

Erika Brinkesjö  
Kvalitetsutvecklare  
08-124 570 55  
erika.brinkesjo@ekero.se

## **Kvalitetsuppföljning bostad med särskild service och daglig verksamhet LSS 2019 - Svalans gruppbostad**

Dnr SN19/115-514

**Uppföljning avser:** Svalans gruppbostad

**Utförare:** Ekerö kommun/Produktionsenhet omsorg

**Verksamhetschef/Enhetschef:** Raymond Paulsson

**Kvalitetsuppföljningen genomförd:** 28:e november 2019, 09.00-11.00.

**Närvarande:** Annicka Pantzar (MAS), Erika Brinkesjö (kvalitetsutvecklare), Raymond Paulsson (enhetschef), Elin Öberg (metod- och kvalitetsutvecklare), Anneli Gardelin (stödpedagog) och Sarah Wendel (stödassistent Skärviks gruppbostad).

**Antal brukare på enheten:** Fem

### **Inledning**

Socialkontoret har genomfört kvalitetsuppföljning 2019 utifrån krav i avtal och överenskommelse avseende bostad med särskild service (gruppbostad/servicebostad) enligt LSS § 9.9 och daglig verksamhet enligt LSS § 9.10, samt uppföljning av hälso- och sjukvård som redovisas separat.

### **Metod**

- I oktober 2019 skickade socialkontoret ut enkätfrågor, samt en bilaga med begäran om handlingar till respektive enhetschef/verksamhetschef för gruppbostad/servicebostad och daglig verksamhet i Ekerö kommun.
- Uppföljande möte mellan kvalitetsutvecklare och medicinsk ansvarig sjuksköterska och respektive enhetschef/verksamhetschef genomfördes för att diskutera enkätsvar och inskickade begärda handlingar genomfördes december 2019.

### **Personal/bemanning och kompetens**

Ansvarig enhetschef ansvarar också för Ärlans servicebostad och Skärviks gruppbostad. På enheten arbetar tio personer som stödassistenter som alla har adekvat utbildning och nödvändig kompetens, samt en stödpedagog som delar sitt uppdrag på Ärlans servicebostad och Skärviks gruppbostad. Stödpedagogen

fungerar som stöd till kollegor i handledning kring brukarna och är stöttande vid upprättande av genomförandeplaner.

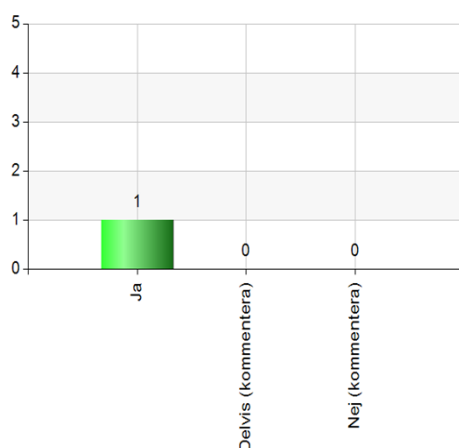
### ***Förändringar på enheten under 2019:***

En stödpedagog anställdes på enheten.

Det upprättas årligen en kompetensutvecklingsplan för personalen som tas fram i samband med medarbetarsamtalen. Brukarnas behov på enheten ligger till grund för vilka utbildningar som ska genomföras kommande året och sektionen arbetar för en grundläggande bas i kompetens med fokus på bland annat AKK, MI, tydliggörande pedagogik och CPS. CPS är ett metodstöd inom lågaffektivt förhållningssätt där Ekerö är den första kommunen i Sverige att implementera metoden inom LSS verksamheter. Förhållningssättet är att ”människor gör rätt om de kan” och är ett starkt verktyg för att öka brukarnas delaktighet, självständighet och självbestämmande.

I samband med nyanställning går personen tre introduktionspass, samt att det förekommer fler introduktionspass om behov finns. Personen går igenom checklista för introduktion tillsammans med enhetschef och utsedd personal/handledare. Vid introduktionen går personen tillsammans med en sjuksköterska igenom grund för medicinhantering- och delegering då det förekommer avancerade hälso- och sjukvårdsuppgifter på enheten. I samband med anställning får personen information om tystnadsplikt och sekretess som skrivs under.

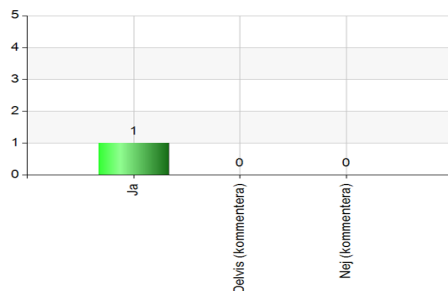
### ***Finns det på enheten personal som kan ge stöd för daglig handledning kring brukarnas behov?***



Stödpedagog finns på plats och handleder kollegor kring brukarnas behov. Enhetschef, sjuksköterska och arbetsterapeut finns tillgängliga dagtid och under kvällar och helger finns jourverksamhet som stöd. Enheten har också handledning 1 gång/månad. Extern handledning sker inte kontinuerligt, när behov uppstår tas metodhandledare in. Enheten har också möjlighet till handledning kring specifika brukare av psykolog, och eller/kurator via habilitering och hälsa.

