

Kvalitetsdeklaration
Individ- och familjeomsorg

En översikt för att underlätta ditt val av vård och omsorg

VERKSAMHETENS NAMN

Patia Individ och Familj

ORG.NR/VERKSAMHET/ENHET

Patia AB 559017-8009

Patia Elisabethgården AB 556789-5213

KVALITETSDEKLARATIONEN GÄLLER FÖR ÅR

2022

Att arbeta med kvalitet är en självklarhet för offentliga och privata verksamheter inom vård och omsorg. Men fram till idag har det inte funnits en gemensam modell för hur detta ska redovisas.

Branschorganisationen Vårdföretagarna har därför tagit fram en *kvalitetsdeklaration*, där medlemsföretagen tydligt beskriver sitt kvalitetsarbete. Målet är att detta blir en norm för hela branschen.

Det här dokumentet – Kvalitetsdeklaration Individ- och familjeomsorg – underlättar ett kunskapsbaserat och välgrundat val av vård och omsorg. Här kan du exempelvis läsa om hur verksamheten arbetar med evidensbaserad praktik och om resultaten i enkätundersökningar som brukarna/klienterna har svarat på. Allt för att göra det enklare för dig att jämföra och välja den verksamhet som passar ditt behov bäst.

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| 1. Eget kvalitetsarbete | 3 |
| 1.1 Verksamhetens värdegrundsarbete | 3 |
| 1.2 Externa granskningar | 3 |
| 1.3 Verksamhetens ledningssystem och arbete med riskanalyser, egenkontroll, eventuella internrevisioner, hantering av avvikelser och förbättringsarbete | 4 |
| 1.4 Verksamhetens arbete med att förebygga missförhållanden och vårdskador, samt statistik kring Lex Maria och Lex Sarah | 7 |
| 1.5 Verksamhetens arbete med att skapa trygghet och säkerhet för medarbetare..... | 8 |
| 1.6 Verksamhetens utvecklingsarbete inom ledarskap, medarbetarutveckling, delaktighet och kompetensutveckling | 10 |
| 2. Nationella krav | 11 |
| 2.1 Trygghet | 11 |
| 2.2 Självbestämmande och integritet | 11 |
| 2.3 Deltagande i samhällslivet | 11 |
| 2.4 Genomförandeplaner - arbetssätt och uppföljning..... | 12 |
| 2.5 Hälso- och sjukvårdsinsatser | 12 |
| 3. Evidens- och kunskapsbaserad praktik | 13 |
| 3.1 Evidens- och kunskapsbaserad praktik | 13 |
| 3.2 Resultat från verksamheten | 15 |
| 4. Nationella enkäter/Upplevd kvalitet | 16 |
| 4.1 Verksamhetens resultat i nationell enkätundersökning..... | 16 |
| 4.2 Använder verksamheten egna enkätundersökningar för att följa upp och utveckla vården?.. | 17 |

1. Eget kvalitetsarbete

För att säkerställa kvaliteten arbetar verksamheten med flera olika verktyg, metoder och utvecklingsarbeten. Här kan du läsa om hur det går till och om resultaten.

1.1 Verksamhetens värdegrundsarbete

Här beskrivs verksamhetens värdegrund och hur värdegrunden förankras inom hela verksamheten

- 1.1 Patias Vision är att förbättra människors liv genom utveckling och självförverkligande. Med utgångspunkt i individens situation och önskemål skapar vi en innehållsrik, trygg och utvecklande tillvaro för både klienter och medarbetare. Medarbetarnas förhållningssätt och agerande är viktigt för hur klienter, närstående och kunder upplever Patia. Ett sätt att nå dit är vårt arbete med värdegrunden: lyhördhet, individfokus, kompetens och empati. Ett aktivt värdegrundsarbete är ett av våra återkommande verksamhetsmål om följs upp månadsvis. Värderingarna hålls levande i verksamheterna genom att de genomsyrar det dagliga arbetet samt är en del av våra rutiner, riktlinjer och policys.

Vår värdegrund är en del av det välkomst- och introduktionsmaterial som alla medarbetare tar del av när de påbörjar sin anställning på Patia. Våra verksamheter har värdegrundsombud som driver och utvecklar verksamhetens värdegrundsarbete tillsammans med verksamhetschefen. Årligen anordnas gemensamma utbildningar och nätverksträffar för värdegrundsombud. Patias värdegrundsutbildning fokuserar på det grundläggande arbetet i värderingar, vad syftet är och hur vi ska arbeta systematiskt kring värdegrundsfrågor. Under 2022 har vi bland annat arbetat med teman som, den goda arbetsplatsen och det goda bemötandet.

1.2 Externa granskningar

Utförare av vård och omsorg kan granskas av myndigheter och kommuner. Exempel på myndigheter som kan granska verksamheten är Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Arbetsmiljöverket. Här beskrivs statistik om vilka externa granskningar som skett för verksamheten under föregående kalenderår. Fördjupad information kan fås från verksamheten eller från den kommun eller myndighet som har granskat verksamheten.

- 1.2 Patia har genomfört ett flertal avtalsuppföljningar under 2022 med bland annat Nacka kommun, Umeå kommun, Stockholm Stad samt SKR. Avtalsuppföljningarna avslutades utan anmärkningar.

Patia har även haft besök av Arbetsmiljöverket samt kommunernas miljö och hälsa samt räddningstjänst. Tillsynerna avslutades utan anmärkningar.

IVO har genomfört sina årliga tillsyner av Patias tillståndspliktiga verksamheter. Under 2022 genomfördes totalt (6) tillsyner av stödboende och HVB. 5 av 6 tillsyner avslutades utan brister. Ett tillsynsbeslut har avslutats med två identifierade brister som sedermera åtgärdats av Patia och därefter har ärendet avslutats av IVO. Åtgärderna har även följts upp av områdeschef och kvalitetsansvarig.

Brister som framkom i ett tillsynsbeslut från IVO avseende en verksamhet:

- Verksamheten hade under en kort period en ungdom inskriven med ett större vårdbehov än vad placeringsformen stödboende syftar till att kunna möta. Efter att verksamheten uppmärksammat dessa omständigheter, kontaktades placerande socialnämnd för annan placeringsform. Verksamheten reviderade även rutinerna avseende lämplighetsbedömningar med en tydligare och mer systematisk analys av inhämtad information.
- Enligt IVO tillämpade verksamheten generella regler gällande besök i stödboendeverksamheten. Patia omformulerade reglerna.

