

---

# Rapport från påkallad granskning på Solsidevägens gruppbostad

2018-08-28

Anna Spångmark, Eini Ruottinen, Emelie Berglund, Lotta Nobel



## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Sammanfattning av rapporten .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Syfte.....</b>	<b>3</b>
2.1	Prioritering .....	3
<b>3</b>	<b>Metod .....</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>Verksamhet .....</b>	<b>3</b>
4.1	Tidigare uppföljningar.....	3
<b>5</b>	<b>Systematiskt kvalitetsarbete .....</b>	<b>4</b>
<b>6</b>	<b>Dokumentation .....</b>	<b>4</b>
<b>7</b>	<b>Ledning och personal.....</b>	<b>5</b>
<b>8</b>	<b>Personal och bemanning.....</b>	<b>5</b>
8.1	Personalomsättning.....	6
8.2	Sjukfrånvaro.....	6
8.3	Sammanfattning av intervjuer med personal.....	6
<b>9</b>	<b>Avvikelser .....</b>	<b>7</b>
9.1	Synpunkter och klagomål .....	7
<b>10</b>	<b>Samverkan .....</b>	<b>8</b>
<b>11</b>	<b>Handläggares bedömning .....</b>	<b>8</b>
<b>12</b>	<b>Sammanfattning av granskningen.....</b>	<b>8</b>
<b>13</b>	<b>Bilagor .....</b>	<b>9</b>

## **I Sammanfattning av rapporten**

Omsorgsenheten har följt upp Solsidevägens gruppbostad och funnit kvalitetsbrister i ledning, styrning och följsamhet av rutiner. En påkallad granskning genomfördes av omsorgsenheten i juni 2018. Bakgrunden till granskningen var information om att personalomsättningen på gruppboistaden blivit oacceptabelt hög och att närstående/företrädare var oroliga att kvaliteten inte kunde säkras. Granskningen visade att bristen på ledning och styrning har bidragit till en onormalt hög personalomsättning. Det medför en ökad risk för brister i omsorgen och i hälso- och sjukvården. Det finns upparbetade rutiner och arbetssätt men dessa följs inte systematiskt och informationsöverföringen brister. Detta har stora konsekvenser för de boende.

## **2 Syfte**

Syftet med granskningsrapporten är att redovisa uppföljning av synpunkter och klagomål från företrädare och/eller föräldrar till de boende när det gäller ledning, styrning, personalomsättning och kvalitet i verksamheten.

### **2.1 Prioritering**

Vi har valt att fokusera på ledning och styrning av gruppboistaden och personalkontinuitet. Granskningen har gjorts under maj - juli 2018.

## **3 Metod**

Uppföljningsrapporten består av intervjuer med tio anställda/före detta anställda, intervju- eller enkätsvar från företrädare och information från biståndshandläggare. Vi har även fått ta del av granskningen av egenkontroller och internrevision. Vi har vidare kommunicerat med VD och tidigare verksamhetsansvarig samt nuvarande konsultchef.

## **4 Verksamhet**

Bostad med särskild service enligt LSS 9 § 9 i form av gruppboistad med sex platser. I gruppboistaden bor personer med varierande funktionsnedsättningar och omsorgsbehov.

### **4.1 Tidigare uppföljningar**

Resultat av tidigare uppföljningar visar följande:

- april 2015:<sup>1</sup> verksamheten var under uppstart och i en ”lära-känna-fas”. Lokala rutiner för väsentliga områden i ledningssystemet uppgavs vara under utarbetande likaså genomförandeplaner och arbetsrutiner.
- december 2015:<sup>2</sup> verksamheten uppfyllde inte alla delar i avtalet och det fanns behov av kvalitetsförbättringar och åtgärder på flera områden för att säkerställa en god kvalitet. Arbetsledaren var inte godkänd av Nacka kommun och hade inte den kompetens som krävs enligt avtal. Personalomsättningen var hög. Även bristande kontinuitet när det gäller de enskildas stödperson var ett problem i verksamheten. Byte av arbetsledare och verksamhetsansvarig meddelades inte kommunen i enlighet med avtalet. Synpunkts- och klagomålshanteringen var bristfällig och användes inte för verksamhetsförbättringar. Genomförandeplanerna behövde uppdateras när det gällde mål, delmål, hur insatsen skulle genomföras och vem som ansvarade. Rutiner och ledningssystem var inte förankrade hos de anställda beroende på hög personalomsättning och bristande uppföljningar och egenkontroller i verksamheten
- Vidtagna och planerade åtgärder från verksamheten februari 2016.<sup>3</sup> Se bilaga 3.
- Uppföljning av vidtagna åtgärder maj 2017:<sup>4</sup> verksamheten uppfyllde avtalskraven.

Under 2017 bedömde majoriteten av företrädarna att verksamheten förbättrats. En person flyttade dock till föräldrahemmet då företrädarna bedömde att personen gått tillbaka i utvecklingen och inte fått sina behov tillgodosedda under lång tid på gruppboisten.<sup>5</sup>

## 5 Systematiskt kvalitetsarbete

Olivia omsorg har ett ledningssystem för kvalitet i enlighet med socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9). Verksamheten har genomfört internrevision och egenkontroller enligt årshjul<sup>6</sup>.

Kvalitetsberättelse<sup>7</sup> och verksamhetsplan<sup>8</sup> har upprättats.

## 6 Dokumentation

Olivia omsorg har genomfört egenkontroll av den sociala dokumentationen och identifierat förbättringsområden.

---

<sup>1</sup> Bilaga 1

<sup>2</sup> Bilaga 2

<sup>3</sup> Bilaga 3

<sup>4</sup> Bilaga 4

<sup>5</sup> Bilaga 5

<sup>6</sup> Bilaga 6

<sup>7</sup> Bilaga 7

<sup>8</sup> Bilaga 8

## 7 Ledning och personal

Enligt krav 9.1 i avtalet med Nacka kommun ska utföraren ha en särskilt avdelad arbetsledare som har det direkta ansvaret och kontinuerligt deltar i verksamheten. Denna person ska endast ansvara för verksamheten på boendet.

Kravet innebär även att arbetsledaren ska godkännas av Nacka kommun då arbetsledaren inte med automatik är samma person som den som är verksamhetsansvarig och tillståndsinnehavare hos socialstyrelsen.

Tidigare organisation hos Olivia omsorg innebar att verksamhetsansvarig var ansvarig för ytterligare tre gruppbostäder i Nacka och Tyresö och att det fanns en särskild arbetsledare på Solsidevägen.

Augusti 2015 anställdes en ny verksamhetsansvarig som godkändes av inspektionen för vård och omsorg (IVO). Ansvarig arbetsledare byttes ut utan kommunens kännedom. Orsaken till bytet är okänd för kommunen.

Vid granskning 2015-12-09 framkom att ansvarig arbetsledare inte uppfyllde kompetensplanen i avtalet med Nacka kommun och en åtgärdsplan begärdes av kommunen.

Ny verksamhetsansvarig och ny verksamhetsledare anställdes i maj 2016.

I samband med att dåvarande verksamhetsansvarig slutade genomfördes en organisationsförändring som innebar att verksamhetsansvarig även blev arbetsledare för den dagliga driften. Dåvarande arbetsledare godkändes av IVO som verksamhetsansvarig. Detta innebar i praktiken att kontinuiteten i arbetsledningen upprätthölls och verksamhetsansvarig fanns på plats på gruppboستaden.

Verksamhetsansvarig slutade sin anställning i mars 2018 och en ny verksamhetsansvarig anställdes. Vid anställningens start var personen inte godkänd av IVO och inte heller av Nacka kommun. Tillstånd från IVO meddelades juni 2018. Verksamheten har inte uppfyllt krav 9.1 i kraven till avtalet med kommunen. "Om utföraren byter ansvarig arbetsledare ska detta anmälas till beställaren för godkännande av den nya."

Då personen inte fick personals och föräldrars förtroende valde Olivia omsorg att avsluta personens tjänstgöring på Solsidevägens gruppbostad.

Ny rekrytering pågår och för närvarande fungerar en konsult som verksamhetsansvarig och arbetsledare på gruppboستaden i avvaktan på rekrytering och introduktion av ny arbetsledare. Detta är godkänt av Nacka kommun.

## 8 Personal och bemanning

I verksamheten arbetar tretton vårdare och en verksamhetschef. Personalen arbetar på rullande schema och har vaken nattpersonal.

Verksamheten har en hög personaltäthet i förhållande till bedömda stöd- och omvårdnadsbehov.

## 8.1 Personalomsättning

Verksamheten har sedan starten haft en hög personalomsättning. Under delar av 2016 och 2017 stabiliserades läget. Verksamheten genomförde ett flertal åtgärder i form av lokala rutiner, handledning och kompetensutveckling.

Under våren 2018 valde fem personer att säga upp sig från sin anställning. En av dessa personerna har återtagit sin uppsägning.

En stödpedagog har anställts från juni månad och rekrytering av ny personal pågår.

## 8.2 Sjukfrånvaro<sup>9</sup>

2018	Sjukfrånvaro i procent dag 1-14	Sjukfrånvaro i procent dag 15-
Januari	2,50%	6,15%
Februari	3,78%	6,10%
Mars	4,86%	6,98%
April	2,74%	2,13%
Maj	6,50%	0,20%
Juni	2,68%	0,00%

Detta kan inte ses som en anmärkningsvärt hög sjukfrånvaro. Både personal och handläggare lyfter den höga sjukfrånvaron som ett stort problem. Sjukfrånvaron kan upplevas som hög om inte vikarier tillsätts.

## 8.3 Sammanfattning av intervjuer med personal

Elva personalintervjuer har genomförts. Även personal som har slutat eller är på väg att avsluta sin anställning har intervjuats.

- Majoriteten av den intervjuade personalen uppger att det är en bra personalgrupp som är engagerade. De kommunicerar, samarbetar, diskuterar arbets- och förhållningsätt och citat "krigar för brukarna".
- Några personer uppger att det finns problem med att "några" inte följer beslutade rutiner och följer sina arbetstider. Detta skulle gå att lösa med en närvarande och arbetsledning som kan "styra upp" och som lyssnar på personalen.
- Ledarskapet brister. Det finns inte en närvarande chef på plats för att ge stöd i det dagliga arbetet se till att alla följer rutinerna och arbeta med "ordning och reda". (Undantag: föregående år).
- Informationsöverföringen från företaget är dålig och chefer kommer och går utan ordentlig förklaring.
- Personalen har regelbundna personalmöten men flera uppger att de har behov av omedelbart stöd när det varit situationer som varit svåra, det går inte att vänta två veckor till nästa personalmöte.

<sup>9</sup> Bilaga 9

- När det gäller kompetensutveckling så är det varierande omdömen, några tycker att de har bra möjligheter till kompetensutveckling, andra tycker att de inte alls får den kompetensutveckling de efterfrågar.
- Vikariebrist/underbemanning vid frånvaro. Konstant underbemanning vid frånvaro medför stress för att man inte kan tillgodose annat än de boendes basala behov. Vid underbemanning går resurserna till de som ”hör mest”. De mer tysta personerna kommer i skymundan.
- Företaget lyssnar inte på personalen utan förändringar sker först när företrädare eller kommun klagar. Personalen ses inte som en resurs.

Sammantagen bedömning av personalintervjuerna är att det finns engagerad och kompetent personal. Personalen uttalar att de har stort behov av en närvarande arbetsledare som kan planera vikarietillsättning, kompetensutveckling, ge stöd i det vardagliga arbetet och hantera konflikter/motsättningar i personalgruppen. Arbetsledaren behöver också arbeta aktivt med att genomförandeplaner och följsamhet av rutiner och arbetssätt.

## 9 Avvikelser

Av sammanställning av avvikelser från utföraren framgår att sammanlagt 74 avvikelser har registrerats under de första sex månaderna 2018. Tjugo avvikelser rörde läkemedelshantering och fjorton personal och bemanning.<sup>10</sup>

	20170101- 0630	20180101- 20180627
avvikelser läkemedelshantering	28	20
avvikelser personal/bemanning	7	14

Av de avvikelser som avser personal/bemanning är samtliga utom en inrapporterade av chef.

Majoriteten handlar om att rutiner inte följts så att enskilda boende inte fått sina behov tillgodosedda. Underbemanning anges som direkt orsak i en av avvikelserna.

### 9.1 Synpunkter och klagomål

Ett flertal synpunkter har kommit till Nacka kommun när det gäller brister i verksamheten.

En fråga om intervjuer/enkät svar har skickats ut till företrädare för de boende. Sammanlagt har företrädare/föräldrar till tre boende kommit med svar. Av dessa intervjuer och tidigare inkomna synpunkter framgår följande:

- brister i ledning och styrning
- extrem omsättning av stödpersoner

<sup>10</sup> Bilaga 10

- hög personalomsättning med oförmåga att rekrytera och behålla lämplig personal
- underbemanning vid frånvaro/bristande personalplanering
- bristande planering i verksamheten
- bristande kontinuitet i rutiner och systematiskt arbetssätt runt de enskilda,
- brist på stimulans
- brist på sociala och individuella aktiviteter
- passiviserande arbetssätt
- brist på kunskap om kroppsspråk och alternativ kommunikation

## 10 Samverkan

Samverkan sker med de boendes dagliga verksamheter i varierande omfattning. Intervjuade stödpersoner har kontakt med ”sina ” boendes verksamheter. Enligt några av företrädarna är inte den samverkan tillräcklig. Då det fungerar bra på daglig verksamhet finns önskemål om att gruppbostadens personal samverkar mer med daglig verksamhet för att ta del av hur de arbetar med den enskilde. Det önskemålet har inte hörtsammats enligt de svar vi fått från företrädare.

## 11 Handläggares bedömning

Handläggaren är ansvarig för samtliga sex personer som bor på Solsidevägens gruppbostad. Handläggarens bedömning överensstämmer med personalens och företrädarnas uppfattning. Handläggaren uppger att bemanningsproblem och bristande ledning har gjort att det inte varit möjligt att arbeta mer långsiktigt och ingående utifrån brukarnas behov. Biståndshandläggarens uppfattning är att verksamheten inte är bemannad utifrån omsorgsenhetens beställning utan utifrån hur personal- och vikariesituationen ser ut. Det har varit återkommande att det inte funnits tillräckligt med personal på kvällar och helger. Handläggaren har uppmärksammat en viss bristande professionalitet både hos personal och tidigare ledning. Aktiviteterna som utförs har inte alltid varit utifrån kundernas behov och önskemål utan utifrån vad personalen har för preferenser och tidsramar.

