



TJÄNSTESKRIVELSE

2019-01-08

Social- och omsorgskontoret

Omsorgsnämnden

Uppföljning av daglig verksamhet enligt LSS

Dnr: OMS 19/005

Sammanfattning av ärendet

Kommunen är ansvarig för att följa upp kvaliteten i verksamheten både i intern och extern regi. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) är alla verksamheter skyldiga att ha ett ledningssystem för kvalitet, vilket innebär ett ansvar för varje verksamhet att säkra och utveckla kvaliteten i sin verksamhet.

I omsorgsnämndens uppföljningsplan för 2018 anges att fokusområden för uppföljningen ska vara kompetens, dokumentation och brukardelaktighet. Rapporten innehåller beskrivning samt resultat och övergripande analys av genomförda uppföljningar.

Beslutsunderlag

Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse, daterad den 8 januari 2019.

Rapport Uppföljning Daglig verksamhet 2018, daterad den 8 januari 2019.

Bilaga 1: Frågeformulär chefer samt frågeformulär personal

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Ärendet om uppföljning av daglig verksamhet medför inga ekonomiska konsekvenser för nämnden.

Kontorets förslag till nämnden

1. Nämnden beslutar att godkänna rapporten om uppföljning av daglig verksamhet 2018.



Eva Pedersen-Wallin

T.f. socialdirektör



Lena Karlsson Leksell

Kvalitet- och uppdragschef

Handläggare: Lena Pinner

Verksamhetsstrateg

Kvalitet- och uppdragsenheten

Telefon (direkt): 08-52302271

E-post: lena.pinner@sodertalje.se

Beslutet skickas till

Akten

OMS

KHR



Rapport | 2019-01-08

Uppföljning av daglig verksamhet enligt LSS 2018

OMS 19/005

Lena Pinner
Verksamhetsstrateg
Social- och omsorgskontoret
Telefon (direkt): 0852302271
E-post: lena.pinner@sodertalje.se

Sammanfattning

Sammanfattning av ärendet

Kommunen är ansvarig för att följa upp kvaliteten i såväl verksamhet i egen regi som verksamhet som bedrivs av enskilda verksamheter. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) är alla verksamheter skyldiga att ha ett ledningssystem för kvalitet, vilket innebär ett ansvar för att säkra och utveckla kvaliteten i den egna verksamheten.

I omsorgsnämndens uppföljningsplan för 2018 anges att daglig verksamhet ska följas upp samt att fokusområden för uppföljningen ska vara kompetens, dokumentation och brukardelaktighet.

Under hösten 2018 har verksamhetsuppföljning gjorts av alla dagliga verksamheter som har ramavtal och placeringar från Södertälje kommun, samt den dagliga verksamhet som bedrivs av kommunen. Uppföljningen har skett genom besök i verksamheterna, intervjuer med chefer och personal, samt granskning av social dokumentation och genomförandeplaner.

Föreliggande rapport innehåller beskrivning av metod och en övergripande analys vad gäller de olika fokusområden som ingått i uppföljningen. Generella slutsatser är att verksamheterna arbetar aktivt med brukardelaktigheten och anpassning av arbetsuppgifter och aktiviteter efter varje individ. Kompetensen hos personal bedöms som god. Brister finns gällande den sociala dokumentationen, vad man skriver och hur. Ett annat förbättringsområde är genomförandeplanerna som ofta behöver förtydligas vad gäller mål och metoder så att de blir konkreta och uppföljningsbara.

Alla verksamhetschefer har fått en skriftlig återkoppling för sin verksamhet. Några av dessa har fått krav på åtgärder som ska redovisas till kvalitets- och uppdragsenheten i särskild ordning.

Metod

Social- och omsorgskontoret/Kvalitet- och uppdragsenheten genomför uppföljningar utifrån nämndens uppföljningsplan. För år 2018 har fokus i uppföljningarna varit på brukardeltagande, dokumentation och kompetens.

Under tiden oktober till december månad 2018 gjordes uppföljning av daglig verksamhet som bedrivs av kommunen (3 resultatenheter), samt alla externa dagliga verksamheter som har ramavtal och placeringar från Södertälje kommun (11 enskilda verksamheter). Uppföljningen har skett på samma sätt oavsett driftsform.