1.3 Verksamhetens ledningssystem och arbete med riskanalyser, egenkontroll, eventuella internrevisioner, hantering av avvikelser och förbättringsarbete

Om verksamhetens ledningssystem för att utveckla, följa upp och säkra kvaliteten och för att förbättra verksamheten.

- 1.3 Patias kvalitetsledningssystem är uppbyggt enligt SOSFS 2011:9, i enlighet med IVO:s krav, samt anpassat efter ISO 9001:2015. Det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet är en del av det dagliga arbetet i verksamheterna för att säkerställa en hög kvalitet i alla processer och led. Kvalitetsledningssystemet och dess processer och rutiner är sammanflätade med det dagliga arbetet i verksamheterna och utgör därmed en naturlig del av Patias organisation.

Systematiskt förbättringsarbete – Avvikelser samt klagomål och synpunkter

För att kvalitetssäkra vår verksamhet ser vi avvikelser samt klagomål och synpunkter som en möjlighet och förutsättning till att ständigt lära och utvecklas. Under 2022 rapporterades ca 350 avvikelser gällande kvalitet på totalt 14 verksamheter. De mest frekventa områdena är; dokumentation, information och kommunikation, rutiner och insatser. Utifrån den sammanställning och analys som genomförts av samtliga verksamheters arbete med avvikelser har följande åtgärder vidtagits:

- *Checklistor och rutiner har reviderats och upprättats*
- *Revidering av introduktionsmaterial*
- *Utökad handledning*
- *Interna kontroller*
- *Individuella samtal med medarbetare*
- *Tätare uppföljning från ansvarig chef*
- *Utökad uppdrag för kvalitetssamordnare*
- *Interna utbildningar i arbete med riskanalyser, avvikelserrapportering, journalföring etc.*

Inom all verksamhet finns det alltid möjlighet till förbättringar. Ett systematiskt arbete med synpunkter och klagomål ger goda möjligheter att både uppmärksamma brister i verksamheten samt att identifiera nya eller icke tillgodosedda behov hos klienter. Våra klienter får löpande information om hur deras klagomål/synpunkter kommer att hanteras. Blankett för klagomål- och synpunkter ska alltid lämnas till klient vid placering.

Ett klagomål eller en synpunkt kan inkomma till verksamheten på flera olika sätt, via telefon till chef eller medarbetare, via vår hemsida www.patia.se, via e-post, vanligt brev eller vid ett personligt möte. Klagomål- och synpunkter ska även kunna lämnas

anonymt på verksamheten. Vårt mål är att vi i första hand löser problemet direkt när det uppstår och att vi i dialog med den enskilde hittar en lösning tillsammans. Vissa klagomål/synpunkter kan ta längre tid att åtgärda beroende på situationen, och vilka åtgärder verksamheten behöver vidta för att komma till rätta med problemet.

Den som framfört klagomålet eller synpunkten skall alltid få en återkoppling om att klagomålet tagits emot, åtgärder samt uppgift om ansvarig kontaktperson. Återkopplingen skall ske inom 24 timmar, helgfria vardagar. Inom tio arbetsdagar skall den enskilde som lämnat klagomålet eller synpunkten meddelas vad som händer i ärendet. Vid mer omfattande ärenden ska den som lämnat klagomålet få kontinuerlig information om handläggningens gång.

Ansvarig chef ansvarar för att klagomålet/synpunkten utreds och även för att åtgärder genomförs och följs upp i syfte att utveckla och förbättra verksamheten. Alla inkomna klagomål och synpunkter ska återkopplas till personalgruppen på arbetsplatsträffar. Vidtagna åtgärder ska dokumenteras i ärendet. Verksamhetschef ansvarar även för att åtgärder som vidtagits i ärendet återkopplas till den som lämnat klagomålet/synpunkten skriftligt eller muntligt. Om den som framfört klagomål/synpunkter inte är nöjd med det svar den fått eller vidtagna åtgärder från utredande chef ska denne kontakta närmast överordnad chef. Allvarliga klagomål ska alltid kommuniceras till områdeschef och kvalitetsansvarig för vidare bedömning.

Verksamheten ska arbeta kontinuerligt med sina klagomål/synpunkter för att förbättra verksamheten. Genom att analysera inkomna rapporter, klagomål och synpunkter samlat kan även mönster och trender som inte framkommit i utredningen av ett enskilt fall upptäckas.

Under 2022 rapporterades (163) synpunkter och klagomål. Under 2022 hade Patia Individ och familj över 900 inskrivna klienter. Exempel på klagomål och synpunkter som inkommit under året:

- Störningar i fastigheten
- Önskemål om fler aktiviteter och organiserad sysselsättning
- Klient som lämnar synpunkter på grannar
- Önskemål gällande mat
- Informationsöverföring
- Konflikt mellan klienter

Egenkontroller

Ärligen genomförs kontroller på den tekniska kvaliteten i alla våra verksamheter. Genom vår interna checklista för egenkontroll granskar vi hur verksamheterna följer rutiner och riktlinjer, både lagstyrda samt de rutiner som utformats lokalt. Verksamheterna ansvarar för att löpande under året arbeta med att revidera och upprätta lokalt anpassade rutiner utifrån mallen för egenkontroll. I egenkontrollen följer vi upp fem huvudsakliga områden: Ledning, Socialtjänst, Hälso- och sjukvård, Kompetens och Samverkan.

Kontrollerna genomförs av kvalitetsansvarig och vid egenkontrollen deltar verksamhetschef och medarbetare. Rutiner, avtal och protokoll granskas för att säkerställa att alla rutiner och riktlinjer finns i den aktuella verksamheten samt att avtal och tillstånd efterlevs. Även de förbättringsåtgärder som skett under året utifrån exempelvis tillsyner eller avtalsuppföljningar granskas i syfte att systematiskt följa upp att åtgärderna är genomförda i enlighet med upprättad handlingsplan. I samband med egenkontrollen tillfrågas även medarbetare om de kan redogöra för vissa lagstadgade rutiner som t ex Lex Sarah och avvikelserapportering.

Resultatet av egenkontrollen dokumenteras och återförs till verksamhetschef och medarbetargruppen. De åtgärder som behöver åtgärdas utifrån resultatet ska vara genomförda inom två månader eller omgående om resultatet visar på allvarliga brister. Verksamhetschef ansvarar för att delarna som ej blev godkända i egenkontrollen åtgärdas.

