

Datum 2019-10-04  
DNR 2019/KS 0290

## Krusmyntans vård- och omsorgsboende

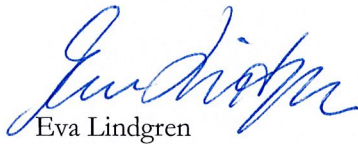
**Verksamhetsform:** Enskild regi, Vardaga inom företagsgruppen Ambea.

**Verksamhetschef:** Linda Malmgren tom 2019-08-31

**Verksamhetschef:** Annika Nilsson from 2019-09-01

**Kvalitetsgranskningen genomfördes:** 2019-08-14 – 2019-09-20


Granskningen genomförd av:



Eva Lindgren

Kvalitetscontroller

[eva.lindgren@tyreso.se](mailto:eva.lindgren@tyreso.se)



Ansa Haapala

Kvalitetscontroller

[ansa.haapala@tyreso.se](mailto:ansa.haapala@tyreso.se)

Granskningsrapporten godkänns och överlämnas till förvaltningen för liv och hälsa för eventuella åtgärder med anledning av granskningen.

Tyresö den 2019-10-04



Thomas Halvarsson







Tf chef kvalitetsenheten

tyresö kommun 

## Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning av granskning på vård- och omsorgsboendet</b>	
	<b>Krusmyntan..... 3</b>
<b>1</b>	<b>Syfte..... 4</b>
<b>2</b>	<b>Metod..... 4</b>
<b>3</b>	<b>Verksamhetens förutsättningar ..... 5</b>
3.1	Om verksamheten..... 5
3.2	Lokaler och miljö..... 6
3.3	Ledning..... 7
3.4	Personal och bemanning..... 7
	Hälso- och sjukvård..... 8
3.4.1	Bedömning av verksamhetens förutsättningar..... 9
<b>4</b>	<b>Verksamhetens innehåll och arbetet i verksamheten ..... 9</b>
4.1	Mat och måltider..... 9
4.2	Kontaktmannaskap..... 10
4.3	Meningsfull tillvaro..... 11
4.4	Processer och arbetssätt..... 11
4.5	Bemötande, självbestämmande och inflytande ..... 12
4.6	Social dokumentation..... 12
4.6.1	Bedömning av verksamhetens innehåll och arbetet i verksamheten 13
<b>5</b>	<b>Kvalitetsarbete..... 13</b>
5.1	Resultat nationella brukarundersökningen 2019 ..... 13
5.2	Trygg och säker verksamhet..... 14
5.3	Systematiskt kvalitetsarbete ..... 14
5.3.1	Bedömning av trygg och säker verksamhet samt kvalitetsarbete ..... 15
<b>6</b>	<b>Referenser..... 17</b>

## Sammanfattning av granskning på vård- och omsorgsboendet Krusmyntan

-  De granskande genomförandeplanerna håller en bra kvalitet och de boendes behov av nattinsatser är beskrivna.
-  Introduktionen av timvikarier som ska arbeta natt behöver förbättras.
-  Verksamheten behöver följa nattbemanningen så att den är anpassad till behovet.
-  Verksamheten behöver analysera och se över hur de arbetar med sociala aktiviteter.
-  Personalen har inte lika stor möjlighet att vara delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete när de inte längre deltar i alla arbetsplatsträffar.
-  Verksamheten behöver implementera gällande brandrutiner.



### Kvalitetsnivåer

Grönt visar goda exempel som med fördel kan spridas till andra enheter.



Gult visar vilka områden verksamheten behöver utveckla.



Rött visar vilka brister verksamheten behöver åtgärda.

## 1 Syfte

Syftet med granskningen är att beskriva kvaliteten i socialtjänstens verksamheter ur ett medborgarperspektiv. Kommunstyrelsen i Tyresö kommun beslutar årligen om granskningsplan för privat och kommunal verksamhet.

Granskningarna utförs av kvalitetsenheten, Medborgarfokus.

## 2 Metod

Under granskningsperioden används främst observationer som metod. Att arbeta med observationer innebär att kvalitetscontrollers vistas på enheten vid ett antal tillfällen och under flera timmar per tillfälle för att få en bild av hur verksamheten fungerar under hela dygnet.

Under observationen iakttas bland annat:

- inflytande
- tillräcklig hjälp
- personalens bemötande och agerande
- trygghet
- måltider
- meningsfullt innehåll i dagen

Under granskningsperioden görs både anmälda och oanmälda verksamhetsbesök.

