



Handläggare
Mona Lekberg
Telefon: 08-508 15 023

Till
Skarpnäcks stadsdelsnämnd
2018-06-13

§ 22

Anmälan av inkomna och utgående skrivelser

*Till stadsdelsnämnden och stadsdelsförvaltningen
inkomna och utgående skrivelser, protokollsutdrag m.m.
i allmänna ärenden för kännedom och beaktande.
Utsändes endast till stadsdelsnämnden och
förvaltningsledningen.*

Dnr	In/Ut	Angående	Åtgärd/kommentar
SKA 2019/220	In 2019-05-14	Äldreförvaltningen Inspektionsrapport Nova Omsorg Söderort.	Nr.1

Funktion SD15 Skarpnäck

Från: Erika Rödenhake
Skickat: den 14 maj 2019 09:44
Till: Helena Högquist; stefan@novaomsorg.se; Karin Bülow; Jessica Johansson; Funktion SD15 Skarpnäck; Christina Österling
Ämne: Inspektionsrapport Nova Omsorg Söderort
Bifogade filer: Inspektionsrapport Nova Omsorg Söderort dnr 4.3-228 2019.pdf; Följebrev inspektionsrapport.pdf

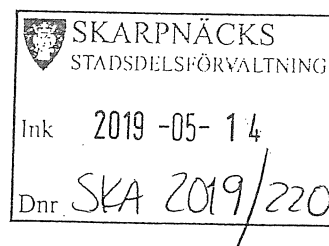
Hej,
Den 27 mars 2019 genomförde jag och Anki Ottenby på äldreförvaltningen i Stockholms stad en inspektion på Nova Omsorg Söderort.

Denna inspektionsrapport överlämnas till Nova Omsorg, för analys och som underlag i verksamhetens fortsatta kvalitetsutvecklingsarbete. Rapporten överlämnas även till ansvarig avtalsförvaltare på äldreförvaltningen för eventuella vidare åtgärder.

Bifogat finner ni inspektionsrapport samt ett följebrev med sändlista.

Hör gärna av er om ni har några frågor.

Vänliga hälsningar, Erika Rödenhake



Erika Rödenhake, Inspektör

Äldreförvaltningen

Utvecklingsavdelningen

Besöksadress: Storforsplan 36, Farsta

Postadress: Box 44, 123 21 Farsta

Telefon: 08-508 36 285

E-post: erika.rodnehake@stockholm.se
stockholm.se



Information om behandling av personuppgifter

Inom Stockholms stad är det respektive nämnd eller styrelsen i det bolag som hanterar personuppgifterna, som är personuppgiftsansvarig.

På stockholm.se/dataskydd hittar du information om stadens behandling av personuppgifter.



Enligt sändlista

INSPEKTIONSRAPPORT NOVA OMSORG SÖDERORT

Den 27 mars 2019 genomförde inspektörerna Erika Rödenhake
Och Anki Ottenby en inspektion på Nova Omsorg Söderort.

Efter genomförd inspektion upprättades en faktakontroll, som
kommunicerats med verksamhetschef.

Sänder härmed inspektionsrapport.

Med vänliga hälsningar,

Erika Rödenhake
Inspektör

Sändlista:

Nova Omsorg

[REDACTED] verksamhetschef

Nova Omsorg

[REDACTED] /D

Skarpnäck stadsdelsförvaltning
Karin Bülow, avdelningschef

Skarpnäck stadsdelsförvaltning
Jessica Johansson, verksamhetscontroller

Skarpnäck stadsdelsförvaltning
Registratur

Äldreförvaltningen
Christina Österling, strateg



Nova omsorg Söderort

Inspektionsrapport

INSPEKTIONSRAPPORT

Nova Omsorg Söderort

Förannmäld inspektion genomfördes den 27 mars 2019 av inspektörerna Erika Rödenhake och Anki Ottenby.

Anledning till inspektion

Äldreförvaltningen har i uppdrag att inspektera, granska och följa upp stadens äldreomsorg inom samtliga regiformer. Syftet med besöket är att bidra till en god kvalitet i verksamheten samt att bidra till fortsatt utvecklingsarbete.

