ett sådant sätt att egenkontroll gällande livsmedelshygien är aktuellt.</p>
Möjligheter att påverka mat och måltider  3. Godkänd	<p>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. I de fall en brukare har svårt att göra val, presenteras två alternativ för att möjliggöra viss delaktighet.</p>

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute  3. Godkänd	<p>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.</p>

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Larm  3. Godkänd	<p>Verksamheten har rutin för de larm som används i verksamheten. Regelbunden funktionskontroll genomförs och signeras.</p>
Hot och våld  3. Godkänd	<p>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.</p>
Nyckelhantering  3. Godkänd	<p>Rutin finns och tillämpas i verksamheten.</p>
Privata medel  3. Godkänd	<p>Rutin finns för hantering av privata medel och tillämpas i verksamheten.</p>
Tystnadsplikt och sekretess  3. Godkänd	<p>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.</p>

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

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 sju 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. Utvecklingsplanen utgick från ifrån identifierade utvecklingsområden i samband med 2020 års avtalsuppföljning. Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen intervjuat verksamhetschef samt granskat social dokumentation.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att 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.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 10:e december 2021.

Sammanfattande bedömning

Verksamhetschef uttrycker att pandemin har begränsat verksamhetens planerade arbete med flera utvecklingsområden. Stort fokus har legat på kompetenshöjande åtgärder inom området social dokumentation, där pågående projekt Digitalt medarbetarskap varit navet i detta arbete. Verksamheten har ett antal utvecklingsområden som kvarstår efter årets uppföljning, inom bland annat områdena systematiskt kvalitetsarbete och social dokumentation.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 10:e december 2021. 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.



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.



Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	3. Uppfyller kraven delvis	3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	3. Uppfyller kraven delvis	4. Uppfyller kraven
Samverkan	3. Uppfyller kraven delvis	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	4. Uppfyller kraven	4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation



Rutiner finns och tillämpas delvis. Vid uppföljningstillfället hade gruppleddare ej varit i tjänst sedan en tid tillbaka. Verksamhetschef upplever även att pandemin begränsat hennes förutsättningar att fysiskt vara på plats i verksamheten. Mot bakgrund av detta ska verksamheten vidta åtgärder för att hantera de risker detta innebär för ett verksamhetsnära ledarskap.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Stärka upp det verksamhetsnära ledarskapet

Personal och utbildning



Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Uppföljning av introduktion

Samverkan



Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Beskriv samverkan med myndighetsavdelningen LSS i rutin

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



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

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Förankra rutin för avvikelshantering
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Utveckla strukturen i det systematiska kvalitetsarbetet

Social dokumentation



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

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal

Självbestämmande och integritet



Rutiner finns och tillämpas.

Bemötande och anhörigstöd



Rutiner finns och tillämpas.

Mat och måltider



Rutiner finns och tillämpas.

Aktiviteter och fritid



Rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet



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 gruppboende inom Humaniora vård och omsorg LSS. Verksamhetschef beskriver att dennes fysiska närvaro under året har begränsats till följd av pandemin. Ett sätt att hantera detta har tidigare varit en tät dialog med nyligen utsedd gruppledare. Gruppledare har dock under 2021 ej tjänstgjort under en period, varför detta är att betrakta som en risk för det verksamhetsnära ledarskapet som verksamheten behöver beakta och arbeta vidare med framöver.</p> <p>En arbetsbeskrivning finns upprättad och gruppledare beskriver att det för denne är tydligt vad uppdraget består i och bedömer sig ha förutsättningar att förvalta det i enlighet med denna arbetsbeskrivning, då denne var i tjänst.</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>
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Då verksamheten drivs i kommunal regi krävs inget tillstånd. Däremot är verksamheten anmäld till institutionen för vård och omsorgs (IVO) omsorgsregister med verksamhetschef som föreståndare.

Personal och utbildning



Delområde	Kommentar
●	<p>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.</p> <p>Introduktionen följs upp vilket dokumenteras i introduktionschecklistan.</p>
●	<p>En övergripande kompetensinventering är genomförd för samtliga medarbetare inom Humanioras grupp- och serviceboende 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. Värde 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 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.</p> <p>Vid nyrekrytering har verksamheten krav på formell kompetens som undersköterska eller motsvarande. Högre utbildning är meriterande, men inget krav.</p>

Delområde	Kommentar
	<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.</p> <p>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 gruppledare i första hand, verksamhetschef i andra hand samt till trygghetsjouren utanför kontorstid. Rutin för detta finns och är förankrad hos intervjuade medarbetare.</p>
<p>Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare</p> <p> 3. Godkänd</p>	<p>Rutin för hur rekrytering av nya medarbetare ska gå till finns och tillämpas. Verksamheten reflekterar även över framtida rekryteringsbehov och vidtar åtgärder utifrån detta.</p>

Samverkan

Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens externa samverkan</p> <p> 3. Godkänd</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Gruppledare i verksamheten är den som utöver verksamhetschef för dialog med ansvarig LSS-handläggare. Handläggaren såväl som verksamhetschef beskriver att samverkan dem emellan varit välfungerande under året.</p>
<p>Verksamhetens interna samverkan</p> <p> 3. Godkänd</p>	<p>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.</p>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
	<p>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.</p> <p>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.</p>
	<p>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.</p> <p>Verksamheten beskriver själv i 2020 års kvalitetsberättelse att följsamheten till rutin för avvikelserapportering inom området hälso- och sjukvård är god, men att kompetenshöjning behövs gällande andra typer av avvikelser såsom exempelvis bristande följsamhet till rutin och uteblivet stöd till brukarna, vilket är ett utvecklingsområde. Ingen avvikelse har rapporterats inom andra områden än hälso- och sjukvård under 2021. Planerade åtgärder har funnits för att arbeta med detta, men flera av dessa har skjutits på framtiden till följd av pandemin. Detta är ett kvarstående utvecklingsområde.</p>

Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p>◆ 2. Delvis 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 är tänkta att lyftas under denna agendapunkt, bakomliggande orsaker diskuteras och åtgärder beslutas.</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> Lokala rutiner finns samlade i olika pärmar i verksamheten uppdelat i olika områden. Verksamheten har haft avsatt mötestid för att gå igenom och rensa pärmarna för att säkerställa att innehållet i dessa är aktuellt. Verksamheten beskriver att rutiner kontinuerligt går igenom på APT men hade vid uppföljningstillfället inga arbetsätt för att säkerställa att rutiner håll ständigt aktuella. I samverkan med övriga verksamheter inom Humaniora LSS har ett arbete påbörjats med att ta fram ett årshjul som sedan kan användas som underlag för att genom egenkontroll säkerställa att återkommande aktiviteter genomförs. Däribland genomgång och revidering av lokala rutiner. Arbetet med att färdigställa ett årshjul för verksamheten samt arbeta utifrån detta är ett pågående arbete vid uppföljningstillfället.</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 kvalitetsberättelsen att verksamheten genom egenkontroll har fångat upp utvecklingsbehov som underlag för kommande verksamhetsplanering. Ett kvarstående utvecklingsområde är att involvera gruppleddaren i arbetet med att genomföra och dokumentera egenkontroller samt att denne ska kunna agera på resultaten inom ramen för sitt uppdrag som gruppleddare.</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. 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. 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 de flesta målen och insatserna som beskrivs i beställningen beaktade vid upprättande av genomförandeplan, men inte alla. Att den enskildes rätt till självbestämmande beaktats framgår i insatsbeskrivningarna. Exempel finns där planerat uppföljningstillfälle är mer än sex månader framåt från föregående uppföljningstillfälle, vilket ej är förenligt med stadens riktlinjer för social dokumentation.</p> <p>I huvudsak finns tydliga beskrivningar av vad, när, hur samt delmål för respektive insats i genomförandeplanerna. För vissa insatser är beskrivningstexten ej relevant för den insats som texten gäller. Ett sådant exempel är att det i insatsbeskrivning står saker gällande inköp av matvaror, där målet för insatsen handlar om att hålla en ren bostad eller att sköta sin egen hälsa. Ett utvecklingsområde är därför att göra samtliga medarbetare förtrogna med vad som ska dokumenteras för respektive insats i genomförandeplanerna.</p> <p>Det framgår i genomförandeplan att den enskilde varit delaktig vid upprättande, men det saknas beskrivning av på vilket sätt i såväl genomförandeplan som i social journal.</p> <p>En utmaning som verksamheten lyfter är att vissa beställningar endast har ett fåtal beställda insatser, trots att behov av stöd inom ytterligare områden beskrivs i utredningstexten. Detta är något som verksamhetschef tillsammans med ansvarig handläggare får föra dialog kring framöver, för att skapa så goda förutsättningar som möjligt för verksamheten att upprätta genomförandeplaner som fångar in brukarnas hela behov av stöd.</p>
Social journal ♦ 2. Delvis godkänd	<p>Vid granskning framkommer att det i flera fall är väldigt långt mellan anteckningar i social journal, över en månad i flera fall. I huvudsak är de anteckningar som förs att betrakta som anekdotiska, där de beskriver allmänna händelser som ej är att betrakta som avvikelser 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.</p> <p>Det framgår även att de anteckningar som faktiskt är relevanta utifrån vilka situationer som bör föranleda en journalanteckning i huvudsak antecknas av gruppleddare. Att göra samtliga medarbetare förtrogna med vad som skall antecknas i social journal är ett fortsatt utvecklingsområde. Vissa journalanteckningar är ej signerade.</p> <p>Samtycke till informationsöverföring finns dokumenterat, men är i vissa fall ej aktuella.</p>
Egenkontroll social dokumentation ♦ 2. Delvis godkänd	<p>Rutin finns för egenkontroll av social dokumentation, där detta är ett av områdena i den stora egenkontrollen som genomförs regelbundet utifrån checklista.</p> <p>Verksamheten har nyligen givits systemmässiga förutsättningar för att genomföra loggkontroll av social journal. Rutiner håller på att tas fram för detta, vilket är ett utvecklingsområde att slutföra och tillämpa.</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 aktivitetschema som finns i verksamheten där brukarna har möjlighet att delta i aktiviteter som erbjuds regelbundet. Även i samband med upprättande av genomförandeplan inventerar kontaktsmannen önskemål gällande individuella aktiviteter vilka därefter planeras in som insatser i genomförandeplan.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Larm ● 3. Godkänd	Brandlarm används i verksamheten. En genomgång av hela det systematiska 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 personallarm 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 2021

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 i granskning av social dokumentation på plats i båda verksamheterna. I 2020 års avtalsuppföljning bedömdes samtliga områden som godkända, varför verksamheten ej ålagts att inkomma med någon utvecklingsplan efter denna. Dock fanns ej möjligheter att granska den sociala dokumentationen då på grund av pandemin, vilket därför har varit fokus för årets uppföljning.