Under 2022 granskades 14 verksamheter (avseende Individ och familj). 9 av dessa 14 fick ett resultat över 90 % godkänt. Det genomsnittliga resultatet för Patia Individ och familj landade på 93 % godkänt. Samtliga verksamheter har därefter kompletterat egenkontrollen upptill 100 %.

Lokal kontroll/verifiering

Förutom egenkontrollen genomför vi även en Lokal kontroll/verifiering minst en gång per år. Vid behov genomförs kontrollen/verifieringen vid fler tillfällen. Exempelvis vid upprepade händelser inom ett särskilt område, allvarligt missförhållande etc. Verksamhetschef har ansvar att lokal kontroll/verifiering genomförs enligt gällande rutin. Mall för lokal kontroll/verifiering är gemensam för alla verksamheter. Resultatet dokumenteras i den årliga kvalitetsberättelsen.

Dokumentationsgranskning

Granskning av social dokumentation och genomförandeplaner sker en gång per år av kvalitetsansvarig som sammanställer och rapporterar till ledningen. Utöver den årliga granskningen genomför verksamheterna lokala interna kontroller månatligen. Under 2022 granskades 14 verksamheter och det genomsnittliga resultatet för Individ och familj blev 88 % godkänt, vilket ligger strax under Patias mål om 90 %.

Utifrån resultatet har följande åtgärder vidtagits:

- utveckla vårt arbete med genomförandeplaner och uppföljning av genomförandeplaner samt månadsrapportering.
- tillsatt en projektgrupp som har i uppdrag att skapa en gemensam rutin och mall för arbetet med genomförandeplaner för bland annat stödboende- skydd-, och omsorgsverksamheterna.
- Kartlagt verksamheternas behov av stöd gällande dokumentation.
- Tillsatt kvalitetssamordnare i de verksamheter som saknat en befintlig
- Skapat mallar och checklistor för dokumentation
- Revidering av intern kontroll

Med hjälp av ovanstående åtgärder, strävar vi efter att öka det genomsnittliga resultatet för dokumentation till 90 % godkänt för 2023.

Arbetet med riskanalyser

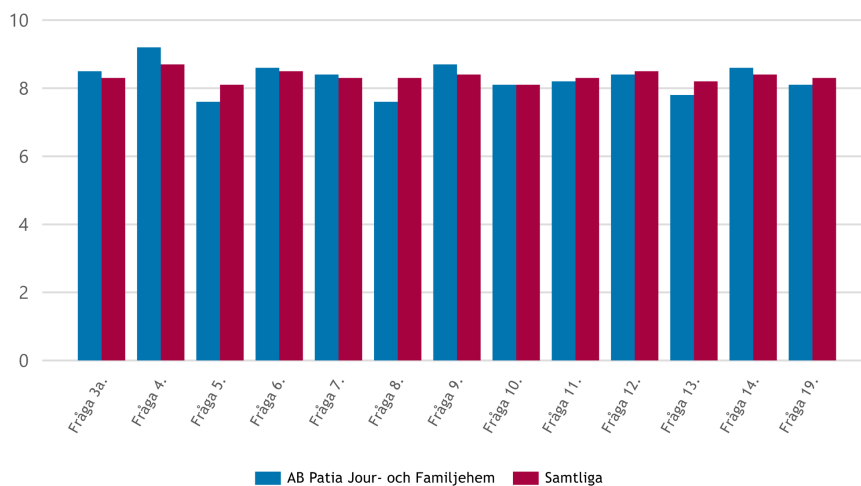
Patia har en framtagen rutin för arbete med riskanalyser. Verksamhetschef ansvarar för att riskanalyserna genomförs i enlighet med rutin. Syftet är att förebygga händelser som kan medföra negativa konsekvenser för den enskilde klienten och/eller verksamheten.

Kundnöjdhetsundersökningar

Patia är angelägen om att få veta vad uppdragsgivare/kunder anser om vår verksamhet och de insatser vi erbjuder. Synpunkter är viktigt för verksamhetens utvecklings- och förbättringsarbete.

Under 2022 har Patia deltagit i SSIL kvalitetsindex för jour- och familjehem, HVB, skyddat boende samt stödboende. Samtliga verksamheter har fått ett snittbetyg som ligger över/i linje med samtliga aktörer som deltagit i SSIL kvalitetsindex. Nedan presenteras resultatet för jour- och familjehem. Verksamheten fick ett medelbetyg på 8,3 och utmärker sig på bland annat fråga 4 – mottagande och introduktion, fråga 6 – Verksamhetens

omvårdnadsinsatser, Fråga 3 – information om verksamhet samt fråga 12 - Uppföljning och rapportering kring klienten. Resultatet har använts som underlag i det fortsatta kvalitets- och förbättringsarbetet i verksamheten för att öka medelbetyget. Flera av de placerande socialsekreterarna lyfter bemötande, flexibilitet och samarbete som verksamhetens starkaste sidor.



- Fråga 3a. Information om verksamheten 8,5 (8,3)
- Fråga 4. Mottagande och introduktion 9,2 (8,7)
- Fråga 5. Verksamhetens arbete kring genomförandeplanen 7,6 (8,1)
- Fråga 6. Verksamhetens omvårdnadsinsatser 8,6 (8,5)
- Fråga 7. Verksamhetens arbete med att motivera klienten 8,4 (8,3)
- Fråga 8. Social kontroll 7,6 (8,3)
- Fråga 9. Arbete och studier 8,7 (8,4)
- Fråga 10. Fritidsaktiviteter 8,1 (8,1)
- Fråga 11. Nätverksarbete 8,2 (8,3)
- Fråga 12. Uppföljning och rapportering kring klienten 8,4 (8,5)
- Fråga 13. Utslussning 7,8 (8,2)
- Fråga 14. Placerings lämplighet 8,6 (8,4)
- Fråga 19. Helhetsbedömning 8,1 (8,3)

Övriga genomförda eller påbörjade åtgärder gällande kvalitet:

- Fortsatt utbildning i dokumentation, Lex Sarah och avvikelserapportering
- Uppdatering av årshjul för kvalitet
- Uppföljning och revidering av egenkontrollmanual
- Nätverksmöten med kvalitetssamordnare
- Projektgrupp för arbete med skyddsplacerade
- Projektgrupp för arbete med genomförandeplan
- Implementering av nya och reviderade genomförandeplaner och månadsrapporter
- Implementering av Patias skyddspärm
- Implementering av nytt system för ett förbättrat systematiskt kvalitetsarbete

1.4 Verksamhetens arbete med att förebygga missförhållanden och vårdskador, samt statistik kring Lex Maria och Lex Sarah

Om verksamhetens arbete för att förebygga missförhållanden och vårdskador och om statistik kring Lex Maria och Lex Sarah (vardagliga namn för anmälningsskyldighet) samt beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

- 1.4 Alla som arbetar på Patia ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Syftet med Lex Sarah är att verksamheterna ska utvecklas och att missförhållanden ska rättas till. För att förhindra att missförhållanden inträffar är det viktigt att identifiera systemfel.