Inspektionen genomfördes med anledning av uppföljning av tidigare inspektion, dnr 4.3-537/2018.

Underlag

- inspektionsrapport dnr 4.3-537/2018, äldreförvaltningen
- verksamhetens dokument/rutiner:
 - *Teamwork makes the dream work*
 - *Kontakt med distriktssköterska och läkare*
 - *Rapportering avvikelser - fel och brister*
 - *Yttrande och åtgärdsplan*
 - *Snabbanalys avvikelser, 2019-03-26*
- social dokumentation
- tidrapport per kund.

Metod

- samtal med två verksamhetschefer samt kvalitetsansvarig (ledning)
- samtal med personal
- granskning av dokument, social dokumentation samt tidrapport per kund
- rundvandring i verksamhetens lokaler.

Kontroll av fakta

Faktakontroll från inspektionen har skickats till verksamhetschef på Nova Omsorg den 17 april 2019. Synpunkter har inkommit och faktauppgifter har korrigerats efter påpekandet.

Resultat av inspektion

Beskrivning av verksamheten

Nova Omsorg Söderort drivs i privat regi och leds av två verksamhetschefer, VD, två HR-chefer, controller, kvalitetsansvarig, ekonomichef samt bemanningsansvarig. Två enhetschefer som är under rekrytering, kommer även att ingå i ledningsgruppen. VD är ordförande under ledningsgruppsmöten där även styrelseordförande för Nova Omsorg medverkar.

Verksamhetsutveckling

Sedan föregående inspektion den 3 oktober 2018 har verksamheten bland annat delat in personalen i åtta team. I respektive team ska, enligt verksamhetens teambeskrivning *Teamwork makes the dream work*, följande funktioner presenteras i teambeskrivningen:

- samordnare
- kontaktmannaskap
- helgansvarig
- introansvarig
- kvalitetsansvarig
- p-mötesansvarig
- matlådeansvarig
- inköpsansvarig
- nyckelansvarig
- städ/tvätt
- bilansvarig
- dokumentationsansvarig.

För respektive funktion finns en beskrivning av vad som ingår i varje ansvarsområde. Ledningen berättar att upplägget har presenterats på arbetsplatsträffar (APT) under 2018 och att personalen har fått framföra synpunkter och förslag. I början fanns en viss oro hos personalen, men nu är de flesta positiva till förändringen, säger ledningen. Personalen har, enligt ledningen, fått ta del av beskrivningen av respektive funktion och sedan anmäla intresse för vilken funktion de önskar ansvara för.

Ledningen säger att de började med det nya arbetssättet i januari 2019 och att det tar lite tid innan allt har kommit igång. I januari till mars 2019 hade verksamheten, enligt ledningen, hög sjukfrånvaro, vilket har påverkat personalkontinuiteten. Under denna period har personalen fått arbeta över teamgränserna. Ledningen har inte gjort någon mätning av kontinuiteten och säger att en mätning under pe-



rioden inte ger ett rättvisande resultat. Dock ska de enligt ledningen genomföra en egenkontroll i maj 2019.

Under inspektionen tar vi del av ett mötesprotokoll från januari 2019 där det framgår att en del personal är frågande till om inte ansvarsområdena borde läras ut innan det nya arbetssättet startar. Av protokollet framgår även att verksamhetens samordnare inte varit delaktiga i planeringen av den nya organisationen.

Värdegrunden

Av verksamhetens dokument *Yttrande och åtgärdsplan* framgår att kvalitetsansvarig implementerar, underhåller och följer upp värdegrundsarbetet. En funktionsgrupp bestående av de kvalitetsansvariga ska bildas och gruppen ska träffas två gånger per år för att utvärdera och förbättra arbetssätt och rutiner.

Enligt ledningen har de inte påbörjat arbetet med värdegrunden då de inte har hunnit med. Verksamheten har en kvalitetsansvarig som bland annat har i uppdrag att arbeta med värdegrunden, bemötande samt synpunkter och klagomål.