Detta innebär att inga nya bedömningar har gjorts för övriga områden förutom social dokumentation i årets avtalsuppföljning.

Vid platsbesök fördes samtal med verksamhetschef, verksamhetsutvecklare och tjänstgörande medarbetare.

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.

Samverkan med ansvarig LSS-handläggare beskrivs som välfungerande av såväl handläggare som verksamhetsansvarig. LSS-handläggare för Spårvägen 12 respektive Jungfrudansen beskriver att de utifrån sina individuppföljningar bedömer att verksamheterna arbetar individbaserad med ett stort brukarfokus och i enlighet med uppdraget.

Verksamheten är sedan tidigare bedömd som godkänd inom samtliga områden. Dock granskades ej social dokumentation under föregående uppföljning på grund av pandemin. Årets uppföljning har identifierat ett antal utvecklingsområden inom detta område.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 10:e december 2021. 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

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.























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.



Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
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	 4. Uppfyller kraven	 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



Rutiner finns och tillämpas.

Personal och utbildning



Rutiner finns och tillämpas.

Samverkan



Rutiner finns och tillämpas.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Rutiner finns och tillämpas.

Social dokumentation



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



Rutiner finns och tillämpas.

Bemötande och anhörigstöd



Rutiner finns och tillämpas.

Mat och måltider



Rutiner finns och tillämpas.

Aktiviteter och fritid



Rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet



Rutiner finns och tillämpas.

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.
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	<p>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.</p> <p>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.</p>
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	<p>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.</p> <p>Utöver den generella kompetensutvecklingsplanen informeras medarbetarna löpande om relevanta kurser som de uppmannas 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.</p> <p>Samtliga medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan.</p> <p>Kompetensinsatsernas värde utvärderas under efterföljande personalmöte, där den som varit på en utbildning får redogöra för vad man lärt sig.</p>
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	<p>Verksamhetschef bedömer att behovet av tillräckligt med 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
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 stödmannaskapskontrakt 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.
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.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
●	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 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. Intervjuade medarbetare beskriver att man i hög grad upplever sig delaktig i verksamhetens kvalitetsarbete.
●	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.

Delområde	Kommentar
<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 förankra 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 genom 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 tillämpbara 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 verksamhetsutvecklare 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>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har ett flertal dokument som beskriver stödet till den enskilde. Samtliga brukare har genomförandeplaner. Innehållet i dessa har en beskrivande karaktär av hur den enskildes livssituation ser ut inom olika områden. Det saknas en tydlig 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 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 genomförandeplan, 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 det att få anteckningar har en tydlig koppling till insatserna som beskrivs i genomförandeplan. En stor andel av de anteckningar som förs är av hälso- och sjukvårdskaraktär, där även detaljerad information om läkemedelsförändringar och dylikt beskrivs. I vissa av de granskade journalerna saknas anteckningar under upp till ett par månader.</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 avvikelser från genomförandeplan identifierats. I samtal med verksamhetschef och verksamhetsutvecklare framkommer det 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>Att utveckla den röda tråden mellan genomförandeplan, de så kallade boendepärmarna samt den sociala journalföringen är ett fortsatt utvecklingsområde.</p>
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten följer löpande upp hur insatserna fortskrider. I intervju med såväl chef, verksamhetsutvecklare som medarbetare 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>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; kontroll av att rutinen för social dokumentation är känd och används, att genomförandeplanen skapar en tydlig struktur för hur insatserna ska genomföras i praktiken, att den sociala journalen är tillräcklig, väsentlig och ändamålsenligt utformad, att språkbruket är värderingsfritt samt att hälso- och sjukvårdsdokumentation ej förs i social journal. Vilka åtgärder som vidtagits utifrån egenkontrollens resultat ska även dokumenteras, exempelvis i verksamhetens kvalitetsberättelse.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	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. Vid granskning av social dokumentation framgår det att brukaren varit delaktig i såväl upprättande av genomförandeplan som i samband med dagligt stöd.
Kontaktsmannaskap ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för kontaktsmannaskap finns. Det framgår hur kontaktsmannen ersätts vid frånvaro. Brukaren har möjlighet att byta kontaktsman.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Rutin för mottagande av ny brukare finns. Skriftligt material om verksamheten finns att dela ut. Under husmötet finns stående informationspunkter på agendan, såsom läst 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.

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.

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.

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.

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

NYBODAGATAN 16



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. 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 gruppboleden 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. Utvecklingsplanen utgick från ifrån identifierade utvecklingsområden i samband med 2020 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 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 10:e december 2021.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har arbetat med vissa av sina utvecklingsområden under året. Verksamhetschef uttrycker att pandemin gjort att en del av det planerade förbättringsarbetet har fått skjutas upp. De utvecklingsområden som kvarstår är i huvudsak inom områdena social dokumentation, avvikelsehantering samt systematiskt kvalitetsarbete.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 10:e december 2021. 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.























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.



Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
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	 3. Uppfyller kraven delvis	 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	 3. Uppfyller kraven delvis	 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	 3. Uppfyller kraven delvis	 3. Uppfyller kraven delvis

Ledning och organisation



Rutiner finns och tillämpas.

Personal och utbildning



Rutiner finns och tillämpas.

Samverkan





Rutiner finns och tillämpas.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete





Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska fortsätta verka för en ökad följsamhet till rutin för avvikelserapportering samt utveckla arbetssätt för förbättringsarbete utifrån resultat av egenkontroller.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Utveckla rutin för avvikelshantering samt implementera denna
 Aktiviteten pågår enligt plan.	Utveckla arbetet med egenkontroll

Social dokumentation



Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska avsluta påbörjat arbete med att upprätta och tillämpa rutin för loggkontroll samt säkerställa att social journal förs på ett sätt som utgår från riktlinjer och föreskrifter.

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

Självbestämmande och integritet



Rutiner finns och tillämpas.

Bemötande och anhörigstöd



Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Förankra Solna stads kvalitetsdeklaration

Mat och måltider



Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Avsluta implementeringen av nya arbetssätt för individanpassat stöd i samband med måltider

Aktiviteter och fritid



Rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet



Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska förankra reviderade rutiner för hot och våld i nära relation.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	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 gruppleadare 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	<p>Verksamhetschef har ansvar för två gruppbeståder inom Humaniora vård och omsorg LSS. Gruppleadare finns i verksamheten. Denne har inget chefsansvar, men är arbetsledare i det dagliga arbetet.</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>
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Då verksamheten drivs i kommunal regi krävs inget tillstånd. Däremot är verksamheten anmäld till institutionen för vård och omsorgsregister (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	<p>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.</p> <p>En gemensam generell kompetensutvecklingsplan finns formulerad för hela Humaniora vård- och omsorg som revideras årligen.</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.</p>
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten upplever att tillgången på timvikarier är tillräcklig i dagsläget.</p> <p>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.</p> <p>För att främja en hög personalkontinuitet har man rutiner för att timvikarier i huvudsak ska vara knutna till en eller ett fåtal verksamheter.</p> <p>Verksamheten har även en fungerande samverkan med andra verksamheter inom Humaniora för att säkerställa bemanningen.</p>
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	<p>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.</p> <p>Verksamhetschef upplever att samverkan med ansvarig LSS-handläggare fungerar väl. Verksamhetschef beskriver att förväntningarna på varandra är tydliga och att dialogen förs på ett konstruktivt sätt. Ansvarig LSS-handläggare delar denna uppfattning och beskriver att återkoppling sker skyndsamt och att ansvariga kontaktpersoner är väl insatta i stödet till den enskilde och dennes behov av stöd.</p>
Verksamhetens interna samverkan  3. Godkänd	<p>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.</p>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
	<p>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.</p> <p>I det dagliga arbetet upplever medarbetarna att man har ett stort mandat att självständigt hantera situationer som uppstår. T.ex. vad gäller att bemanna vid behov.</p>
	<p>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.</p> <p>Förutom hälso- och sjukvårdsavvikelser har tio avvikelser rapporterats under 2021. Rutiner för avvikelserapportering hade vid uppföljningstillfället reviderats, men var ännu ej förankrade i verksamheten. Tillämpning av rutin för avvikelserapportering är ett fortsatt utvecklingsområde.</p>