Det finns olika moment som ingår i tillämpningen av bestämmelserna om Lex Sarah. Centrala skyldigheter i bestämmelserna om Lex Sarah är rapporteringsskyldigheten, utredningsskyldigheten, skyldigheten att avhjälpa eller undanröja missförhållandet och anmälningsskyldigheten.

Alla missförhållanden ska genast rapporteras till verksamhetschefen inom den verksamhet missförhållandet eller risken uppstod. Rapporten kan i undantagsfall skickas direkt till VD, områdeschef och/eller kvalitetsansvarig om det på grund av intressekonflikt (jäv) eller av andra skäl anses lämpligare. Medarbetare som upptäcker ett missförhållande eller risker för missförhållande ska i första hand agera direkt för att undvika mer skada om detta är möjligt och nödvändigt. Efter att verksamheten vidtagit direkta åtgärder ansvarar personal för att så snart som möjligt rapportera muntligt till verksamhetschef alternativt till arbetsledning samt upprätta en Lex Sarah rapport i Patias system för avvikelserapportering.

Utredningen genomförs av kvalitetsansvarig inom Patia. Utredningen syftar till att klarlägga vad som har hänt, varför det hänt och vad som kan göras för att förhindra att något liknande inträffar igen. Det är därför viktigt att identifiera bakomliggande orsaker till missförhållandet. Syftet är inte att peka ut vem som har gjort fel i den aktuella situationen. Utredningens omfattning beror på händelsens karaktär. Utredaren kommer efter avslutad utredning att avgöra om det föreligger ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för allvarligt missförhållande och därvid anmäla till IVO.

I samband med att en medarbetare anställs på Patia, ska den i samband med avtalsskrivning signera en bilaga för information gällande Lex Sarah. Medarbetare förbinder sig att genast rapportera missförhållanden och risk för missförhållanden i enlighet med Patias rutiner. I samband med introduktionen, diskuteras bestämmelserna för Lex Sarah gällande rapporteringsskyldighet, utredningsskyldighet, skyldigheten att avhjälpa eller undanröja missförhållandet och anmälningsskyldighet. Utöver det ansvarar verksamhetschef för att regelbundet diskutera rutinen på gemensamma APT-möten. I samband med den årliga egenkontrollen följer kvalitetsansvarig upp att medarbetare är införstådda med Lex Sarah.

Under 2022 har verksamheterna inte haft några allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden som rapporterats till IVO. Dock har verksamheten fullgjort sin utredningsskyldighet och utrett (3) allvarliga händelser men där kvalitetsansvarig tillsammans med områdeschef bedömt att verksamheten inte har brustit i sina rutiner eller arbetssätt.

1.5 Verksamhetens arbete med att skapa trygghet och säkerhet för medarbetare

Om verksamhetens arbete för att skapa trygghet och säkerhet för alla medarbetare.

- 1.5 Alla medarbetare har rätt till en god arbetsmiljö. I enlighet med arbetsmiljölagstiftningen ska Patia förebygga ohälsa och olycksfall och skapa en god arbetsmiljö. Patias systematiska arbetsmiljöarbete ingår som en naturlig del i företagets ordinarie verksamhet. Det är en ständigt pågående utvecklingsprocess som kombinerar både fysiska, organisatoriska och sociala aspekter. Den årliga uppföljningen av företagets systematiska arbetsmiljöarbete är dels en metod för att utveckla organisationens arbetsmiljöarbete, dels ett sätt att utveckla verksamheten i stort.

Det övergripande målet för arbetsmiljöarbetet på Patia är att säkerställa en god arbetsmiljö där alla medarbetare skall känna gemenskap och delaktighet i arbetet. Skada eller ohälsa till följd av arbetet ska minimeras. Alla ska delta i det systematiska arbetsmiljöarbetet, på samma sätt som alla delar i verksamheten och dess utveckling. Alla ska uppmuntras till och ha möjlighet att delta i arbetsmiljöarbetet. Alla ska ha kunskap om vilka risker som finns i arbetet och hur de kan förebyggas. För chefer ställs särskilda krav på kunskap och kompetens inom området.

Patia värnar om en arbetsmiljö där våra medarbetare trivs, utvecklas och mår bra såväl fysiskt, psykiskt och socialt. Arbetsmiljöfrågor hanteras i det dagliga arbetet i samarbete med medarbetarna. Vi planerar, leder och följer upp vår verksamhet för att säkerställa att kraven i arbetsmiljölagen och våra interna riktlinjer och rutiner är uppfyllda.

Verksamhetscheferna ska tillsammans med skyddsombud eller medarbetargruppen, genomföra en uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet för att se huruvida de åtgärder som genomförts under året haft avsedd effekt och att de uppsatta arbetsmiljömålen uppnåtts.

Alla medarbetare får en grundlig introduktion där våra rutiner och processer går igenom. Vi har noggrant framtagna arbetssätt och rutiner som riskbedöms innan implementering. Säkerhet och trygghet för våra medarbetare är av högsta prioritet vid framtagning av rutiner och arbetssätt. Vi följer kontinuerligt upp arbetsmiljön genom dagliga samtal med medarbetare och via gemensamma möten som APT. Vi upprättar riskbedömningar utifrån den fysiska samt organisatoriska och sociala arbetsmiljön. Vi strävar efter att det ska finnas ett skyddsombud på varje verksamhet. Patia anordnar även en BAM utbildning (Bättre arbetsmiljö) för chefer och skyddsombud.

Under 2022 genomfördes en systematisk uppföljning på samtliga av Patias verksamheter som visade på att verksamheterna arbetar med bland annat skyddsronder, riskbedömningar samt att verksamhetens medarbetare är delaktiga i de olika aktiviteterna som ingår i det systematiska arbetsmiljöarbetet – SAM årshjulet.

Under slutet av året implementerades nytt HRM system (Sympa). Med hjälp av HRM systemet kan vi erbjuda digital signering av anställningsavtal för att bespara tid för chefer och medarbetare samt för att minska på dokumenthanteringen.