Delegering

Av verksamhetens rutin *Kontakt med distriktssköterska och läkare* framgår bland annat att Nova Omsorg ansvarar för att alla medarbetare följer gällande rutiner och riktlinjer inom området. Vidare framgår:

Kontaktperson och vid behov verksamhetschef kommer att delta i vårdplaneringar och utifrån dessa åta sig de hälso- och sjukvårdsuppgifter som tilldelas samt hålla kontakt med berörda sjukvårdsinstanser. Nova Omsorgs medarbetare, (ska då kund blivit beviljad följeslagning/ledsagning), vid behov följa med kund på läkarbesök. Vid dessa tillfällen ska medarbetare lämna info till sjukvårdspersonal. Av informationen framgår tydligt, att behandling för kunden ska gå genom primärvården som har det primära sjukvårdsansvaret för kunden. Detta arbetssätt garanterar att Novas medarbetare får delegering och information av distriktssköterska vilket säkerställer att kund får rätt sjukvårdsinsats.

Av verksamhetens dokument *Yttrande och åtgärdsplan* framgår att 100 % aktuella delegeringsbeslut ska uppnås senast den 31 december 2018.

Ledningen säger att de har varit i kontakt med de vårdcentraler som verksamheten samverkar med för att komma överens om en stående dag per månad då medarbetare kan få delegering. Enligt ledningen gick det inte att ordna. En del distriktssköterskor kan endast erbjuda två utbildningstillfällen per år. Verksamheten har dock fått direktte-

lefonnummer till distriktssköterskorna. Ledningen säger att de har övervägt om verksamhetens personal ska utföra delegerade arbetsuppgifter, men att det inte är den gängse gången och att ledningen inte vill att det ska bli turbulent för brukarna.

Enligt ledningen har så gott som samtlig dagpersonal ett aktuellt delegeringsbeslut. Under inspektionen kontrollerar ledningen dessa uppgifter och återkommer med besked om att 89 % av personalen från och med den 4 april 2019 har ett aktuellt delegeringsbeslut. Introduktionsansvarig för respektive team kommer fortlöpande att följa upp att samtliga medarbetare i teamet har ett aktuellt delegeringsbeslut, säger ledningen.

Under inspektionen tillfrågas tre personal om de har delegering. Två av tre uppger att de saknar aktuellt delegeringsbeslut men att de ändå utför delegerade arbetsuppgifter, trots att de vet att de egentligen inte får göra det. En personal av tre har ett aktuellt delegeringsbeslut, men vet inte var det förvaras. Efter faktakontroll meddelar ledningen att en kopia på delegeringsbeslutet kommer att förvaras i respektive personals pärm.

Personalens kompetens

I verksamhetens dokument *Yttrande och åtgärdsplan* står att nyanställd personal två gånger per år ska erbjudas en generell dragning om lyftteknik. I första hand ska dragningen hållas av fysioterapeut och i andra hand av intern personal.

Personalen har inte fått någon utbildning i lyft- och förflytningsteknik, säger ledningen och tillägger att de har gjort en inventering av vilken personal som har utbildning och om det finns någon som kan vara behjälplig med att internutbilda sina kollegor. Ledningen säger att de letar efter en utbildning, men att inget utbildningstillfälle är planerat i nuläget. Enligt ledningen är målet att den personal som tillsvidareanställs ska ha relevant utbildning och rekryteringsansvariga har informerats om det. Det händer att verksamheten timanställer personal som saknar utbildning.

Under inspektionen gör ledningen en inventering av utbildningsnivån för den personal som har anställts i verksamheten från den 1 november 2018 till 27 mars 2019. Av de som har anställts under perioden har fyra personal utan undersköterskeutbildning tillsvidareanställts. Tio personal utan undersköterskeutbildning har anställts per timme under perioden.

Efter faktakontroll tillägger ledningen att Nova Omsorg i och med övertagandet av Hökarängens hemtjänst även övertog verksamhetens personal, fyra vårdbiträden med tillsvidareanställning och sju med timanställning.

Social dokumentation

Av verksamhetens dokument *Yttrande och åtgärdsplan* framgår att journalanteckningar och sammanställning av avvikelser, från och med den 7 januari 2019, dagligen läggs in i ParaSoL av dokumentationsansvarig i respektive team. Vidare framgår av dokumentet att ParaSoL-ansvarig ansvarar för att se till att en genomförandeplan registreras i ParaSoL senast 14 dagar efter inkommen beställning.