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	<p><u>Rutiner</u> Verksamhetschef beskriver att då rutiner ska revideras sätts ett utkast till ny rutin upp på anslagstavla i personalutrymmet. Samtliga medarbetare ska signera att man tagit del av innehållet och kan också komma med feedback. Lokala rutiner finns samlade i olika pärmar som är uppdelade utifrån olika områden såsom Lifecare, brand, arbetsmiljö och avvikelshantering.</p> <p>Verksamheten beskriver att rutiner kontinuerligt går igenom på APT. I samverkan med övriga verksamheter inom Humaniora LSS har ett arbete påbörjats med att ta fram ett årshjul som sedan kan användas som underlag för att genom egenkontroll säkerställa att återkommande aktiviteter genomförs. Däribland genomgång och revidering av lokala rutiner.</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. 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. Information om att nya riskbedömningar är gjorda samt tillhörande handlingsplaner lyfts på APT. I verksamhetens kvalitetsberättelse framgår det att riskbedömningar görs även på verksamhetsnivå.</p> <p><u>Egenkontroll</u> Verksamheten genomför en större egenkontroll utifrån en framtagen checklista som inkluderar ett stort antal verksamhetsområden. Verksamhetschef beskriver det som ett utvecklingsområde att ta fram arbetssätt för hur man ska arbeta med resultatet av denna.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  3. Godkänd	Samtliga brukare har en aktuell genomförandeplan. I de granskade genomförandeplanerna finns insatser med delmål för samtliga insatser och mål som beskrivs i beställningen. Det anges i genomförandeplanen att den enskilde varit delaktig vid upprättandet. Uppföljning av genomförandeplan har skett med kravställda intervall.
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Granskning visar att samtliga medarbetare för social journal och att anteckningar förs löpande. I stort sett uteslutande består journalanteckningarna av anekdotiska redogörelser för sådant som skett eller blivit utförts. Det saknas i journalanteckningarna en tydlig kopplingen till insatserna i genomförandeplan. I de fall då avvikelse från genomförandeplan antecknats, saknas ofta bakomliggande orsak samt vidtagen åtgärd.</p> <p>Vid granskning framgår det att flera journalanteckningar signerats flera månader efter att de upprättats.</p>
Egenkontroll social dokumentation  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten beskriver att egenkontroll genomförs två gånger per år, där social dokumentation är ett av områdena som ingår i egenkontrollen. Verksamheten beskriver själv att arbete kvarstår vad gäller att utveckla arbetssätt för att utifrån resultaten förbättra verksamheten.</p> <p>Verksamheten har nyligen givits systemmässiga förutsättningar för att genomföra loggkontroll av social journal. Rutiner håller på att tas fram för detta, vilket är ett utvecklingsområde att slutföra och tillämpa.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Delaktighet och kommunikation 3. Godkänd	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Det finns en brevlåda för klagomål och synpunkter i verksamheten. Synpunkter och klagomål kan där lämnas anonymt.</p>
Kontaktmannaskap 3. Godkänd	<p>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.</p>
Tillgänglighet och information 3. Godkänd	<p>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.</p> <p>Nya brukare får skriftligt material om verksamheten och rutin finns för mottagande av ny brukare.</p>

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande 3. Godkänd	<p>Värdegrundsfrågor finns som en stående punkt på APT-agendan. Skriftligt material som lämnas till ny medarbetare innehåller information om verksamhetens värdegrund.</p> <p>Solna stads kvalitetsdeklaration finns uppsatt som en tavla i verksamheten och verksamhetschef beskriver att denna lyfts på APT under året.</p>
Stöd till närstående 3. Godkänd	<p>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.</p>

Mat och måltider

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

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 ◆ 2. Delvis godkänd	Rutin finns för hot och våld. Rutin för våld i nära relation har upprättats men verksamhetschef beskriver att arbete kvarstår med att förankra denna i medarbetargruppen.
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 2021

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. Utvecklingsplanen utgick från ifrån identifierade utvecklingsområden i samband med 2020 års avtalsuppföljning. Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen granskat reviderade rutiner. Intervju med verksamhetschef har genomförts samt granskning av social dokumentation.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att 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.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 10:e december 2021.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har arbetat aktivt med sina utvecklingsområden under året. Såväl i samband med avtalsuppföljning som uppföljning av verksamhetens kvalitetsberättelse framgår det att verksamheten utvecklat sitt systematiska förbättringsarbete inom flera områden och själva identifierar utvecklingsområden som kvarstår.

Verksamheten behöver arbeta vidare med förbättringar inom framförallt social dokumentation.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 10:e december 2021. 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 fortlöper 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.























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.



Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
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	 4. Uppfyller kraven
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

Ledning och organisation



Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Personal och utbildning



Rutiner finns och tillämpas.

Samverkan



Rutiner finns och tillämpas.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Förankra rutin för avvikelshantering

Social dokumentation



Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska säkerställa att arbetet med genomförandeplaner och social journalföring sker i enlighet med Solna stads riktlinjer för social dokumentation. Verksamheten ska även avsluta det påbörjade arbetet med att upprätta och tillämpa rutin för loggkontroll.

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

Självbestämmande och integritet



Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Skriftligt material till brukare

Bemötande och anhörigstöd



Rutiner finns och tillämpas.

Mat och måltider



Rutiner finns och tillämpas.

Aktiviteter och fritid



Rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet



Rutiner finns och tillämpas.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning 3. Godkänd	<p>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.</p> <p>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.</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 gällande detta, där det tydligt framgår i vilka ärenden medarbetare kan söka stöd hos trygghetsjouren.</p>
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov 3. Godkänd	<p>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.</p>
IVO-tillstånd 3. Godkänd	<p>Då verksamheten drivs i kommunal regi krävs inget tillstånd. Däremot är verksamheten anmäld till institutionen för vård och omsorgs (IVO) omsorgsregister med verksamhetschef som föreståndare.</p>

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
	<p>Timvikarier finns som täcker behovet och samverkan sker i bemanningsfrågor med andra LSS-verksamheter inom Humaniora vård och omsorg.</p> <p>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.</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>
	<p>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.</p> <p>Skriftligt material ges till nya medarbetare.</p> <p>Uppföljning av introduktionen sker i direkt anslutning till avslutad introduktion samt efter en tids tjänstgöring i verksamheten. Uppföljningen dokumenteras, vilket beskrivs i rutin.</p>

Delområde	Kommentar
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	<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.</p> <p>Kompetensinventeringen som är gjort 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.</p> <p>Vid nyrekrytering har verksamheten krav på formell kompetens som undersköterska eller motsvarande. Högre utbildning är meriterande, men inget krav.</p>

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	<p>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.</p>
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	<p>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.</p>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  3. 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, avvikelser sammanställningar mm. ska ligga till grund för arbetet under dagen.</p> <p>Även samverkansmöten, ledningsgrupp med övriga Humaniorachefer och regelbundna avstämningsmöten med gruppleddare beskriver verksamhetschef som forum för kvalitetsfrågor.</p> <p><u>Risakanalys</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><u>Egenkontroll</u> Egenkontroll sker bland annat genom uppföljning av fattade beslut på APT, uppföljning av upprättad handlingsplan vid rapporterad avvikelse, uppföljning av medarbetarnas förtroenhet med uppdraget som kontaktperson genom att funktionsbeskrivningen går igenom på APT, brandronder genomförs, egenkontroll social dokumentation genomförs av chef. Verksamhetschef är i hög utsträckning närvarande i verksamheten och fångar upp frågetecken i det dagliga arbetet, som sedan följs upp på APT.</p> <p>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>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>
Verksamhetens arbete med avvikelser  3. Godkänd	<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>
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete  3. Godkänd	<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
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Genomförandeplan finns för samtliga brukare. I de granskade genomförandeplanerna finns insatser med delmål för samtliga insatser och mål som beskrivs i beställningen. Insatserna är utförligt beskrivna och den enskildes delaktighet i samband med insats framgår.</p> <p>Det framgår vid granskning att vissa genomförandeplaner 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.</p>
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	<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. Den enskildes delaktighet och självbestämmande framgår även i den social journalen.</p> <p>I vissa av de granskade genomförandeplanerna är det i huvudsak insatser som blivit utförda som antecknas, snarare än avvikelser från genomförandeplan och händelser av betydelse. Exempel finns även på värderingsfyllt språkbruk. Flera exempel påträffas där det vid avvikelse från genomförandeplan saknas bakomliggande orsak samt vidtagen åtgärd.</p> <p>Enligt verksamhetens rutiner ska samtycke dokumenteras i systemet för social dokumentation, men för vissa av granskade personakter saknas detta. Anteckning påträffas även där annan brukare omnämns i social journal.</p>
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis 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 nyligen givits systemmässiga förutsättningar för att genomföra loggkontroll av social journal. Rutiner håller på att tas fram för detta, vilket är ett utvecklingsområde att slutföra och tillämpa.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
●	<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 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.</p>
●	<p>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.</p> <p>Det finns även en anslagstavla där verksamheten anslår information om sådant som sker i närområdet, t.ex. aktiviteter i samband med halloween, Funkisfestivalen mm.</p> <p>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.</p> <p>Skriftligt material om verksamheten finns som delas ut till nya brukare.</p>

Delområde	Kommentar
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. Just nu är det självständighetsfrågan som diskuteras, då detta är aktuellt för tillfället. Verksamhetschef är den som förbereder och håller i dessa diskussioner på APT, men planer finns på att utse värdegrundsombud/värdegrundsinspiratör med uppdrag att tillsammans med chef driva dessa frågor i verksamheten. 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 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 2021

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.

