



**HÄSSELBY-VÄLLINGBY**  
**STADSDELSFÖRVALTNING**  
OMSORG OM PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING

TJÄNSTEUTLÅTANDE  
17 SEPTEMBER 2007  
SID 1 (8)

Handläggare: Gunilla Ljungholm  
Telefon: 08-508 05 209

Dnr 520 - 239 -2007

Sammanträde 23 oktober 2007

Till  
Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd

**Tillsyn – gruppboheter och dagliga verksamheter,  
omsorg om personer med funktionsnedsättning,  
uppföljning**

---

**Förslag till beslut**

Stadsdelsnämnden godkänner redovisningen.

Leif Spjuth  
stadsdelsdirektör

Lena Fax  
avdelningschef

**Sammanfattning**

Hösten 2005 genomförde Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning och Länsstyrelsen en gemensam tillsyn på gruppboheter och dagliga verksamheter som drivs i kommunal regi i Hässelby Vällingby. I samband med tillsynen framkom ett antal utvecklingsområden. För att följa upp att det skett en utveckling inom de utpekade områdena genomfördes en uppföljning under hösten 2006.

Länsstyrelsen har i sina tillsynsrapporter inte krav på fortsatt uppföljning utan överlåter detta till stadsdelsförvaltningen.

---

**Bilagor:** Se bilageförteckning sidan 8

## Ärendets beredning

- Detta tjänsteutlåtande har utarbetats inom avdelningen omsorg om personer med funktionsnedsättning. Rapporten har skrivits av avdelningens utvecklingssekreterare och socialkonsulent Allan Lindquist, Länsstyrelsen.
- Ärendet är anmält i Lokala handikapprådet 2007 09 24.

## Bakgrund

Hösten 2005 genomförde Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning och Länsstyrelsen en gemensam tillsyn av gruppbofästigheter och dagliga verksamheter som drivs i kommunal regi i Hässelby-Vällingby. Tillsynen utifrån SoL (socialtjänstlagen) och LSS (lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade) genomfördes av stadsdelen och Länsstyrelsen gemensamt men med olika mätinstrument. I samband med tillsynen granskade stadsdelens medicinskt ansvariga sjuksköterska stadsdelens gruppbofästigheter utifrån HSL (Hälsa- och sjukvårdslagen). På dagliga verksamheter har landstinget ansvar för hälso- och sjukvården vilket innebär att någon granskning utifrån HSL inte har varit aktuell.

I samband med tillsynen framkom ett antal utvecklingsområden. En åtgärdsplan arbetades fram och redovisades i rapporten "Tillsyn – gruppbofästigheter och dagliga verksamheter, omsorg om personer med funktionsnedsättning, rapport" som anmälts i stadsdelsnämnden i januari 2006 (bilaga 1). För att följa upp att det skett en utveckling inom utpekade områden genomfördes en uppföljning under hösten 2006 (uppföljning av åtgärdsplan bilaga 2). Vid granskningstillfälle I bedömdes den medicinska säkerheten på gruppbofästigheterna, vara mycket god och verksamheterna fungerade väl utifrån HSL. Någon anledning att göra en uppföljning utifrån HSL fanns inte. Författningssvaret omnämns därför inte dessa insatser i rapporten.

Denna rapport är sammanställd utifrån Länsstyrelsens tillsynsrapporter som inkom till stadsdelsnämnden under perioden maj till augusti 2007 (bilagorna 3-7) och stadsdelens granskning vid uppföljningsbesök på fem verksamheter och på myndighetssektionen.

## Syfte

Syftet med tillsynen var att främja kvalitetsarbetet så att målen i SoL och LSS uppfylls och genom dialog med företrädare för verksamheterna sprida kunskap. Granskningen och resultaten skulle också bidra till att utveckla ett kvalitetssystem och säkra kvaliteten på verksamheterna. Syftet med granskningen utifrån HSL var att kontrollera att gällande lagstiftning, författningar och medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS'ens) riktlinjer för hälso- och sjukvården följs.

## Genomförande

Inför tillsynsbesök II har ett komprimerat frågeformulär ifyllts av samtliga biträdande enhetschefer och återsänts till Länsstyrelsen. Utifrån tillsynen hösten 2005 och resultatet av frågeformulären fanns det skäl att göra återbesök på fem verksamheter för att följa upp att det skett en utveckling inom de utpekade områdena. Ett avslutande samtal med myndighetssektionen genomfördes dessutom. Under november 2006 genomfördes tillsynsbesök II. Båda besöken genomfördes gemensamt av Allan Lindquist, socialkonsulent, Länsstyrelsen och Gunilla Ljungholm, utvecklingssekreterare, Hässelby-Vällingby Sdf.