*Begärda bilagor:*

- *Organisationsskiss*
- *Introduktion vid nyanställning av personal*
- *Rutin för tystnadsplikt och sekretess*

**Kvalitetsarbete, uppföljning och utvärdering*****Finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9?***

Brukarna involveras och deltar i det systematiska kvalitetsarbetet genom brukarenkäter som följs upp och utvärderas i personalgruppen. Information ges vid fikabordet på kvällarna utifrån var och ens funktionsnivå.

Personal är delaktiga i kvalitetsarbetet på APT och planeringsdagar då bland annat avvikelser som uppkommit och synpunkter- och klagomål som inkommit tas upp.

***Genomförs brukarundersökningar systematiskt på enheten?***

Brukarundersökningar genomförs vartannat år och senaste undersökningen gjordes 2019. Brukarundersökningen fick hög svarsfrekvens och områden som hade nedåtgående resultat 2017 har arbetats med vilka visat sig vara förbättrade 2019. Det är andra gången som sektionen använder SKR:s nationella brukarundersökning, vilket gjort att enheten kan jämföra sig med andra enheter, samt nationellt.

Enheten arbetar med inkomna synpunkter och klagomål i samband med APT och sammanställer till produktionschef för produktion omsorg årligen. Det upplevs att systemet för att hantera synpunkter och klagomål inte fungerar som det borde. Organisatoriska/övergripande klagomål tas upp på enhetens APT och klagomål som är individinriktade åtgärds personal direkt.

Avseende anmälningsskyldigheten för missförhållanden (lex Sarah) går personal en gång/år webbutbildning via Bonnier Academy, samt att sektionens skriftliga rutin tas upp på enhetens APT.

*Begärda bilagor:*

- *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9*
- *Den senaste brukarundersökningen som genomförts på enheten*
- *Rutin för synpunkter och klagomål*

- *Rutin för anmälningsskyldighet gällande missförhållande enligt SOSFS 2011:5 (lex Sarah).*

### **Kvalitet för den enskilde**

Brukarna har två stödpersoner i ordinarie arbetsgrupp och uppdraget utformas efter varje brukares förmåga, behov och önskemål av stöd. Stödpersonerna ansvarar för genomförandeplan, att omvårdnadsbiten fungerar, planering och samordning med andra aktörer.

För att säkerställa att tvångs-/begränsningsåtgärder inte förekommer framgår i anvisning/rutin för sektionen att det bör göras en riskbedömning vid upptäckt av fara, när genomförandeplan upprättas och när det inträffat en olycka/tillbud, men minst en gång/år. Stödpersonen använder sig också av en blankett för tvångs-/begränsningsåtgärder som går igenom när enheten har planeringsdagar.

### ***Beskriv hur ni arbetar för att brukarna ska få möjlighet till individuella fritidsaktiviteter utifrån sina behov, intressen och önskemål?***

Personal utgår från brukarnas önskemål där de försöker tillgodose allas behov. Vid gemensam kaffestund på torsdagskvällar informeras vilket utbud som finns tillgängligt och önskemål som kommer upp. Inom sektionen ska ett fritidsråd starta där brukarna deltar och framför önskemål på aktiviteter. Enheterna samverkar också för ökad möjlighet till aktiviteter för äldre personer på dagtid.

### ***Hur används det gemensamma utrymmet på enheten som är till för brukarna?***

Gemensamhetsutrymmet används fritt av alla och på storhelger som jul och midsommar lagas och äts måltider tillsammans i det gemensamma köket. I övrigt lagar brukarna mat i sina lägenheter med stöd från personal om behov finns.

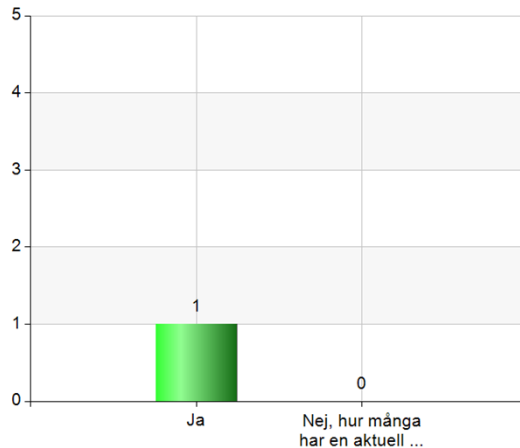
### ***Beskriv hur ni på enheten arbetar med självbestämmande och delaktighet tillsammans med brukarna?***