Vid besök i verksamheterna har chefer och personal intervjuats var för sig utifrån en mall med fasta frågor (se bilaga 1). Uppföljningen har även bestått av granskning av ett antal slumpmässigt utvalda genomförandeplaner per verksamhet och social dokumentation för samma brukare.

Analys av resultatet grundar sig på den information och dokumentation som inhämtats vid verksamhetsbesöken, d.v.s. svar som chefer/ledning samt personal vid respektive verksamhet har lämnat vid intervju och besök på verksamheten.

Återkoppling

Grunden för utveckling av en verksamhet är att man arbetar systematiskt med kvalitets- och förbättringsarbetet. Ett viktigt inslag är att **uppmärksamma** brister och försöka arbeta med att förbättra det som gått fel. Resultat och iakttagelser från uppföljningsbesöken är material som kan användas för verksamhetens fortsatta utvecklingsarbete.

Alla verksamheter har fått en egen skriftlig återkoppling med tips och rekommendationer om förbättringsarbete. För några verksamheter som inte uppfyller fullgod kvalitet utifrån lagar, föreskrifter eller avtal har krav ställts på åtgärder som ska redovisas till kvalitet- och uppdragsenheten inom en viss tid.



I rapporten används denna "kompass" för att visa på generell status inom granskade fokusområden. Mätaren visar på bedömning av verksamhetsområdets nuläge.

Rött = stora brister, Gult = vissa brister finns, Grönt = bra områden.

Resultat

Dokumentation

Vid uppföljningen granskades ett antal slumpmässigt utvalda och avidentifierade genomförandeplaner från varje verksamhet, samt social dokumentation för samma brukare. Dokumentationen ska ha tydligt brukarfokus, vara lätt att följa i kronologisk ordning, innehålla relevant information utifrån individens genomförandeplan, samt i övrigt följa socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för dokumentation (SOSFS 2014:5). Alla journalanteckningar ska skrivas med respekt för individen och vara signerade med namn och befattning. För att bedöma genomförandeplanerna likvärdigt har en granskningsmall använts som utgår från Socialstyrelsens föreskrifter.

I genomförandeplanen ska insatsen beskrivas utifrån brukarens behov och önskemål. Det ska framgå om och på vilket sätt den enskilde brukaren varit delaktig i genomförandeplanen, exempelvis vad man vill ha hjälp med och hur man vill ha stöd, när och av vem.



Bedömning: Genomförandeplaner samt den sociala dokumentation som granskats har i många fall brister. Alla verksamheter använder olika mallar och genomförandeplanerna ser mycket olika ut. Det finns både goda exempel på genomförandeplaner med bra tydlighet och brukarfokus, medan andra versioner är svåra att överblicka, viktiga rubriker saknas etc. I flertalet granskade dokument finns en koppling mellan målet i uppdraget/beställningen från myndigheten och individens eller verksamhetens mål för individen. Ibland saknas dock uppdrag från myndigheten vilket gör att verksamheten själv får formulera både övergripande mål och delmål.

Vid granskningen av den sociala dokumentationen uppmärksammades språkliga brister och ibland värderande kommentarer om brukaren. Det förekommer också hälso- och sjukvårdsuppgifter som inte ska föras i den sociala journalen.

Generellt behöver arbetsledare inom daglig verksamhet som skriver genomförandeplanerna vara mer konkreta både vad gäller mål och delmål, samt beskrivningen av **vad** den enskilde brukaren behöver stöd med, **hur** stödet ska ges, samt **när**, i vilka moment stöd ska ges och **vem** som ansvarar. Verksamheterna uppger att de kontinuerligt uppdaterar och följer upp genomförandeplanerna minst en gång per år. Genom tydligare beskrivning av mål och metod samt regelbunden uppföljning blir dokumentationen ett aktuellt och levande verktyg för medarbetare och vikarier om hur man ska bemöta och arbeta med varje individ.

Ett fåtal verksamheter som saknade genomförandeplaner och/eller social dokumentation helt eller i hög grad har i sin återkoppling fått krav på åtgärder som ska redovisas till **verksamhetsstrategerna** till ett visst datum. Exempel på åtgärder kan vara att skicka in rutin för social dokumentation samt beskrivning av hur arbetet med sociala journaler fortskrider. En annan verksamhet ska skicka in avidentifierade genomförandeplaner för samtliga (6) brukare per den 1 feb 2019.