## 12 Sammanfattning av granskningen

Solsidevägens gruppbostad är en komplex verksamhet på grund av de mycket varierande funktionsnedsättningarna hos de boende som kräver personal med hög kompetens när det gäller bemötande av personer med utåtagerande beteende, kommunikationssvårigheter och stora fysiska omvårdnadsbehov. De boende har olika funktionsnedsättningar vilket innebär att de som ibland behöver extra stöd tar tid från de som ”hörs mindre”. En stödpedagog har anställts för att handleda på plats. Bemanningen är tillräcklig i grunden. Personalen måste arbeta ”en mot en” för att kunna tillgodose de enskildas olika behov och det bygger på planering och att all personal finns på plats. Gruppaktiviteter är svårt att genomföra med tanke på de olika behoven.

Verksamheten kräver daglig ledning och styrning. Utföraren har haft återkommande problem att få till en stabil ledning och styrning på



gruppboastaden. Den fanns under en period under föregående år men för övrigt har ledningssituationen varit ostabil. Oron vid byte av ny verksamhetsansvarig gör att folk inte stannar utan söker andra arbeten. Oro finns bland både företrädare och personal då några av ”klipporna” i personalgruppen slutar sin anställning. Sjukfrånvaro och hög personalomsättning gör att det brister i kontinuitet både i det dagliga arbetet och när det gäller stödpersoner.

Det finns upprättade rutiner och arbetsätt men de följs inte alltid. Detta är en ledningsfråga men även personalen har sitt ansvar att om ta upp detta med sina kollegor eller chef. Av sammanställningen av avvikelser framgår att brist på följsamhet av rutiner leder till brister för de enskilda. Det finns en kompetent och engagerad grund i personalgruppen men de är inte helt samarbetade eftersom det finns en del motsättningar och några kör ”sitt eget race”. Detta borde gå att lösa med en bra ledning och en ökad teamkänsla. Företrädarna beskriver hur omsorgen är helt beroende på vem som jobbar. Det finns en del av personalen som har svårt att hantera när en boende mår dåligt, de önskar då, men får inte praktiskt stöd av arbetsledare/handledare.

När det gäller samverkan med ledning framkommer både av personal och företrädare att de inte har tillit till företagets ledning när det gäller information om verksamhetsförändringar och rekrytering av arbetsledare. Verksamheten har inte heller uppfyllt krav 9.1 i kraven i avtalet med kommunen. ”Om utföraren byter ansvarig arbetsledare ska detta anmälas till beställaren för godkännande av den nya.”

Granskningen visar att Olivia Omsorg har haft svårt att få till en stabil ledning på Solsidevägens gruppbostad. Detta resulterar i hög personalomsättning och därmed får konsekvenser för de boende eftersom rutinerna inte alltid följs och personalkontinuiteten minskar. Verksamhetsutvecklingen bromsas av återkommande chefsbyten och personalomsättning.

## 13 Bilagor

1. Granskningsrapport 2015-04-27
2. Granskning av bostad med särskild service enligt LSS, Solsidevägens gruppbostad (Olivia omsorg) 2015
3. Solsidevägens gruppboende sammanställning av åtgärder
4. Granskning av Solsidans gruppbostad LSS, Olivia omsorg
5. Årshjul Solsidevägens gruppbostad
6. Internrevision – Utvärdering och uppföljning av LSS-boende
7. Verksamhetsberättelse 2017
8. Verksamhetsplan 2018
9. Sjukfrånvaro
10. Avvikelsesrapportering



2015-04-27

PM

Anna Spångmark

sociala kvalitetsenheten

## Bostad med särskild service enligt LSS

Solsidevägens gruppbostad

### Antal boende:

sex

### Namn på verksamhetsansvarig

Ingrid Möllborg

### Namn på den person som utövar den dagliga ledningen

Hans Eriksson

### Tillstånd/anmälan IVO finns och stämmer

ja

### Tidigare uppföljningar, resultat

Nystartad verksamhet november 2014

### Uppföljning genomförd genom:

Intervju med arbetsledare

granskning av rutiner och riktlinjer

enkätsvar



## Uppföljningen genomförd av planerare/utvecklare på sociala kvalitetsenheten:

Anna Spångmark

### Sammanfattning

Då verksamheten är nystartad pågår ett omfattande arbete med att lära känna de enskilda och deras behov. Arbetar individinriktat.

Grundläggande rutiner finns enligt avtal.

### Åtgärdsplan begärd

Nej

### Besöksdatum

24.04.2015

### Fritid

#### Hur ofta sker individuella aktiviteter?

Målsättningen är minst en individuell aktivitet per vecka men personalen och boende behöver lära känna varandra och planera tillsammans. Samtliga boende har verksamhet dagtid.

#### Erbjuds fasta gruppaktiviteter?

Ja

Disco varje vecka, pysselkväll, utflykt varje helg, musik.

#### Hur har den enskilde inflytande över gemensamma aktiviteter?

Möjlighet att önska. Kartläggning av önskemål pågår.

#### Har den enskilde inflytande över planering av individuella aktiviteter? Kan den enskilde planera och önska?

Ja det är tanken. Lyssnar in de anhörigas önskemål då de flesta brukarna saknar klar verbal förmåga. En utbildningssatsning som innebär att sex anställda får medföljarutbildning vad är det? på Lagunen är inplanerad till den 19/5.. Två brukare har provat på rullstolsdans vilket eventuellt blir en stående aktivitet. Söndering av att låta en brukare få börja rida häst pågår.

#### Semesteraktiviteter. Har alla boende möjlighet att få en veckas vistelse utanför gruppboenden. Ge exempel på semesteraktiviteter

Detta är första sommaren. Enligt anordnaren önskar tre gode män inte en veckas frånvaro från gruppboenden då deras grava kognitiva funktionsnedsättning inte gynnas av en vistelse på

annan ort. Två brukare kommer att få minst en veckas semestervistelse tillsammans med föräldrarna. När det gäller den sjätte brukaren planeras istället regelbundna fritidsaktiviteter. Dessa fritidsaktiviteter kommer också att erbjudas till de andra boende om de önskar.

## Måltider

**Finns det möjlighet för den enskilde att välja mellan gemensamt tillagade måltider och att laga och äta mat i den egna lägenheten?**

Ja

## Dokumentation

**Uppfyller verksamheten kraven för dokumentation?**

Har just börjat dokumentera i nytt verksamhetssystem. Dokumentationen granskades inte vid besöket på grund av att övergång till digital dokumentation Granskas vid nästa uppföljning 2016 då verksamheten ska uppfylla de dokumentationskrav som gäller från 2015.

**Vilka har tillgång till dokumentationen?**

Personal och arbetsledning

**Hur förvaras dokumentationen?**

Digitalt. Har just gått över till digital dokumentation. Varje person har utöver social journal och dokumentation en stöd- och servicepärm med detaljerad information om den enskilde

**Vem ansvarar för att dokumentationen görs?**

Personal och arbetsledning

**Finns skriftliga rutiner för hur genomförandeplaner upprättas och följs upp?**

Ja

**Har alla kunder aktuella genomförandeplaner?**

Ja.

Inriktningen just nu är att lära känna de enskilda personerna och deras behov, se till att de känner sig trygga. Några mål har därför inte upprättats i genomförandeplanerna



## Personal

### Uppfyller verksamheten kompetenskraven på den som utövar den dagliga ledningen på gruppboenden?

ja

### Uppfyller verksamheten kompetenskraven på den personal som ger stöd och service till de boende?

Samtliga anställda utom en har undersköterskeutbildning. Det räcker dock inte för att möta de boendes behov så alla har gått kompletterande utbildningar.

Följs upp i januari 2016. Sammansättningen av de boende ställer krav på personal bred kompetens både när det gäller fysisk omvårdnad och pedagogiskt arbetssätt. Två personer har sagt upp sig innan de började, två personer fick inte fortsätta sin provanställning på grund av attityd och samarbetsproblem. Ytterligare fyra personer har sagt upp sig. Två av dessa kunde inte arbeta på schema men arbetar kvar som timanställda. Rekrytering pågår men det är mycket svårt att hitta personal med den kompetens och personliga lämplighet som krävs för att möta de mycket varierande behov som de boende har.

### Hur stor är personalomsättningen?

Hög personalomsättning under uppstartsperioden.

### Kompetensutveckling för personalen

All personal har genomgått två dagars utbildning i autism. Det kommer att finnas ett stort behov med tanke på den stora variationen av fysiska och psykiska funktionsnedsättningar som de boende har.

### Hur följs rutiner upp?

Planeras på möten och planeringsdagar

### Hur många årsarbetare finns i verksamheten?

12

### Hur många anställda finns i verksamheten?

14



## Ledningssystem för kvalitet enligt SOSFS 2011:9

### Finns rutiner för synpunktshantering?

Ja

### Har någon allvarlig händelse i verksamheten hänt under det senaste året?

Nej

### Finns rutiner som säkerställer att personalen iakttar sekretess?

Ja

### Finns dokumenterade rutiner för riskbedömningar?

ja

### Finns dokumenterad handlingsplan för hot och våld?

ja

### Finns dokumenterad handlingsplan för brandskydd och brandövningar?

ja

## Bemötande och brukarinflytande

### Uppfyller verksamheten kraven för bemötande och brukarinflytande?

Stort fokus läggs vid att lära känna de enskilda boende och möta deras behov.

### Vilka kriterier kännetecknar ett gott bemötande för den enskilde och närstående i verksamheten?

Stor hänsyn till individuella behov och att lyssna på närståendes information och synpunkter.

### Hur tas synpunkter från anhöriga och brukare tillvara?

Samtliga boenden kommer från sitt föräldrahem. Föräldrarna är på besök flera ggr/vecka och kontakten med personalen är tät. Personalen tar tillvara föräldrarnas kunskaper.



## Information från handläggare

Företrädare har hört av sig till handläggare med oro för personalomsättningen



PM  
Anna Spångmark  
Emelie Berglund  
sociala kvalitetsenheten

## Granskning av bostad med särskild service enligt LSS, Solsidevägens gruppbostad (Olivia omsorg)

Verksamhetsansvarig  
Gruppchef  
Kvalitetsutvecklare Olivia Omsorg  
Uppföljt av planerare/utvecklare sociala kvalitetsenheten

Jimmy Fischer  
Charlotte Stridh  
Ingrid Möllborg  
Anna Spångmark  
Emelie Berglund

### Metod

Verksamhetsbesök, intervjuer med gruppchef och verksamhetsansvarig, enkätsvar från utföraren, granskning av dokumentation och rutiner i ledningssystem för kvalitet, tidigare årliga granskningar, inkomna synpunkter och klagomål samt information från handläggare.

### Sammanfattande bedömning

Verksamheten uppfyller inte alla delar i avtalet med Nacka kommun. Det finns behov av kvalitetsförbättringar och åtgärder på flera områden för att säkerställa att boendet håller en god kvalitet och uppfyller avtalet med Nacka kommun. Verksamheten har inlett förändringsarbete och vidtagit åtgärder sedan ny verksamhetsansvarig började i augusti 2015. Det finns en planering för fortsatta åtgärder när det gäller arbete med personalsituation, rutiner runt den enskilde, kontakt med närstående och förbättring av dokumentationen.

Bedömningen är att det finns brister på följande områden:

- Arbetsledaren har inte den kompetens som krävs enligt krav 9.1 i förfrågningsunderlaget.
- Personalkontinuitet: "Hur kan man ha någon sorts plan för en säkerställning att inte samma boende drabbas av flytt av kontaktperson? Har alla boende en ersättare för ordinarie kontaktperson?"
- Synpunkts- och klagomålshantering.



- Genomförandeplanerna behöver uppdateras när det gäller mål och delmål, hur insatsen ska genomföras, vem som ansvarar och när uppföljning ska göras.

#### **Fortsatt uppföljning från Nacka kommun:**

- Enkät till personal
- Brukarundersökning
- Uppföljning av att verksamhetens åtgärdsplaner följs.

#### **Verksamhet och målgrupp**

Solsidevägens gruppbostad har tillstånd för sex boende som tillhör LSS personkrets enligt 1 § 1. Gruppboenden och verksamheten är anpassad för personer som därutöver har fysiska funktionsnedsättningar och omfattande omvårdnadsbehov.

Gruppboenden är nybyggda och inflyttning påbörjades i november 2014.

De boende har mycket varierande funktionsnedsättningar och arbetsmetoderna utgår från den individuella genomförandeplanen.

Verksamhetens målsättning är att skapa en hemkänsla i boendet och att erbjuda aktiviteter och samvaro i boendet och gemensamma aktiviteter utanför boendet för de som vill.

De individuella aktiviteterna planeras i genomförandeplanerna.

För närvarande finns gemensamma aktiviteter i form av att gå på badhus och disco.

Verksamheten undersöker möjligheten att under 2016 erbjuda ridning och verksamhet med en musikpedagog. Varje boende har en kontaktman som ska ansvara för huvuddelen av stödet och omvårdnaden. *Ersättare!*

#### **Samverkan**

Verksamheten har inlett regelbunden samverkan med närstående.

En dialog med en daglig verksamhet har inletts för att förbättra samarbetet och informationsutbyte runt de enskilda.

Verksamheten samarbetar också med handläggare, hälso- och sjukvård, habilitering och andra verksamheter runt den enskilde.

#### **Tillstånd**

Verksamheten har tillstånd från inspektionen för vård och omsorg (IVO)

#### **Dokumentation och genomförandeplaner**

Genomförandeplaner finns i brandsäkert skåp, den sociala dokumentationen förvaras digitalt på server.

De genomförandeplaner som granskades vid besöket följer inte helt verksamhetens dokumenterade rutiner och är ett förbättringsområde som verksamhetsansvarig är medveten om.

Varje boende har utöver genomförandeplanen en pärm som heter "mitt stöd". Den innehåller detaljerade beskrivningar av hur den enskilde vill ha sitt dagliga stöd utfört. Den sociala dokumentationen innehåller händelser av vikt och avvikelser

### **Ledningssystem för kvalitet enligt SOSFS 2011:9**

Ledningssystemet har granskats med utgångspunkt från socialstyrelsens nationella bedömningskriterier

Rutiner finns för

- brandskydd och brandövningar
- rutiner för att förebygga skador hos brukaren/skyddsåtgärder
- introduktion av ny personal
- handlingsplan för hot och våld
- rutiner för dokumentation
- egenkontroller
- riskanalyser
- lex Sarah
- synpunkter och klagomål

Verksamheten har ett väl strukturerat ledningssystem. Verksamheten har ett årshjul Där det framgår när egenkontroller ska ske och när aktiviteter ska genomföras.