Ledningen säger att de har en dokumentationsansvarig för respektive team. Journalanteckningar förs inte dagligen över till ParaSoL, ledningen säger att det inte var genomförbart och att dokumentationsansvarig istället ska föra över anteckningar en gång per vecka. En del av de som är dokumentationsansvariga har enligt ledningen svårt att logga i systemet. Några är självgående och andra behöver viss handledning.

Enligt ledningen har 95 till 100 % av verksamhetens brukare en genomförandeplan. Kvaliteten på planerna har enligt ledningen utvecklats genom att ParaSoL-ansvarig ska återkoppla till samordnarna om det i en brukares genomförandeplan saknas uppgifter om *hur* en insats ska utföras. Ledningen kan inte svara på vilken kvalitet genomförandeplanerna har, utan säger att det är samordnarna som tittar på det.

Verksamheten har enligt ledningen en del att arbeta med gällande dokumentationen. Det saknas en röd tråd i den löpande sociala dokumentationen och händelser av vikt saknas ibland, uppger ledningen.

Granskning av dokumentation

Genomförandeplaner

Under inspektionen granskades hur många av verksamhetens brukare som hade en genomförandeplan. I granskningen ingick brukare vars beställning inkommit till verksamheten minst 15 dagar innan inspektionen. Vid inspektionstillfället hade Nova Omsorg 296 brukare med insatsen äldreomsorg. Av dessa fanns en godkänd genomförandeplan för 178 brukare. 78 planer var preliminära och tio var

under bearbetning, av dessa var den äldsta från september 2018. 27 brukare saknade genomförandeplan.

Under inspektionen granskades dokumentation för tolv brukare mer ingående. Brukarna valdes slumpmässigt ut med den gemensamma nämnanen att samtliga hade beviljats dagliga insatser.

För samtliga tolv fanns en genomförandeplan, varav sju var preliminära. I sju av tolv genomförandeplaner fanns en namngiven kontaktman. Av den löpande sociala dokumentationen framgick att en brukare skulle ha dubbelbemanning och att en annan önskade lägga ihop två besök. Genomförandeplanerna hade inte uppdaterats med denna information. Av genomförandeplanerna framgick i låg utsträckning vad brukarna kunde göra själva exempelvis gällande personlig hygien.

Löpande social dokumentation

Löpande dokumentationen för februari 2019 granskades för tolv brukare. Granskningen visade att det för åtta av tolv brukare fanns löpande social dokumentation i Mobil Omsorg i form av minst en veckosammanfattning per vecka. För åtta brukare fanns en till sju anteckningar i ParaSoL. För två av tolv brukare saknades dokumentation helt under februari 2019 i Mobil Omsorg. I ParaSoL saknades dokumentation helt för fyra brukare. Efter faktakontroll meddelar ledningen att de kommer att utforma en ny rutin och att personalen minst varannan vecka ska dokumentera att: *insatser utförts enligt genomförandeplan utan anmärkning.*

För sex brukare gick det inte att följa händelseförlopp gällande uppföljning, åtgärder eller när en avböjd insats istället hade utförts. Av sju kontaktmän hade fyra dokumenterat en eller flera anteckningar för den brukare hen är kontaktman för under februari 2019.

Även följande noterades vid granskningen av den löpande sociala dokumentationen:

- Det fanns anteckningar av mindre respektfull karaktär.
- Anteckningar förekom om brukare i annan brukare journal.
- Några anteckningar gick inte att tyda.
- När brukare inte varit hemma framgick det inte om personalen har försökt ta reda på var brukaren befann sig.
- Besök hade kortats ner för att personalen ska hinna till nästa brukare.
- En brukare fick ingen lunch vid ett tillfälle.
- Det fanns en anteckning i brukares journal om att en personal inte vill besöka aktuell brukare mer.

- Det fanns avvikelser gällande att medicin inte fanns i do-sett.
- Personal hade signerat att läkemedel har överlämnats trots att personal inte har överlämnat läkemedel.
- Det fanns en anteckning om manuell registrering på grund av att NFC-taggs saknades hos brukare.