Granskningen omfattar förutom observationer även intervjuer och samtal med verksamhetschef, gruppchefer, omsorgspersonal, boende och boendesamordnare från myndigheten för äldre. En enkät har även skickats till anhöriga för att ta del av deras synpunkter på verksamheten.

En genomgång av dokument som rör verksamheten har gjorts. Den sociala dokumentationen som rör de boende granskas också. Förteckning över dokumenten som granskats finns under rubriken Referenser.

Resultatet av granskningen återkopplas både muntligt och skriftligt till verksamheten som också har möjlighet att faktagranska innehållet innan rapporten färdigställs. Rapporten överlämnas sedan till förvaltningen för liv och hälsa som avgör vilka åtgärder verksamheten eventuellt behöver vidta. Den

färdiga rapporten anmäls till äldre- och omsorgsnämnden och publiceras på [www.tyreso.se/jamforelseguiden](http://www.tyreso.se/jamforelseguiden)

Bedömningen av verksamhetens kvalitet vägs samman av:

- **Verksamhetens förutsättningar (strukturkvalitet)**  
Granskningen utgår från gällande lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter, kommunens riktlinjer och gällande avtal/överenskommelser.
- **Arbetet i verksamheten (processkvalitet)**  
Processer, rutiner och arbetsätt beskrivs och bedöms i förhållande till uppdraget.
- **Måluppfyllelse och kvalitetsarbete (resultatkvalitet)**  
Granskningen utgår från de krav som framgår av Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete<sup>1</sup>.

### 3 Verksamhetens förutsättningar

Här beskrivs verksamhetens förutsättningar i form av organisation, ledning, personal, lokaler samt övriga resurser.

#### 3.1 Om verksamheten

Krusmyntan ligger i ett fristående trevåningshus och drivs av omsorgsföretaget Vardaga. Boendet består av 52 lägenheter fördelat på tre våningar med två boendegrupper per våningsplan. Fem av boendegrupperna vänder sig till personer med demenssjukdom och en har allmän inriktning.

För att få en plats på Krusmyntan krävs ett biståndsbeslut från kommunens biståndshandläggare. Beslutet fattas enligt Socialtjänstlagen (SoL) fjärde kapitlet första paragrafen, den så kallade biståndsparagrafen. Verksamheten ska drivas med utgångspunkt från gällande lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

---

<sup>1</sup> Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9

## Vardagas vision, uppdrag och värderingar<sup>2</sup>

### Vision

Vi gör världen lite bättre, en människa i taget.

### Uppdrag

”Med engagemang och expertis gör vi skillnad för varje individ vi möter. Det innebär att var och en av våra medarbetare arbetar varje dag, i stort och smått, för att vi ska nå vår vision. Med engagemang, expertis och kunskap gör vi skillnad och skapar kvalitet för våra omsorgstagare”.

### Värderingar

Respekt: Hos oss har alla har rätt till ett värdigt liv med såväl fysiskt, psykiskt som socialt välbefinnande.

Ansvar: Hos oss har vi medarbetare som vågar och vill och chefer som lyssnar och leder.

Enkelhet: Hos oss är det enkelt att påverka och att vara medarbetare eller omsorgstagare.

Kunskap: Hos oss reflekterar vi, lär av varandra och tar tillvara allas kompetens.

## 3.2 Lokaler och miljö

Lokalerna är ljusa och rymliga och har stora fönster. På varje våningsplan finns ett allrum som är gemensamt för de två boendegrupperna. Allrummen och boendegrupperna är trivsamt möblerade och där finns spel och annat som inbjuder till spontan samvaro. I anslutning till allrummen finns också stora balkonger som används flitigt av de boende.

På nedre botten finns en gemensam uteplats som är möblerad med flera utebord som möjliggör social samvaro och det är lätt för de boende att ta sig ut med till exempel rullstol och rullator. Det finns ett promenadstråk som går runt huset och den gemensamma trädgården.

---

<sup>2</sup> <https://www.vardaga.se/om-vardaga/vision-uppdrag-och-varderingar/>

### 3.3 Ledning

Verksamheten leds av en verksamhetschef. Verksamhetschefen slutar sin anställning under pågående granskning. Hon har arbetat på Krusmyntan sedan årsskiftet 2017/2018. Ny verksamhetschef börjar den 26 augusti och arbetar parallellt med verksamhetschefen under en vecka. Den nya verksamhetschefen är socionom och har lång erfarenhet från arbete som chef inom äldreomsorgen.

Verksamhetschefen får stöd i sitt uppdrag av regionchef samt företagets centrala stödresurser. Verksamhetschefen har regionmöte en gång i månaden tillsammans med övriga verksamhetschefer inom region syd.

Det finns en gruppchef på varje våningsplan och en gruppchef som leder sjuksköterskegruppen. Gruppcheferna ingår i ledningsgruppen tillsammans med verksamhetschefen. Två gruppchefer slutar sin anställning under pågående granskning.

Gruppcheferna har genomgått ett ledarskapsprogram i företagets regi. De ansvarar bland annat för bemanning, rekrytering och medarbetarsamtal. Som gruppchef arbetar man 80 procent av sin arbetstid i omsorgen om de boende och 20 procent (en dag i veckan) som gruppchef. I samtal med gruppcheferna framkommer att tiden inte räcker till för chefsuppgifterna.

### 3.4 Personal och bemanning

På Krusmyntan arbetar 36 omsorgspersonal (30,6 årsarbetare), varav cirka 80-90 procent är utbildade undersköterskor. Nattpersonalen består av 8 personer (5,6 årsarbetare). Utöver gruppchefer och omsorgspersonal finns sjuksköterskor, fysioterapeut och arbetsterapeut. Tidigare hade verksamheten också en aktivitetsansvarig.

Personalen är schemalagd och verksamheten använder sig av så kallat behovsbaserat önskeschema, där personalen önskar sina arbetstider utifrån verksamhetens behov. Under 2018 har verksamheten arbetat med att höja undersköterskornas tjänstgöringsgrad och det är nu ett fåtal som har en sysselsättningsgrad under 90 procent.

På dag- och kvällstid arbetar fyra personal på varje våningsplan med 17 boende, det vill säga två personal på varje boendegrupp. Omsorgspersonalen hjälps åt

mellan boendegrupperna på våningsplanet, vilket många gånger är en förutsättning för att det ska vara möjligt att tillgodose de boendes behov.

Personalen uttrycker att de upplever att bemanningen inte alltid är tillräcklig. De hinner bland annat inte genomföra planerade aktiviteter tillsammans med de boende. Om en boende inte är på plats, och någon personal är frånvarande ersätts oftast inte denna med vikarie. I intervjuerna med personal framkommer att de har ett gott samarbete sinsemellan, vilket är en anledning till att de trivs på arbetet.

Nattetid arbetar en personal på varje våningsplan, denne har ansvar för 17 boende. Verksamheten har en rutin för hur personalen nattetid ska hjälpas åt vid dubbelbemanning och oförutsedda händelser. Ledningen behöver dock kontinuerligt följa bemanningen nattetid så att den är anpassad till de boendes behov.

I samtal med nattpersonal framkommer att introduktionen av timvikarier som ska arbeta natt behöver förbättras eftersom man arbetar ensam på våningsplanet och behöver ha kännedom om de boende.

Majoriteten av den tillsvidareanställda personalen har genomgått Silviautbildningen inom den satsning som gjorts i Tyresö kommun. Personalen berättar att de har Silviarefleksion en gång i månaden, och att det är väldigt bra. Många i personalen har även genomgått BPSD-utbildning<sup>3</sup>, men i intervjuerna framkommer att de inte har kommit igång med det arbetet.

Under senaste året var personalomsättningen fem personer (18 procent). Under 2018 var korttidsfrånvaron fyra procent. Vid intervjuerna berättar personalen att de känner en oro för verksamheten eftersom flera nyckelpersoner slutar sin anställning ungefär samtidigt. I samtal med den nya verksamhetschefen i september 2019 framkommer att två nya gruppchefer och en sjuksköterska har rekryterats.

## Hälso- och sjukvård

Vid granskningstillfället arbetar fem sjuksköterskor (4,4 årsarbetare) i verksamheten. En av sjuksköterskorna är också gruppchef på 20 procent av sin

---

<sup>3</sup> Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. Genom att kartlägga BPSD kan de drabbade personernas symptom lindras genom relativt enkla förändringar i vardagen.



arbetstid. Verksamheten har 0,5 fysioterapeut och 0,5 arbetsterapeut. Sjuksköterskorna har omvårdnadsansvar för cirka 17 boende vardera. Två av sjuksköterskorna slutar sin anställning under pågående granskning.

Det finns minst en sjuksköterska i tjänst mellan klockan 07.00 och 19.00 veckans alla dagar. Efter klockan 19.00 fram till 07.00 har företagets egen sjuksköterskepatrull beredskap och enligt den intervjuade personalen fungerar det bra.

Vid tidpunkten för granskningen hade verksamheten avtal med Familjeläkarna Saltsjöbaden gällande läkarinsatser. Läkarbesök med rond sker en heldag varje vecka.

### 3.4.1 Bedömning av verksamhetens förutsättningar

Lokalerna och utemiljön är anpassade till de boendes behov.

Introduktionen av timvikarier som ska arbeta natt behöver förbättras.

Verksamheten behöver följa nattbemanningen så att den är anpassad till behovet.

## 4 Verksamhetens innehåll och arbetet i verksamheten

Här bedöms de processer och arbetssätt som används i verksamheten för att uppnå de mål som finns i verksamhetens uppdrag. En bedömning görs också av hur verksamheten arbetar för att tillgodose behoven hos den målgrupp som verksamheten riktar sig till.

### 4.1 Mat och måltider

Verksamheten arbetar efter Vardagas måltidskoncept ”Mat som hemma”. Varmrätten levereras oftast färdiglagad till Krusmyntan en gång i veckan och värms på plats, vissa maträtter lagas dock från grunden av personalen. Matsedeln görs centralt inom Vardaga och de boende har små möjligheter att påverka vilka maträtter som serveras. Måltidstillbehören, som potatis, ris, sås och sallad tillreds av personalen på respektive boendegrupp. Till lunchen erbjuds en mindre/lättare dessert. Om någon boende inte tycker om den

maträtt som serveras finns enligt personalen inget alternativ. Enligt Vardagas koncept ska det alltid finnas en alternativ maträtt.

De boende får frukost vartefter de kommer upp på morgonen. Lunch serveras cirka klockan 12:00, eftermiddagskaffe vid 15:00 och middag klockan 17:00. I samband med medicinutdelningen vid 20-tiden på kvällen tillfrågas de boende om de vill ha något kvällsmål.

Personalen bakar kaffebröd till eftermiddagskaffet flera gånger i veckan. De berättar att verksamheten har arbetat med att försöka skapa en god måltidssituation. Dryck och tillbehör ställs fram på borden på några av boendegrupperna. Maten läggs upp på uppläggningsfat och serveras från serveringsvagn. På helgerna dukas matborden med servetter, finare glas och porslin. Borden dukas olika på boendegrupperna och dukningen är delvis anpassad efter de boendes behov.

Några boende äter i sin lägenhet. Personalen går oftast in till dem med en matbricka lite tidigare så att de sedan kan sitta i lugn och ro tillsammans med de boende vid matbordet. Personalen uttrycker att det är viktigt med matro för de boende. Vid måltiderna är tv:n oftast avstängd och på några våningsplan stängs även dörren till boendegrupperna, då de boende kan bli störda under måltiden. Personalen på samtliga boendegrupper har omsorgsmåltider<sup>4</sup>.

I samtal med personalen framkommer att de tycker matförberedelserna ibland tar mycket tid från omsorgen om de boende. Både personal och gruppchefer berättar att diskmaskinerna ofta går sönder och att de ibland varit utan fungerande diskmaskin i flera månader. Detta är ytterligare något som tar tid från omsorgen om de boende.

## 4.2 Kontaktmannaskap

All tillsvidareanställd personal är kontaktman för två till tre personer. Den tillfrågade personalen hade kunskap om vad uppdraget som kontaktman innebär. På Krusmyntan innebär det att ansvara för bland annat hjälp med duschning och kontakt med anhöriga utifrån vad de kommit överens om vid välkomstsamtalet. Om kontaktmannen är sjuk ska dennes ersättare ta över

---

<sup>4</sup> Att använda metoden omsorgsmåltider är ett bra sätt att vägleda personer med demenssjukdom. Metoden innebär att personalen äter tillsammans med de boende i syfte att fungera som förebilder.

ansvaret. I enkäten till de anhöriga framkommer att några inte känner till vem som är den boendes kontaktman.

### 4.3 Meningsfull tillvaro

På varje våningsplan finns ett aktivitetsombud och varje vecka görs ett schema med en planerad aktivitet per eftermiddag. Personal som intervjuades berättar att aktiviteterna oftast inte genomförs, främst på grund av tidsbrist. Krusmyntan har sedan 2018 inte längre någon aktivitetsansvarig som planerar och driver aktiviteter, vilket personalen saknar.

Återkommande gemensamma aktiviteter är fredagspuben som är populär bland de boende och sittgymnastik som sjukgymnasten håller i. En gång i veckan går Tyresö väntjänst promenad med några av de boende. På söndagar är Ung omsorg<sup>5</sup> på boendet och genomför aktiviteter som att spela spel, högläsning allsång och frågesport m.m.

En gång i veckan har någon/några boende från Krusmyntan möjlighet att, tillsammans med personal, åka med i Villa Basilikas bil för en utflykt.

### 4.4 Processer och arbetssätt

I samtal med personal framkommer att de tycker att man arbetar på liknande sätt i hela huset. Personalen rör sig mellan boendegrupperna på våningsplanen och hjälper varandra i arbetet i stor utsträckning.

Oftast har omsorgspersonalen på respektive våningsplan ett kort dagligt morgonmöte för att stämna av hur de ska hjälpas åt med arbetet under dagen.

Varje våningsplan har teammöte en gång i veckan då man bland annat lyfter de boendes aktuella behov av stöd och hjälp. Ungefär var tredje månad har respektive våningsplan möte tillsammans med gruppchefen, där finns det utrymme att diskutera förbättringar, rutiner och arbetssätt.

---

<sup>5</sup> Ung Omsorg är ett företag som anställer ungdomar som ska ordna aktiviteter inom äldreomsorgen. Ungdomarna går på högstadiet och får en introduktion för uppdraget.

Personalen har möjlighet till kort muntlig överrapportering mellan dag- och kvällspassen. Mellan övriga arbetspass finns ingen överrapporteringstid inlagd i schemat och de är hänvisade till att läsa i verksamhetens dokumentationssystem.

De flesta i personalen har ett eller flera ansvarsområden som till exempel dokumentationsombud, kostombud, hygienombud etc.

#### **4.5 Bemötande, självbestämmande och inflytande**

Vid intervjuerna uttrycker personalen vikten av att arbeta utifrån de boendes behov och önskemål och de har ett stort fokus på de boende. Vid observationerna visar personalen ett gott bemötande och flertalet möter varje boende på ett professionellt och personligt sätt.

Verksamheten bjuder in anhöriga till närståendeträffar och har då ofta en föreläsning till exempel om demens eller något annat tema. Intresset för att delta i närståendeträffarna har varit ganska lågt. Verksamhetschefen skriver månadsbrev till anhöriga. Vid välkomstsamtalet ställs alltid frågan om på vilket sätt anhöriga önskar ha kontakt med boendet.

#### **4.6 Social dokumentation**

Social dokumentation är ett samlingsnamn för genomförandeplaner, journalanteckningar och annat som skrivs om individen inom ramen för Socialtjänstlagen. Den sociala dokumentationen är lagstyrd<sup>6</sup> och syftar till att säkerställa den enskildes trygghet och rättssäkerhet samt att möjliggöra uppföljning av genomförda insatser. Genomförandeplanen ska utgå från målsättningen i uppdraget och ha fokus på *hur* de beviljade insatserna ska utföras.

Den sociala dokumentationen ska förvaras så att ingen obehörig har tillgång till den.

#### **Social dokumentation på Krusmyntan**

Verksamheten dokumenterar i Vardagas eget verksamhetssystem.

Verksamheten har dokumentationsombud och de intervjuade bland personalen uppger att det oftast går att hitta tid för dokumentation. Kontaktmannen är den

---

<sup>6</sup> SOSFS 2014:5(S) Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS

som ansvarar för att upprätta och revidera genomförandeplanen. Samtliga genomförandeplaner som granskats (cirka 30 procent) var aktuella.

I genomförandeplanerna framkommer tydligt på vilket sätt de boende varit delaktiga vid upprättandet av genomförandeplanen. Den boendes önskemål och vilja framkommer i genomförandeplanen. I planerna är även nattinsatserna beskrivna.

Den löpande dokumentationen är kortfattad och oftast respektfull, det går att följa händelser av vikt.

#### **4.6.1 Bedömning av verksamhetens innehåll och arbetet i verksamheten**

Boendegrupperna har kommit olika långt med att utveckla måltidssituationen.

Verksamheten behöver förbättra informationen till anhöriga om kontaktmannaskapet.

De granskande genomförandeplanerna håller en bra kvalitet och de boendes behov av nattinsatser är beskrivna.

## **5 Kvalitetsarbete**

Verksamhetens kvalitet ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem (SOSFS 2011:9), kontinuerligt och systematiskt dokumenteras, följas upp, utvärderas och utvecklas.