Brukardelaktighet

Brukardelaktighet är ett av nämndens fokusområden för årets uppföljning. Frågor ställdes i intervjuerna kring hur verksamheten arbetar för att öka den enskilde brukarens möjligheter till inflytande och bli delaktig i sin insats, om det finns brukarråd eller om man på annat sätt ger arbetstagarna/brukarna möjligheter att påverka innehållet i verksamheten. Det framkom i intervjuerna både med personal och med ledning att det är en viktig del i det dagliga arbetet att ge möjligheter till delaktighet och att brukaren ska kunna påverka innehållet i sin dagliga verksamhet.



Bedömning: Verksamhet har generellt ett medvetet och aktivt arbetssätt för att ge brukarna möjlighet att vara delaktiga. Flertalet verksamheter har någon form av regelbundna APT-möten med alla brukare/arbetstagare. Varje brukare har en egen kontaktperson (vanligtvis arbetsledaren) som har individuella samtal med brukaren för att fånga upp frågor och stämma av vad den enskilde tycker om sina arbetsuppgifter och aktiviteter i den dagliga verksamheten. Olika former av alternativ kommunikation, bilder och hjälpmedel används för att kommunicera med de brukare som behöver det. Det finns ofta möjlighet att byta kontaktperson om brukaren inte tycker att det fungerar. Verksamheterna bedöms generellt ha goda möjlighet att möta den individuella brukarens behov och önskemål.

Kompetens

Socialstyrelsen har gett ut allmänna råd (SOSFS 2014:2) för kunskaper hos personal som ger stöd, service och omsorg enligt SoL och LSS. Rekommendationen är att personal i omsorgen ska ha gymnasiekompetens från vård- och omsorgsprogrammet, motsvarande undersköterska/mentalskötare. Det är av stor vikt att ha rätt kompetens för att möta behovet hos personer med funktionsnedsättning.



Bedömning: De flesta dagliga verksamheter har stor andel personal som har gymnasiekompetens motsvarande vård- och omsorgsprogrammet. De externa verksamheterna hänvisar ofta till att deras personal har den s.k. Läs-utbildningen (Läkepedagog- och Socialterapeututbildning) som är en antroposofisk utbildning med inslag av kurser som ingår i gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram. Syftet är att ge rätt kompetens i arbetet med människor med funktionsnedsättning. Utbildningen är 4-årig och sker veckovis i block förlagda över läsåret. Medarbetare i antroposofisk verksamhet erbjuds ofta att gå Läs-utbildningen på arbetstid.

De flesta verksamheter uppger att de har låg personalomsättning och erfaren personal. Verksamhetscheferna uppger dock att det under senare år har blivit allt svårare att rekrytera ny personal med adekvat gymnasieutbildning. Personlig lämplighet och erfarenhet av arbete med målgruppen är viktigt och man erbjuder personal att gå kompletterande kurser efter behov. I vissa fall behövs också yrkes- eller hantverkskompetens för att vara arbetsledare inom exempelvis snickeri, hantverk och trädgårdsarbete.

Systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) syftar till att alla verksamheter ska ha ett strukturerat och systematiskt arbetssätt för att kvalitetssäkra sin verksamhet. Detta innebär bland annat att man behöver:

- * Kartlägga och utveckla verksamhetens processer.
- * Undersöka verksamhetens risker och initiera förbyggande åtgärder.
- * Följa upp, analysera och förbättra verksamheten.



Bedömning: Generellt uppfyller verksamheterna kraven på ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete. Flertalet verksamheter har ett ledningssystem med rutiner för viktiga processer och ett årshjul med planering för när olika teman ska tas upp för genomgång med all personal. Det kan gälla exempelvis sekretessregler, riskbedömningar, rutiner för anmälningsskyldighet vid missförhållanden, etc. För att utveckla verksamheten är det viktigt att hela tiden identifiera områden som behöver utvecklas och förbättras. En del av detta är att kartlägga avvikelser och brister som uppstår i verksamheten, samt att ta hand om synpunkter och klagomål som inkommer från brukare eller närstående. Genom att arbeta med åtgärder och uppföljning kan verksamhetens kvalitet förbättras. Flertalet verksamheter har rutiner för att ta hand om synpunkter och klagomål samt att de rapporterar och analyserar avvikelser. En av verksamheterna som saknade rutiner ska inkomma till kontoret med dessa innan den 1 februari 2019.