Självbestämmande och delaktighet är grundläggande förutsättningar i verksamheten och gäller allt från små vardagliga beslut till övergripande planering och mål. Brukarna är delaktiga och gör sina genomförandeplaner, de planerar sina dagar/aktiviteter och ledigheter. För brukare med begränsad kommunikation arbetar alltid personal med att erbjuda tydliga valmöjligheter, ha tydliga kommunikationshjälpmedel och observera reaktioner vid olika situationer och val. Varje kväll erbjuds kvällsfika där brukarna pratar om vad man vill göra kommande helg. Aktiviteter erbjuds i grupp och individuellt där brukarna själva bestämmer vad de vill göra.

*Begärda bilagor:*

- Uppdrag för stödperson/kontaktperson

### **Genomförandeplan**



Brukarna har aktuella genomförandeplaner som upprättas tillsammans med de brukare som vill. Anhöriga/företrädare bjuds in vid upprättandet om brukarna vill. Kopia skickas till beställaren inom en månad från att beställningen inkommit/vid annan överenskommelse med beställaren. Genomförandeplanerna revideras vid behov och följs upp med beställaren en gång/år.

Genomförandeplaner har tidigare upprättats i worddokument, men ett arbete har påbörjats att upprätta genomförandeplaner i verksamhetssystemet Pulsen Combine, vilket också ska underlätta att skicka kopia till beställarna. Om brukare har förändrade behov, är rutin att beställaren informeras, samt uppdatering av genomförandeplan.

### **Dokumentation**

Daglig informationsöverföring och dokumentation mellan personal och arbetspass sker i Pulsen Combine, samt som muntlig överrapporteringstid. Händelser av betydelse dokumenteras i social journal.

### **Beskriv hur dokumentationen förvaras?**

Dokumentation förvaras i ett låst dokumentskåp, i Pulsen Combine och på behörighetsstyrda servrar.

*Begärda bilagor:*

- Rutin för social/omvårdnadsdokumentation

### **Samverkan**

Personal samverkar med daglig verksamhet över telefon och via Pulsen Combine. Samverkansmöten med daglig verksamhet sker inte kontinuerligt, men när behov uppstår bokas möte. Samverkan med beställarna sker i samband med uppföljningsmöten kring brukarnas beslut och oftast sker

gemensamma uppföljningar för beslut om både gruppbostad och daglig verksamhet (i de fall brukaren har beslut om båda insatserna). Beställare på socialkontoret och enhetschefer och personal inom produktion omsorg har uttryckt att de forum för samverkan som finns behöver utvecklas för att möta de behov som finns i verksamheterna.

### **Brandsäkerhet**

Enheten har fungerande och väl kända rutiner för brandsäkerhet genom RESQ och enheten har aktuell evakueringsplan i händelse av omfattande brand. Det finns en brandansvarig i arbetsgruppen som stöttar enhetschef i det systematiska brandskyddsarbetet som månadskontroller i RESQ.

#### *Begärda bilagor:*

- *Rutin för brandsäkerhet på enheten* – ej bifogad då rutinerna är omfattande och finns i verksamhetssystemet RESQ.

### **Sammanfattning**

Den sammantagna bedömningen är att enheten följer överenskommelsen mellan socialkontoret och produktionsområde omsorg. Vissa utvecklingsområden har uppmärksammats på sektionsnivå för ökad kvalitetssäkring.

- Inom sektionen har en utbildningssatsning i verksamhetssystemet Pulsen Combine genomförts bland annat för ökad rättssäkerhet, kvalitet i dokumentation och att kunna avge genomförandeplaner i systemet.
- God samverkan mellan enheterna inom sektionen i bland annat kompetensutveckling för personal.
- Brukarnas behov på enheten ligger till grund för vilka kompetensutbildningssatsningar som ska genomföras kommande året.
- Sektionen utbildar personal och arbetar med metodstödet CPS (samarbetsbaserad problemlösning).
- Brukarundersökningar genomförs vartannat år.
- Stödpedagog handleder kollegor kring brukarnas behov.
- Vid möte för kvalitetsuppföljning deltog anställd från enheten.

#### *Utifrån genomförd kvalitetsuppföljning har följande utvecklingsområden uppmärksammats:*

- Sektionens checklista vid introduktion av nyanställda är skapad 2011. I checklistan vid introduktion saknas delar som; genomgång av lex Sarah och lex Maria och ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Sektionens riktlinje för synpunkter och klagomål är skapad 2011. I riktlinjen saknas arbetssätt gällande återkoppling och åtgärder av inkomna synpunkter och klagomål.

- Enhetschefer och personal inom produktion omsorg och beställare på socialkontoret har uttryckt att de forum för samverkan som finns behöver utvecklas för att möta de behov som finns i verksamheterna.