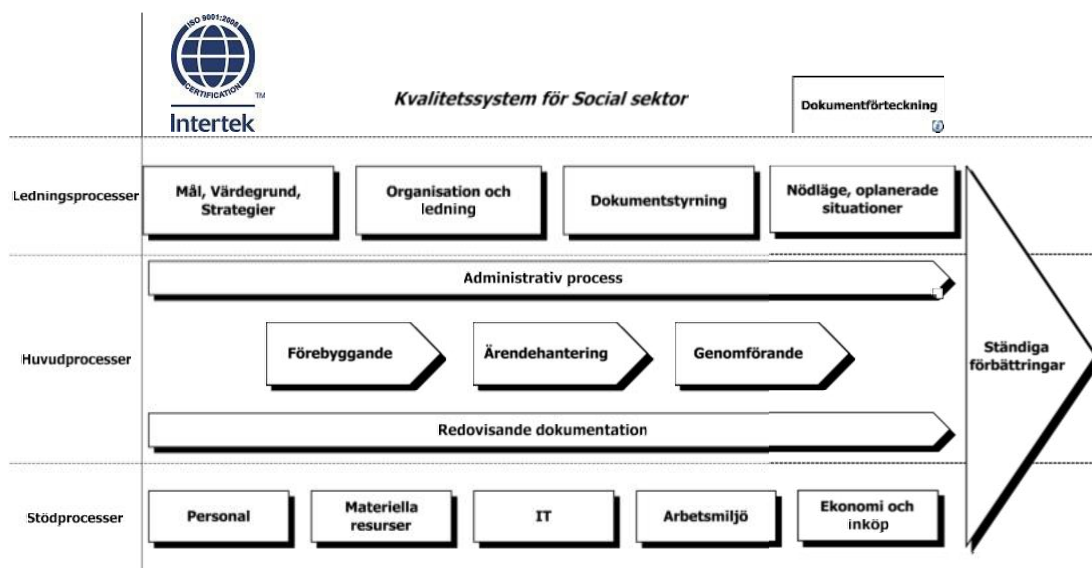


SOCIAL SEKTOR
Stab och administration

Intern revision av särskilt boende enligt SoL över 65 år

Intern revision av särskilt boende genomfördes 2019-03-18 av medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, Annika Atterlid Ohlsson och kvalitetscontroller Anders Svensson. Från verksamheten deltog enhetscheferna Karin Sjölin, Kerstin Sanfridsson och Annette Viderberg samt en personal från respektive boende.

Den interna revisionen av social sektors verksamheter utgår ifrån kraven i ISO 9001:2015.



Att förstå organisationen och dess förutsättningar; kontrollera att medarbetarna förstår helheten i kvalitetsledningssystemet.

<i>Vilken information har medarbetarna fått om kvalitetsledningssystemet, uppbyggnad och syfte?</i>	Medarbetarna har kunskap om kvalitetsledningssystemet och dess uppbyggnad och syfte. Tas upp kontinuerligt på APT.
<i>Finns nödvändiga processer och rutiner i kvalitetsledningssystemet? Om inte, vilka saknas?</i>	Processen för verksamheten är känd och korrekt. Rutiner och riktlinjer är kontinuerligt under utveckling. Risker finns beskrivna i processens olika delar. Kvalitetsledningssystemet upplevs som svårt att hitta i och är inte användarvänligt.
<i>Fungerar samverkan mellan processerna? Om inte, förslag på förbättringar.</i>	Samarbetet med andra processer fungerar bra, tex med hälso- och sjukvårdspersonal. Handläggarnas beslut ligger till grund för genomförandeplanerna.

SOCIAL SEKTOR

Stab och administration

Ledarskap och åtagande

<i>Hur fungerar ledarskap, stöd och handledning?</i>	Ledarskapet för verksamheten fungerar bra. Tydligt och klart ledarskap. Arbetsplatsträffar för tillsvidareanställd personal sker varje månad.
<i>Vilken kunskap har medarbetarna om lagstiftning, riktlinjer, mål och kvalitetspolicy?</i>	Kunskap om lagstiftning, riktlinjer, mål och kvalitetspolicy finns. Kvalitetspolicyn hålls levande i verksamheten.
<i>Hur arbetar verksamheten med inkomna brukarundersökningar, synpunkter och avvikelser?</i>	Inkomna synpunkter, avvikelser och tillbudsansmälningar hanteras dels enskilt med berörda men även på apt som diskussionsunderlag för förbättring och utveckling av verksamheten. Synpunkter och avvikelser hanteras enligt gängse rutiner. Brukarundersökning görs en gång om året. Resultatet av denna diskuteras på apt och redovisas på boråd och anhörigträffar.