Tidrapport per kund

En jämförelse gjordes mellan beställning och registrerade besök för februari 2019. För några brukare saknades besök under någon dag i februari, utan att anledningen kunde utläsas av den löpande sociala dokumentationen. Några brukare var beviljade dubbelbemanning. Vid återkommande tillfällen hade dubbelbemanning ej utförts och verksamhetens ledning säger att det beror på att det inte funnits behov av dubbelbemanning vid dessa tillfällen då exempelvis dagsformen kan variera, även under en och samma dag. I en del fall har brukaren, enligt ledningen, tackat nej till hjälp med förflyttning. Någon dokumentation gällande anledning till att dubbelbemanning inte hade utförts fanns inte.

Av de sju brukare där det framgick av genomförandeplanen vilken personal som var kontaktman, hade kontaktmannen utfört besök hos fem av sju brukare. Några av dessa brukare hade fått enstaka insatser utförda av sin kontaktman.

För flera av de tolv brukarna fanns tider i genomförandeplanen för när respektive insats skulle utföras. Vid granskningen såg vi att insatserna ofta genomfördes betydligt tidigare eller senare än vad som framgick av genomförandeplanen. Exempelvis kunde det variera flera timmar från dag till dag gällande vilken tid brukare fick hjälp med hygien och frukost. Av den löpande sociala dokumentationen fanns ingen information om att dessa variationer berodde på önskemål från brukare. Efter faktakontroll meddelar ledningen för Nova Omsorg att ingen av verksamhetens brukare får insatser utförda andra tider än de önskar.

Utförandet av insatser

I verksamhetens dokument *Yttrande och åtgärdsplan* står det att verksamheten fortsätter arbetet med att påminna om vikten av att vara två personal vid förflyttningar som ska genomföras med dubbelbemanning. Vidare framgår, att i de fall dagsformen anses vara tillräckligt god för att en förflyttning ska kunna ske med hjälp av en personal, ska utförandet alltid efterföljas av en avvikelseanteckning.

Enligt ledningen har samtliga brukare en kontaktman. När verksamheten har hög sjukfrånvaro utförs inte merparten av insatserna av brukarens kontaktman, säger ledningen. När kontaktmannen är i tjänst, planerar de för att merparten av insatserna ska utföras av kontaktmannen.

Gällande dubbelbemanningar säger ledningen att brukarens dagsform avgör om det behövs dubbelbemanning vid utförandet av insatser eller inte. Enligt ledningen schemaläggs samtliga dubbelbemanningar. Ledningen säger att de säkerställer att samtliga insatser utförs genom att insatserna planeras i schemat.

Avvikelsehantering

Vi har tagit del av verksamhetens rutin *Rapportering avvikelser - fel och brister*. Av rutinen framgår att de avvikelser som inträffar inom verksamheten ska utredas, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten. I rutinen står även att kontaktmannen varannan vecka ska sammanställa avvikelser och lämna, med kommentarer, till samordnare. Verksamhetschef/kvalitetsansvarig ska enligt rutinen följa upp sammanställningen av fel och brister två gånger per år.

Av verksamhetens dokument *Yttrande och åtgärdsplan* framgår att läkemedelavvikelser från och med den 7 januari 2019 särskiljs från övriga avvikelser via rubriken *Läkemedelsavvikelse*.

Enligt ledningen skiljs olika typer av avvikelser från varandra genom att de i dokumentationssystemet har lagt till rubriken *Läkemedelsavvikelser*. Även *Manuella loggar* har fått en egen rubrik systemet. Övriga avvikelser hamnar under rubriken *Avvikelser*.

Ledningen säger att verksamheten har många avvikelser och att respektive kontaktman ska skriva ut och sammanställa avvikelserna. I sammanställningen för respektive brukare läser ledningen vad avvikelserna har handlat om och lämnar dem vidare till samordnaren. Ledningen säger att sammanställningarna ofta blir kvar i brukarnas akter och att de ska arbeta med detta i och med verksamhetens omorganisation. De ska ta fram statistik på helheten inom verksamheten, säger ledningen. För närvarande finns det ingen sammanställning eller analys av verksamhetens avvikelser för 2018, uppger ledningen. I maj 2019 kommer det enligt ledningen att finnas en sammanställning.