Rutiner och ledningssystem har inte varit förankrade hos alla anställda bland annat beroende på stor personalomsättning och bristande uppföljning/egenkontroll enligt verksamhetsansvarig.

Ny verksamhetsansvarig har utarbetat en åtgärdsplan för att säkerställa att rutiner för omsorgen runt de enskilda följs. Åtgärdsplanen ska följas upp av arbetsledare/enhetsledare

Egenkontroll är gjord när det gäller brandskydd.

Riskanalys är gjord och åtgärdsplan upprättad för att säkerställa rutiner runt den enskilde, intern information, och samverkan med närstående och externa aktörer.

### **Brukarinflytande och brukarundersökningar**

Verksamhetsansvarig har regelbundna möten med de närstående.

Verksamheten kommer att genomföra en egen brukarundersökning under 2016.

Nacka kommun ska genomföra en brukarundersökning under första kvartalet 2016

### **Personal och kompetens**

#### **Bemanning**

Personalen består av tolv heltidsanställda och en verksamhetsledare/arbetsledare som deltar i det dagliga omsorgsarbetet på gruppboenden.



### **Verksamhetsansvarig/arbetsledare**

Verksamhetsansvarig arbetar 25 procent på Solsidevägens gruppbostad och deltar inte i det direkta arbetet med de boende.

Enligt krav 9.1 i avtalet med Nacka kommun ska verksamheten ha en särskild avdelad arbetsledare som har det direkta ansvaret och kontinuerligt arbetar i verksamheten.

Denna person ska adekvat högskoleutbildning samt erfarenhet av arbete med målgruppen. Utföraren ska anmäla förändring av arbetsledare till Nacka kommun som ska godkänna den nya arbetsledaren.

En förändring med byte av verksamhetschef och verksamhetsledare genomfördes under våren/ sommaren 2015. Den nya verksamhetsledaren har inte godkänts av Nacka kommun.

Olivia omsorg har meddelat byte av verksamhetsansvarig till en person i Nacka kommun men det har inte meddelats vidare till avtalsansvarig i kommunen.

Charlotte Stridh är ansvarig arbetsledare med titeln verksamhetsledare. Det finns en tydlig arbetsbeskrivning av hur samverkan, information och uppföljning ska ske mellan verksamhetsansvarig och verksamhetsledare.

Verksamhetsledaren har inte adekvat högskoleutbildning eller erfarenhet av arbetsledning inom området. Hon uppfyller kravet på erfarenhet av arbete med målgruppen och har varit områdesansvarig i en personalgrupp inom hemtjänsten under två år

### **Personalomsättning**

Personalomsättningen har varit mycket stor sedan verksamheten startades. Tio personer har slutat under perioden november 2014-augusti 2015. Verksamheten har haft en stor personalomsättning, rutiner har inte varit förankrade och en del anställda har brustit i bemötande av boende och företrädare enligt verksamhetsansvarig. De boende har inte haft möjlighet att få önskad personalkontinuitet. Två av de boende har fått byta kontaktman varannan månad i genomsnitt på grund av personalomsättningen.

### **Kompetens och erfarenhet.**

En beskrivning av personalens kompetens har lämnats till Nacka kommun. Av denna framgår att

- majoriteten av de anställda (åtta personer) har adekvat kompetens och erfarenhet.
- en person har adekvat erfarenhet och gymnasieutbildning i hantverk
- uppgifter saknas för två personer

### **Genomförd kompetensutveckling**

- tillämpad beteendeanalys
- grupphandledning i pedagogik och gemensamt förhållningssätt tillsammans med andra verksamheter inom Olivia
- dokumentationsutbildning
- två föreläsningar om specifika funktionsnedsättningar
- regelbunden handledning

### **Kompetensutvecklingsplan för enheten**

En dokumenterad kompetensutvecklingsplan finns för verksamheten.

Kompetensutveckling kommer att ske inom verksamhetsområdet när det gäller dokumentation och specialpedagogik.

Tonvikten kommer att läggas på förhållningssätt och bemötande av de boende samt grupprocessen i personalgruppen för att skapa "vi-känsla" och tillit mellan medarbetarna.

Kompetensutveckling inom dessa områden kommer att ske genom extern handledning och utbildning i lågaffektivt bemötande.

### **Avvikelser**

Verksamheten har under perioden augusti-september haft 27 avvikelser.

Analys är gjord som visar att 18 av avvikelserna handlade om arbetsrutiner på enheten.

### **Inkomna synpunkter och klagomål**

En sammanställning visar att tre klagomål har kommit skriftligt till enheten under 2015. Personal och verksamhetsansvariga har mottagit muntliga synpunkter och klagomål men dessa är inte registrerade. Verksamheten uppger att de under hösten 2015 har förtydligat rutinerna för synpunkts- och klagomålshanteringen. Planeringen är att under 2016 arbeta fokuserat med att registrera och analysera synpunkter och klagomål för att använda resultaten i förbättrings- och utvecklingsarbetet.

Synpunkter och klagomål har kommit till Nacka kommun när det gäller brister i bemötande, arbetsrutiner och omvårdnad. Närstående har kontaktat kommunen med anledning av att de uppfattat stora brister i ledarskapet, personalkontinuiteten och bemötande av de boende. Närstående har omfattande klagomål på verksamheten och verksamhetsansvarig har regelbundna möten med närstående. Minnesanteckningar från dessa möten har delgetts sociala kvalitetsenheten i Nacka kommun av närstående.

Av dessa framkommer bland annat synpunkter på att ledarskapet upplevs som otillräckligt och att närstående även fått höra från personal att ledarskapet brister.

### **Missförhållanden/risk för missförhållanden (lex Sarah)**

Inga rapporter under 2015

### **Handläggarnas synpunkter**

Handläggarna har mottagit synpunkter från närstående om brister i verksamheten, framförallt när det gäller bemötande av de boende och aktiviteter.



Nacka 2016-02-23

## Solsidevägens gruppboende

### Sammanställning av åtgärder

### Kvalitetsuppföljning

Kvalitetsuppföljningen genomfördes på enheten den 19 december 2015 med Anna Spångmark, kvalitetsuppföljare Nacka Kommun. Nedanstående punkter framfördes som brister i verksamheten:

- Arbetsledaren har inte den kompetens som krävs enligt krav 9.1 i förfrågningsunderlaget.
- Personalkontinuitet – omsättning av stödpersoner
- Synpunkts-och klagomålshantering.
- Genomförandeplanerna behöver uppdateras när det gäller mål och delmål, hur insatsen ska genomföras, vem som ansvarar och när uppföljning ska göras.

### Åtgärder utifrån kvalitetsuppföljningen:

Under januari månad har en rekryteringsprocess påbörjats för ny verksamhetsledare. Personalkontinuiteten har varit hög under 2015 men har nu i januari 2016 och under februari börjat **stabiliseras**. Vi har anställt och introducerat tre nya medarbetare. 1 st utbildad Socionom och har tidigare arbetat som biståndshandläggare inom myndighetsutövning, 1 st är utbildad Hälsovetare och 1 st har omvårdnadsutbildning.

Vi söker efter ytterligare en medarbetare som vi hoppas kan vara på plats under slutet av februari, i början av mars.

Under februari månad kommer vår externa handledning igång. Vilket ska stärka upp teamkänslan i arbetsgruppen. Handledningen kommer att pågå över hela våren med 4-5 träffar.

Under februari månad kommer vi införa ett digitalt avvikelshanteringssystem i ett led att stärka upp det systematiska förbättringsarbetet på enheten.

Arbetet med genomförandeplanerna har påbörjats under januari månad och bör vara färdiga under februari månad. Vi har bjudit in vår kvalitetsamordnare för att stärka upp vår kompetens kring upprättandet samt uppföljandet av genomförandeplaner.

Strukturen för stödpersonskapet har setts över. Tidigare struktur på enheten var otydliga och det fanns information som lätt hamnade mellan stolarna.



Den enskilde kommer att ha två stödpersoner, i ett s.k. gemensamt stödpersonskap. Teamet kommer arbeta med tydliga ansvarsområden och med täta uppföljningar med verksamhetsledare.

Vår förhoppning är att ett gemensamt stödpersonskap ska öka tryggheten för den enskilde och säkerställa ett tydligt pedagogiskt ledarskap.

”Mitt stöd” fortsätter att förfinas och utvecklas för att bli ett värdefullt verktyg för vårdarna i det vardagliga arbetet.

### Utvecklingsområden på enheten våren 2016

- ”Mitt stöd”
- Matvärdskap
- Aktiviteter – rörelse, kreativitet och stimuli
  - Veckoaktiviteter
    - ”Händer i kväll”
    - Lördagsbio
- Egen tid – med personal, högläsning, promenad m.m.
- Stödpersonskapet

Nedtecknat i tjänst,

Jimmy Fischer  
Verksamhetschef





PM  
Lotta Nobel  
Anna Spångmark

Socialnämnden

## Granskning av Solsidans gruppbostad LSS, Olivia omsorg

verksamhetsansvarig Solsidevägens gruppbostad  
arbetsledare Solsidevägens gruppbostad

Madeleine Solenäng  
Lena Hellis

Uppföljning gjord av Kvalitet och Stöd, Omsorgsenheten:  
planerare/utvecklare  
medicinskt ansvarig sjuksköterska

Anna Spångmark  
Lotta Nobel

övriga deltagare från Hälso- och sjukvårdsgruppen:  
sjuksköterska  
arbetsterapeut

Amanda Terring  
Martin Johansson

### Metod

Verksamhetsbesök, intervjuer med verksamhetsansvarig och arbetsledare, granskning av dokumentation och rutiner i ledningssystem för kvalitet, enkätsvar från företrädare, inkomna synpunkter och klagomål samt information från handläggare.

### Tillstånd

Verksamheten har giltigt tillstånd från inspektionen för vård och omsorg (IVO).

### Sammanfattande bedömning

Vid granskning 2015-12-09 hade verksamheten brister i rutiner runt den enskildes omvårdnad, dokumentation, kompetens, förankring av rutiner i kvalitetsledningssystemet samt bristande riskanalyser och egenkontroller. En åtgärdsplan upprättades som följts upp kontinuerligt av Nacka kommun.

Bedömningen är att verksamheten har genomfört ett omfattande förbättringsarbete och åtgärdat bristerna så att verksamheten nu uppfyller kraven i avtalet med Nacka kommun. Särskilt positivt är den utveckling som skett i verksamheten när det gäller ledning och styrning, dokumentation samt lokala rutiner i det systematiska kvalitetsarbetet.



Plan finns för fortsatt förbättrings- och utvecklingsarbete. Det finns behov att anpassa och genomföra fritidsaktiviteter utifrån de enskildas önskemål.

Hälso- och sjukvårdsgruppen behöver fortsätta arbetet med att kvalitetsssäkra hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

Samverkan kring boende med nedsatt nutritionsstatus behöver utvecklas och en lokal rutin för att förebygga undernäring behöver tas fram av verksamheten.

Årliga läkemedelsgenomgångar med primärvården behöver ske i förekommande fall.

Uppföljning av förbättringsarbete, säkring av rutiner och personalens delaktighet i kvalitetsarbetet samt de boendes möjligheter till fritidsaktiviteter genomförs av Nacka kommun oktober 2017. En brukarundersökning kommer att genomföras under hösten 2017.

### **Personal och kompetensutveckling**

En ny verksamhetsansvarig och en ny verksamhetsledare med adekvat kompetens är anställda sedan maj 2016. Verksamhetsledaren deltar i det dagliga arbetet på gruppboenden. Verksamhetsansvarig ansvarar för ytterligare tre bostäder med särskild service.

Tretton vårdare arbetar schemalagt och verksamheten har vaken nattpersonal.

Majoriteten av personalen har adekvat kompetens och erfarenhet.

Personalomsättningen har varit hög sedan gruppboendet startades under 2014 men har minskat något under 2016. Sammanlagt slutade en verksamhetschef, en verksamhetsledare och sex vårdare fram till augusti 2016. Sedan dess har ytterligare en person slutat sin anställning.

Verksamheten uppger att det är stora svårigheter att rekrytera både fast personal och vikarier. Orsakerna till detta bedöms av verksamhetsansvariga bland annat vara kommunikationerna till Solsidevägen, lokalernas utformning ut arbetsmiljösynpunkt och att personalen behöver ha kompetens på många olika områden för att kunna möta de boendes behov.

All personal har haft handledning och genomgått utbildning i att dokumentera och upprätta genomförandeplaner med hjälp av Olivia omsorgs kvalitetsansvarige.

Utöver detta har individuell kompetensutveckling skett i form av utbildning i specialpedagogik och föreläsningar om olika funktionsnedsättningar.

### **Ledningssystem för kvalitet enligt SOSFS 2011:9**

#### **Ledningssystem för kvalitet**

Verksamheten har ett ledningssystem för kvalitet som följer Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Det finns relevanta rutiner kopplade till de olika processerna i verksamheten. På enheten finns rutinerna även i pappersformat och är samlade i en pärm som är tillgänglig för all personal.

Verksamheten har rutiner för hur hälso- och sjukvården ska kontaktas när de boendes hälsotillstånd förändras.

Verksamheten har uppmärksammat de nya rutinerna som gäller för basal hygien enligt SOSFS 2015:10 och lokala rutiner finns. Arbetskläder och skyddskläder finns.

Verksamheten har rutiner för att årligen kontrollera och serva de hjälpmedel som inte är individuellt förskrivna, exempelvis vårdängar, liftar och segel till liftar.

Verksamheten behöver ta fram lokala rutiner om nutrition/risk för undernäring enligt SOSFS 2014:10.

### **Rutiner för synpunkter, avvikelser och risk för missförhållanden**

Verksamheten har rutiner för avvikelserapportering och har implementerat kvalitetsledningssystemet Infosoc för att hantera avvikelser. Det framgår av sammanställning av avvikelser att verksamheten nu arbetar strukturerat med avvikelshanteringen som en del i kvalitetsarbetet.

Alla avvikelser tas upp i samband med personalmöten. Synpunkter har också inkommit till kommunen om brist på fritidsaktiviteter och att informationsöverföring mellan personal och till närstående behöver förbättras.

Verksamheten behöver identifiera vad som är en avvikelse enligt Hälso- och sjukvårdslagen och vad som är ett klagomål eller risk för missförhållanden (lex Sarah).

Kopior på avvikelser och eventuella fallrapporter behöver förmedlas till Hälso- och sjukvårdsgruppen så att patientsäkerheten säkras.