Tillbud och olyckor/skador

Vid tillbud, olyckor och skador ska det alltid rapporteras till ansvarig chef samt dokumenteras i Patias avvikelssystem. Arbetet ska organiseras så att risker för hot och våld så långt som möjligt förebyggs. För att förebygga hot- och våld incidenter är det av stor vikt att personalen har handledning och personalmöten där risker för hot- och våld analyseras och diskuteras.

Patia har avtal med Avonova gällande företagshälsovård. Vi erbjuder kris- och stödsamtal.

1.6 Verksamhetens utvecklingsarbete inom ledarskap, medarbetarutveckling, delaktighet och kompetensutveckling

Om utveckling av ledarskap och medarbetare

1.6 Introduktion av ny personal

Varje nyanställd medarbetare får en egen introduktionsplan. Introduktionsplanen tar sikte på bland annat företagets övergripande organisation, verksamhetens organisation och de ansvarsområden och ansvarsfördelning som finns upprättade, dokumentation enligt SoL och Lex Sarah m.fl. Introduktionen följs upp av ansvarig chef med jämna mellanrum.

Kompetensutveckling på verksamhetsnivå

Utbildning och utveckling är två faktorer som i hög grad stimulerar medarbetare till ett ökat engagemang och arbetsglädje samt bidrar till kontinuitet i medarbetargruppen. Vi vill att varje medarbetare ska få möjlighet att bredda sin kompetens. Vi genomför regelbundet kompetensutvecklingssatsningar både på verksamhets- och individnivå.

Utbildningssatsningar kan ske både i grupp och individuellt.

För att få reda på vilka kompetenshöjande insatser som är aktuella behöver vi först kartlägga dessa. Detta gör vi genom att upprätta kompetensutvecklingsplaner. Inför upprättandet av en kompetensutvecklingsplan för den aktuella verksamheten genomför vi en grundlig kartläggning kring vilken kompetens som finns i verksamheten samt hur behovet av kompetensutveckling ser ut utifrån klienternas behov. Kompetensen som finns i verksamheten ska motsvara det aktuella stödbehovet. Stöd och behov hos klienterna kan variera över tid och vi behöver löpande säkerställa att vi tillgodoser detta genom att matcha detta med aktuell kunskap i medarbetargruppen. Genom noggrann kompetenskartläggning och rätt kompetensförsörjning ser vi till att verksamheterna alltid har aktuell kunskap för att tillgodose klienternas behov av stöd och omsorg. Vi tillgodoser behovet genom regelbundna utbildningsinsatser som metod- och process handledning, utbildningar, föreläsningar, reflektionstid, tillgång till relevant litteratur samt erfarenhetsutbyte mellan medarbetare.

Individuell kompetenskartläggning

Utifrån den samlade kartläggningen för verksamheten gör vi även en inventering av medarbetarnas befintliga kompetens. De individuella kompetensplanerna upprättas i samband med de årliga medarbetarsamtalen när verksamhetschef tillsammans med medarbetaren upprättar en handlingsplan för hur kompetensutveckling ska uppnås och vilket stöd medarbetaren behöver i sitt arbete. Planen följs upp och revideras årligen eller oftare om behovet finns. Varje medarbetares kompetensutvecklingsområde kan se väldigt olika ut och det är viktigt att verksamhetschefen lyssnar in de behov och önskemål som medarbetaren har. Det är verksamhetschefens ansvar att säkerställa och följa upp att medarbetaren får den utbildningsinsats som man kommit överens om. I planen ska det framgå när utbildningsinsatsen ska genomföras, hur det följs upp samt vem som ansvarar för detta.

Ledarskap

Patias chefer erbjuds löpande utbildning, stöd och handledning utifrån sin roll. Under 2022 deltog (6) av Patias chefer på utbildningen Praktiskt ledarskap.

Resultat från medarbetarundersökning år 2022

Chefsnöjdhet 4,68 av 5

Trivsel på jobbet 4,47 av 5

NPS 61,10 av 100

2. Nationella krav

Det finns lagar och krav som riktar sig till verksamheter inom Individ- och familjeomsorg, exempelvis kring trygghet, självbestämmande, integritet och personliga genomförandeplaner. Dessa krav utgår ifrån individens perspektiv. Här kan du läsa om hur några viktiga och relevanta krav uppfylls.

2.1 Trygghet

Om verksamhetens arbete för att skapa trygghet för klienter/brukare

- 2.1 Våra klienter ska känna trygghet under hela placeringstiden. Verksamheterna har tydliga rutiner vad det gäller hot och våld, trakasserier och övergrepp, utmanande beteende m.fl. Dessa rutiner förebygger och beskriver hur medarbetare och klienter ska agera vid eventuella händelser.

För att säkerställa individens trygghet vid placering hos oss finns det:

- tillgång till personal under dygnets alla timmar
- rutiner och processer för arbete med trygghet och säkerhet
- höga krav på medarbetares lämplighet och kompetens
- information om rättigheter och skyldigheter i samband med placering
- regelbundna tillsyner från IVO i tillståndspliktiga verksamheter
- löpande arbete med riskanalyser och lämplighetsbedömningar

2.2 Självbestämmande och integritet

Om verksamhetens arbete för att skapa självbestämmande och integritet

- 2.2 Vi ser delaktighet och inflytande som viktiga delar för att kunna tillgodose våra klienters behov samt uppfylla kraven enligt uppdraget. Genomförandeplanen är grunden för hur insatsen ska genomföras. Den upprättas alltid med hänsyn till självbestämmande och integritet där vi skapar möjlighet för den enskilde att vara delaktig i planeringen för hur insatsen ska genomföras. Alla klienter är delaktiga i sin planering och upprättandet av genomförandeplanen.

Alla våra klienter har en utsedd kontaktperson som har i uppdrag att säkerställa självbestämmande och integritet i alla processer kring den enskilde. I samtliga verksamheter finns det information och blanketter för att lämna synpunkter och klagomål.

2.3 Deltagande i samhällslivet

Om verksamhetens arbete för att skapa deltagande i samhällslivet

- 2.3 Målet är alltid att de placerade ska ha en fungerande skolgång eller praktik/arbete. All personal arbetar för att detta mål ska uppnås på olika sätt beroende på klientens egna förutsättningar. Samverkan med olika aktörer oerhört viktigt. Genom kartläggning av individens styrkor, resurser, intressen och behov, kan vi tillsammans med den enskilde

skapa goda förutsättningar för ett deltagande i samhällslivet. Det är viktigt att vi utgår från individen för att resurserna och stödet ska utformas på bästa möjliga sätt.