Inför inspektionen har ledningen tagit fram dokumentet *Snabbanalys avvikelser, 2019-03-26*, där det framgår att:

- avvikelserna till stor del innehåller felrubriceringar
- avvikelserna kring läkemedelshantering inte går att särskilja från övriga avvikelser, en ny rubrik, medicinavvikelser, införs därför
- manuellt registrerade besök registreras som avvikelse då det saknas annan passande rubricering, en ny rubrik, *Manuell logg*, införs
- verksamheten brister i att regelbundet sammanställa avvikelser
- avvikelssammanställningar journalförs inte alltid.

Under inspektionen tar vi del av en pärm innehållande stora mängder osorterade avvikelser för brukare från augusti till december 2018. Nedan följer exempel på avvikelser som personalen registrerat i olika brukares journalanteckningar under perioden:

- tar med mig tvätt
- ej hemma
- ej hjälp med läggning
- larm fungerade bra
- ingen tvätt
- allt väl gav medicin
- glömde tagga in hos NN
- fick larm var tvungen att gå
- kvällsbesök enligt rutin
- kollega tog besök då jag inte hann
- slängde sopor
- inskickad till sjukhus efter fall.

Efter faktakontroll meddelar ledningen att verksamheten dokumentations- och kvalitetsansvarigas roller och arbetsuppgifter kommer bidra till att samtliga medarbetare arbetar efter verksamhetens rutiner.

Övriga iakttagelser

Under inspektionen tog vi del av mötesprotokoll från 2019 där det fanns uppgifter om namngivna brukare som kan vara av känslig karaktär. Det framgick även av ett mötesprotokoll att personal uppmanas att inte berätta för brukare vem som kommer vid nästa tillfälle, då schemat kan ändras.

På en anslagstavla i ett teamrum fanns en lista över brukare och vilka som skulle få mer tid vid avbokning. Det fanns även information om brukare som fått för mycket tid utförd.

Under inspektionen iaktogs vid ett tillfälle, att dörren till rummet där nyckelskåpen förvaras, stod öppen samt att nyckelskåp var öppna. Enligt verksamhetens *Yttrande och åtgärdsplan* säkerställs att nyckelskåpen hålls låsta genom att en funktion för kontroll införts. Kontroller ska enligt dokumentet göras klockan 08.30, 11.30 och 16.30.

Bedömning

Anledningen till inspektionen var uppföljning av tidigare inspektion, dnr 4.3-537/2018.

Bedömningen bygger på samtal med ledning och personal, observationer vid rundvandring samt granskning av rutiner, dokument, social dokumentation och tidrapport per kund.

Verksamhetsutveckling

Vid föregående inspektion¹ i oktober 2018 konstaterades att det fanns ett flertal utvecklingsområden i verksamheten. Inspektörerna uppmanade bland annat ledningen att öka personalens delaktighet genom att i större utsträckning involvera dem i Nova Omsorgs utvecklingsarbete. Vid denna inspektion framkommer bland annat att verksamheten har gjort en omorganisation där personalen delats in i team där de tilldelats olika funktioner. Upplägget har presenterats på APT, men det finns frågetecken kring hur involverade personalen har varit i planeringen. Av APT-protokoll framgår att personal upplever att de inte fått tillräcklig information om sina ansvarsområden samt att samordnare anser att de inte har blivit involverade.

Värdegrunden

I likhet med vad som framkom vid föregående inspektion saknas ett aktivt värdegrundsarbete i verksamheten. Verksamhetens dokument *Yttrande och åtgärdsplan* efterföljs inte gällande värdegrundsarbetet.

Delegering

Av resultatet från inspektionen framkommer att verksamheten sedan föregående inspektion har försökt förbättra samverkan med distriktssköterskorna. Dessa ansträngningar har dock inte lett till att Nova Omsorg har uppnått sitt mål att samtlig personal från och med den 31 december 2018 ska ha ett aktuellt delegeringsbeslut. Det saknas en tydlig rutin för hur 100 % aktuella delegeringsbeslut ska uppnås och hur verksamheten fortlöpande ska säkerställa att samtlig personal som utför delegerade arbetsuppgifter har ett aktuellt delegeringsbeslut. Under inspektionen framkommer även att personal, som saknar aktuellt delegeringsbeslut, utför delegerade arbetsuppgifter samt att en del personal inte vet var delegeringsbesluten förvaras.