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 har sammanlagt fem platser och drivs på entreprenad åt Solna stad.

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. Lägenheterna finns på bottenplan och på plan 1 i ett flerbostadshus som ligger en dryg kilometer från Solna centrum. Verksamheten har avtal med Solna stad enligt LOU.

Metod för uppföljning

Årets uppföljning har varit en uppföljning av verksamhetens arbete med sin utvecklingsplan. Utvecklingsplanen utgick från ifrån identifierade utvecklingsområden i samband med 2020 års avtalsuppföljning.

Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen genomfört platsbesök med intervju av verksamhetschef, gruppchef samt granskning av social dokumentation.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att 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.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 10:e december 2021.

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 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.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 10:e december 2021. 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

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.























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.



Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
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	 4. Uppfyller kraven
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

Ledning och organisation



Rutiner finns och tillämpas.

Personal och utbildning



Rutiner finns och tillämpas.

Samverkan



Rutiner finns och tillämpas.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Öka medarbetarnas trygghet vid avvikelserapportering

Social dokumentation



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.	Datum för uppföljning i genomförandeplan
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla social journalföring

Självbestämmande och integritet



Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Skriftligt material om verksamheten

Bemötande och anhörigstöd



Rutiner finns och tillämpas.

Mat och måltider



Rutiner finns och tillämpas.

Aktiviteter och fritid



Rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet



Rutiner finns och tillämpas.

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 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.
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
●	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 Nytidias chefsberedskap som kan vara ett stöd i bemanningsfrågor utanför kontorstid. Gruppchef har mandat och i ansvar att planera bemanningen på lång och medellång sikt.
●	Rutin finns för rekrytering av nya medarbetare. Vid behov kan stöd avropas från HR-avdelningen vad gäller att lägga ut annons med kravspecifikation.
●	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 Nytidias värderingar. Ett webbaserat introduktionsprogram finns i systemet Promote och är obligatoriskt för samtliga medarbetare. Introduktionen följs upp och uppföljningen dokumenteras.

Delområde	Kommentar
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	<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 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 på ytterligare utbildningsinsatser som beaktas då individuell kompetensutvecklingsplan 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>

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.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
●	<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. Polycys 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 polycys 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 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>Riskanalys</u> 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>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 rapporterats. 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.</p> <p>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>Ett aktivt arbete har genomförts för att bygga en avvikelsekultur där samtliga medarbetare känner sig trygga i att rapportera avvikelser. Verksamhetschef och gruppchef har tillsammans med stödpedagog fört löpande samtal om syftet med avvikelserrapportering för att tydliggöra att avvikelser rapporteras på <i>situation</i> och inte på <i>person</i>. Detta arbete har lett till en ökad benägenhet att rapportera avvikelser, vilket skapat bättre förutsättningar för att komma åt bakomliggande orsaker och fatta beslut om adekvata åtgärder.</p>

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	<p>Så kallade kvalitetssamtal hålls av verksamhetschef med samtliga medarbetare årligen. 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. 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 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>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Granskning visar att samtliga brukare har aktuella genomförandeplaner. Samtliga mål i beställningen har beaktats då genomförandeplan upprättats. Det finns även en röd tråd mellan insatserna som beskrivs i genomförandeplanerna och de dagsscheman som finns som komplement.</p> <p>Vid granskning framgår det att i genomförandeplanerna finns samtliga livsområden utifrån IBIC med, även inom livsområden där den enskilde ej är i behov av insats. Detta är ej att betrakta som ett utvecklingsområde, men verksamhet 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 blir de väldigt långa och överskådligheten blir lidande då samtliga livsområdesrubriker finns med.</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. Detta är ett utvecklingsområde.</p>
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Granskning visar att samtliga medarbetare för social journal. Goda exempel finns där hänvisning görs till hälso- och sjukvårdsdokumentation i fall då medarbetare tagit del av sådan information.</p> <p>I vissa fall är det långt mellan anteckningar, upp till en månad. Flera av anteckningarna är relaterade till insatserna i genomförandeplan eller är att betrakta som händelser av betydelse. Flera exempel finns dock 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. I vissa journalanteckningar anges initialer på andra brukare i verksamheten, vilket kan bryta mot sekretessen. Flera exempel finns även på värderingsfyllt språkbruk. Avslutningsvis hänvisas det ibland till "brukare 3" istället för att brukarens namn skrivs ut i journalen, vilket gruppchef uppger är något man har arbetat med att förändra.</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>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktnaskap ● 3. Godkänd	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. 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.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för mottagande av ny brukare finns och tillämpas. Skriftlig information om verksamheten finns att lämna till nya brukare. Verksamheten har fattat aktivt beslut om att gemensamma möten för brukarna för tillfället ej är 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.
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	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.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	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.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	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.

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	<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 gemensamt med andra. Verksamheten har då utifrån genomförd riskanalys försökt balansera företrädares 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.</p>
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. Närstående har under året vid flertalet tillfällen kontaktat omvårdnadsförvaltningen och framfört synpunkter på verksamhetens möjlighet att tillmötesgå sådana önskemål. Mot bakgrund av detta ska verksamheten fortsätta ha en tät dialog med företrädare och ansvarig LSS-handläggare vad gäller ramarna för det stöd som åligger verksamheten att ge inom ramen för 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 även under året 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>

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

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 gruppboende 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.

Ansvarig för verksamheten är en verksamhetschef som också är godkänd som föreståndare utifrån tillstånd från IVO.

Metod för uppföljning

Årets uppföljning har varit en uppföljning av verksamhetens arbete med sin utvecklingsplan. Utvecklingsplanen utgick från ifrågakvarstående utvecklingsområden efter 2020 års avtalsuppföljning. Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen genomfört intervju med VD för Waxö omsorg samt granskat den sociala dokumentationen. Anledningen till att verksamhetschef ej deltog vid avtalsuppföljningen var att denne med kort varsel var tvungen att vara hemma för vård av sjukt barn.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att 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.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 10:e december 2021.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har arbetat med sina utvecklingsområden under året och har en god struktur och ett nära ledarskap. Såväl kvalitetsutvecklare som ansvarig LSS-handläggare upplever samverkan som god. Verksamheten behöver arbeta vidare med att göra medarbetarna förtroga med social journalföring men bedöms i övrigt som godkända inom samtliga områden och delområden.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 10:e december 2021. 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 fortlöper 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.























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.



Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
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	 3. Uppfyller kraven delvis	 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation



Rutiner finns och tillämpas.

Personal och utbildning



Rutiner finns och tillämpas.

Samverkan



Rutiner finns och tillämpas.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Rutiner finns och tillämpas.

Social dokumentation



Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska fortsätta det påbörjade arbetet med att utveckla den sociala journalföringen.

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

Självbestämmande och integritet



Rutiner finns och tillämpas.

Bemötande och anhörigstöd



Rutiner finns och tillämpas.

Mat och måltider



Rutiner finns och tillämpas.

Aktiviteter och fritid



Rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet



Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Hantering av privata medel

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 ha 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 kompetensutvecklingsbehov som identifierats på de olika träffarna, så att beslut kan tas om 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 samband med uppföljning av genomförandeplan.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Skriftlig rutin för 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
●	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.
●	<p>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.</p> <p>Avvikelse finns som stående punkt på verksamhetsträffarna där avvikelser går igenom och beslut om åtgärder förankras.</p> <p>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.</p> <p>Rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah lyfts regelbundet på personalträffar utifrån verksamhetens årsplanering. Under 2020 har ett antal händelser rapporterats och utretts enligt lex Sarah varav en anmälts till IVO. Verksamheten väntar vid uppföljningstillfället på IVO:s svar. Verksamheten har följt Solna stads anvisningar för hur detta ska rapporteras till förvaltningen.</p>

Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p><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.</p> <p><u>Riskanalys</u> Skriftlig rutin för riskanalys 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.</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 ännu inte genomförts så planeras det in under kommande period och dokumenteras i planen. Vissa ytterligare egenkontroller finns som aktiviteter i verksamhetens årsplanering.</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  3. Godkänd	<p>Samtliga brukare har aktuella genomförandeplaner och mål i beställningarna har beaktats vid upprättande. Den enskildes delaktighet framgår väl vid såväl upprättande av genomförandeplan som i insatsbeskrivningarna.</p> <p>Insatsbeskrivningarna i granskade genomförandeplaner är tydliga och kompletterande dokument finns som till exempel veckoplanering och specifika rutiner för vissa stödmoment. 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.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>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. 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.</p> <p>Vid granskning påträffas viss anekdotisk journalföring där allmänna händelser beskrivs som ej är att betrakta som avvikelse från genomförandeplan eller händelse av betydelse. Några exempel finns även där ett behov hos den enskilde dokumenterats men vidtagen åtgärd saknas.</p> <p>Verksamheten beskriver ett påbörjat arbete som kallas Gula tråden, som är ett gemensamt projekt inom Waxö omsorg. Omvårdnadsförvaltningen har fått ta del av det utbildningsmaterial som finns framtaget inom ramen för detta projekt och bedömer att det på ett bra sätt kan komma att utgöra ett stöd för verksamheterna att utveckla den sociala dokumentationen ytterligare. Verksamheten har som utvecklingsområde att fortsätta det påbörjade arbetet med att ytterligare göra medarbetarna förtrogna med social dokumentation i allmänhet och social journalföring i synnerhet.</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	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 så 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 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 då 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 bedrivs ej på ett sådant sätt att man är registrerad som livsmedelsanläggning. Därför finns inga krav vad gäller egenkontroll av livsmedelshygien.
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 FUBs 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.