2.4 Genomförandeplaner - arbetssätt och uppföljning

Om verksamhetens arbete för att ta fram, använda och följa upp genomförandeplaner för alla brukare/klienter

- 2.4 Insatserna har sin utgångspunkt i vård- och genomförandeplan. Klientens genomförandeplan upprättas tillsammans med klienten. Genomförandeplanen ligger till grund för hur insatsen ska utformas och hur stöder ska genomföras. Vi upprättar genomförandeplaner enligt BBIC och IBIC. Genomförandeplanen följs upp kontinuerligt och dokumenteras i klientens journal. Uppföljning sker med klient och socialtjänst för att gemensamt bedöma hur väl målen uppfyllts.

Under 2023 kommer vi tillsätta en projektgrupp som arbetar med att revidera arbetssättet och mallarna för genomförandeplaner och månadsrapporter. Målet är att skapa mallar som är applicerbara på samtliga verksamheter samt för att förbättra den systematiska uppföljningen av uppdrag.

2.5 Hälso- och sjukvårdsinsatser

Om hur verksamheten säkerställer att brukare/klienter får sina hälso- och sjukvårdsbehov uppfyllda

- 2.5 Patias verksamheter har upprättade rutiner för kontakt med hälso- och sjukvård samt för akuta och planerade sjukhusbesök. Rutinerna beskriver hur verksamheterna ska säkerställa att klienter får sina hälso- och sjukvårdsbehov uppfyllda. I rutinerna framgår det även hur ansvaret fördelas mellan verksamhetschef och medarbetare. Rutinerna anpassas till respektive verksamhetstyp och målgrupp för att säkerställa en god och välfungerande kontakt med hälso- och sjukvård.

3. Evidens- och kunskapsbaserad praktik

Individ- och familjeomsorg ska baseras på evidens- och kunskapsbaserad praktik och olika kunskapsstöd kan användas. Om verksamheten omfattas av Socialstyrelsens nationella riktlinjer, ska dessa följas.

Syftet med evidensbaserad praktik är att varje individ ska få den insats som är mest lämpad för just honom eller henne. I evidensbaserad praktik strävar man efter att vård och omsorg ska byggas på bästa tillgängliga kunskap, som hämtas från forskning, från den enskilde och från praktiken.

Här kan du även läsa om hur verksamheten uppfyller mål i genomförandeplaner.

3.1 Evidens- och kunskapsbaserad praktik

Om hur verksamheten arbetar med evidens- och kunskapsbaserad praktik och vilka metoder, pedagogik och/eller program som används. Om verksamheten omfattas av Socialstyrelsens nationella riktlinjer, beskrivs här verksamhetens arbetssätt för att följa de nationella riktlinjerna.

- 3.1 På Patia arbetar vi systematiskt och kvalitetssäkrat för att våra insatser ska utgå från den bästa tillgängliga kunskap. Valet av insatser utgår från den enskilde klientens behov. Individens önskemål och aktuella situation ska vara i fokus vid val av insats. Insatserna skall vara utvärderade, evidensbaserade och vetenskapligt grundade. Det är av vikt att kontinuerligt följa upp arbetet på både verksamhets- och individnivå i syfte att förbättra och utveckla metoder och arbetssätt. Nedan beskrivs några av de förhållningssätt och metoder som tillämpas inom Patia individ och familj.

KASAM

Utifrån den situation som den enskilde befinner sig i är det viktigt att arbeta på ökad känsla av sammanhang: KASAM. Det ger den enskilde verktyg att hantera utmaningar, uppleva trygghet och få möjlighet att utveckla ett självständigt liv. Grunden ligger i att skapa begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet för våra klienter.

Begriplighet handlar om i vilken grad man upplever information och intryck som förståeliga, strukturerade och förutsägbara. Varje klient ska uppleva att det som händer är förutsägbart och begripligt.

Hanterbarhet innebär i stort att individen har de resurser som behövs för att agera utifrån från de krav som ställs på individen. Kraven anpassas utifrån den enskildes egna resurser och förutsättningar.

Meningsfullhet handlar mycket om motivation. När man ställs inför en uppgift kan den antingen kännas betungande eller lockande. Vi lägger stor vikt vid att våra klienter ska känna att insatserna är meningsfulla.

MI

Motiverande samtal, MI, är en metod som syftar till att stärka klientens egen motivation – till exempel i en förändringsprocess. Metoden är utforskande och bygger på samarbetet mellan två individer. Den som leder samtalet har ett stort ansvar att få fram individens egna tankar och idéer kring en viss given situation. Det centrala i metoden är självbestämmanderätt, respekt och acceptans och den kan användas i alla professionella sammanhang. Vi arbetar för att bygga en relation, lyssna in känslor och behov och hitta en lösning tillsammans utifrån individens egna önskemål och drivkraft. Vi arbetar med MI

som en samtalsmetod i syfte att motivera den enskilde till att nå målen i vård- och genomförandeplanen.

Återfallsprevention

Vi utgår från metoden återfallsprevention (enligt KBT) i syfte att förebygga ett fortsatt drogfritt liv. Metoden syftar till att ge yttre (beteendeinriktade) och inre (kognitiva) färdigheter. Yttre färdigheter som tränas är bland annat att kunna tacka nej till alkohol och droger på ett effektivt sätt. De inre färdigheterna handlar om att klienten ska öka sin förmåga att känna igen, undvika och hantera risksituationer.

I arbetet ingår att stödja klienten i att lära sig att tackla eller undvika situationer som triggar till återfall. Det kan vara att lära sig att identifiera, planera in alternativa beteenden/aktiviteter, hjälpa till att knyta kontakter med vänner som inte har ett missbruk etc. En viktig del i detta arbete är att hjälpa den enskilde att hitta ett stödjande nätverk och ha en balanserad livsstil.

KSL, Kriminalitet som Livsstil. Inom Patia finns ett flertal personer som genomgått utbildning i metoden KSL. I verksamheten finns såväl medarbetare med KSL grundutbildning som medarbetare med KSL programledare. Vi har licens från stiftelsen Kriminalitet som Livsstil att bedriva programmet. Våra medarbetare har erfarenhet och formell kompetens genom KSL utbildning i att arbeta med kriminella drivkrafter och tankemönster och hur dessa kan brytas.

TMO – Traumamedveten omsorg är ett forskningsbaserat förhållningssätt som används för att hjälpa och vägleda vuxna att förstå och bemöta grundläggande behov hos barn och unga som utsatts för allvarliga och traumatiska händelser.