¹ Inspektionsrapport dnr 4.3-537/2018, äldreförvaltningen.

Verksamhetens dokument *Yttrande och åtgärdsplan* efterföljs inte gällande delegeringar.

Personalens kompetens

Verksamheten har inlett en inventering av om det finns personal inom Nova Omsorg som kan utbilda sina kollegor i lyft- och förflyttningsteknik. Enligt ledningen är det i första hand en fysioterapeut som ska hålla i utbildning för personalen. Precis som vid föregående inspektion uppger ledningen att de planerar att anlita en person som kan ha en genomgång med personalen. Något utbildningstillfälle finns inte planerat.

Verksamhetens dokument *Yttrande och åtgärdsplan* efterföljs inte gällande utbildning för personalen i lyft- och förflyttningsteknik.

Social dokumentation

Vid den inspektion som genomfördes av äldreförvaltningens inspektörer i oktober 2018 fann vi stora brister i verksamhetens arbete med social dokumentation. Så även vid detta inspektionstillfälle.

Inspektörerna konstaterar att verksamhetens åtgärder för att komma tillrätta med bristerna i den sociala dokumentationen har varit otillräckliga samt att verksamhetens dokument *Yttrande och åtgärdsplan* inte har efterföljts gällande arbetet med social dokumentation.

Utförandet av insatser

Resultatet från inspektionen visar, såväl vid denna som vid föregående inspektion, att dubbelbemanning inte alltid utförs hos de brukare som beviljats dubbelbemanning. Den avvikelseanteckning som ska noteras i samband med att dubbelbemanning inte utförs, saknas vid flera tillfällen för flera brukare. Det saknas även, för flera brukare, noteringar i den löpande sociala dokumentationen om anledning till att insatser helt uteblivit under vissa dagar eller tillfällen.

Av ett mötesprotokoll framgick att personal inte ska berätta för brukare vilken personal som kommer vid nästa tillfälle. Inspektörerna vill uppmärksamma ledningen på att kännedom om vilken personal som kommer för att utföra insatserna kan skapa trygghet, delaktighet och meningsfullhet för brukaren.

Inspektörerna bedömer att ledningen behöver vidta ytterligare åtgärder för att säkerställa att samtliga av Nova Omsorgs kunder får

sina insatser utförda i enlighet med beställning. Verksamhetens dokument *Yttrande och åtgärdsplan* efterföljs inte i arbetet med att säkerställa att dubbelbemanning utförs i enlighet med beställning.

Avvikelsehantering

Vid såväl denna som vid föregående inspektion framkommer brister i Nova Omsorgs arbete med avvikelser. Det saknas både sammanställning och analys. Verksamheten saknar sammanställning och analys av verksamhetens avvikelser. I enlighet med vad som framkom vid inspektion oktober 2018, saknas fortfarande ett tydligt sätt att särskilja olika typer av avvikelser från varandra.

Övriga iakttagelser

Inspektörerna vill påminna om Socialtjänstlagen 11 kap 5 § (SoL), där det framgår att handlingar som rör enskildas personliga förhållanden ska förvaras så att obehöriga inte ges tillgång till dem. Med obehöriga menas även personal som inte behöver uppgifterna i sitt dagliga arbete².

Inspektörerna bedömer att brukarnas nycklar förvaras under säkra förhållanden i särskilt nyckelskåp men uppmanar ledningen att se till att dessa skåp hålls låsta och att verksamhetens rutin gällande nyckelhantering efterföljs.

Denna inspektionsrapport överlämnas till Nova Omsorg, för analys och som underlag i verksamhetens fortsatta kvalitetsutvecklingsarbete. Rapporten överlämnas även till ansvarig avtalsförvaltare på äldreförvaltningen för eventuella vidare åtgärder.

Erika Rödenhake
Inspektör

Anki Ottenby
Inspektör

² Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten, Socialstyrelsen, 2015.