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

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. Utvecklingsplanen utgick från ifrån identifierade utvecklingsområden i samband med 2020 års avtalsuppföljning.

Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamhetens egen utvärdering av sitt arbete med utvecklingsplanen granskat reviderade rutiner. Intervju har genomförts med verksamhetschef och den sociala dokumentationen har granskats.

Det som beskrivs i ovanstående stycke innebär att 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.

Utvecklingsområden som kvarstår efter denna avtalsuppföljning utgör underlag för kommande års utvecklingsplan. Verksamheten ska inkomma med sin utvecklingsplan senast den 10:e december 2021.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har en engagerad medarbetargrupp samt en nära ledningen. Det framgår i avtalsuppföljningen att verksamhetens utvecklingsplan legat till grund för kvalitetsarbetet under året och utveckling har skett inom många områden. Ansvarig LSS-handläggare lyfter särskilt fram en god samverkan och att verksamheten på ett föredömligt sätt förser denne med underlag för uppföljning av insatserna. Systematiken i kvalitetsarbetet har utvecklats avsevärt sedan föregående uppföljningar och verksamhetschefs aktiva arbete med dessa områden framgår i såväl dokumentation som i intervju.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 10:e december 2021. 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

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.























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.



Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Samverkan	 3. Uppfyller kraven delvis	 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 3. Uppfyller kraven delvis	 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

Ledning och organisation



Rutiner finns och tillämpas.

Personal och utbildning



Rutiner finns och tillämpas.

Samverkan



Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
✓ Aktiviteten är slutförd.	Förankra rutin för extern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Rutiner finns och tillämpas.

Status	Utvecklingsområden
▶ Aktiviteten pågår enligt plan.	Skatta risker och bedöma resultat av egenkontroller
✓ Aktiviteten är slutförd.	Säkerställa verksamhetschefs kännedom om avvikelser som rapporteras

Social dokumentation



Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska avsluta det påbörjade arbetet med att upprätta och tillämpa rutin för loggkontroll.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll

Självbestämmande och integritet



Rutiner finns och tillämpas.

Bemötande och anhörigstöd



Rutiner finns och tillämpas.

Mat och måltider



Rutiner finns och tillämpas.

Aktiviteter och fritid



Rutiner finns och tillämpas.

Säkerhet



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 emellan. Utöver uppdraget som gruppleddare har denne två andra funktioner; digital kompetensledare för samtliga LSS-boenden samt superanvändare i verksamhetens system för social dokumentation som heter Lifecare. 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 ledningsgruppträffar 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
	<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.</p> <p>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 gruppleddare i första hand, verksamhetschef i andra hand samt till trygghetsjouren utanför kontorstid. Rutin för detta finns och är förankrad hos intervjuade medarbetare.</p>
	<p>Inom Humaniora vård och omsorg finns möjlighet att använda stödfunktioner på HR-avdelningen vid rekrytering. Detta är något som är förankrat.</p>
	<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>

Delområde	Kommentar
Kompetensutveckling 3. Godkänd	<p>En övergripande kompetensinventering är genomförd för samtliga medarbetare inom Humanioras grupp- och servicebostäder och 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 gjort 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.</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
Verksamhetens interna samverkan 3. Godkänd	<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.</p> <p>Även schemalagd mötestid varannan vecka är forum för intern samverkan. Mötesplanering finns, agenda följs och fattade beslut följs upp.</p>
Verksamhetens externa samverkan 3. Godkänd	<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>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 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> 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> 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 av nya medarbetare att ta del av. I intervju med medarbetarna framgår det att rutin för riskanalys 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 välkomstsamtalet 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> <p>I verksamhetens kvalitetsberättelse framgår det att riskbedömningar även görs på verksamhetsnivå. Det framgår även vad som legat till grund för respektive skattning 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.</p> <p>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>

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	Rutin för avvikelshantering 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. Gruppledare har ansvar för att inrapporterade avvikelser lyfts på efterföljande APT. I samtal med intervjuade medarbetare framgår det att rutinens innehåll är känt. Gruppledare beskriver även att uppföljning sker av inrapporterade avvikelser på APT och att rutiner som berörs av planerade åtgärder revideras vid behov. Uppföljningen visar att det aktiva arbetet med att förankra rutin för avvikelserapportering givit resultat. Flera förbättringsåtgärder beskrivs som föranletts av en avvikelserapport som sedan analyserats gemensamt på APT med beslut om åtgärd. Under perioden januari till september 2021 har ungefär 30 avvikelser som ej varit hälso- och sjukvårdsrelaterade rapporterats, vilket kan jämföras med endast två under hela föregående år.
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	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. Gruppledare har stort mandat att självständigt tillsammans med medarbetarna identifiera behov av och genomföra förbättringar i verksamheten.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ● 3. Godkänd	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. 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.
Social journal ● 3. Godkänd	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.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis 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 genomförts. Verksamheten har nyligen givits systemmässiga förutsättningar för att genomföra loggkontroll av social journal. Rutiner håller på att tas fram för detta, vilket är ett utvecklingsområde att slutföra och tillämpa.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	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.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	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.
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	Behov av anpassad kommunikation inventeras i samband med upprättande av genomförandeplan och dokumenteras däri. Brukarna har på bomöte möjlighet att 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	<p>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.</p> <p>För brukarna är det på bomöten som värdegrundsfrågor kan diskuteras och sker i så fall på förekommen anledning. Personal stöttar i sådana diskussioner.</p> <p>Solna stads kvalitetsdeklaration finns utskriven i den välkomstmapp som nya brukare får. Kvalitetsdeklarationen har även lyfts i medarbetargruppen.</p>
Stöd till närstående 3. Godkänd	<p>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.</p>

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider 3. Godkänd	<p>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.</p>
Livsmedelshygien 3. Godkänd	<p>Verksamheten bedriver inte matlagning på ett sådant sätt att egenkontroll gällande livsmedelshygien är aktuellt.</p>

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute 3. Godkänd	<p>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.</p> <p>En aktivitetskommitté 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.</p>

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess 3. Godkänd	<p>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.</p>
Nyckelhantering 3. Godkänd	<p>Rutin finns och tillämpas i verksamheten.</p>
Privata medel 3. Godkänd	<p>Rutin finns för hantering av privata medel. Överenskommelse upprättas med eventuell företrädare och förvaras i personakt.</p>
Larm 3. Godkänd	<p>Funktionskontroll genomförs av larm i verksamheten, vilket även dokumenteras.</p>
Hot och våld 3. Godkänd	<p>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.</p>

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

VÄSTRA VÄGEN 5-7



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	9

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

Kvalitetsutvecklare har använt sig av enkät, dokumentationsgranskning och intervju av verksamhetschef, platschef och medarbetare som metod för uppföljningen. Under intervjun fick chefer möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten, som besvarats i förväg.

Kvalitetsutvecklare genomförde intervjuerna vid platsbesök i verksamheten 8:e oktober 2021.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår i kommentarerna till respektive delområde under rubrik Underlag bedömning i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har sedan driftstart haft en del förändringar i bemanningen. Ny verksamhetschef tillträdde januari 2021 och platschef tillträdde under hösten 2021. Även vad gäller verksamhetens medarbetare har en del förändring skett sedan driftstart. Förvaltningen upplever nu en 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.

Intervjuad medarbetare beskriver verksamheten som en arbetsplats där man som medarbetare får och uppmanas vara delaktig i att utveckla verksamheten, att ens synpunkter som medarbetare tas tillvara av verksamhetens ledning och att en vilja att ständigt utvecklas finns i hela verksamheten.

Verksamheten behöver arbeta vidare med några utvecklingsområden som identifierades i samband med årets avtalsuppföljning. Dessa är bland annat inom området social dokumentation, avvikelshantering samt arbetssätt för brukardelaktighet.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 10:e december 2021. 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

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.













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.



Bedömning

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

Ledning och organisation



Rutiner finns och tillämpas.

Personal och utbildning



Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska avsluta det påbörjade arbetet med att förtydliga och förankra rutin vid frånvaro hos medarbetarna samt säkerställa att samtliga medarbetare har individuella kompetensutvecklingsplaner.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förtydliga och förankra frånvarorutin
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Säkerställ individuella kompetensutvecklingsplaner för samtliga medarbetare

Samverkan



Rutiner finns och tillämpas delvis.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska arbeta för en ökad tillämpning av rutin för rapportering av avvikelser, särskilt inom andra områden än hälso- och sjukvård.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Öka följsamhet till rutin för rapportering av avvikelser

Social dokumentation



Rutiner finns och tillämpas delvis.

Verksamheten ska säkerställa att en röd tråd finns mellan olika delar i den sociala dokumentationen. Verksamheten ska även säkerställa att datum i genomförandeplanerna är korrekta samt verka för en ökad kompetens gällande social journal. Avslutningsvis ska verksamheten utveckla hur samtycke till informationsöverföring inhämtas och dokumenteras.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Röd tråd mellan utredning, genomförandeplan, riskanalys och bemötandeplan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Öka kompetensen hos medarbetarna gällande social journalföring
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Aktuella datum i genomförandeplan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla dokumenterat samtycke

Självbestämmande och integritet



Rutiner finns och tillämpas delvis.

Verksamheten ska ta fram skriftligt material om verksamheten att lämna till nya brukare. Vidare ska verksamheten i rutin beskriva hur information löpande ska ges till brukare och företrädare. Verksamheten ska även slutföra påbörjat arbete med att införa brukarmöten i verksamheten och även implementera beskrivna arbetssätt för att beakta behovet av individanpassad kommunikation.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Brukarmöten
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Skriftligt material om verksamheten
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Implementera arbetet med individanpassad kommunikation
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin för löpande information till brukare och företrädare

Bemötande och anhörigstöd



Rutiner finns och tillämpas.

Mat och måltider



Rutiner finns och tillämpas.

Aktiviteter och fritid



Rutiner finns och tillämpas.




Säkerhet






Rutiner finns och tillämpas.


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. Platschef arbetar 100% i verksamheten sedan augusti 2021. Intervjuad medarbetare har kännedom om ledningsstrukturen och är även medveten 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.
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov  3. Godkänd	Verksamheten har schemalagd mötestid varannan vecka. Vartannat möte är APT 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 platschef följer upp.
IVO-tillstånd  3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd från IVO att bedriva verksamheten. Verksamhetschef är den som förestår verksamheten, vilket framgår i tillståndsbesivet.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
	Frånvarorutin finns. Platschef ansvarar för att säkra bemanningen på kort sikt. Vid akut oplanerad frånvaro finns rutin där medarbetare som tar emot frånvarorapport från kollega ha 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. I intervju med verksamhetschef uttrycker denne att följsamhet till frånvarorutin är något som bör förbättras. Behov av att ytterligare förtydliga rutinen har även identifierats.
	Verksamheten har rutin för rekrytering av nya medarbetare, vilken tillämpas.
	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, kvalitetsarbetetsarbetet 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 checklistan går medarbetare igenom med chef. Efter genomgången introduktion följs denna upp av platschef, 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
Kompetensutveckling  2. Delvis godkänd	<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. Detta har sedan utgjort underlag till den generella kompetensutvecklingsplanen. Sedan platschef är rekryterad är detta ett uppdrag som denne har att förvalta. Medarbetarna görs delaktiga i att identifiera generella behov av kompetensutveckling bland annat genom diskussion på APT samt gemensam utredning av rapporterade avvikelser.</p> <p>I intervju med verksamhetschef beskrivs flera exempel på hur värdet av genomförd utbildning följs upp. Bland annat genom egenkontroll av social dokumentation samt genom egenkontroll av följsamhet till riktlinjer för basal hygien i samband med Covid-19.</p> <p>Inför att nya brukare flyttar in, sker en kartläggning av dennes behov av stöd och en bedömning görs om medarbetarnas kompetens matchar detta. Även denna analys utgör underlag för den generella kompetensutvecklingsplanen.</p> <p>Individuella kompetensutvecklingsplaner upprättas och följs upp i huvudsak i samband med medarbetarsamtal. 50% av medarbetarna har individuella kompetensutvecklingsplaner. De medarbetare som saknar detta har ännu ej hunnit ha medarbetarsamtal, men då detta genomförs kommer individuella kompetensutvecklingsplaner att upprättas även för dem.</p>

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens interna samverkan  3. Godkänd	<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>
Verksamhetens externa samverkan  3. Godkänd	<p>Verksamheten har rutin för extern samverkan som beskriver med vilka externa aktörer samverkan sker, på vilket sätt och gällande vilka frågor.</p> <p>Verksamhetschef uttrycker ett behov av att systematisera och förbättra samverkan med Humaniora HSL-team. Verksamheten beskriver att man försökt ta initiativ till detta, men att utmaningar funnits att få till det i praktiken. Detta är något för verksamheten att tillsammans med HSL-teamet arbeta vidare med, men betraktas ej som ett utvecklingsområde utifrån ställda krav.</p>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
●	<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, 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>Riskanalys</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>riskanalys</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>



Delområde	Kommentar
	<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 i ansvar att ta del av minnesanteckningar och signerar då så skett.</p> <p>Verksamhetschef beskriver att aktivt arbete pågår med 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. Såväl verksamhetschef som intervjuad medarbetare tillstår att en underrapportering sker, vilket är ett fortsatt utvecklingsområde. Fram till och med tredje kvartalet 2021 har 28 avvikelser som ej är relaterade till hälso- och sjukvårdsfrågor rapporterats.</p>
<p>Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete</p>  3. Godkänd	<p>Utöver dialog i det dagliga arbetet, där platschef finns tillgänglig med en tjänstgöringsgrad på 100% 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 fatta beslut om åtgärder i samband med inkomna avvikelser, de är delaktiga vid riskanalyser och arbetar tillsammans med chef med resultatet av genomförda egenkontroller.</p> <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 helt 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>

Social dokumentation



Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Lokal rutin för social dokumentation bedöms utgå från såväl SOSFS 2014:5 som Solna stads riktlinjer för social dokumentation. Den enskildes delaktighet vid upprättande av genomförandeplan framgår vid granskning. Rutinen förtydligar även den röda tråd som ska finnas mellan beställning, genomförandeplan och social journal på ett föredömligt sätt.</p> <p>Vid granskning av genomförandeplaner framgår det att datum för uppföljning i genomförandeplanen i vissa fall är felaktigt. Enligt datum i genomförandeplanen ser det ut som att den är mer än sex månader gammal, men platschef beskriver att det är en aktuell genomförandeplan som nyligen reviderats. Att säkerställa aktuella datum i genomförandeplanerna är ett utvecklingsområde.</p> <p>Samtliga mål i beställningen finns adresserade i granskade genomförandeplaner. Hur insats ska utföras beskrivs till viss del i genomförandeplanen. Dock finns en del relevant information även i de kompletterande bemötandeplanerna. En del information om hur insats ska utföras finns dessutom i både genomförandeplan och bemötandeplan och ytterligare information finns i vissa fall i de riskanalyser på individnivå som dokumenterats. Intervjuad platschef tillstår att arbete med att förtydliga den röda tråden mellan olika dokument och kunskapskällor för hur insats ska utföras pågår och är ett fortsatt utvecklingsområde. Målsättningen är att genomförandeplanen ska bli det styrande dokument för hur insats ska utföras, där insikter som görs inom ramen för alla dessa processer utgör ett underlag.</p> <p>Verksamheten ska även säkerställa att relevant information om den enskilde som framgår i utredningen, beaktas i samband med upprättande av genomförande- och/eller bemötandeplan. Ett exempel som identifieras är att det i utredningen framgår att det är viktigt att med viss brukare ej söka ögonkontakt då detta kan utgöra en risk. Det framgår ej att detta har beaktats i vare sig riskanalys, bemötandeplan eller genomförandeplan.</p>
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	<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. Ett planerat arbete är att använda sökord i social journal som ska överensstämma med rubriker i genomförandeplan, för att underlätta uppföljning.</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. I flera fall där avvikelse från genomförandeplan antecknats saknas vidtagen åtgärd. Flera exempel finns även vad gäller värderingsfyllt språkbruk.</p> <p>Verksamheten har rutin för inhämtande av samtycke för informationsöverföring och dokumenterat samtycke finns för samtliga brukare. Dock är dokumenterat samtycke för allmänt, då det ej framgår med vem sekretessbrytande informationsöverföring får ske samt i vilka frågor. Detta är även ett utvecklingsområde som verksamheten själv identifierat.</p>
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	<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 platschef framgår det att social dokumentation är identifierat som ett utvecklingsområde. En utbildningsinsats pågår med flera tillfällen som fortsätter under hösten 2021.</p>

Självbestämmande och integritet



Delområde	Kommentar
●	<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 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>

Delområde	Kommentar
	<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 saknar i dagsläget skriftligt material om verksamheten att lämna till nya brukare, vilket är ett utvecklingsområde. Verksamhetschef beskriver flera arbetssätt som tillämpats för att löpande informera företrädare och brukare om förändringar i verksamheten. Dock saknas skriftlig rutin för hur information löpande ska ges till brukare och/eller företrädare vilket verksamheten, vilket verksamheten beskriver som ett utvecklingsområde som ska upprättas och förankras under hösten 2021.</p>
Delaktighet och kommunikation  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har under uppstarten fört individuella samtal och inhämtat önskemål om förändringar i verksamheten. En stöpedagog har tjänstgjort deltid i verksamheten och har bland annat haft i uppdrag att identifiera behov av verksamhetsanpassningar utifrån brukarnas önskemål och behov. Ett utvecklingsområde som verksamheten själv identifierat är att det finns ett behov av regelbundna brukarmöten. En handlingsplan för detta är framtagen och implementering ska ske under hösten 2021.</p> <p>I verksamhetens rutin för nya brukare anges hur behov av anpassad kommunikation ska inventeras och beaktas då insats utförs. Detta arbete är påbörjat och en kartläggning gjord. Verksamheten beskriver att arbete kvarstår med att implementera detta så att denna kartläggning ligger till grund för hur insats utförs på ett individanpassat sätt.</p>

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande  3. Godkänd	<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>
Stöd till närstående  3. Godkänd	<p>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.</p>

Mat och måltider

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

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 planerade brukarmötena kommer vara ett forum för att planera gemensamma aktiviteter för de brukare som önskar delta i sådana.

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.



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-01-11
ON/2021:13

Rapportering av icke verkställda gynnande beslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), 4:e kvartalet 2021

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden tar del av statistiken och överlämnar rapporterna till kommunfullmäktige och Solna stads revisorer för kännedom.