Verksamheterna representerades av biträdande enhetscheferna. Tidsåtgången för tillsynsbesök II var ca en till en och en halv timme.

Länsstyrelsen har i sina tillsynsrapporter inte framfört krav på fortsatt uppföljning utan överlåter detta till stadsdelsförvaltningen.

### **Länsstyrelsens bedömning**

Länsstyrelsen anser att en viktig förutsättning för verksamheternas kvalitetsutveckling är en för verksamhetens behov väl utbildad personalgrupp, med jämn könsfördelning och så hög sysselsättningsgrad som möjligt. Det krävs också en närvarande, engagerad och kun-  
nig arbetsledning.

Det ska vid behov finnas tillgång till handledning och plan för fortbildning. Det måste också finnas utrymme på gemensam schemalagd tid för reflektion och diskussion kring förhållningssätt och bemötande.

Vidare krävs att dokumentationen utförs utifrån gällande lag<sup>1</sup>, föreskrifter<sup>2</sup> och lokala riktlinjer<sup>3</sup>. I de nya föreskrifterna för kvalitetssystem<sup>4</sup> finns närmare uttalat vilka delar som ska ingå.

#### *Astrakan daglig verksamhet*

Länsstyrelsen bekräftar förbättringar och förändringar som verksamheten genomfört sedan tidigare besök. Verksamheten ger vid återbesöket intryck av att bedrivas med mycket god kvalitet. En mycket engagerad och medveten arbetsledning som, trots en verksamhet av stor omfattning och väl diversifierad känns närvarande. En god utbildningsnivå bland personalen och låg omsättning bidrar till detta intryck av god kvalitet.

Verksamheten har tydliga mål och en medveten satsning på personalens arbetsmiljö. Länsstyrelsen noterar med intresse de värdegrundscirklar verksamheten bedriver utifrån stadsdelsförvaltningens värdegrund.

Länsstyrelsen förutsätter att beställningar för samtliga arbetstagare inkommer och att därmed genomförandeplaner kan upprättas.

#### *Mäster Karls gruppbostad f.d. Smedshagens gruppbostad*

Länsstyrelsen uppfattar att de boende får en god omvårdnad. Många av personalen har arbetat länge och ”vet” vad de boende tycker om till exempel när det gäller mat. En obefintlig personalomsättning och relativt god utbildningsnivå skulle kunna utgöra en stabil grund för en god kvalitet men Länsstyrelsen uppfattar inte att det skett någon markant förbättring av de påtalade bristerna sedan föregående tillsynsbesök. Flera förbättringsområden kvarstår därför:

---

<sup>1</sup> 21a§ LSS

<sup>2</sup> SOFS 2006:5

<sup>3</sup> Riktlinjer för utförardokumentation inom stadens omsorger om funktionshindrade, Kommunstyrelsen april 2006

<sup>4</sup> SOFS 2006:11

- Beställningar måste krävas in.
- Upprättande av genomförandeplaner måste fortsätta.
- Dokumentationen måste kraftigt förbättras både när det gäller innehållet och på vilket sätt den förs.

Biträdande enhetschef har här en viktig roll som stödjande kunskapsspridare och ansvar för att följa upp hur dokumentationen genomförs. Länsstyrelsen förutsätter därför att nämnden arbetar vidare med de nämnda förbättringsområdena.

#### *Svärdsliljans gruppbostad*

Länsstyrelsen uppfattar att de boende får en god omvårdnad. Många av personalen har arbetat länge och ”vet” vad de boende tycker om till exempel när det gäller mat och kan också tolka den enskildes signaler och uttryck.

En mycket låg personalomsättning och en kraftigt förbättrad utbildningsnivå bidrar till att skapa en god kvalitet. Länsstyrelsen uppfattar att verksamheten, med en ny biträdande enhetschef som upplevs närvarande i verksamheten, har gjort stora förbättringar i verksamhetens kvalitet särskilt dokumentationen och att man är på god väg med genomförandeplanerna. Biträdande enhetschef har en fortsatt viktig roll som stödjande kunskapsspridare och ansvar att följa upp hur dokumentationen genomförs.

#### *Bergmyntegränds gruppbostad*

Länsstyrelsen konstaterar att verksamheten vid Bergmyntegränd har tagit ett viktigt steg framåt i kvalitetsarbetet. Främst består detta i att schemat är bemannat med i huvudsak tillsvidareanställd personal. En del fortbildning som ger nödvändiga baskunskaper har också genomförts.