### **Samverkan och informationsöverföring**

Samarbete har påbörjats med brukarnas dagliga verksamheter genom att personal från gruppboenden besökt de boende på deras respektive verksamheter. Syftet med besöken är att få kännedom om brukarnas dagliga verksamheter och främja samarbetet mellan boende och daglig verksamhet.

Synpunkter har kommit till Nacka kommun från en daglig verksamhet om brister i samverkan runt två enskilda brukares hjälpmedel.

Samarbetet med Hälso- och sjukvårdsgruppen, Vårdcentralen Familjeläkarna i Saltsjöbaden och de flesta dagliga verksamheterna upplevs som välfungerande.

Verksamheten har inget behov av samarbete med den lokala psykiatriska vården.

Ingen läkemedelsgenomgång via primärvården finns registrerade i Procapita.

Det finns en samordnad individuell plan, en så kallad SIP upprättad. Arbetet behöver fortsätta så att SIP: en är aktuell och adekvat.

### **Brukarinflytande och brukarundersökningar**

Nacka kommun genomförde brukarundersökningen kvalitetsbarometern LSS 2016 och resultatet var under värdet för "godkänt". En enkätundersökning från kommunen till de boendes företrädare genomfördes i mars 2017. Den visade att företrädarna tyckte att verksamheten delvis förbättrats men att missnöje kvarstår på flera områden som till exempel bemanning, aktiviteter och tillgänglighet. Det är områden som verksamheten kommer att arbeta aktivt med att förbättra. I kontakt med företrädare till de boende och kommentarer i enkäten påpekar flera personer att ledning och styrning har förbättrats.



## Dokumentation

Genomförandeplaner och social dokumentation har förbättrats sedan föregående granskning. Personalen kommer under våren att få utbildning i verksamhetens dokumentationssystem, "Rätt spår", för att förenkla och förbättra genomförandeplanerna och utveckla arbetet med mål och delmål för den enskilde.

Utöver genomförandeplan och social dokumentation har varje person en personlig pärm, "Mitt stöd", som detaljerat beskriver hur den enskilde vill ha sina insatser och omvårdnad utförd.

Hälso- och sjukvårdsgruppen skriver sin hälso- och sjukvårdsdokumentation i det utgående systemet Procapita. Från och med den 15 maj övergår gruppen till att dokumentera i kommunens verksamhetssystem Pulsen Combine. Samtyckesblankett används och skrivs när boende flyttar in.

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen uppfyller i stora drag de krav som patientdatalagen ställer. Hälsohistoria, pågående vård samt livsstil behöver utvecklas. Under sökordet "överkänslighet" saknas dokumentation i fem av sex journaler. Registrerat samtycke finns i fem av sex journaler och den samtyckesblankett som saknas är på väg in.

Skydds- och begränsningsåtgärder finns dokumenterade enligt gällande rutin.

På verksamheten har de boende som har insatser av Hälso- och sjukvårdsgruppen en pärm där det framgår vilka insatser och hjälpmedel vederbörande har samt läkemedelslista och signeringslista i förekommande fall. Vid granskningen är samtliga pärmar aktuella och uppdaterade.

## Förebyggande hälso- och sjukvårdsarbete

Enligt Folkhälsomyndighetens slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshinderpolitiken 2011–2016" med Dnr 00599/2014, finns att läsa att personer med funktionsnedsättning skattar sin hälsa sämre än övriga befolkningen. Även i Socialstyrelsens slutrapport inom samma område framkommer att hälso- och sjukvården behöver öka sina kunskaper om personer med funktionsnedsättning och deras hälsorisker. Det gäller även för socialtjänsten att öka sin kunskap för att stödja personer med funktionsnedsättning i kontakten med hälso- och sjukvården när det finns misstanke om ohälsa. De ökade kunskaperna behöver leda till ett förändrat arbetssätt.

Utifrån ovanstående har även följande områden följts upp med hjälp av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan:

Inga brukare använder lugnande läkemedel, sömnmedel, antidepressiva läkemedel, ADHD-läkemedel eller antipsykotiska läkemedel.

Samtliga brukare har pågående kontakter med tandläkare.

Som ett utvecklingsområde inom hälsoperspektivet diskuterades möjligheten och vikten av att sätta individuella hälsomål tillsammans med den enskilde utifrån hans/hennes behov och önskemål för att identifiera vilket stöd han/hon behöver för att förbättra/bibehålla sin hälsa.

**Från:** madeleine.solenang@olivia.se  
**Till:** anna.spangmark@nacka.se; lena.hellis@olivia.se  
**Cc:**  
**Bcc:**  
**Ärende:** rapporten  
**Skickat:** 10.05.2017 21:47:37  
**Bilagor:**  
**Inbäddade bilagor:**

Hej Anna!

Vi har nu läst rapporten och jag har givit dig fel uppgifter avseende antal medarbetare. Vi har 13 vårdare anställda.

Jag glömde en 50% natt där personen slutade för en månad sedan.

Fram tills för en månads sedan har ingen slutat sedan augusti 2016.

Sedan så började både Lena och jag i maj månad.

Ha det gott!

//

Madeleine

Med bästa hälsningar

**Madeleine Solenäng**

Verksamhetschef

**Olivia Omsorg**

Magnus Ladulåsgatan 8A, 118 66 Stockholm

Mobil 070-753 89 55

[madeleine.solenang@olivia.se](mailto:madeleine.solenang@olivia.se)

[www.oliviaomsorg.se](http://www.oliviaomsorg.se)



## ÅRSHJUL SOLSIDEVÄGENS GRUPPBOSTAD

<b>Januari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitets och verksamhetsberättelse</li> <li>• Brandkontrollant gör brandrond</li> <li>• Uppdatera boendes personliga pärmar samt akutmappar och ekonomiska överenskommelse.</li> <li>• Egenkontroll 1-4</li> </ul>
<b>Februari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revidering av enhetens introduktionsplan</li> <li>• Medarbetarsamtal</li> <li>• Genomgång livsmedelsrutiner</li> <li>• SBA-pärm uppdateras</li> <li>• Brandgenomgång</li> </ul>
<b>Mars</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riskanalys kring den enskilde.</li> <li>• Semesterplanering ansökan om ledigt inlämnad senast 31/3.</li> <li>• Annons semestervikarier</li> <li>• Psykosocial skyddsround</li> <li>• Ergonomisk genomgång</li> <li>• Egenkontroll 5</li> <li>• Genomförandeplaner</li> </ul>
<b>April</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hälsoundersökning för de nattarbetare som omfattas bokas.</li> <li>• Brandkontrollant gör brandrond</li> <li>• Genomgång basala hygienrutiner</li> <li>• Kompetensutvecklingsplan utifrån medarbetarsamtal.</li> </ul>
<b>Maj</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uppföljning av medarbetarundersökning samt handlingsplan.</li> <li>• Egenkontroll 6</li> <li>• Sommarschema klart för personal och boende.</li> <li>• Sommarvikarier klara.</li> <li>• Brandgenomgång</li> </ul>
<b>Juni</b>	

<b>Juli</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fönsterputs</li></ul>
<b>Augusti</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medarbetarundersökning aug-sept</li><li>• Brandkontrollant gör rond</li><li>• Egenkontroll 7-8</li></ul>
<b>September</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Riskbedömning av fysisk och psykosocial arbetsmiljö individnivå och gruppbostad.</li><li>• Handlingsplan för medarbetarundersökning</li><li>• Lönesamtal</li><li>• Fysisk skydds rond.</li><li>• Genomförandeplaner</li><li>• Brandgenomgång</li></ul>
<b>Oktober</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Egenkontroll 9-11</li><li>• Juledighet inlämnad senast 30/10</li><li>• Brukarundersökning</li><li>• Genomgång basala hygienrutiner</li><li>• Genomgång livsmedelsrutiner</li></ul>
<b>November</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verksamhetsplan 2019</li><li>• Semesterplanering jul-nyår</li><li>• Statistik i infosoc tillbud, arb.skador sammanställningar.</li><li>• Brandkontrollant gör rond.</li><li>• Storstädning</li></ul>
<b>December</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Brandgenomgång</li></ul>



FORMDATA © 2015-2018 ASBRA AB

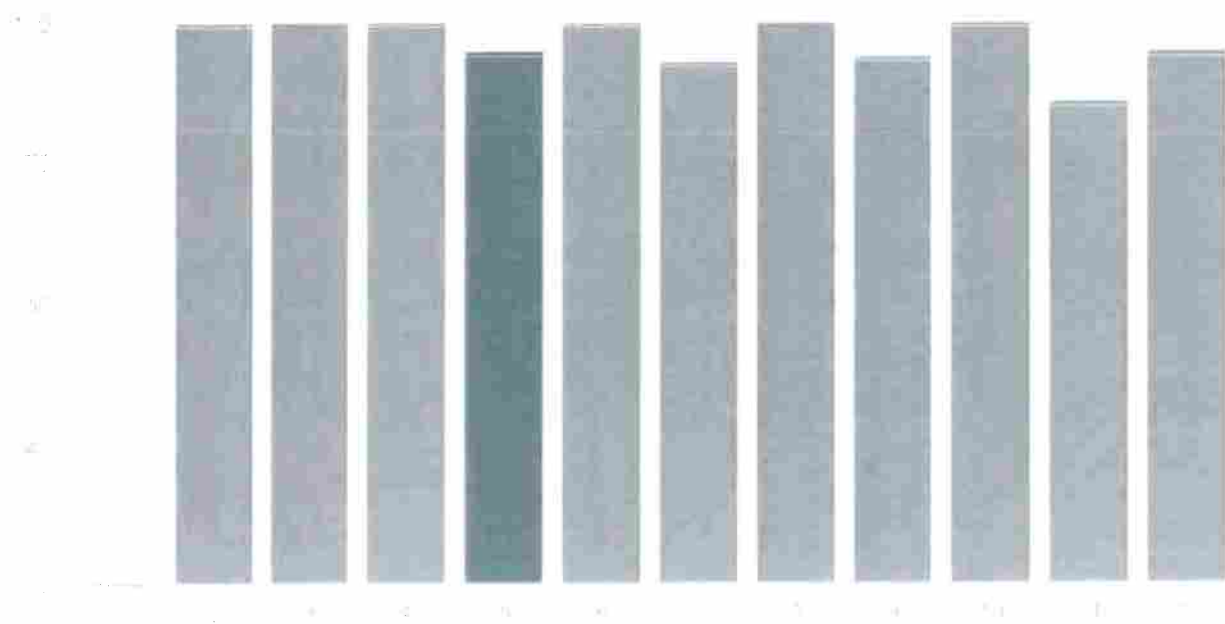
# Internrevision - Utvärdering och uppföljning av LSS-boende

**Olivia Omsorg - Solsidevägen**

Skapades: 2017-11-21 12:46:11

Ändrades senast: Aldrig

1. Avtal	0 # 0	0%
2. Lokaler	5 # 5	100%
3. Brand	25 # 25	100%
4. Livsmedel & hygien	5 # 5	100%
5. Kvalitetsarbete, administration	211 # 221	95%
6. Kvalitetsarbete, individ	221 # 221	100%
7. Dokumentation av insats	250 # 270	93%
8. Hälso- och sjukvård	110 # 110	100%
9. Personal och arbetsgivare	170 # 180	94%
10. Ekonomi	9 # 9	100%
11. Undersökningar	120 # 140	86%
12. Total	1126 # 1186	95%



❗ - Denna symbol indikerar att frågan är en personalfråga.

## 1. Avtal

- ✓ **1. Aktuella avtal med uppdragsgivare finns på verksamheten alternativt på det lokala huvudkontoret ?**
- ✓ **2. Avtal för lokalen finns på verksamheten alternativt på det lokala huvudkontoret ?**
- ✓ **3. Avtal för elförsörjning finns på verksamheten alternativt på det lokala huvudkontoret ?**
- ✓ **4. Avtal för internetförsörjning finns på verksamheten alternativt på det lokala huvudkontoret ?**  
Citrix
- ✓ **5. Avtal för bil finns på verksamheten alternativt på det lokala huvudkontoret ?**

## 2. Lokaler

- ✓ **1. Första intrycket av lokalerna är att de ser rena och väl underhållna ut ?**
- ✓ **2. Underhållsplan för lokalen finns ?**
- ✓ **3. Upplevs lokalerna vara anpassade till verksamhetens behov ?**
- ✓ **4. Schema för städning av lokalerna finns och följs ?**
- ✓ **5. Rutin för elavbrott finns ?**

## 3. Brand

- ✓ **1. Enhetens brandskyddsorganisation finns och kan tydligt beskrivas ?**
- ✓ **2. Utrymningsplan finns och kan tydligt uppvisas ?**
- ✓ **3. Brandskyddsutrustning finns ?**
- ✓ **4. Egenkontroll enligt checklista, avseende lokaler och brandskyddsutrustning, genomförs minst var tredje månad ?**
- ✓ **5. Brandövning genomförs minst en gång per år ?**

## 4. Livsmedel och hygien

- ✓ **1. Rutin för regelbunden rengöring av kök, kyl/frys och förvaringutrymmen finns och följs ?**

- ✓ **2. Tydliga rutiner för hantering och förvaring av rester och övrigt livsmedel finns?**
- ✓ **3. Rutiner som verkar för obruten kylkedja för livsmedel finns och följs ?**
- ✓ **4. Rutiner för regelbunden temperaturkontroll av kyl/frys och diskmaskin finns och följs ?**
- ✓ **5. Hygienrutiner för arbetet i köket finns och följs ?**

## 5. Övergripande kvalitetsarbete

- ✓ **1. Finns det en aktuell Verksamhetsberättelse (i vissa bolag kallad Ledningens genomgång) ?**
- ✓ **2. Finns det en aktuell verksamhetsplan ?**
- ✓ **① 3. Tillfrågad personal upplever delaktighet i skapandet av verksamhetsplan ?**
- ✓ **① 4. Tillfrågad personal kan beskriva enhetens övergripande syfte och mål ?**  
God kännedom utifrån verksamhetens inriktning.
- ✓ **① 5. Tillfrågad personal kan beskriva hur verksamhetsplanen följs upp ?**
- ✓ **① 6. Tillfrågad personal kan beskriva hur enheten arbetar utifrån sitt kvalitetsledningssystem ?**
- ✓ **7. Rutin för revidering av ledningssystem finns och följs ?**
- ✓ **8. Är revideringarna tydligt daterade ?**
- ✓ **9. Görs Riskanalyser utifrån individ i samband med förändringar och nyinflyttningar ?**
- ✓ **① 10. Tillfrågad personal kan tydligt redogöra för de rutiner som tillämpas för hantering av avvikelser ?**
- ✓ **11. Varje avvikelse/klagomål är utredd och besvarad ?**
- ✓ **① 12. Tillfrågad personal kan tydligt redogöra för systematiken i arbetet med ständiga förbättringar ?**
- ✓ **13. Avvikelser av allvarligare karaktär och klagomål sammanställs med analys ?**
- ✓ **14. Protokollförda verksamhetsmöten (personalmöte, enhetsmöte, boendekonferens) genomförs efter dagordning ?**
- ✓ **15. Görs månadsuppföljningar av verksamhetens avvikelsehantering ?**
- ✓ **16. Görs riskanalyser enligt checklista alternativt annan tydlig rutin ?**
- ✓ **① 17. Tillfrågad personal känner till och följer rapporteringsskyldigheten som följer av Lex Sarah , Lex Maria och barn som far illa ?**

