

Kvalitetsdeklaration Individ- och familjeomsorg

En översikt för att underlätta ditt val av vård och omsorg

Lansen Omsorg AB

556935-9762 Verksamhet LSS 9:9

Kvalitetsdeklaration 2019

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 (version 8_23 jan 2017)

1. Eget kvalitetsarbete

- 1.1 Verksamhetens värdegrundsarbete
- 1.2 Externa granskningar
- 1.3 Verksamhetens ledningssystem och arbete med riskanalyser, egenkontroll, eventuella internrevisioner, hantering av avvikelser och förbättringsarbete
- 1.4 Verksamhetens arbete med att förebygga missförhållanden och vårdskador, samt statistik kring Lex Maria och Lex Sarah
- 1.5 Verksamhetens arbete med att skapa trygghet och säkerhet för medarbetare
- 1.6 Verksamhetens utvecklingsarbete inom ledarskap, medarbetarutveckling, delaktighet och kompetensutveckling

2. Nationella krav

- 2.1 Trygghet
- 2.2 Självbestämmande och integritet
- 2.3 Deltagande i samhällslivet
- 2.4 Genomförandeplaner – arbetssätt och uppföljning
- 2.5 Hälso- och sjukvårdsinsatser

3. Evidens- och kunskapsbaserad praktik

- 3.1 Evidens- och kunskapsbaserad praktik
- 3.2 Resultat från verksamheten

4. Nationella enkäter/Upplevd kvalitet

- 4.1 Verksamhetens resultat i nationell enkätundersökning
 - 4.1.1 Verksamheten använder nationell enkätundersökning för att följa upp och utveckla verksamheten
 - 4.1.2 Den nationella enkätundersökningen är genomförd av?
 - 4.2 Använder verksamheten egna enkätundersökningar för att följa upp och utveckla vården?
 - 4.2.1 Resultat av egna enkätundersökningar
 - 4.2.2 Verksamheten använder egna enkätundersökningar för att följa upp och utveckla verksamheten
 - 4.2.3 Den egna enkätundersökningen är genomförd av?

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 <i>Här beskrivs verksamhetens värdegrund och hur värdegrunden förankras inom hela verksamheten</i>	
1.1	<p>LSS ledord ska genomsyra hela verksamheten: Självbestämmande Personlig integritet Inflytande Delaktighet</p> <p>Dessa ledord förankras i personalgruppen vid nyanställningar och regelbundet vid personalmöten och i dagliga diskussioner gällande brukare.</p> <p>Engagemang, förmåga & omsorg med omtanke är vår värdegrund som hjälper oss uppfylla LSS ledord</p> <ul style="list-style-type: none"> o Engagemang <ul style="list-style-type: none"> • Vi är pålitliga och vi håller vad vi lovar • Vi är ambitiösa och försöker alltid överträffa förväntningar • Vi är stolta över vad vi gör o Förmåga <ul style="list-style-type: none"> • Vi är omsorgsfulla och noggranna • Vi använder hela vår kompetens för att förstå individens behov och önskemål o Omsorg med omtanke <ul style="list-style-type: none"> • Vi bemöter varje individ med respekt • Vi är lyhörda och anpassar oss • Vi får individen att känna sig trygg och säker
1.2 Externa granskningar <i>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.</i>	
1.2	<p>Lansen Omsorgs verksamhet har varit föremål för granskning vid tillståndsansökningar inför start av nya verksamheter. Inspektionen för Vård och Omsorg har då genomfört en genomlysning av verksamhet, kvalitetsledningssystem, lokaler och personal.</p>
1.3 Verksamhetens ledningssystem och arbete med riskanalyser, egenkontroll, eventuella internrevisioner, hantering av avvikelser och förbättringsarbete <i>Om verksamhetens ledningssystem för att utveckla, följa upp och säkra kvaliteten och för att förbättra verksamheten.</i>	

1.3

Vårt avvikelshanteringssystem i verksamheten omfattar att ha en god kontroll över den egna verksamheten med system för att identifiera, rapportera och åtgärda avvikelser. Syftet med att identifiera avvikelser är att kontinuerligt arbeta med förbättring av verksamheten.