#### Dock kvarstår vissa förbättringsområden:

Arbetet med att upprätta individuella genomförandeplaner måste fortsätta. En förutsättning är att verksamheten får beställningar från myndighetsavdelningen.

Dokumentationen måste förbättras både när det gäller innehåll och förvaring. Det saknas personnummer och namn på vissa journalblad. Det är vidare tveksamt om förvaringen i ”köket” är ett tillräckligt säkert utrymme. Biträdande enhetschef har här en viktig roll som stödjande kunskapsspridare och controller. Dock måste mellanchefens roll också uppmärksammas och ges stöd från nämnd och ledning.

Det är inte acceptabelt att en så stor andel av personalgruppen saknar grundutbildning för sina arbetsuppgifter. Individuella fortbildningsplaner måste upprättas och översättas till enhetens gemensamma fortbildningsplan.

Avdelningen uppgavs (vid uppföljningsbesöket) arbeta med en för verksamheterna gemensam grundpärm för vad som skall ingå kvalitetsarbetet (kvalitetssystem). Den beräknades vara klar för spridning under första kvartalet 2007.

Länsstyrelsen inväntar detta arbete och väljer här att endast konstatera att verksamheten vid den här aktuella enheten har delvis äldre och ouppföljda rutiner.

#### *Kanngjutargränds gruppbostad*

Länsstyrelsen konstaterar att verksamheten vid Kanngjutargränd har tagit ett steg framåt i kvalitetsarbetet. Främst består detta i att en del fortbildning genomförts.

Länsstyrelsen uppfattar att personalgruppen, så långt det är möjligt, har ambitionen att ge ett gott stöd till de boende.

Dokumentationen har visserligen påbörjats men uppvisade vid tillsynsbesök II fortfarande brister: daganteckningar fanns samlade i en och samma pärm. Fortfarande användes dagböcker som uppvisade stor variation i sättet hur personalen noterar. Det fanns således både bra och mindre bra exempel på hur dokumentationen sker.

Dokumentationen på några journalblad måste snarast beskrivas som längre dagboks-anteckningar, de innehöll också omdömen av dem som skrivit noteringen. Rättelser var trots förbud gjorda med Tippex!

#### Därför kvarstår vissa förbättringsområden:

Arbetet med att upprätta individuella genomförandeplaner måste fortsätta. En förutsättning är att verksamheten får beställningar från myndighetssektionen.

Dokumentationen måste förbättras både när det gäller innehåll och genomförande. Det saknades i vissa fall personnummer och namn på journalblad. Biträdande enhetschef har här en viktig roll som stödjande kunskapsspridare och controller. Dock måste mellanche-fens roll också uppmärksammas och ges stöd från nämnd och ledning.

Det är inte acceptabelt att en så stor andel av personalgruppen saknar grundutbildning för sina arbetsuppgifter särskilt som boendegruppens behov är så omfattande. Nämnden behöver också fortsätta arbetet med att söka kontaktpersoner. I den här aktuella boendegruppen får personal, som i stor utsträckning saknar grundutbildning och också kunskaper i teckenkommunikation en roll som den familj och nära anhörig som den boende saknar.

#### *Avslutande samtal med sektionschefen för myndighetssektionen*

Dokumentation rörande en enskild skall utvisa händelser av betydelse och/eller som innebär avsteg från uppgjord planering. En förutsättning är då att utföraren har tillgång till beslut och fått en utförlig beställning från myndigheten. Detta för att verksamheten i sin tur ska kunna upprätta en genomförandeplan. Saknas ett uttalat syfte med insatsen från beställaren finns en överhängande risk att utföraren ikläder sig myndighetens roll och själv genom genomförandeplanen beslutar om nivå och innehåll i insatsen.

## **Förvaltningens kommentarer**

### *Internkontroll/ILS-besök*

I avdelningens uppföljning av verksamheterna ingår internkontroll i samband med det årliga ILS-besöket på varje verksamhet (adress). 2006 och även 2007 har bl.a. granskning av verksamheternas dokumentation genomförts/genomförs (ILS-besöken 2007 pågår under perioden februari t.o.m. oktober). Övrig uppföljning är granskning av verksamheternas verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser. I juni skickar avdelningen ut en uppföljningsenkät i syfte att bl.a. följa upp arbetet med att uppfylla stadsdelens mål för verksamhetsområdet.