- ✓ **📍 18. Tillfrågad personal kan visa eller beskriva rutinen för Lex Sarah**
- ✓ **📍 19. Tillfrågad personal kan visa eller beskriva rutinen för hantering av klagomål ?**
- ✓ **📍 20. Tillfrågad personal kan visa eller beskriva rutiner för arbetsgruppens delaktighet i kvalitetsutvecklingen ?**  
delaktighet via verksamhetsmöten, utvecklingsdagar.
- ✓ **21. Enheten har en tydlig organisationsbeskrivning ?**  
Endast på hemsida
- ✓ **22. Alla medarbetare har aktuella befattningsbeskrivningar ?**
- ✓ **23. Det finns dokument som tydliggör stödpersonens ("kontakmannens") roll, ansvar och befogenheter ?**
- ✓ **📍 24. Tillfrågad personal kan redogöra för ansvaret enligt sin befattningsbeskrivning ?**
- ✓ **📍 25. Tillfrågad personal kan tydligt redogöra för verksamhetens överrapporteringsrutin ?**
- ✗ **26. Rutiner för överenskommen kontakt med brukarnas biståndshandläggare finns ?**  
Kontaktas vid behov.
- ✗ **27. Om ansvar fördelats som ej framgår av befattningsbeskrivningen, finns aktuella särskilda uppdrag för medarbetare dokumenterade och kontinuerligt uppdaterade ?**  
Finns ej för aktivitetsombud.
- ✓ **📍 28. Tillfrågad personal upplever att informationen om uppdateringar av ledningssystemen är tydlig ?**

## 6. Individinriktat kvalitetsarbete

- ✓ **1. Finns det rutiner för när tolk ska anlitas ?**
- ✓ **2. Har alla individer minst en utsedd stödperson ?**
- ✓ **3. Finns rutiner för att utse ersättare vid stödpersons längre frånvaro ?**
- ✓ **4. Har stödpersonen regelbundet samtal/uppföljningar med individen, utifrån genomförandeplan ?**
- ✓ **5. Erbjuds individen enskilda aktiviteter, utifrån genomförandeplan ?**
- ✓ **6. Har alla individer till någon form av daglig sysselsättning ? (skola, arbete, daglig verksamhet etc)**
- ✓ **7. Finns rutiner för riskanalys och dokumenterade beslut om skyddsåtgärder ?**
- ✓ **8. Har individen en aktuell hemförsäkring ?**

- ✓ **9. Erbjuds individerna egna lägenhetsnycklar och finns tillgängligheten till gemensamhetsutrymmena tydligt beskriven ?**
- ✓ **❶ 10. Tillfrågad personal kan redogöra för sammanhanget mellan riskanalys och dokumenterad skyddsåtgärd ?**
- ✓ **11. Finns rutin för hantering av individernas privata medel ?**
- ✓ **12. Informeras individerna rutinmässigt om hur de kan påtala eventuellt missnöje ?**
- ✓ **❶ 13. Tillfrågad personal kan tydligt redogöra för rutinen för klagomålshantering ?**
- ✓ **14. Finns forum för organiserat inflytande/delaktighet för individerna ?**  
Anhörigas och god mans synpunkter då flertalet av de boende ej har verbal förmåga.
- ✓ **15. Rutiner för inflyttning och avslut av kund och däri journalhantering finns och följs ?**
- ✓ **16. Informeras alla medarbetare vid enheten, minst månadsvis, om förändringar/uppdateringar av Genomförandeplaner?**
- ✓ **17. Finns det rutin för extraförstärkningar av personalgruppen vid behov.**
- ✓ **18. Anordnar boendet regelbundet fritidsaktiviteter ?**
- ✓ **19. Förekommer fritidsaktiviteter regelbundet för varje individ ?**
- ✓ **20. Har varje individ ett individuellt schemastöd för sina aktiviteter ?**
- ✓ **21. Får individerna dokumenterat stöd att delta i sina enskilda aktiviteter? ?**
- ✓ **❶ 22. Tillfrågad personal kan tydligt redogöra för individernas delaktighet i såväl planering- som tillagning av måltider ?**  
Ingen delaktighet i tillagning av måltider utifrån funktionsnedsättning, personal uppmärksamma på individuella uttryck kring måltiderna.
- ✓ **23. Erbjuds individen aktiv delaktighet i övriga hushållsbestyr ?**  
Utifrån möjlighet till delaktighet.

## 7. Dokumentation av LSS-insatser > Om du inte är tillräckligt

pergo tabler vid LSS insatser

- ✓ **1. Finns datumaktuella insats/bistånds/placeringsbeslut ?**
- ✓ **2. Finns datumaktuella genomförandeplaner ?**

- ✓ **3. Finns det aktuella personbeskrivningar alternativt funktionsbedömningar/kartläggningar ?**
- ✓ **4. Förs social journal, enligt aktuella riktlinjer ?**
- ✓ **5. Finns faktablad och/eller annan tydlig brukarinformation ?**
- ✗ **6. Finns riskanalyser och däri handlingsplaner, för att säkerställa individernas välbefinnande ?**  
Använder riskanalyser men inga skapade handlingsplaner till begränsningsåtgärder.
- ✓ **① 7. Tillfrågad personal kan tydligt redogöra för att inga olagliga begränsningsåtgärder eller andra icke dokumenterade inskränkningar i individernas fri- och rättigheter förekommer vid verksamheten ? [Läs mer om begränsningsåtgärder...](#)**
- ✓ **8. Finns individernas namn och personnummer på samtliga handlingar i respektive journal ?**
- ✓ **9. Finns uppgift om närståendes roll, namn och telefonnummer ?**
- ✓ **10. Är handskriften tydlig och läsbar på alla dokument ?**
- ✓ **11. Kontrollera att insats- och målbeskrivningar i genomförandeplan överensstämmer med uppdragsformuleringarna i biståndsbeslutet/placeringsbeslutet ?**
- ✓ **12. Kan individernas delaktighet tydligt utläsas i genomförandeplanerna ?**
- ✗ **13. Är kopia på planerna sända till individernas handläggare ?**  
Problem med datorsystem hos uppdragsgivare har ej gjort detta möjligt.
- ✓ **14. Revideras genomförandeplanerna minst 2 ggr/år ?**
- ✓ **① 15. Tillfrågad personal kan tydligt redogöra för hur avvikelser från genomförandeplan hanteras och dokumenteras?**
- ✓ **16. Finns det tydliga beskrivningar i genomförandeplanen av hur och när omsorgsinsatserna ska utföras ?**
- ✓ **17. Är genomförandeplanen undertecknad av individen eller dennes företrädare ?**
- ✓ **18. Finns det ett tydligt datum för nästa uppföljningstillfälle ?**
- ✓ **① 19. Tillfrågad personal kan tydligt redogöra för hur avvikelser från genomförandeplan hanteras och dokumenteras?**
- ✓ **20. Finns det tydliga dokumenterade medgivanden och överenskommelser om eventuella samverkansinsatser?**

- ✓ **21. Tillfrågad personal kan tydligt visa eller beskriva hur verksamheten säkerställer att individerna får insatser enligt genomförandeplan ?**
- ✓ **22. Finns det journalanteckning om när insatserna har startats ?**
- ✓ **23. Finns det journalanteckningar om när genomförandeplaner upprättats och eventuellt reviderats ?**
- ✓ **24. Finns det journalanteckningar om händelser av vikt alternativt sammanfattande anteckningar om att insatserna utförs enligt genomförandeplanen ?**
- ✓ **25. Är anteckningarna i sociala journalen daterade i kronologisk ordning, skrivna på arkivbeständigt sätt (med bläck om handskrivna) samt signerade ?**
- ✓ **26. Kontrollera att det går att följa sammanhanget mellan biståndsbeslut, utförande och uppföljning genom att läsa dokumentationen ?**
- ✓ **27. Finns aktuella och underskrivna ekonomihanteringsplaner för respektive individ?**

## 8. Hälso- och sjukvård

- ✓ **1. Tillfrågad personal kan beskriva skillnaden mellan egenvård och hälso- och sjukvårdsinsats ?**
- ✓ **2. Tillfrågad personal kan beskriva hur hälso- och sjukvården är organiserad och hur vårdgivaransvaret ser ut i och med detta ?**
- ✓ **3. Finns rutiner för samverkan med hälso- och sjukvård samt tandvård ?**
- ✓ **4. Finns skriftliga, aktuella, delegeringar för medicinska insatser som utförs ?**
- ✓ **5. Tillfrågad personal kan tydligt beskriva sina befogenheter utifrån hälso- och sjukvårdsorganisationen ?**
- ✓ **6. I aktuella fall finns tydliga kontaktuppgifter individens vårdgivare (t.ex. husläkare/distriktssköterska) ?**
- ✓ **7. Tillfrågad personal kan tydligt beskriva en säker läkemedelshantering i verksamheten ?**
- ✓ **8. Finns rutiner för hantering av läkemedel, utifrån egenvård och hälso- och sjukvård ?**
- ✓ **9. Finns tydliga rutiner och dokument för egenvårdsbedömning och egenvårdsstöd ?**
- ✓ **10. Finns rutiner för tandvårdsstöd och munhälsobedömningar ?**



- ✓ **❗ 11. Tillfrågad personal kan redogöra för basala hygienrutiner ?**

## 9. Personal och arbetsgivare

- ✓ **1. Personalakter finns för samtliga medarbetare ?**
- ✓ **2. Aktuella anställningsavtal för samtliga medarbetare finns tillgängliga i organisationen ?**
- ✓ **3. Utdrag ur misstanke och belastningsregistret begärs vid samtliga nyanställningar ?**
- ✓ **4. Underskriven försäkran om att följa bolagets policy och rutiner finns ?**
- ✓ **5. Underskriven försäkran gällande tystnadsplikt finns ?**
- ✓ **6. Dokumentation gällande händelser/samtal och medarbetarsamtal finns för varje medarbetare ?**
- ✓ **7. Aktuellt kollektivavtal finns tillgängligt på arbetsplatsen ?**
- ✓ **8. Schemalagda medarbetare har tillsvidareanställningsavtal alternativt tydliga vikarieanställningsavtal ?**
- ✗ **9. Årliga skyddsronder genomförs och protokollförs tydligt ?**  
Ej gjort 2017
- ✓ **10. Enheten är bemannad enligt individernas behov och verksamhetens tillstånd från IVO ?**
- ✓ **11. Riskbedömningar utifrån arbetsmiljö görs hos varje individ ?**
- ✓ **12. Tydliga rutiner för att hantera hot- och våldssituationer finns och följs ?**
- ✓ **13. Tydliga rutiner för introduktion av ny personal finns och följs ?**
- ✓ **14. Medarbetarsamtal sker årligen och dokumenteras, enligt rutin ?**
- ✓ **15. Samtliga tillsvidareanställda har en individuell kompetensutvecklingsplan ?**
- ✓ **16. Arbetstidsschemat är kontrollerat och följer arbetstidslagen ?**
- ✓ **17. Arbetsledningen kan tydligt redogöra för att inga timanställda personal finns på schemarad ?**
- ✓ **18. Arbetsplatsträffar (APT) förekommer regelbundet och protokollförs tydligt i enskilt dokument ?**

## 10. Ekonomi

- ✓ 1. Finns skriftlig rutin för att ta fram ett korrekt underlag för fakturering av uppdragsgivare ?
- ✓ 2. Har enheten budget för sin verksamhet ?
- ✓ 3. Följs resultatet upp månadsvis ?
- ✓ 4. Finns rutiner för hantering av bankkort/ handkassa och habiliteringsersättning ?
- ✓ 5. Finns rutiner för hur inköp av inventarier ska ske ?

## 11. Undersökningar - Sammanställningar och handlingsplaner

- ✓ 1. Undersökning av individers nöjdhet (brukarenkät) har genomförts enligt rutin ?  
Gjort av kommunen.
- ✓ 2. Undersökning av uppdragsgivares nöjdhet är genomförd ?  
Avtalsuppföljning 1 g/år
- ✓ 3. Resultatanalys av senaste kundundersökning är genomförd ?
- ✓ 4. Handlingsplaner finns upprättade på de områden kundnöjdheten brister ?
- ✓ 5. Medarbetarundersökning görs årligen ?
- ✗ 6. Analys av resultatet av medarbetarundersökningen är gjord ?  
Inget mätbart resultat
- ✗ 7. Handlingsplaner finns upprättade på de områden kundnöjdheten brister ?  
Inget mätbart resultat.
- ✓ 8. Klagomål sammanställs och analyseras med tydlighet ?
- ✓ 9. Avvikelser sammanställs och analyseras med tydlighet ?
- ✓ 10. Analyserna resulterar i handlingsplaner som kan uppvisas ?
- ✓ 11. Handlingsplanerna följs upp och resultaten utvärderas enligt tydlig rutin ?
- ✓ 12. Riskanalyser görs systematiskt vid varje större förändring av verksamheten ?
- ✓ 13. Riskerna värderas och dokumenteras ?
- ✓ 14. Handlingsplaner görs för att minska/eliminera riskerna ?

## Verksamhetsberättelse 2017

---

Verksamhetens namn: **Solsidevägen**

Verksamhetsbeskrivning:

Solsidevägens gruppbostad är en bostad med särskild service för vuxna 9 § 9 LSS och drivs sedan hösten 2014 av Olivia Omsorg AB på uppdrag av Nacka kommun.

I boendet bor det sex personer unga vuxna i en ålder av 24-35 år som tillhör personkrets 1 enligt LSS, det vill säga personer med utvecklingsstörning, och förutom utvecklingsstörning har några brukare diagnos autism eller autismliknande tillstånd, fysiska rörelsehinder och Downs syndrom. Gruppboستaden är lokaliserad nära Saltsjöbadens centrum. Det går på ett enkelt sätt att ta sig till och från gruppboستaden med kollektiva färdmedel. (ca 5 minuters promenadväg från Saltsjöbanan).

I verksamheten har vi 13 stycken vårdare och en verksamhetschef anställda. Personalen arbetar på rullande schema och vi har även vaken natt.

Mål för verksamheten 2017

- Att minska sjukfrånvaror.
- Att Solsidevägen ska vara en attraktiv arbetsplats att arbeta på.
- Att vi har en god samverkan med gode män/anhöriga.

Att minska sjukfrånvaror.

Tillsammans med medarbetarna har vi kartlagt möjliga orsaker till sjukfrånvaro. Att arbeta på Solsidevägen är ett kroppsarbete och vi har titta noga på den fysiska arbetsmiljön men även den psykosociala. Att Solsidevägen har de hjälpmedel vi behöver för att minska risk för arbetsskador. Vi har också tittat på hur de olika lägenheterna är möblerade och i samråd med anhöriga/gode män gjort en del förändringar som underlättar både för de boende och personalen. Våra boende har svåra funktionsnedsättningar vilket medför en skör hälsa. Deras hälsotillstånd skapar även ibland oro hos personal och vi behöver ständigt vara uppmärksam på hur de mår. Våra boende har svårt att själva kommunicera detta. Vi har aktivt arbetat med trivsel, delaktighet och har tillsammans skapat ett öppet klimat där vi kan uttrycka

våra tankar och idéer. Det arbete vi har gjort har visat sig ha effekt och sjukfrånvaron har minskat under den senare delen av 2017.

Att Solidevägen ska vara en attraktiv arbetsplats att arbeta på.

Det har varit svårt att rekrytera kompetent personal. Dels är det brist på undersköterskor och de har en god arbetsmarknad men många arbetsgivare att välja mellan. Det är ett både ett psykiskt och fysiskt tungt jobb och resvägen är lång. Det är viktigt med personalaktiviteter för att främja samarbete och trivsel samt att identifiera och åtgärda brister i den psykosociala och fysiska arbetsmiljön.

Att vi har en god samverkan med gode män/anhöriga.

Vi har många samverkanskontakter. Kontakten med anhöriga/gode män är tät och varje stödperson har en överenskommelse med respektive anhörig/god man om hur just deras kontakt ska se ut. Om man vill ha vecko-eller månadsbrev eller endast sporadisk telefonkontakt vid behov. Vi har också regelbundna möten mellan verksamhetschef och anhöriggruppen där vi kan lyfta olika frågor som berör verksamheten.

## Värdegrund

Vår vision i Olivia Omsorg - Omsorg i alla led

Vårt uppdrag är att vi ska erbjuda omsorg med hög kvalitet och skapa förutsättningar för människor med beviljad insats enligt SoL eller LSS, att leva ett självständigt liv i samhället utifrån sina behov och förutsättningar.

Vår värdegrund

- Omfånke
- Med
- Samverkan
- Olikhet
- Respekt
- Glädje

Genomförandeplaner

kvalitetsledningssystemet. En medarbetare svarar på olika frågor som har relevans för revisionen.

Det finns en egenkontrollsenkät som varje verksamhet använder för att säkerställa att man arbetar enligt de lagar och föreskrifter som vi utlovar och är skyldiga att följa. Uppföljning av eventuella brister sker 6 månader efter första granskningen.

### Resultat Internrevision

Solsidevägens resultat i internrevisionen 2017 är 95 % vilket innebär god kvalitet i våra processer i verksamheten. Under 2018 ska vi fortsätta med det systematiska arbetet med bland annat riskanalyser samt gör ett bättre arbete med att genomföra och följa upp interna och externa undersökningar.

### Ansvär och befogenheter

Vi har under 2018 gjort en förändring av organisationen vilket innebär att Solsidevägen kommer ha en verksamhetschef på plats på heltid och verksamhetsledartjänsten utgår.

Flertalet av våra medarbetare är **stödperson** eller vice stödperson till våra boende. Medarbetare har också olika ansvarsområden utöver sina arbetsuppgifter. Stödpersonsuppdraget innebär att vara ombud för den boende, att alltid ha hennes/hans behov och intressen i fokus. Vid stödpersonens frånvaro delegeras ansvaret till vice stödperson. Stödpersonen ska kontinuerligt uppdatera informationen kring brukaren. Stödperson arbetar med boendes årshjul och följer upp den enskildes genomförandeplan och dennes mål. Stödpersonen ansvarar för alla kontakter med externa samverkanspartners.

De ansvarsområden som finns och är aktuella för gruppboenden är, förutom stödpersonsuppdraget, är inköpsansvarig, kvalitetsombud, livsmedel- och hygiensansvarig, brandskyddskontrollant, kostombud och hälsoinspiratör, aktivitetsansvarig, skyddsombud och en värdegrundskoach. Värdegrundskoachen behöver tillsättas av en medarbetare.

**Inköpsansvarig** gör beställningar av kontorsmaterial och förbrukningsartiklar.

**Kvalitetsombud** har i uppdrag att aktivt delta i möten med kvalitetsrådet 4 ggr/år som sker på Olivia Omsorgs huvudkontor. Syftet med kvalitetsrådet är att reflektera över, och gemensamt diskutera processer och dokument i kvalitetsledningssystemet. Vad som bör förtydligas, förändras och förbättras i kvalitetsledningssystemet vad gäller processer, aktiviteter och rutiner. Vad som under perioden inrapporterats kring

Alla boende har aktuella genomförandeplaner som utvärderas och uppdateras 2 ggr/år. Genomförandeplanen bygger på ICF och är uppdelad i tolv rubriker som ska innefatta allt kring den enskildes liv och vardag.

### Samverkan

Vi samverkar med de boendes nätverk. Deras olika arbetsplatser, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast, vårdcentral och/eller sjukhus samt andra vård- och behandlingskontakter för att ge de som bor hos oss de bästa förutsättningarna. Samverkan sker med gode män gällande ekonomisk planering och redovisning. Vi har även regelbundna möten med anhöriga till våra boende. Kontinuerlig samverkan med biståndshandläggare och vid uppföljning och förändrat behov. Via telefonkontakt, mejl och möten har vi informerat om förändringar och väsentliga händelser. Vi har bjudit in till genomförandeplansmöten. Stödpersonerna är de som har mest kontakt och skapar ett samarbete utifrån boendes behov.

### Systematiskt förbättringsarbete

Solsidevägen har arbetat aktivt med förbättringar kring arbetsplatsens struktur, rutiner och arbetsmetoder. Vi har arbetat fram handlingsplaner utifrån gjorda riskanalyser för den enskilde boende och för verksamheten. Solsidevägen har tidigare haft en stor personalomsättning. Den senaste året har personalgruppen varit intakt och vi har arbetat mycket med delaktighet, trivsel och att det ska vara ett öppet samtalsklimat, vilket vi har lyckats med. En personalgrupp som är engagerad och trivs har bidragit till att verksamheten utvecklats i en positiv riktning.

Kvalitetsombud och verksamhetschef deltar i Olivia Omsorgs kvalitetsråd där kvalitetsarbetet på verksamheterna diskuteras samt hur arbetet kring kvalitet kan utvecklas. På personalmöte har vi en stående punkt kring kvalitetsarbetet, avvikelser, uppföljning avvikelser samt upprättande av handlingsplaner/förändringar i rutiner.

Genomförandeplanerna har uppdaterats minst 2 gånger två gånger under året av stödpersonerna. Förändringar i boendes rutiner och livssituation tas alltid upp som en stående punkt på personalmöten.

### Egenkontroll och Internrevision

Olivia Omsorg genomför internrevision en gång per år där man systematiskt granskar journaler, akter och annan dokumentation samt förvaring av viktiga dokument. Denna revision genomförs av en verksamhetschef från annat bolag i Team Olivia-koncernen (46 olika fristående bolag). En del av revisionen omfattar medarbetares kunskaper om var man kan hitta olika delar i våra system; exempelvis

**Aktivitetsansvariga** ansvarar för att planera in gemensamma aktiviteterna tillsammans med boende. Den ansvarar även för att skriva ner vägbeskrivning och bra information att känna till inför aktiviteten samt hålla sig a jour på vad som erbjuds i kommunen och närkommuner, samt uppdatera aktivitetspärmen.

**Skyddsombud** är **arbetstagarnas** representant och utses av personalgruppen.

Skyddsombuden har i arbetsmiljölagen försäkrats vissa befogenheter:

- att ta del av handlingar som rör förhållanden i arbetsmiljön,
- att få utbildning,
- att få delta vid planering av nya och ändrade lokaler och organisationsförändringar m.m.
- rätt att kräva åtgärder för en tillfredsställande arbetsmiljö.
- Rätt att bestämma att arbetet ska avbrytas vid fara för arbetstagares liv.

## Personal

Solsidevägen har 14 **tillsvidareanställda** medarbetare; 13 vårdare och en verksamhetschef.

Vi har under det senaste 18 månaderna haft en låg personalomsättning. Det påverkar vår verksamhet positivt när det gäller kontinuitet och upprätthållande av struktur.

Sjukfrånvaro 2017: Vi har haft en hög sjukfrånvaro i verksamheten. En medarbetare har varit långtidssjukskriven i olika omgångar. I övrigt är det korttidsfrånvaro. Vi kan dock se en minskning av sjukfrånvaron under senare delen av 2017.

## Arbetsmiljö

Enligt vårt årshjul arbetar vi utefter Olivia Omsorgs rutiner för det systematiska arbetsmiljöarbetet, vilket innebär att vi varannan vecka på personalmötet identifierar potentiella risker i arbetsmiljön. De avvikelser som uppstår i verksamheten går igenom, åtgärdas och följs upp enligt gällande rutiner.

Solsidevägen har arbetat med den fysiska arbetsmiljön. Vi försöker hela tiden vara uppdaterad på tekniska hjälpmedel som kan vara till hjälp i vår verksamhet. Vi kommer även under 2018 arbeta ännu mer med ergonomi för att motverka arbetsskador.

Lägenheterna är inte optimala för personer med rörelsehinder med många hjälpmedel. Det bidrar till en besvärlig fysisk arbetsmiljö för våra medarbetare.

avvikelser, synpunkter och klagomål samt Lex Sarah, från berörda verksamheter. Sammanställa och analysera för att verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet – verksamhetsnivå.

På personalmötena så får kvalitetsombudet utrymme att delge sina kollegor vad som har tagits upp på kvalitetsrådet och hur vi ska jobba med att förbättra kvaliteten på enheten. Kvalitetsombudet har även i uppdrag att följa upp kvalitetsarbetet på enheten tillsammans med verksamhetschefen.

**Livsmedel- och hygienansvarig** Livsmedelsansvarig har som ansvar att informera och instruera kollegor på personalmöten gällande livsmedel och hygienrutiner. Det ingår även i uppdraget att uppdatera, sätta upp och samlar in checklistor för temperatur och rengöring av kyl och frys.

**Brandskyddskontrollant** - en av medarbetarna är ansvarig för och har som uppdrag att b.l.a i samråd med verksamhetschef att hålla i brandövning för all personal, gå igenom checklistan för egenkontroll av brandskyddet på gruppbestaden en gång per månad och se över brandrisker i det dagliga arbetet samt skapa eventuella handlingsplaner tillsammans med verksamhetschefen och personalgruppen. Brandskyddsarbetet sker genom egenkontroller efter Anticimex checklista.

**Kostombud och hälsoinspiratör** På gruppbestaden så har vi en medarbetare som är både kostombud och hälsoinspiratör. Medarbetaren har gått både hälsoinspiratörsutbildning och kostombudsutbildning. Har i ansvar att utifrån Olivia Omsorgs interna kost- och hälsoinspiratörsutbildning informera, motivera och stötta brukare och kollegor med kunskap om hälsosam mat, aktiviteter och kosthållning. Syftet är ett långsiktigt hållbart och hälsosamt förhållningssätt beträffande kost och livsstil. I Olivia Omsorg har vi en policy som innebär att alla våra medarbetare ska göra hälsosamma val när de är ute och fikar eller äter mat med brukarna.

**Värdegrundskoach**, Varje verksamhet ska arbeta fram hur företagets värdegrundsord definieras och innebär på just sin verksamhet samt efterleva den. Värdegrundcoachen, med stöttning från verksamhetschef, planerar och genomför initialt arbetet med definitionen av värdeorden enligt instruktioner i Värdegrundspärmen. Materialet skickas in för påseende till Kvalitetssamordnare. De fastslås och sätts sedan upp väl synligt på verksamheten. Fortsättningsvis blir värdegrundskoachens uppgift att uppmärksamma och hålla värdegrundsarbetet levande. I lagen (LSS) anges också en tydlig värdegrund som värdegrundcoachen uppmanas arbeta med att implementera. Hur vi har jobbat med värdegrundsorden kan ni läsa under rubriken Värdegrund.



Ort: Datum:

I tjänsten

---

Titel            Namn

Namnförtydligande

---

Fastighetens arkitektur gör att ljudnivån blir hög och vi har aktivt arbetat med åtgärder för att minska ljudnivån.

Arbetsmiljöverket har varit inkopplad på Solsidevägen. Ett åtgärds paket togs fram och Nacka kommun och Genova fastigheter har åtgärdat dessa. Ärendet hos Arbetsmiljöverket är nu avslutat.

### Kompetensutveckling

- **Personalmöten och APT** har under året varit schemalagt varannan vecka.
- **TBA 1:** 2 medarbetare har under 2017 genomgått Olivia Omsorg grundutbildning i metoden Tillämpad Beteende Analys.
- **TBA 2:** 8 medarbetare har under 2017 genomgått Olivia Omsorg fortsättningsutbildning i metoden Tillämpad Beteende Analys.
- **Prader Willi seminarium:** 2 medarbetare har deltagit på seminariet.
- **Metodhandledning:** vi har haft extern handledning i TBA var 6:e vecka. Handledningen går ut på att utveckla och delvis hitta nya förhållningssätt och arbetsmetoder.
- **Brandutbildning:** Medarbetare har deltagit i Anticimex brandutbildning under våren.
- **ICF/social dokumentation:** Nya genomförandeplanen i enlighet med ICF har implementeras under året.
- **Delegering:** varje nyanställd, förnyelse varje år och vid varje förändring genomgår personal webbutbildning för delegering och godkänns sedan av sjuksköterskan på HSL-teamet.
- **Forum Carpe:** Två medarbetare har gått autismutbildning via Forum Carpe.

### Medarbetarenkät

Under hösten genomförde personal på Solsidevägen en intern medarbetarenkät. Resultat presenterades i slutet av december. Vi har upprättat en handlingsplan och vi kommer arbeta vidare under året med våra åtgärds punkter som bl a handlar om den fysiska arbetsmiljön.