Vårt avvikelssystem omfattar:

- Rutin för lex Sarah
- Rutin för lex Maria
- Klagomål/Förbättringsförslag från våra kunder och brukare.
- Hot och våldssituationer.
- Brister i eller felaktig läkemedelshandling.
- Där personskada kan uppstå.
- Brister i omvårdnaden.
- Brister i eller avsaknad av dokumentation.
- Brister i rutiner.
- Riskanalys
- Andra brister

Verksamhetschefen bedömer samtliga avvikelser.

Samtliga framkomna avvikelser ska alltid diskuteras i personalgruppen på arbetsplatsmöten och protokollföras där avvikelser och vidtagna åtgärder framgår. Även ett beslut om att inte vidta någon åtgärd är också en åtgärd.

Då åtgärder är vidtagna och avvikelserna stängda arkiveras rapporten.

All personal har ansvar för att identifiera och rapportera avvikelser. Det kan röra sig om redan uppstådda avvikelser som kräver korrigerande eller förebyggande åtgärder.

Föreståndare ansvarar för att alla avvikelser belyses på arbetsplatsträffen. Förleder en eller flera händelser en riskanalys skall en sådan initieras av Föreståndare i enlighet med manualen "Riskanalys och händelseanalys".

Rutin för hot och våld

Syftet är att förebygga hot och våld genom;

* Kontinuerlig utbildning och information för samtlig personal.

* Anpassning av lokaler.

* Larm och kommunikationsutrustning vid behov.

Tillbud och händelser med våld eller hot om våld ska dokumenteras på tillbudsrapport. Våld och hot om våld skall alltid leda till polisanmälan.

Föreståndare ansvarar för att rutinen är känd av samtliga medarbetare.

Rutin för klagomålshandling.

Klagomål är en viktig informationskälla för oss för att få kännedom om hur vi och våra tjänster upplevs av våra brukare/uppdragsgivare/anhöriga/övriga intressenter. Därför är det av största vikt att klagomål och synpunkter på verksamheten hanteras på ett professionellt sätt.

	<p>Verksamhetschefen är systemets huvudadministratör som genom internrevisioner bevakar att systemet fungerar bra och följs av berörd personal. Egenkontroller genomförs systematiskt efter rutiner för egenkontroll.</p>
<p>1.4 Verksamhetens arbete med att förebygga missförhållanden och vårdskador, samt statistik kring Lex Maria och Lex Sarah <i>Om verksamhetens arbete för 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).</i></p>	
<p>1.4</p>	<p>Lansen Omsorg förebygger missförhållanden genom att med dagliga arbetsrutiner följa fastställda genomförandeplaner utifrån det uppdrag placerande kommun lämnat. Daglig överrapportering och uppföljning i personalgruppen, regelbundna arbetsplatsträffar och handledning förebygger missförhållanden och vårdskador.</p> <p>Ledningssystemet ska ge Lansen Omsorg stöd i att</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planera • Leda • Kontrollera • Följa upp • Utvärdera • Förbättra verksamheten <p>Genom Lansen Omsorgs avvikelsehantering i dokumentationssystemet SafeDoc ges möjlighet att följa statistik kring missförhållanden och vårdskador.</p>
<p>1.5 Verksamhetens arbete med att skapa trygghet och säkerhet för medarbetare <i>Om verksamhetens arbete för att skapa trygghet och säkerhet för alla medarbetare.</i></p>	
<p>1.5</p>	<p>Den grundläggande målsättningen med arbetsmiljöarbetet hos Lansen Omsorg AB är att arbeta förebyggande på ett sådant sätt att ingen drabbas av skada eller ohälsa till följd av arbetet. Medarbetarna ska uppleva ett bra arbetsklimat vad gäller fysiska, psykiska och sociala förhållanden på arbetsplatsen. Arbetsmiljöarbetet ska ske i nära samarbete mellan chefer, medarbetare, skyddsorganisation och företagshälsovård.</p> <p>Lansens målsättning kring arbetsmiljöarbetet ska brytas ner och konkretiseras efter de specifika förhållanden som råder på respektive enhet. Detta arbete ska genomföras i samverkan på företagsnivå. Verksamheternas mera handlingsinriktade mål ska framgå genom det systematiska arbetsmiljöarbetet.</p> <p>Målsättningen är även att varje medarbetare hos Lansen strävar efter att ständigt förbättra arbetsmiljön, förhindra arbetsskador, minska arbetsorsakad sjukfrånvaro och på ett tidigt stadium arbeta aktivt med arbetsanpassning och rehabilitering. Varje medarbetare genomgår introduktion där arbetsmiljöfrågor är en central del för att få grundläggande kunskaper inom området.</p> <p>Ansvar och roller</p> <p>Arbetsgivaren är skyldig att vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga risker för ohälsa och olycksfall och i övrigt skapa en god arbetsmiljö. Arbetsgivaren ska systematiskt</p>

undersöka och kartlägga arbetsmiljö-förhållandena på alla arbetsplatser och se till att ansvar och arbetsuppgifter tydligt fördelas. Arbetsgivaren ska aktivt arbeta för att den som har fått en arbetsmiljöuppgift också får den utbildning som krävs för uppdraget, samt ges de ekonomiska resurser och befogenheter som behövs för att kunna utföra uppgiften.

Hos Lansen Omsorg AB är det Föreståndaren som har det övergripande ansvaret för arbetsmiljön. Föreståndaren ska tillse att ansvar och befogenheter förs ut i organisationen på sådant sätt att arbetsmiljöarbetet kan bedrivas verkningsfullt. Föreståndaren har ansvar för att företaget arbetar med arbetsmiljöfrågor enligt lag, avtal, uppställda mål samt enligt företagets policydokument. Arbetsmiljöuppgifterna är delegerade enligt företagets uppgiftsfördelning.

Chefer har inom sina respektive områden ansvar för att ett aktivt arbetsmiljöarbete bedrivs. Oavsett verksamhet ska arbetsmiljön undersökas, risker ska bedömas, åtgärder genomföras och följas upp så att ohälsa och olycksfall förebyggs och en tillfredsställande arbetsmiljö uppnås. Chefen har en viktig roll när det gäller att forma de normer och det arbetsklimat som ska gälla på arbetsplatsen. Arbetsmiljöuppgifterna som ingår i uppdraget delegeras ytterst från styrelsen och är angivna i uppgiftsfördelningen.

Skyddsombud

Skyddsombuden ska verka för en tillfredsställande arbetsmiljö och vaka över skyddet mot ohälsa och olycksfall, samt över att arbetsgivaren uppfyller kraven gällande det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Medarbetare

Varje medarbetare har ett ansvar att bidra till en god arbetsmiljö samt har ett direkt medansvar i arbetsmiljöfrågor genom inflytande och delaktighet på arbetsplatsträffar. Alla medarbetare har ett arbetsmiljöansvar genom att till exempel följa skyddsföreskrifter och rutiner, påpeka risker eller brister i arbetsmiljön för sin närmaste chef samt rapportera tillbud och olycksfall.

Samverkan

För att uppnå en god arbetsmiljö är samverkan mellan arbetsgivare, medarbetare och fackliga organisationer en förutsättning. I medarbetarsamtal och på arbetsplatsträffar företräder medarbetarna sig själva, medan de i samverkansgrupper företräds av sin fackliga organisation. Den som är utsedd att företräda i arbetsmiljöfrågor är skyddsombud. Genom vårt samverkanssystem ska alla medarbetare ges förutsättningar för ett positivt arbetsklimat, en god hälsa och en arbetsmiljö där inflytande, delaktighet och utveckling är en rättighet och ett ansvar för samtliga medarbetare. Erfarenheter och synpunkter beträffande arbetsmiljön ska tas tillvara och medarbetarna ska känna en delaktighet i arbetsmiljöarbetet och kunna påverka sin arbetssituation så långt det är möjligt.

Lansen Omsorg AB ska arbeta aktivt med arbetsmiljöarbetet och integrera det som en naturlig del i den dagliga verksamheten, där vi *tillsammans* arbetar för att upprätthålla en god arbetsmiljö.

1.6 Verksamhetens utvecklingsarbete inom ledarskap, medarbetarutveckling, delaktighet och kompetensutveckling

Om utveckling av ledarskap och medarbetare

1.6	<p>Den som anställs av Lansen Omsorg skall ha personliga egenskaper som gör henne eller honom lämpad för uppdraget.</p> <p>Lansen Omsorg ansvarar för att anställd personal erhåller kontinuerlig fortbildning i gällande lagstiftning, arbetsmiljöfrågor samt adekvat utbildning för hjälpmedel som behövs för arbetets utförande.</p> <p>Föreståndare skall en gång per år genomföra en kompetensbedömning av samtlig personal i samband med det årliga medarbetarsamtalet och införa denna i kompetensmatrisen. Vid medarbetarsamtalet sker en årlig genomgång av den rapporteringsskyldighet enligt LSS § 24 a-g samt genomgång av hur medarbetaren upplever sin arbetssituation.</p> <p>Efter genomförd kompetensbedömning skall utbildningsbehovet fastställas och utbildningar planeras i Utbildningsbehov enligt Kompetensmatrisen. Kompetensutvecklingen/försörjningen sker genom att bolaget ombesörjer temadagar med föreläsare, medarbetarkurser och handledning av externa konsulter.</p>
-----	--

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 <i>Om verksamhetens arbete för att skapa trygghet för klienter/brukare</i>	
2.1	<p>LSS ledord ska genomsyra hela verksamheten: Självbestämmande Personlig integritet Inflytande Delaktighet</p> <p>Årliga brukarenkäter genomförs där de boende kan beskriva sina upplevelser av trygghet.</p>
2.2 Självbestämmande och integritet <i>Om verksamhetens arbete för att skapa självbestämmande och integritet</i>	
2.2	<p>Självbestämmandepolicy</p> <p>Den enskilde ska leva ett liv utifrån sin egen önskan och livssituation med den omsorg och det sociala stöd som behövs, men även utformningen och kvaliteten. En individuell genomförandeplan upprättas som innehåller den enskildes mål, önskemål och intressen.</p> <p>Inflytandet är inte begränsat till den egna personen utan innebär även att den enskilde ska få möjlighet att påverka verksamhetens utformning och kvalitetsnivå. Brukarinflytandet ska bland annat tas tillvara i samband med brukarråd. Där får den enskilde möjlighet att framföra synpunkter, önskemål, klagomål samt få information om förändringar i verksamheten.</p>

	<p>Inflytandet på verksamhetsnivå kan handla om gemensamma utrymmen, aktiviteter, kost rutiner etc. Brevlåda för anonyma synpunkter och klagomål ska finnas i verksamheten.</p> <p>Utvärdering av den enskildes och samtliga brukares behov kommer att göras halvårsvis utifrån genomförandeplanen. Brukare och uppdragsgivare svarar dels på en enkät och medverkar också i fokusgrupper. När det gäller verksamhetens kvalitet görs årsvis en utvärdering i enkätform utifrån en för verksamheten utarbetat dokument kring kvalitetsindikatorer. Indikatorerna utgår från Socialstyrelsens rapport "Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer i socialtjänsten".</p> <p>Genom ett bra bemötande och förhållningssätt ska den enskildes behov av integritet tillgodoses. Tydlig värdegrund som är väl förankrade hos samtliga i personalgruppen. Strategier och olika typer av hjälpmedel för att klara sin dagliga livsföring så självständigt som möjligt. Kognitivt stöd, miljöanpassning samt respektera det privata rummet både på fysiskt, psykiskt och psykosocial nivå.</p>
<p>2.3 Deltagande i samhällslivet <i>Om verksamhetens arbete för att skapa deltagande i samhällslivet</i></p>	
2.3	<p>Verksamheten erbjuder dagliga externa aktiviteter av olika slag. Utifrån placerande kommuns uppdrag och vår genomförandeplan stötta och motivera brukaren att planera och strukturera exempelvis praktik eller deltagande i lokalt föreningsliv som ett led till ökad självständighet allt efter brukarens egna önskemål och förmågor.</p>
<p>2.4 Genomförandeplaner - arbetssätt och uppföljning <i>Om verksamhetens arbete för att ta fram, använda och följa upp genomförandeplaner för alla brukare/klienter</i></p>	
2.4	<ul style="list-style-type: none"> • Genomförandeplanen upprättas av kontaktperson och utgår från uppdraget/beslutet och beskriver i detalj hur insatsen ska genomföras. Syftet med genomförandeplanen är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet, vem som ska utföra vad, när och hur samt att säkra att brukarens och kundens behov av omsorg, vård och service tillgodoses. • För att tillgodose den enskildes behov ska brukaren/legal företrädare vara delaktig i upprättandet av genomförandeplanen för hur insatsen ska utföras. • Genomförandeplanen ska vara färdig 3 veckor efter inflyttning men kan bli tidigare eller senare beroende på brukarens problematik. • Genomförandeplanen är ett separat dokument. • Var sjätte månad alternativt efter överenskommelse sker en utvärdering av genomförandeplanen och då ska brukare, kontaktperson och Föreståndare vara med. • Revidering sker vid behov och återkopplas till uppdragsgivare vid konferensen om inte annat är överenskommet. <p>Upprättande av genomförandeplanen och individuell plan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genomförandeplanen upprättas av Föreståndare i samråd med brukare/legal företrädare och kontaktperson.

	<ul style="list-style-type: none"> • Senast 3 veckor efter inflyttning skall genomförandeplanen vara återkopplad till brukare och uppdragsgivaren. • Genomförandeplanen innefattar huvudmål med omsorgen på Lansén, delmål, insatser/åtgärder i tidsföljd, vem som utför och vem som bär ansvaret för att insatserna genomförs samt när och hur detta följs upp. I samband med att genomförandeplanen upprättats, utformar kontaktperson tillsammans med brukare en individuell plan utifrån genomförandeplanen. • Genomförandeplanen och brukarens individuella plan sparas i journalsystemet. Att genomförandeplanen är upprättad och återkopplad till brukare och uppdragsgivare dokumenteras i journalsystemet. <p>Av genomförandeplanen ska det framgå:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Om det ingår flera delar i insatsen och i så fall vilka. • Vilka mål som gäller för insatsen eller delar av den. • När och hur insatsen eller delar av den ska genomföras. • På vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över planeringen. • Vilka personer som har deltagit i planeringen. • När planen har fastställts. • När och hur planen ska följas upp. <p>Uppföljning av genomförandeplan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genomförandeplanen följs upp var sjätte månad eller efter överenskommelse. • Kontaktpersonen är ansvarig för dokumentation i journalföringssystemet angående beslut som tagits. • Arbetsanteckningar förs på mötet och kasseras då detta är inskrivet i journalsystemet. • Revidering av genomförandeplanen sker vid behov samt dokumenteras avvikelse från genomförandeplanen i journalsystemet. • Vid revidering av genomförandeplanen återkopplas detta till brukare och uppdragsgivare och dokumenteras i journalsystemet. <p>Utvärdering av genomförandeplanen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genomförandeplanen följs upp och utvärderas var sjätte månad eller efter överenskommelse och då medverkar brukare, kontaktperson och Föreståndare. • Syfte med utvärdering är att gå igenom att genomförandeplanen följs och utvärderas så att de rätta insatserna för brukaren är vidtagna samt att uppdraget följs enligt upprättad genomförandeplan. <p>Vid utvärdering av genomförandeplan revideras den efter nuvarande behov, och ansvarig för revidering är kontaktperson som också dokumenterar i journalsystemet.</p>
<p>2.5 Hälso- och sjukvårdsinsatser <i>Om hur verksamheten säkerställer att brukare/klienter får sina hälso- och sjukvårdsbehov uppfyllda</i></p>	
2.5	<p>Rutin för förberedelser inför brukares inskrivning enligt Hälso- och sjukvård</p> <p>Ansvarig för denna process är medicinskt ansvarig sjuksköterska. Denna process innefattar hur informationsöverföring/rapportering inför inskrivning sker mellan olika vårdinstanser i de</p>

<p>fall brukare medicineras med syfte att det ska bli en säker vård samt förberedelser inför brukarens inflyttning, mottagande och inflyttningssamtal med sjuksköterska.</p>
--

<p>Sjuksköterska och kontaktperson är brukare behjälpliga vid kontakter med psykiatrin, läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut med flera.</p>
--

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 bygga 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.

<p>3.1 Evidens- och kunskapsbaserad praktik <i>Om hur verksamheten arbetar med evidens- och kunskapsbaserad praktik och vilka metoder, pedagogiker och/eller program som används. Om verksamheten omfattas av Socialstyrelsens nationella riktlinjer, beskrivs här verksamhetens arbetssätt för att följa de nationella riktlinjerna.</i></p>	
3.1	<p>Omvårdnadsinnehåll</p> <p>De omvårdnadsmetoder som används skiljer sig åt beroende på den enskilda brukarens behov och genomförandeplan.</p> <p>Grundbulten hos Lansen Omsorg är det dagliga och kontinuerliga arbetet med brukarnas ADL – Average Daily Life – det vill säga det vardagliga livet. TEACCH-metoden genomsyrar Lansen omvårdnad för de boende som beskrivs i separat utbildningsmaterial. Vi arbetar även habiliterande med Ett Självständigt Liv (ESL).</p> <p>Personal samlas innan morgonmötet för att planera upp dagen och brukarnas generella och individuella scheman, uppdelning av arbetsuppgifter samt genomgång av övriga händelser under dagen som inte är på schema.</p> <p>Utifrån Lansen Omsorgs kvalitetsledningssystem finns tydligt beskrivet vilka nationella riktlinjer som verksamheten omfattas av. Genom att med kvalitetsmål styra verksamheten och medarbetarna följer verksamheten de nationella riktlinjerna.</p>
<p>3.2 Resultat från verksamheten <i>Om hur verksamheten uppfyller mål i genomförandeplaner samt eventuella andra resultat från evidensbaserad praktik</i></p>	
3.2	<p>Genom kontinuerlig uppföljning tillsammans med placerande kommun och brukare utvärdera och följa upp Genomförandeplanen som det dagliga arbetet planeras utifrån brukarens behov och förmågor. Var sjätte månad revideras genomförandeplanen vid dessa tillfällen diskuteras respektive mål och dess resultat. Utgången resulterar i uppdaterade mål och delmål.</p>

4. Nationella enkäter/Upplevd kvalitet

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) 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 SKL 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 2016:

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

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 4.3)

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

4.2.1	<table border="1"> <caption>Boendeenkät - Kvalitetspoäng per frågegrupp</caption> <thead> <tr> <th>Frågegrupp</th> <th>Svarspoäng</th> <th>Maxpoäng</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Boendeservicens utformning</td> <td>3.0</td> <td>4.0</td> </tr> <tr> <td>Hälsa - och sjukvård</td> <td>3.7</td> <td>4.0</td> </tr> <tr> <td>Mål</td> <td>2.8</td> <td>4.0</td> </tr> <tr> <td>Boendestandard</td> <td>2.7</td> <td>4.0</td> </tr> <tr> <td>Brukarinflytande</td> <td>3.7</td> <td>4.0</td> </tr> <tr> <td>Förtroendebemötande</td> <td>3.5</td> <td>4.0</td> </tr> <tr> <td>Övriga personalspekter</td> <td>3.5</td> <td>4.0</td> </tr> <tr> <td>Information</td> <td>0.6</td> <td>4.0</td> </tr> <tr> <td>Allmänt</td> <td>3.0</td> <td>4.0</td> </tr> </tbody> </table>	Frågegrupp	Svarspoäng	Maxpoäng	Boendeservicens utformning	3.0	4.0	Hälsa - och sjukvård	3.7	4.0	Mål	2.8	4.0	Boendestandard	2.7	4.0	Brukarinflytande	3.7	4.0	Förtroendebemötande	3.5	4.0	Övriga personalspekter	3.5	4.0	Information	0.6	4.0	Allmänt	3.0	4.0
Frågegrupp	Svarspoäng	Maxpoäng																													
Boendeservicens utformning	3.0	4.0																													
Hälsa - och sjukvård	3.7	4.0																													
Mål	2.8	4.0																													
Boendestandard	2.7	4.0																													
Brukarinflytande	3.7	4.0																													
Förtroendebemötande	3.5	4.0																													
Övriga personalspekter	3.5	4.0																													
Information	0.6	4.0																													
Allmänt	3.0	4.0																													
<p>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</p>																															
4.2.2	<p>Det låga resultatet i frågegruppen "Information" gällde avsaknaden av tydlighet om var eventuella klagomål och synpunkter skulle lämnas in. Detta uppmärksammades av verksamheten. Personal och brukare gjorde tillsammans en postlåda som sattes upp i gemensamhetslokalen där brukare anonymt kan lägga synpunkter på verksamheten.</p>																														
<p>4.2.3 Den egna enkätundersökningen är genomförd av?</p>																															
4.2.3	<p><input type="checkbox"/> Undersökningen är genomförd av ett oberoende undersökningsföretag <input checked="" type="checkbox"/> Undersökningen är genomförd av verksamheten själva</p>																														

Kontaktperson:	Marcus Hamlin
Datum:	2019-09-02
Webbplats där kvalitetsdeklarationen publiceras:	www.lansenomsorg.se/om-lansen/om-oss/