### *Dokumentationen*

Tillsynsbesök II visar att det pågår en anpassning till stadens riktlinjer för utförardokumentation. Hur långt man kommit varierar. Det finns en generell ambition hos biträdande enhetscheferna att förändra.

Under våren 2007 har ett datasystem, ParaSol, för utförardokumentation införts. Detta kommer att underlätta dokumentationen ute på verksamheterna t.ex. kommer personupp-

gifter och annan formalia fyllas i automatiskt. Verksamheterna har kommit olika långt i anpassningen till stadens riktlinjer för utförardokumentation. Granskningen kommer därför fortsätta med fokus på:

- att det finns beställning för alla insatser
- att alla brukare har genomförandeplaner
- att innehållet i dokumentationen fortsätter att utvecklas
- att aktuella rutiner finns utifrån avdelningens kvalitetssystem.

Biträdande enhetschefen har en viktig roll i det fortsatta arbetet med att anpassa dokumentationen till stadens riktlinjer för utförardokumentation. Förvaltningens förväntningar på biträdande enhetschef och rutiner för kontroll av dokumentation, hur den genomförs och hur resultatet dokumenteras diskuteras vid ILS-besöken.

Samtliga verksamheter förvarar sedan juli 2007 dokumentationen i speciella arkivskåp som uppfyller stadsarkivets krav på säkerhet.

### *Utbildad personal*

En viktig förutsättning för en god kvalitet är en väl utbildad personalgrupp och en arbetsgrupp som har kompetens för sina arbetsuppgifter. För att bibehålla en god kvalitet, på verksamheterna, krävs en fortsatt satsning på utbildning. Vid tillsynsbesök I bedömdes 99,7 % av personalen på daglig verksamhet ha någon form av grundutbildning och 67 % av personalen på gruppboendena. Vid senaste mättillfället i maj 2007 hade 99,7 % (ingen förändring) av personalen på dagliga verksamheterna BAS-utbildning och 58 % på gruppboendena. Hösten 2007 har två vårdare påbörjat BAS-utbildning. Vad som är adekvat utbildning är en bedömningsfråga. I november 2006 introducerades begreppet BAS-utbildning genom ett projekt inom ramen för kompetensfonden. För att få en enhetlig bedömning av utbildningsbehoven har definitionen av BAS-utbildning används vid det senaste mättillfället. Detta innebär att siffrorna inte är jämförbara.

Utifrån verksamhetens uppdrag, befintlig kompetens, individuella fortbildningsbehov, framtida förändringar och ekonomi, utarbetar varje verksamhet en kompetensplan/utvecklingsplan. Sedan 2007 ligger utvecklingsplanen som bilaga till verksamhetens verksamhetsplan. Viss utbildning har genomförts mellan tillsynstillfällena bl.a. dokumentationsutbildning, grundläggande utbildning i autism, bemötande, handledning, mm.

### *Kvalitetssystem*

Ett kvalitetssystem (bilaga 8) har utarbetats för gruppboendena, korttidshem och dagliga verksamheter som drivs i kommunal regi i Hässelby-Vällingby.

Syftet med kvalitetssystemet är att säkerställa en god kvalitet:

- genom att vara en del av det systematiska uppföljnings- och utvecklingsarbetet
- ingå i avdelningens internkontroll
- rutiner och anvisningar ska vara lättillgängliga och aktuella.

Uppföljning av kvalitetssystemet ska göras årligen och avdelningens ledningsgrupp fattar beslut om kvalitetssystemet.

Samtliga verksamheter som kvalitetssystemet riktar sig till har från juni 2007 tillgång till kvalitetssystemet. Systemet ska kontinuerligt anpassas till olika typer av förändringar. Un-

der hösten kommer bl.a. hälso- och sjukvården och ett material om rutiner/egenkontroll för livsmedelshygien integreras i kvalitetssystemet. Stadens jurist granskar innehållet i vissa dokument. Dessa ska under hösten färdigställas. För att hålla informationen aktuell är det nödvändigt att innehållet läggs in på intranätet. Detta arbete påbörjas under hösten. En uppföljning av kvalitetssystemet kommer att göras i oktober 2007 i samarbete med biträdande enhetschefer, enhetschefer, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och utvecklingssekreterare.

### *Jämställdhet*

Av de anställda är majoriteten kvinnor. Endast två verksamheter har, från tillsynen I till tillsyn II rekryterat ett förhållandevis jämt antal män och kvinnor. Länsstyrelsen anser inte att begreppet jämställdhet enbart grundar sig på lika antal män och kvinnor i en medarbetargrupp. För att jämställdhet ska kunna uppnås fodras en mängd insatser och förändring på många nivåer i organisationen. Det är däremot viktigt att framhålla vikten av att de boende och arbetstagarna, för sin identifikationsutveckling, får möta både män och kvinnor.