Planering

<i>Har medarbetarna kunskap om målen?</i>	Kunskap om målen och handlingsplanerna i styrkortet finns.
<i>Har medarbetarna deltagit och varit aktiva i upprättandet av handlingsplaner samt uppföljning av dessa?</i>	Medarbetarna har påverkat upprättandet av handlingsplaner på arbetsplatsträffar.

Stöd

<i>Hur fungerar det systematiska arbetsmiljöarbetet? APT och medarbetarsamtal?</i>	Verksamheten har ett väl fungerande SAM-arbete. APT sker kontinuerligt och samtliga har erhållit medarbetarsamtal och lönesamtal. Personalen upplever en känsla av sammanhang i och med att ett årshjul innehållande årets planerade händelser finns upprättat och presenteras kontinuerligt på apt.
<i>Kontroll av dokumentation i procapita.</i>	Genomförandeplaner finns, Genomförandeplanerna ska följas upp var 6:e månad samt vid behov. Daglig dokumentation sker via SoL-anteckningar i Lifecare. Vid stickprovskontroll av genomförandeplaner är de skrivna enligt gängse praxis men det förekommer värdeord i en del av dokumentationen. Generellt skrivs få SoL-anteckningar. Istället dokumenteras mycket av det som borde stå i SoL-journalen i HSL-dokumentationen.

SOCIAL SEKTOR

Stab och administration

<p><i>Vilken kompetens har medarbetarna och anser man sig ha tillräcklig kompetens för arbetet?</i></p>	<p>De flesta medarbetarna är undersköterskor eller vårdbiträde med lång erfarenhet av arbetet. Kompetensutvecklingsplaner upprättas i samband med medarbetarsamtalen. Kompetensutveckling sker kontinuerligt i verksamheten utifrån behov, tex nytt verksamhetssystem, lyftutbildningar och interna utbildningar.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Verksamhet

<p><i>Följer ärendehanteringsprocessen och genomförandeprocessen lagstiftning, mål och riktlinjer?</i></p>	<p>Ja, lagstiftning, mål och riktlinjer följs i genomförandeprocessen.</p>
<p><i>Hur tas synpunkter emot och behandlas.</i></p>	<p>Externa och interna synpunkter har behandlats enligt gängse rutiner.</p>
<p><i>Hantering av synpunkter och avvikelser för att förebygga mänskliga misstag.</i></p>	<p>Kunskapen om var rutinerna för avvikelser och synpunkter finns är kända och efterföljs.</p>
<p><i>Finns rutiner och riktlinjer i den omfattning som krävs för verksamheten och fungerar de?</i></p>	<p>Riktlinjer och rutiner finns.</p>

Utvärdering av prestanda

<p><i>Kontroll av riskbedömningar och handlingsplaner.</i></p>	<p>Risk och konsekvens görs vid förändringar i verksamheten.</p>
<p><i>Måluppfyllelse i styrkort.</i></p>	<p>Samtliga tre särskilda boenden har uppnått årets mål.</p>
<p><i>Resultat från nationella kvalitetsuppföljningar och nationella kvalitetsregister.</i></p>	<p>Senior alert införs fr.o.m. 2019-03-01 på samtliga särskilda boenden. BPSD används främst på Björken och Björklövet men även på övriga särskilda boenden. En minskning av antalet registreringar har skett de senaste åren. Detta är en konsekvens av ökad personalomsättning och fokus på nytt verksamhetssystem. Personalen uppger att de finner det givande med upprättandet av bemötandepaner utifrån BPSD.</p> <p>Socialstyrelsens brukarundersökningar görs en gång om året och används i verksamheten för att kontinuerligt förbättra densamma.</p>

SOCIAL SEKTOR

Stab och administration

<i>Hantering av externa synpunkter, utredning, svar och eventuella förbättringsåtgärder.</i>	Synpunkter har hanterats enligt rutin och har i flera fall lett till förbättringar och tydliggöranden i verksamheten.
----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bedömning

Processen gällande särskilt boende är välfungerande. Tydliga riktlinjer och arbetsrutiner finns, efterföljs och hålls uppdaterade. Ett tydligt och nära ledarskap finns. Engagerad och medveten personal. God dialog med medborgare via tex boråd och anhörigträffar.

Socialnämndens mål är kända i verksamheten.

Rutiner för de särskilda boendena görs ofta gemensamt vilket leder till kvalitetsmässiga förbättringar.

Förbättringsområden

- Personalen behöver utbildning och stöd för att kunna skilja på vad som är HSL- och vad som är SoL-dokumentation samt hur man dokumenterar på ett korrekt och respektfullt sätt.

Höör den 25 mars 2019

Annika Atterlid Ohlsson
MAS

Anders Svensson
Kvalitetscontroller