ICDP - International Child Development Program är ett enkelt, samhällsorienterat program vars målsättning är att stödja och främja psykosocial omsorgskompetens hos personer som ansvarar för barns omsorg. Programmet, som på svenska heter Vägledande samspel är ett relationsorienterat och empatibaserat program. Vägledande samspel är grundat i den senaste tidens kunskap och forskning omkring barns och vuxnas hälsofrämjande utveckling. Programmet Vägledande samspel/ICDP är ett sätt att förverkliga humanistiska strävanden såsom FN:s konvention om mänskliga rättigheter, framför allt barns rättigheter. Vägledande samspel används inom HVB och familjehemsverksamheten.

Signs of Safety är en erfarenhetsbaserad riskbedömningsmodell som på kort tid blivit ett av de vanligaste förhållningssätten inom barn- och ungdomsutredningar. Förhållningssättet utgår ifrån lösningsfokus där samarbetsalliansen mellan utredaren och familjen är en central förutsättning och där man utforskar och tar hjälp av familjens nätverk. Utredaren skapar tillsammans med familjen en riskanalys som syftar till att på ett tydligt sätt konkretisera vad som är oron och därefter utveckla och stärka det som redan fungerar inom familjen. Till skillnad från hur det tidigare har sett ut inom traditionellt utredningsarbete där mycket handlat om de problem och risker som finns, går förhållningssättet ut på att identifiera styrkor och resurser hos individer och stärka dem att skapa positiva förändringar i sin situation på egen hand eller med hjälp av sitt nätverk. Förhållningssättet präglas av samarbete och transparens mellan utredaren och familjen.

FREDA och PATRIARK är Standardiserade bedömningsmetoder som syftar till att identifiera och bedöma behov av skydd och stöd. Utifrån resultatet av bedömningen planerar verksamheten sitt fortsatta arbete i samråd med socialtjänst och i förekommande fall Polismyndigheten. PATRIARK består av vägledning för bedömning av hedersrelaterat våld. FREDA används i huvudsak för våld i nära relationer. Metoderna tillämpas främst i Patias skyddsverksamheter.

Trappan är en modell som syftar till att ge barn som bevittnat våld inom familjen möjlighet att bearbeta sina upplevelser av våldet. Målsättningen är bland annat att göra det som hänt begripligt och möjligt att prata om vilket i sin tur väsentligt kan minska risken för PTSD eller annan psykiatrisk problematik. Placerade barn får hjälp att bearbeta sina upplevelser via Trappan-modellen. För de barn som inte är placerade under tillräckligt lång tid för att kunna erbjudas Trappan erbjuder vi stödsamtal. I dessa samtal fokuserar vi på att avlasta dem från skuld, vi går igenom vanliga reaktioner och samttalar kring känslor.

Jour- och familjehemsverksamheten använder sig bland annat av vinjetter. Familjehemsvinjetter är en bedömningsmetod som har till syfte att utreda familjehem. I linje med Socialstyrelsens beskrivning är familjehemsvinjetter en semi-strukturerad intervju som genomförs enskilt med varje blivande familjehemsförälder. Metoden består av en manual, intervju med nio vinjetter, bedömningsguide för varje vinjett samt en intervjusammanställning.

3.2 Resultat från verksamheten

Om hur verksamheten uppfyller mål i genomförandeplaner samt eventuella andra resultat från evidensbaserad praktik

3.2 Måluppfyllelseutvärdering

I syfte att säkerställa att de insatser vi erbjuder under placeringsperioden har tillräcklig effekt för att uppnå målen i uppdraget och genomförandeplanen (och således tillgodose de stödbehov som föreligger) ska en skattning av fyra livsområden som återkommer i IBIC och BBIC genomföras en gång i månaden.

Genom skattningarna får vi en möjlighet att utöka stödet inom de områden där effekten av insatsen är lägre. Genom att analysera resultatet över tid kan vi också utläsa eventuella trender på individnivå men också mönster på gruppnivå, så som skillnader och likheter mellan olika ålderskategorier, kön och placeringstid. Genom att se tendenser till mönster kan vi på ett ännu tydligare sätt arbeta proaktivt med våra genomförandeplaner och riskanalyser för att nå ett bra resultat med vår insats.

Skattningen genomförs i två led, den ena av medarbetare och den andra av den enskilde själv. På kvartalsbasis skickas en sammanställning av resultatet av skattningarna till placerande handläggare i samband med månadsrapportering, i en s.k. kvartalsrapport. Resultatet ligger till grund för uppföljningsmöten, för kontaktmannaskapet och för hur insatsen utformas efter den enskildes behov.

4. Nationella enkäter/Upplevd kvalitet

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har i samråd med Vårdföretagarna tagit fram ett upplägg för enkätundersökningar som riktar sig till brukare/klienter inom Individ- och familjeomsorg. Frågorna i enkäterna avser att fånga tre kvalitetsområden: självbestämmande, trygghet och bemötande. Från resultaten kan allmänheten få information om brukarnas/klienternas upplevelser av vården och omsorgen. För HVB-hem har SKR utvecklat en separat enkät. Här kan du läsa mer om verksamhetens resultat i enkätundersökningar

4.1 Verksamhetens resultat i nationell enkätundersökning

Här visas resultat från den senaste enkätundersökningen.

Resultat ska max vara två år gamla. Nedan framgår om enkätundersökningen är genomförd av ett oberoende undersökningsföretag eller om verksamheten själv har genomfört undersökningen.

Resultat i enkätundersökning:

4.1.1 Verksamheten använder nationell enkätundersökning för att följa upp och utveckla verksamheten

Att ta tillvara klienters/brukares erfarenheter av och synpunkter på vården och omsorgen är viktigt för verksamhetens utvecklings- och förbättringsarbete. Resultaten ska användas för att utveckla och förbättra vården och omsorgen utifrån ett brukar/klient-perspektiv. Det är även ett underlag för jämförelser, ledning och styrning samt för information till allmänheten.

Här beskrivs hur resultaten från den senaste brukar/klient-undersökningen används i verksamheten

- 4.1.1 Patia genomför årligen en klientundersökning via SKR – Sveriges kommuner och regioner för att undersöka klienternas erfarenhet av och synpunkter på verksamheten. SKR klientundersökning vänder sig till ungdomar.