Bilaga 1 – Frågeformulär chefer/ledning, samt frågeformulär till personal



Uppföljning 2018 - Frågor till chef Daglig verksamhet LSS

Verksamhet:

Datum:

Deltagare intervju:

Uppföljare:

BAKGRUND

Finns särskild inriktning i verksamheten?

Antal platser:

Använder ni några särskilda metoder i verksamheten?

Personalens utbildning/kompetens? Vilka kompetenskrav ställs på ordinarie personal?

Personalomsättning/vikarier?

Kunskapsbaserad verksamhet Ledning & Personal

**Finns det möjlighet till kompetensutveckling?
Vad prioriteras?**

Finns skiftliga rutiner för introduktion av nyanställda?

**Har ni rutiner för rapportering och hantering av avvikelser och missförhållande?
Hur ofta går ni igenom det?**

Hur hanterar ni synpunkter och klagomål?



Trygghet och Säkerhet

Personal

**Har ni rutin för information om sekretess och tystnadsplikt?
Hur ofta uppdaterar ni denna hos personalen?**

Dokumentation

Finns aktuell genomförandeplan för alla brukare?

**Var förvaras dokumentationen?
(betryggande sätt så inga obehöriga får tillgång till den?)**



Delaktighet och inflytande

**Vilken information får den enskilde innan insatsen påbörjas?
T.ex. öppettider, lunchen, innehåll i verksamheten?**

**Hur väljer brukaren vad den vill göra för aktiviteter i sin dagliga verksamhet?
Uttrycker man önskemål själv? Finns det alternativ, hur presenteras det? Kan man byta
varje dag? Bestämmer legal företrädare?**

Har samtliga arbetstagare/brukare på enheten en särskild kontaktman?

**Har samtliga enskilda brukare varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplan?
Hur arbetar ni med det?**

Finns organiserade brukarmedverkan/påverkan? Hur gör ni? Typ brukarråd.

**Hur kommuniceras information?
Vilka alternativ finns? Är informationen anpassad för målgruppen?**



Har enheten har haft en eller flera personer som har övergått från daglig verksamhet till anställning/förvärvsarbete under det senaste året?
Hur arbetar ni med det?

Hälso- och sjukvård

Hur hanterar ni ert hälso-och sjukvårdsansvar?

Finns skriftliga rutiner för hur och när hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas?

**Utför ni HSL-uppgifter på delegation?
Har ni i så fall skriftliga rutiner för det?**

Övrigt:



Frågor till personal - Uppföljning Daglig verksamhet LSS

Verksamhet:

Deltagare intervju:

Datum för besök:

Uppföljare:

Kunskapsbaserad verksamhet

Använder ni några särskilda metoder i verksamheten?

Finns det möjlighet till kompetensutveckling?

Hur?

Finns skiftliga rutiner för introduktion av nyanställda?

Har ni rutiner för hantering av avvikelser och missförhållande?

Hur ofta går ni igenom det?

Hur hanterar ni synpunkter och klagomål från brukare och närstående?

Har ni rutin för information till personal om sekretess och tystnadsplikt?

Hur ofta diskuterar ni den?



Delaktighet och inflytande

**Vilken information får den enskilde innan insatsen påbörjas?
T.ex. öppettider, lunchen, innehåll i verksamheten?**

**Hur väljer brukaren vad den vill göra för aktiviteter i sin dagliga verksamhet?
Uttrycker man önskemål själv? Finns det alternativ, hur presenteras det? Kan man byta
varje dag? Bestämmer legal företrädare?**

Har samtliga arbetstagare/brukare på enheten en särskild kontaktman?

**Har samtliga enskilda brukare varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplan?
Hur arbetar ni med det?**

Finns organiserade brukarmedverkan/påverkan? Hur gör ni? Typ brukarråd.

Hälso- och sjukvård

**Utför ni HSL-uppgifter på delegation?
Har ni i så fall skriftliga rutiner för det?**

Finns skriftliga rutiner för hur och när hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas?