

Saras Omsorgs dagverksamhet

Inspektionsrapport

INSPEKTIONSRAPPORT

Oanmäld inspektion genomfördes den 27 juni 2018 av inspektörerna Anki Ottenby och Erika Rödenhake.

Anledning till inspektion

Äldreförvaltningen har i uppdrag att inspektera, granska och följa upp stadens äldreomsorg inom samtliga regiformer.

Inspektionen sker med anledning av uppföljning av inspektion genomförd den 14 mars 2017 (dnr 4.3-464/2017). Inspektionen fokuserar på följande områden:

- inomhusmiljö
- förvaring av kemtekniska produkter
- kontaktmannaskap
- social dokumentation.

Syftet med inspektionen är att säkerställa en god kvalitet i verksamheten. Inspektionen syftar även till att stärka verksamhetens egna förmågor att utveckla och förbättra verksamheten samt att förebygga risker.

Underlag

- inspektionsrapport dnr 4.3-464/2017, äldreförvaltningen
- social dokumentation.

Metod

- samtal med verksamhetschef och administratör (ledning)
- rundvandring i lokalen
- granskning av genomförandeplaner och löpande dokumentation.

Kontroll av fakta

Faktakontroll från inspektionen har skickats till verksamhetschef på Saras Omsorgs dagverksamhet den 28 juni 2018. Inga synpunkter har inkommit.

Uppföljningar

Från **inspektion** genomförd av äldreförvaltningens inspektörer den 14 mars 2017 framkommer bland annat följande:

- kontaktman fanns inte namngiven i genomförandeplanerna
- den löpande dokumentationen följde inte lagar och regelverk
- handdesinfektion, rengöringsmedel samt nagellack stod tillgänglig för brukarna på toaletterna samt i de rum där aktiviteter genomfördes
- inomhusmiljön var delvis anpassad till brukarna.

Resultat av inspektion

Beskrivning av verksamheten

Saras Omsorg dagverksamhet drivs i privat regi och leds av verksamhetschef samt administratör. Ledningen berättar att kundunderlaget har minskat och vid inspektionstillfället var 4 brukare beviljade dagverksamhet. Verksamheten har inriktning demens.

Inomhusmiljö

Ledningen berättar att de efter föregående inspektion har gjort vissa förändringar i lokalen. De har höjt soffan något och införskaffat några stolar med armstöd samt en ny bordsskiva till köksbordet. Den förra bordsskivan var av glas.

Enligt ledningen har de utvärderat risken med kemtekniska produkter¹ och de säger att brukarna som besöker dagverksamheten kognitivt förstår att det är produkter som inte ska intas. De berättar att personalen följer med brukarna till toaletten samt att det alltid finns personal som är tillsammans med brukarna. Ledningen säger att även om toaletterna inte är markerade med *gäster* och *personal*, så har de separata toaletter.

Vid rundvandring i lokalen noterades följande:

- på dörrar till toaletterna framgick inte om de var avsedda för personal eller brukare
- kemtekniska produkter fanns på toaletter samt i kök och vid entrén
- det fanns ingen sittmöbel i entrén
- soffan hade förhöjts något
- bordsskivan var ny
- lokalen upplevdes som städad och i ordning.

Under inspektionen tog ledning/personal bort de kemtekniska produkterna.

Kontaktmannaskap

Ledningen berättar att alla brukare har en kontaktman som arbetar på dagverksamheten. Vidare säger de att personalen har fått skriftlig information om vad det innebär att vara kontaktman.

¹ Handdesinfektion i pumpflaskor, rengöringsmedel.

Social dokumentation

Enligt ledningen skriver personalen en anteckning om det händer något som är akut samt vid avvikelser. Ledningen säger att det under 2018 inte har funnits skäl att göra några journalanteckningar. Ledningen berättar att de brukar samtala med personalen om hur man skriver en genomförandeplan eller en levnadberättelse. De samtalar även dagligen om den löpande dokumentationen.

Varje vecka görs en egenkontroll av dokumentation, säger ledningen. Verksamhetschefen kontrollerar så att anteckningarna är respektfullt utformade. Egenkontrollen dokumenteras inte skriftligt.

Ledningen berättar att de inte upprättar en ny genomförandeplan vid varje ny beställning. De gör istället en uppföljning av genomförandeplanen där de bland annat dokumenterar hur brukaren trivs på dagverksamheten.

Granskning av dokumentation

Under inspektionen granskade inspektörerna social dokumentation för de 4 brukare som går på dagverksamheten. Dokumentationen förvarades i en gemensam pärm som enligt ledningen förvaras inlåst i ett skåp på kontoret.

I den gemensamma pärmen fanns en flik för respektive brukares dokumentation. Dokumentationen bestod till exempel av genomförandeplaner, beställningar, journalanteckningar och *Dokumentet om mig*². För en brukare saknades aktuell beställning. Dokumentation enligt Socialtjänstlagen (SoL) samt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) förvarades under respektive boendes flik.

Genomförandeplaner

1 av brukarna hade nyligen börjat på dagverksamheten. För de övriga 3 fanns en genomförandeplan eller uppföljning av genomförandeplan. I 2 av planerna fanns en namngiven kontaktman. Av 1 av planerna framgick det inte när den upprättades och i 1 plan fanns namnet på en annan brukare än den som planen avsåg.