Under 2022 genomförde Patia den nationella klientundersökningen på samtliga stödboende som tar emot ungdomar. Tyvärr fick verksamheterna inget resultat på grund av låg svarsfrekvens. Detsamma gäller för jour- och familjehem. Patia ser en utmaning i att få in tillräckligt med svar för att SKR ska generera ett samlat resultat för verksamheten. På grund av detta har Patia valt att genomföra en intern klientundersökning 2023.

4.1.2 Den nationella enkätundersökningen är genomförd av?

- 4.1.2 Undersökningen är genomförd av ett oberoende undersökningsföretag
 Undersökningen är genomförd av verksamheten själva

4.2 Använder verksamheten egna enkätundersökningar för att följa upp och utveckla vården?

- 4.2 Ja Nej

4.2.1 Resultat av egna enkätundersökningar (Om "Ja" på fråga 4.2)

Om resultat från verksamhetens egna enkäter och hur klienternas/brukarnas eller remittenternas synpunkter tas tillvara och vilka förbättringsområden som finns.

- 4.2.1 Resultatet i våra klientundersökningar är en del av verksamheternas systematiska kvalitets- och förbättringsarbete. Efter genomförd klientundersökning, ska ansvarig verksamhetschef analysera resultatet tillsammans med verksamhetens medarbetare. Vid behov upprättas en handlingsplan i syfte att utveckla och förbättra verksamheten. Klienternas synpunkter är en viktig del för att verksamheterna ska kunna erbjuda det stöd som klienterna behöver. Med hjälp av undersökningarna kan vi anpassa verksamheternas stöd till klienterna.

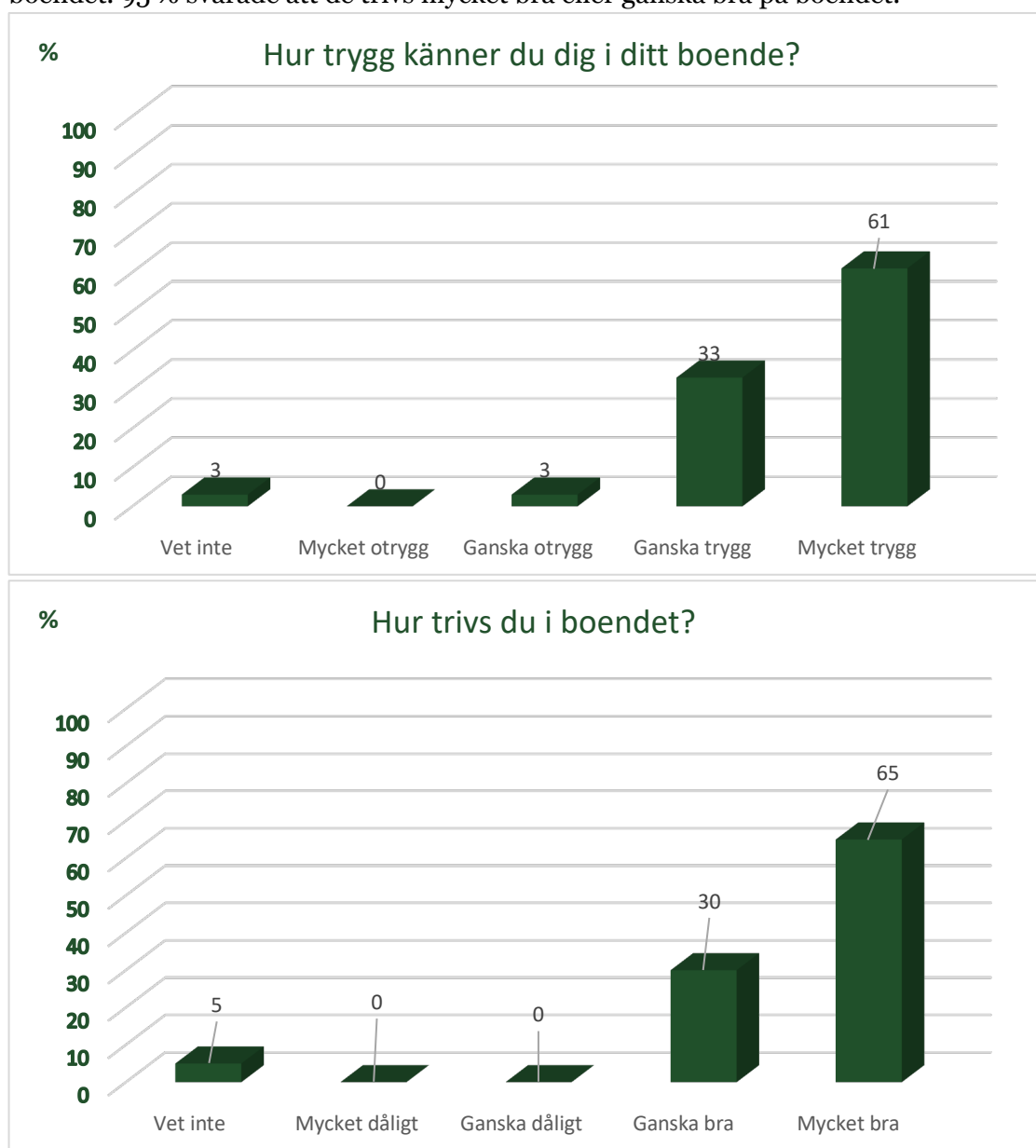
4.2.2 Verksamheten använder egna enkätundersökningar för att följa upp och utveckla verksamheten

Här beskrivs hur resultaten från den senaste egna brukar/klient- eller remittentundersökningen används i verksamheten

4.2.2 Under 2022 genomförde vi en egen klientundersökning för alla stöd- och omsorgsboenden som tar emot vuxna, skyddsverksamheterna samt Elisabethgården akut och utredningshem. I undersökningen utgick vi från SKR:s mall för klient- och brukarundersökning. Undersökningen besvarades av 62 personer.

Nedan presenteras två av frågorna ”hur trygg känner du dig i ditt boende?” och ”hur trivs du i boendet?”.

94 % av deltagarna besvarade att de känner sig ganska trygga eller mycket trygga på boendet. 95 % svarade att de trivs mycket bra eller ganska bra på boendet.



4.2.3 Den egna enkätundersökningen är genomförd av?

- 4.2.3 Undersökningen är genomförd av ett oberoende undersökningsföretag
 Undersökningen är genomförd av verksamheten själva

| | |
|---|--|
| Kontaktperson: | Jessica Härkäniemi Kåla |
| Datum: | 2023-05-31 |
| Webbplats där kvalitetsdeklarationen publiceras: | Klicka eller tryck här för att ange text. |