# VERKSAMHETSPLAN 2018

## Solsidevägens gruppbostad

### SWOT

<p><b>Styrkor (interna)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mycket engagerade medarbetare</li> <li>• Stor p-grupp olika kompetens och bredd kompetens</li> <li>• Engagerade anhöriga</li> <li>• Utmaning/utvecklande att arbeta med svår målgrupp</li> </ul>	<p><b>Svagheter (interna)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medarbetarna behöver utveckla informationsöverförande och kommunikationen mellan varandra</li> <li>• Medarbetarna behöver utveckla kommunikationen med anhöriga</li> <li>• Brukarna som bor har väldigt olika och komplexa funktionsförutsättningar.</li> </ul> <p>Det ställer höga krav på kompetens och att kunna anpassa sitt arbetssätt snabbt</p>
<p><b>Möjligheter (externa)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi har möjlighet till god kompetensutveckling, i företaget ges mycket utbildning både internt och det finns även en generös hållning till köp av utbildning från extern utförare</li> <li>• Vi har handledning var 6:e vecka</li> <li>• Vi har en ett kvalitetsteam i företaget med 2 verksamhetsutvecklare som håller mycket utbildning. Det är en stor fördel att kunna få utbildning på plats i verksamheten</li> <li>• Vi har personalkonferenser 4 timmar varannan vecka</li> <li>• Vi har planeringsdagar 2ggr per år</li> </ul>	<p><b>Hot (externa)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det är mycket dåliga kommunikationer till gruppbostad</li> <li>• Mycket svårt att rekrytera personal som har både omvårdnadskompetens och pedagogisk kompetens</li> </ul>

<p><b>Hur kan vi använda möjligheten/styrkan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi kan erbjuda brukarna ett liv med möjligheter till mycket god livskvalitet</li> <li>• Medarbetarna ges mycket fortbildning, det är ett sätt att utveckla medarbetarnas kompetens i att arbeta med en brukargrupp som har väldigt olika behov. Detta skapar trivsel och medarbetare stannar i verksamheten.</li> </ul>	<p><b>Hur kan vi mildra/förhindra svagheten/hotet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsätta hitta nya sätt att rekrytera nya medarbetare.</li> </ul>
---	---

## Mål 2018

- Att sänka sjukfrånvaron
- Att Solsidevägen ska vara en attraktiv arbetsplats att arbeta på.
- Att utveckla samarbetet med anhöriga

### Planerade aktiviteter

- Individuella samtal med alla i personalgruppen med anledning av den höga sjukfrånvaron.
- Inventera synpunkter och förslag hos medarbetarna kring hur deras arbetsplats kan bli mer attraktiv.
- Arbeta med medarbetarundersökningen.
- Förankra och förtydliga **stödmannaskapet** för medarbetare och gode män/anhöriga.

### Värdegrund

- Omtanke
- Mod
- Samverkan
- Olikhet
- Respekt
- Glädje

På Solsidevägen kommer vi att arbeta med värdegrunden genom att verksamhetschefen och samordnare och en utsedd medarbetare, s.k. värdegrundskoach, går en intern utbildning i vad Olivia Omsorgs värdegrund består i. Vi kommer att arbeta med de olika värderingsgrundade orden på personalkonferens och implementera dem så att de genomsyrar verksamheten. Vi kommer att ha en kontinuerlig diskussion på våra personalmöten det är en fast punkt på agendan för att försäkra oss om att vi arbetar utifrån denna värdegrund.

### Arbetsmiljö

- Fortsätta att försäkra oss om att det är ett gott samarbete i gruppen, att vi trivs och känner arbetsglädje. Fokusera på och lyfta att det bor en härlig grupp unga vuxna brukare på Solsidevägen med väldigt speciella behov som ger alla medarbetare en arbetsmiljö där det är lätt att få ett erkännande om att man har ett betydelsefullt arbete och kan ge dessa brukare ett liv med hög livskvalitet
- Vi ska arbeta med att utveckla informationsöverföringen, överrapportering i olika dokumentationssystem och andra kommunikations forum. Vi behöver utveckla strukturen i dessa processer för det påverkar arbetsmiljön på olika sätt.
- Vi ska arbeta mycket med sjukfrånvaron som bla kan vara att ta fram rutiner och olika arbetssätt/metoder för att minska stress när personal är sjuka och det saknas personal, kontinuerligt se över schemat och hitta former för samtal och möten med anhöriga när på tider det fungerar i verksamheten och för de anhöriga.

### Delaktighet och inflytande

#### **Boende/anhöriga/företrädare**

- Fortsatt arbete med att utveckla varje enskild brukares möjligheter att vara delaktig och ha inflytande i sin vardag.
- Flera av brukarna har företrädare och anhöriga som träder in i stället för brukaren och där sker en samverkan kring hur delaktigheten och inflytandet kan vara för den enskilde

### Ansvar och befogenheter

- Stödperson- Varje brukare ska ha två stödpersoner. Det ska vara en tydlig uppdelning av ansvar. Varje brukare och ev. företrädare går tillsammans igenom genomförandeplanen med stödpersonen och sedan upprättas en överenskommelse om vad och hur brukaren vill ha sitt stöd i huvudsak utifrån genomförandeplanen.
- Vi ska fortsätta att förtydliga rollen som stödperson.
- Vi ska utveckla våra olika ansvarsområden som finns det dagliga arbetet. Varje medarbetare har ett eget ansvarsområde, alla blir mer delaktiga och det skapar mera ansvarskänsla för både delar och helheten i verksamheten.

- Brandansvarig – den som har brandansvar ser till att vi följer upp SBA och går brandrund en gång i månaden. Säkerställer att vi har adekvata brandrutiner och säkerhet.
- Livsmedels och hygienansvar-den som ansvarar för detta har gått utbildning och kontrollerar att vi följer de lagar och föreskrifter som finns kring detta.
- Hälsocoach-den som ansvarar för att hålla i frågor som har med hälsa att göra. Det handlar mestadels om kost och motion men även andra saker som skapar livskvalitet för den enskilde i vardagen.
- Kostombud-den som ansvarar för att aktivt ge stöd för brukarna att främja att göra hälsosamma val av mat.
- Värdegrundcoach-den som tillsammans med verksamhetschef och verksamhetsledare leder arbetet med att få värdegrunden för Olivia Omsorg levande i verksamheten.
- Kvalitetsombud-deltar i kvalitetsrådet för Olivia Omsorg. I kvalitetsrådet går man igenom hur man arbetar med exempelvis avvikelser, information från myndigheter och organisationer som vi omfattas av/samarbetar med
- På personalmöten förs diskussioner kring budget för att skapa mer delaktighet och förståelse för hur verksamheten drivs.

### Kompetensutveckling

- Specialpedagogik 2 via Carpe
- Förtättningskurs TBA 2 (Tillämpad beteendeanalys)
- Handledning var 6:e vecka (TBA)
- Bildstöds kurs
- Brandskyddsutbildning
- Hälsocoachutbildning
- Värdegrund coachutbildning
- Konferenser varannan vecka 4timmar per tillfälle
- Två planeringsdagar per år

### Arbetsrutiner

- Under våra personalkonferenser arbetar vi bla med att uppdatera arbetsrutiner.

Dels för hela verksamheten dels på brukarnivå.

- Vi behöver utveckla våra rutiner i informationsflödet, inhämtande av dokumentation i vårt dokumentationssystem Rätt Spår och informationsöverföring mellan medarbetare.
- Medarbetarna behöver utveckla samarbete med företrädare/anhöriga. Varje stödperson ska träffa den brukare som den är ansvarig för och eller dess företrädare för att göra en överenskommelse om hur samarbetet med brukaren och eller företrädaren ska se ut. Utgångspunkten i detta är genomförandeplanen.
- Kommunikationsformer mellan personal och anhöriga ska klargöras och utvecklas.
- Uppdatera brukarnas rutiner varannan konferens.

### Kvalitet

- Vi fortsätter att skriva avvikelser och tar upp dessa på personalkonferens, dessa analyseras för att se vad i rutinerna eller annat som vi kan förändra.
- Olivia Omsorg gör årligen en brukarundersökning.
- Olivia Omsorg gör årligen en medarbetarundersökning.
- Nacka kommun gör brukarundersökningar vartannat år
- Chef från ett annat bolag inom koncernen Team Olivia kommer och gör en internrevision i verksamheten
- Varje månad skrivs en kvalitetsrapport som inlämnas till områdeschefen
- Nacka kommun har avtalsuppföljning en gång per år

### Utvärderingsplan

Vi kommer att ta verksamhetsplanen med på konferenserna som ett verktyg för att följa upp att vi arbetar i enlighet med vad vi har satt som mål för verksamheten.

### Samverkan

- Vi kommer att samverka mycket med anhöriga och för brukarna andra viktiga relationer. Ett forum för samverkan är anhörigträffar där anhöriga träffar ledningen på Solsidevägen.
- Samverkan och samarbetet runt brukaren är det som främst stödpersonen som inventerar behovet av, koordinerar och är själv mest delaktig i.
- På Solsidevägen är det stor samverkan med sjukvården. HSL personal, vårdcentral och flertalet andra vård- och behandlingskontakter som är viktiga för brukaren.
- Samverkan med biståndshandläggare sker kontinuerligt.
- Samverkan sker med daglig verksamhet.

### Övrigt

Vi kommer utveckla ett speciellt team för en av brukarna som har behov annat stöd än övriga brukare. På Solsidevägen är det krav på att personal ska vara undersköterskor. Detta team kommer att ha mer pedagogisk kompetens. Detta blir en stor utmaning och ett nytt arbetssätt i delar av verksamheten.





Bilagga 9

Utbet.månad	Arbetad tid	Frånvaro Månavl.	Verklig Arbetad tid	Sjukstatistik dag 1-14	Sjukfrånvaro i procent dag 1-14	Sjukstatistik dag 15-
Januari	2089,09	271,03	1818,06	45,50	2,50%	111,75
Februari	2093,24	176	1917,24	72,50	3,78%	117
Mars	1842,44	190,5	1651,94	80,25	4,86%	115,25
April	2205,25	151,5	2053,75	56,25	2,74%	43,75
Maj	2196,07	165,48	2030,59	132,00	6,50%	3,98
Juni	2272,53	91,75	2180,78	58,50	2,68%	0



Sjukfrånvaro i procent  
dag 15-

6,15%

6,10%

6,98%

2,13%

0,20%

0,00%



Ny avvikelse  Lister  Statistik  Favoriter  Dokument

? Hjälp  Logga ut

## Statistik

Favorit

Excel

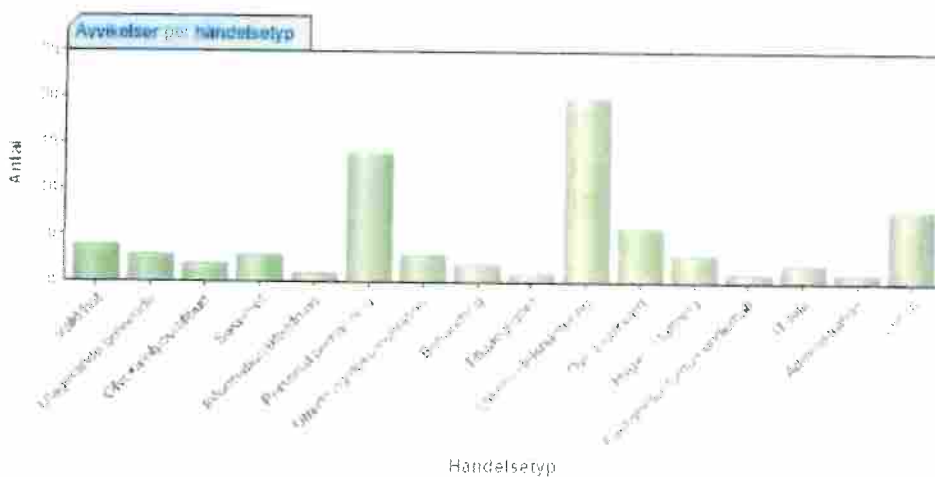
Visa undergrupper

### Avvikelser 2018-01-01 - 2018-06-27 (Solsidevägens gruppbostad)

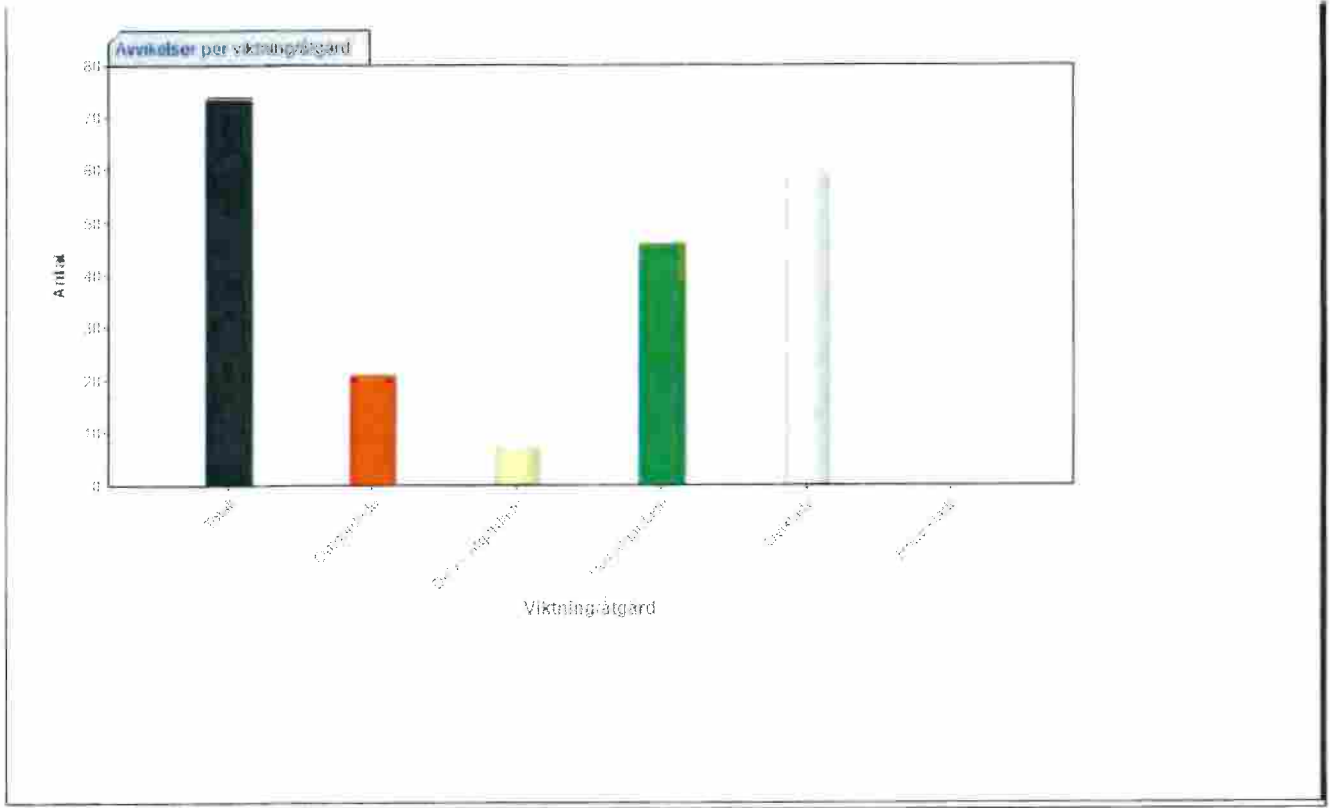
Händelsetyp	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Totalt
1 Våld/hot			1		2	1	4
2 Utagerande beteende			1		1	1	3
3 Ölycka/olyckstillbud			1	1			2
4 Säkerhet			1	1			2
5 Information/utbildning						1	1
6 Personal/bemannning	2			2	2	8	14
7 Utredning/dokumentation		3					3
8 Sekretess/integritet							
9 Behandling		1			1		2
10 Tillgänglighet			1				1
11 Kränkning							
12 Bemötande							
13 Läkeemedelshantering	3		9	1	3	4	20
14 Övrig sjukvård			1	1	2	2	6
15 Hygien/städning					1	2	3
16 Fastigheter/fordon/underhåll	1						1
17 IT/tele				1	1		2
18 Administration	1						1
99 Övrigt			3	1	3	1	8
<b>Totalt</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>74</b>
<b>Oåtgärdade</b>			<b>2</b>		<b>4</b>	<b>15</b>	<b>21</b>
<b>Delvis åtgärdade</b>			<b>4</b>	<b>2</b>		<b>1</b>	<b>7</b>
<b>Helt åtgärdade</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>46</b>
<b>Oviktade</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>20</b>	<b>60</b>
<b>Högviktade</b>							