Löpande dokumentation

Löpande dokumentationen för 2018 granskades. För samtliga brukare saknades journalanteckningar under 2018, dock fanns det för 1 brukare 1 journalanteckning som var odaterad och osignerad.

² *Dokumentet om mig*, är ett dokument som tillvaratar den enskilda individens intressen i äldreomsorgen, Stockholms stad.

Daganteckningar

I verksamhetens pärm, *Dokumentation dagverksamhet*, förvarades blanketter som heter *Överrapportering/daganteckning*. Dokumentation utgick från verksamhetens aktiviteter under en dag. 2017 till 2018 dokumenterades vilka aktiviteter som ägt rum. Under 2017 fanns även personuppgifter i dokumentationen som kan kopplas till specifika brukare. Informationen handlade exempelvis om sjukhusvistelse eller andra anledningar till att brukaren var frånvarande från dagverksamheten. På respektive blankett fanns anteckningar om flera brukare.

Bedömning

Anledningen till inspektionen var uppföljning av inspektion genomförd den 14 mars 2017. Inspektionen fokuserar på följande områden:

- inomhusmiljö
- förvaring av kemtekniska produkter
- kontaktmannaskap
- social dokumentation.

Bedömningen bygger på resultat från samtal med ledning, rundvandring i lokalen samt granskning av dokumentation.

Inomhusmiljö

Inspektörerna konstaterar att ledningen har sett över möbleringen samt inredningen. Lokalen ger ett lugnare intryck än vid föregående inspektion. Gällande toaletterna skulle de med fördel kunna markeras så att det framgår för vem de är avsedda.

När inspektörerna kom till dagverksamheten stod kemtekniska produkter tillgängliga för brukarna på toaletter samt i de gemensamma utrymmena. Produkterna togs bort under inspektionen. Enligt Giftinformationscentralen bör kemtekniska produkter vara inlåsta på ett säkert ställe för att brukarna inte ska riskera att få i sig dessa produkter³. Inspektörerna förordar att verksamheten följer Giftinformationscentralens rekommendation.

Kontaktmannaskap

Det är positivt att ledningen arbetar för att förstärka kontaktmannaskapet genom att informera personalen om vad uppdraget innebär. I 2 av de 3 genomförandeplanerna fanns en namngiven kontaktman. Ledningen måste se över att det tydligt framgår av samtliga genomförandeplaner vem som är brukarens kontaktman.

Dokumentation

Inspektörerna bedömer att det i verksamheten finns ett stort behov av kompetensutveckling gällande arbetet med social dokumentation. Ledningen behöver omgående säkerställa att verksamhetens dokumentation uppfyller gällande lagar och regelverk⁴.

³ <https://giftinformation.se/temasidor/forgiftningar-vuxna/aldre-och-forgiftningar/>

⁴ SOSFS 2014:5.

Genomförandeplaner

De 3 brukare som gått längre tid på dagverksamheten hade en genomförandeplan. Genomförandeplanerna ska vara aktuella och inspektörerna rekommenderar verksamheten att gå igenom genomförandeplanerna.

Löpande dokumentation

Inspektörerna bedömer att det finns stora brister gällande den löpande dokumentationen. Syftet med dokumentationen är att synliggöra att insatsen ges i överensstämmelse med genomförandeplanen, eller om något avviker. Ledningen ansvarar för att dokumentationen är tillräcklig, väsentlig och ändamålsenlig. Av varje handling som upprättas ska det framgå *vem* som upprättade handlingen och *när*.⁵ Dokumentation om brukare som förs på blanketten *Överrapportering/daganteckning* måste omgående föras över till respektive brukares personakt.

Förvaring av dokumentation

Inspektörerna vill uppmärksamma ledningen på att brukarens dokumentation ska hållas samman i en personakt. En personakt ska avse en brukare⁶ och inspektörerna rekommenderar att verksamheten samlar dokumentationen, i *en* pärm eller mapp per brukare. Hur akten kan struktureras framgår bland annat av *Handbok för handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*⁷.

Dokumentation enligt HSL samt SoL måste hållas åtskilda eftersom det är olika lagar som styr verksamheten.

All dokumentation som rör enskild ska förvaras på ett betryggande sätt.⁸ Kraven på säker förvaring av fysiska handlingar (pappershandlingar) tillgodoses i allmänhet genom att handlingarna förvaras i låsbara enheter som skyddas mot förstörelse, skada, tillgrepp och obehörig åtkomst.⁹ Ledningen måste säkerställa att det skåp där dokumentationen förvaras uppfyller kraven.

Egenkontroll

Det saknas dokumenterad egenkontroll av verksamhetens dokumentation. Det är allvarligt då brister gällande dokumentationen

⁵ Handbok handläggning och dokumentation inom socialtjänsten. Socialstyrelsen (2015).

⁶ SOSFS 2014:5, 4 kap. 3§.

⁷ <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-1-10>

⁸ 6.16 Dokumentation utifrån bestämmelser i Socialtjänstlagen. Förfrågningsunderlag - Upphandlarversion dnr 121-77/2010.

⁹ 6 § Arkivlagen.

påpekats vid tidigare inspektion samt vid verksamhetsuppföljning genomförd av Östermalms stadsdelsförvaltning 2017.

Denna rapport överlämnas till ansvarig avtalsförvaltare på äldreomsorgen för eventuella vidare åtgärder.

Anki Ottenby
Inspektör

Erika Rödenhake
Inspektör