### *Åtgärder på vissa verksamheter*

Utifrån tillsynstillfälle I och resultatet av det utskickade frågeformulären i samband med uppföljningen, fanns det skäl att göra återbesök, tillsynsbesök II, på fem verksamheter samt myndighetssektionen. Förutom åtgärder som genomförts på samtliga verksamheter t.ex. i samband med ILS-besök och internkontroll och olika utbildningsinsatser, har särskilda åtgärder vidtagits på tre verksamheter för att därigenom åtgärda utpekade områden.

### *Mäster Karls gruppbostad*

På gruppboenden bor åtta brukare. Beställningar finns för två brukare. För dessa brukare har genomförandeplaner utarbetats. För övriga brukare finns arbetsplaner i avvaktan på att beställningar inkommer från myndighetssektionen.

Enhetschefen har under våren regelbundet träffat bitr. enhetschefen för att ge stöd i arbetet med att förbättra dokumentationen. På verksamheten har rutiner utarbetats för kontinuerlig uppföljning av dokumentationen.

### *Bergmyntegränds gruppbostad*

Verksamheten har fått beställningar för samtliga brukare. Det pågår en anpassning till stadens riktlinjer och ParaSol, datasystemet för utförardokumentation som införts i under våren 07. Genomförandeplaner håller på att utarbetas. Enhetschefen träffar regelbundet bitr. enhetschefen för att bl.a. ge stöd i arbetet med att förbättra dokumentationen.

På verksamheten arbetar nio vårdare. Av dessa har fem BAS-utbildning. Under våren 2007 genomfördes ingen BAS-utbildning. Till höstens utbildning har verksamheten anmält en vårdare. BAS-utbildning prioriteras inom verksamheten och man planerar att anmäla en vårdare per år.

### *Kanngjutargränds gruppbostad*

Det pågår en anpassning till stadens riktlinjer för utförardokumentation. I samband med ILS-beöket i maj 2007, beslutades att senast den 1 oktober ska verksamheten ha anpassat sin dokumentation till stadens riktlinjer för utförardokumentation. Arbetet med att skriva

genomförandeplaner pågår. Genom införandet av dokumentationssystemet ParaSol kommer dokumentationen att underlättas t.ex. kommer personuppgifter och annan formalia att fyllas i automatiskt.

På verksamheten arbetar 15 vårdare, sju av dessa har BAS-utbildning. Under våren 2007 har staden inte genomfört någon BAS-utbildning. En vårdare har påbörjat BAS-utbildningen ht 2007. Verksamheten planerar anmäla en person per år till BAS-utbildning. För närvarande har ingen brukare behov av teckenkommunikation. En brukare har kontaktperson på Kanngjutargränds gruppbostad. Några icke verkställda beslut på kontaktperson finns inte.

#### *Myndighetssektionen*

Dokumentationen som rör en enskild brukare ska utvisa händelser av betydelser och eller som innebär avsteg från uppgjord planering. En förutsättning är då att det kommer en beställning från myndighetssektionen till utförande verksamhet. Detta för att verksamheten i sin tur ska kunna upprätta en genomförandeplan.

Efter tillsynsbesök II skrivs beställningar på alla fattade beslut. Genom avdelningens uppföljningssystem följer sektionschefen för myndighetssektionen utvecklingen av antalet skickade beställningar. I augusti 2007 hade 71% av de beslutade insatser en beställning (motsvarande siffra var i maj 55%).

#### **Bilageförteckning**

1. Tillsyn – gruppbostäder och dagliga verksamheter, omsorg om personer med funktionsnedsättning, rapport (Sdn 2006 01 31 §8)
2. Uppföljning av åtgärdsplan
3. Tillsynsbesök vid Astrakan, daglig verksamhet, Astrakangatan 21, Hässelby gård
4. Tillsynsbesök vid Mäster Karls gruppbostad, f.d. Smedshagens gruppbostad, Mäster Karls väg <sup>3</sup>tr, Hässelby
5. Tillsynsbesök vid Svärdsiljans gruppbostad, Svärdsiljevägen 153, Hässelby
6. Tillsynsbesök vid Bergmyntegränds gruppbostad, Bergmyntegränd 5, Hässelby
7. Tillsynsbesök vid gruppbostad Kanngjutargränd 48, Grimsta
8. Kvalitetssystem, innehållsförteckning

-----