Sammanfattning

Kommunen har enligt socialtjänstlagen (SoL) skyldighet att till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), kommunens revisorer och fullmäktige rapportera alla gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § SoL som inte verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. Samma rapporteringsskyldighet gäller beslut enligt 9 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Rapporteringsskyldigheten gäller även avbrott i verkställigheten om beslutet inte verkställts på nytt efter tre månader från dagen för avbrottet.

Rapporteringen till fullmäktige och revisorerna ska ske en gång per kvartal. Statistikrapporter för 4:e kvartalet 2021 bifogas tjänsteskrivelsen.

Handlingar

Sammanställning SoL kvartal 4, 2021

Sammanställning LSS kvartal 4, 2021

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Catharina Almer Chipperfield
Administrativ samordnare

Beslutet expedieras till:
Kommunstyrelsen
Solna stads revisorer

Beslut LSS som ej är verkställda inom 3 månader, kvartal 4 2021

Beslut	M	K	Beslutsdatum	Verkst datum	Orsak till dröjsmål
9§10 daglig verksamhet	1		2020-11-19	2021-11-30	<p>Personen är inte längre motiverad till daglig verksamhet. Han säger upp sin plats och inleder kontakt med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att komma ut i förvärvsarbete. Efter samverkansmöte i december 2020 bedöms personen inte vara redo för arbetsträning och hänvisas till daglig verksamhet med praktikinriktning. Förslag på dagliga verksamheter med arbetslivsinriktning lämnas den 11 december. Möte hålls 18 december där personen uttrycker intresse för två verksamheter. Ledig plats erbjuds på en av verksamheterna den 22 december. Personen är i kontakt med verksamheten i början av januari och studiebesök inplaneras. Inläggning på psykosmottagningen i februari gör att planeringen faller. Kontakt etableras med koordinatör för daglig verksamhet den 1 mars för planering av uppstart. Studiebesök inbokas på daglig verksamhet den 10 mars 2021. Vid uppföljningssamtal den 17 mars berättar personen att han vill avvakta med att börja pga. sjukdom. Under telefonsamtal 22 april uppger personen att han inte vill börja på daglig verksamhet utan att det är andra i hans närhet som tycker att han ska börja. Personen orkar inte påbörja en sysselsättning pga. sitt psykiska mående. Under telefonsamtal den 27 april framkommer att personen vill avvakta med en sysselsättning tills han mår bättre. Under telefonsamtal med förälder 14 juli framkommer att personens mående har försämrats och att han varit inläggande på psykiatri. Under samtal den 23 augusti framkommer att personen är fortsatt inlagd på heldygnsvård. Den 2 november meddelar personen att han vill avvakta med daglig verksamhet och låta beslutet löpa ut den 30 november. Under möte den 12 november kvarstår personen vid beslutet.</p>
9§5 avlösarservice i hemmet	1		2021-02-19	2021-12-07	<p>Vårdnadshavare (vh) sa upp sin tidigare utförare av avlösning då man upplevde att utföraren inte kunde tillgodose familjens önskemål. Handläggare söker kontakt den 3 maj då vh inte valt någon ny utförare, får inget svar och lämnar röstmeddelande. Upprepade kontaktförsök görs till båda vh utan resultat. Den 11 maj återkommer vh med info att man inte har valt ny utförare och ska återkomma nästa vecka. När ingen återkoppling sker erbjuds familjen en ny utförare som ickevalsalternativ den 2 juni och beställning skickas samma dag. Insatsen har inte påbörjats då vh i långa perioder inte är anträffbara. Avlösare har introducerats i familjen men har inte passat familjens önskemål. Den 7 december meddelar vh att insatsen inte längre behövs.</p>

9§9 bostad med särskild service för vuxna	1		2021-04-28		Har erbjudits lediga lägenheter i servicebostad i Solna vid upprepade tillfällen (28 april, 13 juli, 27 augusti, 4 oktober) men tackat nej pga. han inte vill bo i det område servicebostaden ligger. Diskussion om olika servicebostäder i Solna hålls den 4 maj med förvaltare. Personen har flera områden i Solna där han inte vill bo pga. tidigare umgänge. Han har ansökt om förhandsbesked i annan kommun men fått avslag och planerar att ansöka om förhandsbesked i andra kommuner. Förvaltaren framför att personen inte vill bo i någon av servicebostäderna i Solna pga. sitt tidigare umgänge. Det finns ev. en servicebostad i Solna där personen skulle kunna tänka sig att bo. Servicebostaden har inga lediga platser och personen ställs därför i kö. Under samtal med förvaltaren den 30 augusti framkommer att personen kan tänka sig tacka ja till tidigare erbjudande om servicebostad för att sedan invänta ledig plats på det boende han helst önskar bo på. Studiebesök inplaneras men avbokas när personen ångrar sig. Bor på stödboende för personer med missbruksproblematik i avvaktan på flytt till önskat boende som eventuellt får ledig plats den 31 januari 2022.
9§10 daglig verksamhet	1		2021-05-03	2021-11-12	Personen vill börja på en daglig verksamhet som inte är valbar i Solna stad. Han informeras om dagliga verksamheter med motsvarande inriktning som är valbara i Solna. Personen framför den 3 juli att han inte är intresserad av någon annan verksamhet. Han informeras om att det inte finns skäl att verkställa beslutet på önskad verksamhet eftersom hans behov av sysselsättning bedöms kunna tillgodoses inom ramen för de valbara utförare som finns i Solna stad. E-post skickas till personen den 18 augusti med frågan om han önskar börja på någon valbar verksamhet, vilket han inte vill. Förvaltningsrätten meddelar dom den 12 november där överklagan om särskild verkställighet avslås. Personen meddelar den 18 november att han återtar sin ansökan.
9§6 korttidsvistelse utanför det egna hemmet	1		2021-05-07	2021-11-19	Samtal den 8 juni med vårdnadshavare (vh) gällande val av korttidsutförare och vilka korttidshem som är valbara. Uppföljningssamtal den 8 juli med vh som ber att få återkomma i frågan. Under samtal den 28 juli framkommer att vh har gått igenom valbara utförare men inte hunnit ta kontakt med intressanta korttidshem ännu. Ber att få återkomma kring valet. Under samtal med vh den 26 augusti framkommer att familjen pga. personliga skäl inte kan prioritera start av korttidsvistelse. Under möte den 15 september föreslås ett korttidsboende. Studiebesök görs den 28 september och 22 oktober. Vh meddelar den 8 november att vederbörande vill börja i verksamheten. Insatsen påbörjas den 19 november.
9§10 daglig verksamhet		1	2021-06-04	2021-11-08	Information om valbara dagliga verksamheter lämnas den 9 juni. Uppföljningssamtal den 20 juli där det framkommer att personen tillsammans med sin förälder kommer gå igenom de utförare som finns att välja bland och ta kontakt med de som är intressanta. I samtal den 19 augusti informeras personens förälder om möjligheten att tilldelas plats på en daglig verksamhet om valet av utförare är svårt. Föräldern berättar att det är viktigt att personen själv får välja verksamhet. Hon är inte redo att påbörja insatsen ännu då hon fortfarande håller på att landa i ny boendeform. Studiebesök planeras i september och föräldern ska återkomma efter det. Vecka 39 görs studiebesök. Personen och föräldern går inte att nå under början av oktober. Den 22 oktober svarar föräldern att personen önskar börja på aktuell daglig verksamhet. Insatsen påbörjas den 8 november.

9§6 korttidsvistelse utanför det egna hemmet	1		2021-06-16	2021-10-29	Information om valbara korttidshem skickas hem tillsammans med beslutet. Telefonsamtal med vårdnadshavare (vh) den 6 juli som uppger att tre korttidshem är intressanta. Samtliga utförare har fullt på helger men en utförare kan erbjuda plats på vardagar. Vh är endast intresserade av en helgplats och personen ställs i kö till önskat korttidshem. Under samtal 20 september informeras vh om ett annat korttidshem med ledig plats på helgen och studiebesök inplaneras. Vh väljer aktuell utförare under uppföljningssamtal den 29 september. Insatsen verkställs den 29 oktober.
9§6 korttidsvistelse utanför det egna hemmet		1	2021-06-24	2021-11-26	Samtal med vårdnadshavare (vh) den 28 juni som informeras om ett korttidshem som kan erbjuda ledig plats vardagar. Vh uppger att de endast är intresserade av helgplats. Under samtal den 23 juli informerar vh att korttidsvistelsen önskas påbörjas under hösten. Det finns inget korttidshem som för närvarande kan erbjuda en helgplats. Personen ställs i kö till helgplats i de verksamheter som bedöms kunna tillgodose hennes behov. Diskussion förs om insatsen ev. bör verkställas i ett familjehem. Vh informeras den 17 september om att ledig helgplats kan erbjudas på korttidshem i Vallentuna. Vh tar kontakt för studiebesök och en beställning skickas till verksamheten den 6 oktober. Planeringsmöte mellan utföraren och skolan hålls den 27 oktober. Insatsen verkställs den 26 november i en mindre grupp som passar personens behov.
9§6 korttidsvistelse utanför det egna hemmet		1	2021-07-16		Vårdnadshavare (vh) säger upp personens plats på korttidshemmet den 16 juli då placeringen inte känns rätt. Studiebesök görs på ett annat korttidshem i början av september. Personens mående och inläggning på BUP gör att hon har svårt att börja på en ny verksamhet. Den 4 oktober meddelar vh att måendet är bättre och att besök på nytt korttidshem kommer göras. Flertal försök till kontakt med vh görs under oktober och november utan resultat. Den 30 november svarar vh att personen inte är redo att börja på korttidshem. Vid SIP-möte den 20 december framkommer att personens mående gör att verkställighet av korttidsvistelse behöver avvakta.
9§10 daglig verksamhet	1		2021-09-01	2022-01-11	Information om valbara dagliga verksamhet lämnas tillsammans med beslutet. Försök till kontakt med personen görs under september utan framgång. Personen meddelar den 4 oktober att han inte svarat pga. sjukdom och ska återkomma kring valet. En lista på dagliga verksamheter skickas till personens kurator den 9 november. Nya kontaktförsök med personen görs utan resultat. Den 15 november meddelar kuratorn att studiebesök planeras på en verksamhet den 17 november. Försök till kontakt med personen och kurator görs efter studiebesöket men ingen svarar. Den 29 november återkommer kuratorn med info om att personen önskar börja på verksamheten. Han befinner sig dock utomlands. Insatsen påbörjas den 11 januari 2022 när personen är åter i Solna.
SUMMA	6	4			