### Diagram för avvikelser per händelsetyp

Händelsetyp  Undergrupp



### Diagram för avvikelser per viktning/åtgärd



Statistik

Favorit | Excel

✓ Visa undergrupper

Avvikelser 2017-01-01 - 2017-12-31 (Solsidevägens gruppbostad)

Händelsetyp	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Totalt
1 Vård/hot			1										1
2 Utagerande beteende		1				1		1					3
3 Olycka/olyckstillbud						1					1	1	3
4 Säkerhet		2	2	4				5			1		14
5 Information, utbildning												1	1
6 Personal/bemannning		1	3			3	4	1	1		1	2	16
7 Utredning/dokumentation							1	1	2				4
8 Sekretess/integritet													
9 Behandling									1		1		2
10 Tillgänglighet			1		1							1	3
11 Anräkning							1						1
12 Bemötande							1						1
13 Läkemedelshantering	3	5	3	6	5	6	3	3	8	5	1	7	55
14 Övrig sjukvård				1	1							1	3
15 Hygien/städning	1	2	3	3	1	2	2						14
16 Fästigheter/fordon/underhåll													
17 IT/tele													
18 Administration													
99 Övrigt		3	5	8	7	4	5		3		3		38
<b>Totalt</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>22</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>159</b>
<b>Oåtgärdade</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>				<b>61</b>
<b>Delvis åtgärdade</b>					<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>						<b>7</b>
<b>Helt åtgärdade</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>91</b>
<b>Oviktade</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>22</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>150</b>
<b>Högviktade</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>								<b>1</b>	<b>5</b>

7  
11

Diagram för avvikelser per händelsetyp

□ Händelsetyp □ Undergrupp

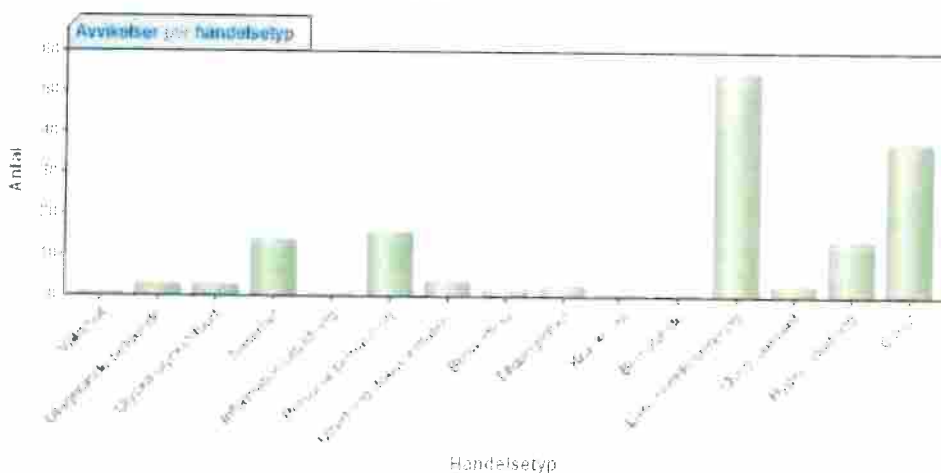
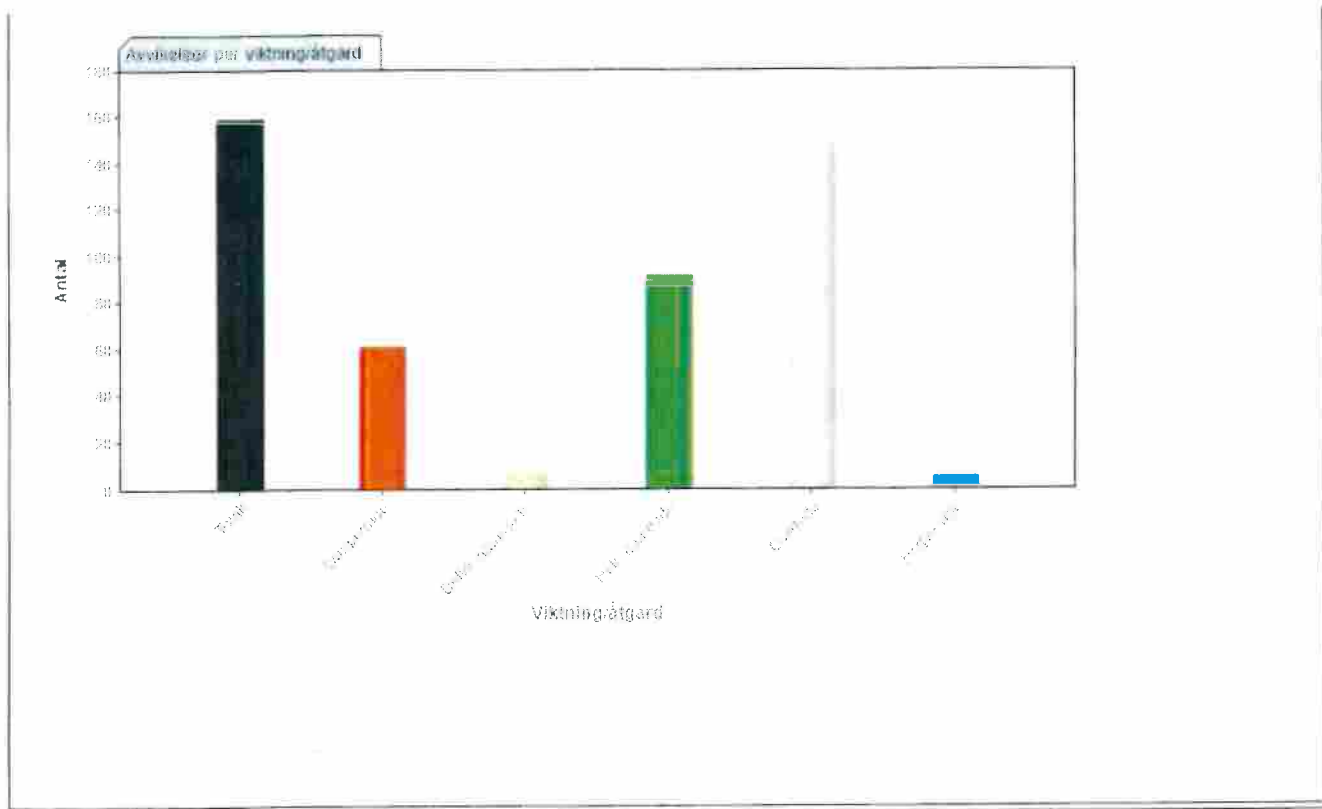


Diagram för avvikelser per viktning/åtgärd





## Listor

Avvikelser - Från 2018-03-01 till 2018-06-30

Nr	Händelse-datum/org	Händelsebeskrivning	Händelsetyp	Vikt	Åtgärd	Åtgärdsbeskrivning
3510	2018-06-23 Sol	Rapportör: Solsidevägen, Gruppbostad ● färdtjänst kort borta personal fick springa och leta ett bra tag. Färdtjänstkort ska alltid ligga i ● Ryggsäck. plånbok i kassaskåpet	Personal/bemannning	5	✓ Österlund, Lotta 2018-06-27	Ska tas upp på dagens konferens i samband med andra rutiner som alla måste följa för att inte skapa stress hos personal och oro hos boende
3507	2018-06-23 Sol	Rapportör: Solsidevägen, Gruppbostad Orsak: ? Näringsdryck samt nattmacka kvar inne hos ● från igår kväll. samt sigvardstavla ej gjord	Personal/bemannning	5	✓ Österlund, Lotta 2018-07-03	Går ej att åtgärda då orsak till avvikelsen inte är beskriven. Har boende själv täckat nej så är det ingen avvikelse. Har personalen glömt eller att det beror på underbemanning så är det en avvikelse. Tas upp på konferens den 11/7
3484	2018-06-17 Sol	Rapportör: Solsidevägen, Gruppbostad Orsak: Orsak inte beskriven varför personal i tjänst inte hjälper sina kollegor, Samarbetssvårigheter? personalkonflikt? Personal tar inte ansvar över sina uppgifter med brukarna utan lämnar 3 brukare till resterande personal. tydlig göra resurs tider. ● ej duschat i helgen	Personal/bemannning	6	✓ Österlund, Lotta 2018-07-03	Personaldiskussion på nästa konferens den 11/7
3479	2018-06-17 Sol	Rapportör: Solsidevägen, Gruppbostad Orsak: Glömska? Slarv? Kvälls personal har glömt skriva sigvardstavla lördag.	Personal/bemannning	6	✓ Österlund, Lotta 2018-07-03	Diskussion på nästa APT 11/7 för att hitta en bra rutin
3442	2018-06-11 Sol	Rapportör: Solsidevägen, Gruppbostad Cykling på Motomoped kunde ej genomföras för brukare ● då boendet var underbemannat på eftermiddag/kväll och situationen på boendet orolig.	Personal/bemannning	0	✓ Björkholm, Erika 2018-06-18	Rekrytering av ny personal och vikarier pågår
3441	2018-06-11 Sol	Rapportör: Solsidevägen, Gruppbostad Orsak: Personalbrist, oro på boendet	Personal/bemannning	7	✓ Österlund, Lotta 2018-07-	Ny chef på boendet har som främsta prioritering att bemanna med personal. Ny inhyrd chef började sitt

		Aktivitet AKKA-platta kunde ej genomföras för boende ● då boendet var underbemannat på eftermiddag/kväll och situationen på boendet orolig.			03	uppdrag den 11/6
3420	2018-06-07 Sol	<i>Rapportör:</i> Solsidevägen, Gruppboestad █████ sigvardstavla ej ifylld. █████ skulle iväg till sin syster fick panik, imorse när det inte stod. Personal fick uppdatera under morgonen	Personal/bemannning	0	✗ Popa, Dahlia	
3413	2018-06-05 Sol	<i>Rapportör:</i> Solsidevägen, Gruppboestad Kvälls pass 3 har ej Vägt █████ ej skrivit sigvardstavla. insatser som MÅSTE göras då, █████ gått ner så mycket på kort tid. samt ej strukturerad dag skapar oro hos brukaren. Samt viktigt att visa ny personal på intro hur vi jobbar.	Personal/bemannning	0	✓ Björkholm, Erika 2018-06-18	Punkt på personalmöte och förtydligande av rutin
3288	2018-05-10 Sol	<i>Rapportör:</i> Solsidevägen, Gruppboestad Underbemannat under kvällen. personal tog extra pass annars hade det endast varit 2 på kvällen. natten vabbar.  Personal pass 2 har semester	Personal/bemannning	0	✓ Kareem, Sajida 2018-05-17	Detta har tagits upp på Apt möte och håller på att rekryteras, vilket innebär att det blir mer bemanning.
3272	2018-05-08 Sol	<i>Rapportör:</i> Solsidevägen, Gruppboestad █████ plånbok var borta hittades i städskrubbet i hans övernattningssäsk. Helg personal som tog emot honom tog varken färdtjänstkortet eller plånboken. Plånboken innehöll 200kr kontanter samt bankkort.brist i rutiner.  personal skrivit i >> arbetsanteckningar	Personal/bemannning	2	✓ Kareem, Sajida 2018-05-17	Jag tog upp detta med personalen och det kommer ej att ske igen.
3143	2018-04-12 Sol	<i>Rapportör:</i> Solsidevägen, Gruppboestad personal hinner inte med ● kvällsrutiner då han kommer hem 20:45 på torsdagar	Personal/bemannning	0	✓ Kareem, Sajida 2018-04-19	Detta togs upp på APT mötet och nattpersonalen skulle ta hand om det dom bestämda dagarna.

		<p>●.har en aktivitet på torsdag och en till dag vilket gör så att han kommer att komma sent. Så kvällspersonalerna hinner ej fixa åt honom.</p>				
3141	2018-04-12 Sol	<p>Rapportör: Solsidevägen, Gruppbostad</p> <p>■■■■ sigvardstavla var ej ifylld 11/4 måste alltid fyllas i varje kväll skapar oro för wictor om det ej är ifyllt.</p> <p>kvällspersonal fick skriva in under kvällen</p> <p>✓ Jag har tagit upp detta med personalen.</p>	Personal/bemannning	2	<p>✓</p> <p>Kareem, Sajida 2018-04-24</p>	Det här har tagits upp. Detta kommer ej att ske igen.