### **5.1 Resultat nationella brukarundersökningen 2019**

Socialstyrelsen har under 2019 undersökt äldres uppfattning om äldreomsorgen inom hemtjänst och vård- och omsorgsboende.

Krusmyntan har en högre andel sammantaget nöjda år 2019 än 2018. Nöjdheten med sociala aktiviteter är lägre än föregående år.

## Resultat i den nationella brukarundersökningen

	Krusmyntan 2018	Krusmyntan 2019
Nöjda eller mycket nöjda -helhetssyn	63	76
Nöjda med sociala aktiviteter	58	31
Möjligheterna att komma utomhus är bra	33	67
Nöjda med måltidsmiljön	50	58
Nöjda med bemötandet	88	95
Känner sig trygg på vård- och omsorgsboendet	69	90

### 5.2 Trygg och säker verksamhet

Verksamheten har övergripande rutiner för relevanta områden. Det finns tydliga skriftliga rutiner för arbetet i verksamheten. Gruppcheferna har ansvar för att upprätta och uppdatera lokala rutiner. Brandrutinerna är dock inte kända av all personal.

All tillfrågad personal har kunskap om anmälningsskyldigheten enligt Lex Sarah. Verksamheten gjorde en rapport enligt Lex Sarah i september 2019.

### 5.3 Systematiskt kvalitetsarbete

Krusmyntan arbetar utifrån Ambeas ledningssystem, Qualimax. Qualimax huvudsakliga syfte är att säkerställa god kvalitet inom deras verksamheter. God kvalitet enligt Qualimax är:

- att krav och mål uppfylls enligt gällande lagar och föreskrifter
- att krav och mål uppfylls enligt Ambeas policys, koncept och processbeskrivningar.

Verksamhetschefen beskriver en tydlig struktur för verksamhetens kvalitetsarbete.

Personalen har en till två planeringsdagar om året. På planeringsdagen i november 2018 utgick verksamheten från de försämrade resultaten i den nationella brukarundersökningen för att ta fram förbättringsmål för 2019. Av kvalitetsberättelsen framgår att de förbättringsområden som verksamheten arbetat med senaste året främst rört måltider, aktiviteter, dokumentation och arbetsmiljö.

En gång i månaden har verksamheten kvalitetsråd och går då bland annat igenom synpunkter och avvikelser.

I kvalitetsrådet ingår, förutom verksamhetschefen, gruppcheferna, paramedicinsk personal, tre undersköterskor samt det lokala fackliga ombudet. I anslutning till kvalitetsråden har verksamheten också arbetsmiljöråd. Det som avhandlas på råden redovisas och följs upp på arbetsplatsträffar en gång i månaden.

Verksamheten har även aktivitetsråd och kostråd där ombuden träffas regelbundet för att diskutera och planera inom respektive område.

Tidigare hade verksamheten obligatoriska arbetsplatsträffar en gång i månaden och våningsmöten i anslutning till dessa. Nu är alla arbetsplatsträffar inte obligatoriska. De som är lediga deltar inte eftersom de inte längre får någon kompensation för detta. Tre arbetsplatsträffar om året är obligatoriska för all personal. Personalen uttrycker att deras möjlighet till inflytande och engagemang därmed har minskat.

### **5.3.1 Bedömning av trygg och säker verksamhet samt kvalitetsarbete**

Verksamheten behöver analysera och se över hur de arbetar med sociala aktiviteter.

Verksamheten har övergripande rutiner för relevanta områden.

Verksamheten behöver implementera gällande brandrutiner.

All tillfrågad personal har kunskap om anmälningsskyldigheten enligt Lex Sarah.

Det är otydligt på vilket sätt verksamheten följer upp förbättringsmålen.

Personalen har inte lika stor möjlighet att vara delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete när de inte längre deltar i alla arbetsplatsträffar.



## 6 Referenser

Socialtjänstlagen

Föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, SOSFS 2014:5, Socialstyrelsen 2014.

Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. SOSFS 2011:9.

Socialstyrelsen (2015); Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten.

Swedish standards institute; Svensk standard SS 872500:2015

Helle Wijk (2004) Vårdförbundet: Goda miljöer och aktiviteter för äldre.

Myndigheten för delaktighet (2015); Miljöanpassningar som bidrar till ökad delaktighet

Inspektionen för vård och omsorg; Vad har IVO sett 2018?

### **Dokument och information som direkt rör verksamheten:**

Verksamhetens övergripande och lokala rutiner

Verksamhetsplan

Verksamhetsberättelse

Bemanning

Sjukfrånvaro

Personalomsättning

Social dokumentation