Beslut SoL som ej är verkställda kvartal 4, 2021

Beslut	M	K	Beslutsdatum	Verkställdedatum	Orsak till dröjsmål
Vård- och omsorgsboende		x	2021-05-31		Önskar endast specifik plats. Erbjuden annat 210607, tackar nej. Erbjuden annan plats 211123, tackar nej.
Vård- och omsorgsboende	x		2021-07-16		Anvisad 210809, tackar nej. Anvisad 210827, tackar nej. Anvisad 211130. tackar nej

1

1

2



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-01-24
ON/2021:12

Sammanställning av rapportering om missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden samt anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg om allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarliga missförhållanden, 1 juli till 31 december 2021

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden tar del av sammanställning av lex Sarah-rapporter.

Sammanfattning

Enligt 14 kap 3 § socialtjänstlagen (SoL) ska den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten genast rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten.

Enligt 24 b § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska den som fullgör uppgifter i verksamhet enligt lagstiftning om stöd och service till vissa funktionshindrade genast rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande som rör den som får, eller som kan komma ifråga för, insatser enligt sådan lagstiftning.

Om händelsen bedöms som ett allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, göras.

Sammanställningen av rapporter om missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden samt anmälan om allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarliga missförhållanden avser perioden 2021-07-01 till 2021-12-31.

Under perioden 2021-07-01 till 2021-12-31 har det inkommit två rapporter om missförhållanden inom hemtjänsten. Det har inkommit en rapport om missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållande inom LSS-verksamhet vilken efter utredning bedömdes som inget missförhållande. Det har inkommit tre rapporter om missförhållande inom vård och omsorgsboende varav ingen anmäldes vidare till IVO. En av rapporterna bedömdes som inget missförhållande.

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Mona Zakeri
Kvalitetsutvecklare



Bakgrund

Enligt 14 kap 2 § ska var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.

Den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska genast rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten.

Med missförhållande som ska rapporteras enligt 14 kap. 3 § SoL och 24 b § LSS avses såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har undanlätit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildes liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

En utredning ska omedelbart inledas samt de åtgärder vidtas som situationen kräver.

Om utredningen visar att det förelegat allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarliga missförhållanden ska en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, göras enligt 14 kap.7 § SoL och 24 f § LSS. Med allvarliga missförhållanden avses såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har undanlätit att utföra och som inneburit ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för den enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Beslutande nämnd ska hållas informerad om de inkomna lex Sarah-rapporterna som har bedömts som missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden samt anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg om allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarliga missförhållanden.

Rapporterna sammanställs och redovisas för omvårdnadsnämnden två gånger per år. Staben för kvalitetsutveckling håller sig informerad om vilka åtgärder som har vidtagits samt följer upp situationen för den eller de enskilda som har utsatts för ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande.

Utredningar enligt lex Sarah

Under perioden 2021-07-01 till 2021-12-31 har det inkommit två rapporter om missförhållanden inom hemtjänsten. Det har inkommit en rapport om missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållande inom LSS-verksamhet vilken efter utredning bedömdes som inget missförhållande. Det har inkommit tre rapporter om missförhållande inom vård och omsorgsboende varav ingen anmäldes vidare till IVO. En av rapporterna bedömdes som inget missförhållande.

Rapporter som inte har bedömts som missförhållande eller risk för missförhållande beskrivs inte närmare i text utan redovisas enbart i tabell 1.



Tabell.1

Inkomna lex Sarah rapporter från verksamheter samt beslut/ställningstagande under perioden 2021-07-01 till 2021-12-31

Verksamhet	Inget missförhållande	Påtaglig risk för missförhållande	Missförhållande	Påtaglig risk för allvarligt missförhållande	Allvarligt missförhållande
Hemtjänst			2		
Vård- och omsorgsboende	1	2			
LSS	1				
Avdelningen för myndighetsutövning					
Dagverksamhet					
Allmänt inriktade insatser					

Sammanställning av rapporteringar om missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden

Hemtjänst

Det har inkommit två rapporter om att missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande förelegat enligt 14 kap 3 § SoL.

Det har inkommit en rapport från Adela hemtjänst där kund berättar att hon har blivit av med kontanter och smycken. Händelsen ska ha inträffat i samband med hembesök då en ordinarie personal introducerade en nyanställd.

Händelsen bedöms som missförhållande.

Åtgärder: Stölden har polisanmälts. Verksamheten förtydligar rutin för hembesök i samband med introduktion och informerar kunderna att inte ha kontanter och värdesaker framme.

Det har inkommit en rapport från Humanioras hemtjänst där anhörig berättar att kundens bank har spärrat ett konto då försök till transaktioner av större belopp har skett nattetid. Kunden uppger också att det saknas pengar i plånboken.

Händelsen bedöms som missförhållande.

Åtgärder: Stölden har polisanmälts. Digitalt nyckelskåp med möjlighet till spårbarhet har beställts. Kunder får information om att inte ha kontanter och värdesaker framme.

**Vård- och omsorgsboende**

Det har inkommit två rapporter från vård- och omsorgsboende om att missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande förelegat enligt 14 kap 3 § SoL.

Det har inkommit en rapport från Frösundas vård- och omsorgsboende efter klagomål från anhöriga. Kund påträffas av närstående en sommardag på avdelningens balkong med flertalet tjocka tröjor som ledde till att kunden var svettig och närstående upplevde att kunden var uttorkad. Närstående framför även att man flertalet gånger påträffat spår från urin och avföring i kundens lägenhet samt att kundens fätölj haft spår av intorkad avföring. Händelsen bedömdes som risk för missförhållande.

Åtgärder: Genomgång av rutin vid värmebölja, upprättande av hälsoplan för inkontinens och inkontinensskydd för den aktuella boende samt uppdatering av genomförandeplan gällande behov av extra städning i den enskildes lägenhet.

Det har inkommit en rapport från Berga där en demenssjuk boende hade tagit grepp om halsen på en annan boende. Utredning visade att i den aktuella händelsen hade förebyggande åtgärder vidtagits och att det fanns en personal närvarande som agerade enligt rutin som bedöms ha varit avgörande för att undvika allvarliga personskador. Händelsen bedömdes som risk för missförhållande.

Åtgärder: De omedelbara åtgärderna var att tillkalla extra förstärkning för att förbygga ytterligare oroligheter på avdelningen samt begära polishandräckning. Läkaren bedömde ökat behov av psykiatrisk vård i enlighet med lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Verksamheten har utifrån det inträffade erbjudit stödsamtal till medarbetarna och initierat en vårdplanering för omplacering av den boende till ett lämpligare boende. Utbildning för att höja medarbetarnas kunskap i lågaffektivt bemötande och BPSD har erbjudits tidigare men kommer att erbjudas på nytt.

Gruppboendestäder, serviceboendestäder och daglig verksamhet, personlig assistans enligt lagen om särskilt stöd och service

Det har inte inkommit några rapporter om att missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande förelegat enligt 14 kap 3 § SoL.

Avdelning för myndighetsutövning

Det har inte inkommit några rapporter om att missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande förelegat enligt 14 kap 3 § SoL.

Dagverksamhet

Det har inte inkommit några rapporter om att missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande förelegat enligt 14 kap 3 § SoL.



Allmänt inriktade insatser såsom förebyggande och uppsökande verksamhet

Det har inte inkommit några rapporter om att missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande förelegat enligt 14 kap 3 § SoL.

Sammanställning av anmälningar om allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden

Hemtjänst

Det har inte inkommit någon rapport/utredning om att allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden förelegat enligt 14 kap 7 § SoL.

Vård- och omsorgsboende

Det har inte inkommit någon rapport/utredning om att allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden förelegat enligt 14 kap 7 § SoL.

Gruppboende, serviceboende, personlig assistans och daglig verksamhet enligt lagen om särskilt stöd och service

Det har inte inkommit någon rapport/utredning om att allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden förelegat enligt 24 f § LSS.

Avdelning för myndighetsutövning

Det har inte inkommit någon rapport/utredning om att allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden förelegat enligt 24 f § LSS.

Dagverksamhet

Det har inte inkommit någon rapport/utredning om att allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden förelegat enligt 24 f § LSS.

Allmänt inriktade insatser såsom förebyggande- och uppsökande verksamhet

Det har inte inkommit någon rapport/utredning om att allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden förelegat enligt 24 f § LSS.