

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

## **Kvalitetsuppföljning bostad med särskild service och daglig verksamhet LSS 2019 - Tegel servicebostad**

Dnr SN19/115-514

**Uppföljning avser:** Tegel servicebostad

**Utförare:** Ekerö kommun/Produktionsenhet omsorg

**Verksamhetschef/Enhetschef:** Antonia Söder

**Kvalitetsuppföljningen genomförd:** 16 december, 2019, 10.00-12.00

**Närvarade:** Annicka Pantzar (MAS), Erika Brinkesjö (kvalitetsutvecklare), Antonia Söder (enhetschef), Elin Örberg (metod- och kvalitetsutvecklare), Grethe Sjögren (samordnare) och Annelie Panzar (stödassistent).

**Antal brukare:** Sex

### **Inledning**

Socialkontoret har genomfört kvalitetsuppföljning 2019 utifrån krav i avtal och överenskommelse avseende bostad med särskild service (gruppbofastad/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 gruppbofastad/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 Pråmvägen- och Kulturs servicebostad. På enheten arbetar sex stödassistenter, varav fyra på heltid och två på halvtid. Två har inte barn- och fritid eller undersköterskeutbildning, men har gått flertalet kurser genom Carpe, som specialpedagogik, samt har flerårig erfarenhet av yrket. Resterande personal har adekvat utbildning och nödvändig

kompetens, samt flertalet kompetenta timvikarier. På enheten arbetar en samordnare på deltid som delar sitt uppdrag på Pråmvägen- och Kulturs servicebostad.

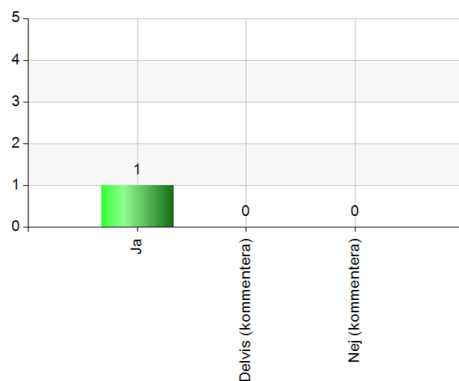
### **Förändringar på enheten under 2019:**

En anställd var långtidssjukskriven, som har ersatts. Enheten var största delen av 2019 utan servicelokal, vilket innebar att enheten delade utrymme med Pråmvägens servicebostad, vilket gjorde att samarbetet mellan enheterna utökades och ledde till minskade antal journätter på enheten.

Det upprättas årligen en kompetensutvecklingsplan för personal i samband med medarbetarsamtalen. 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 sker kort introduktion där personen träffar ordinarie personal och enhetschef för genomgång av bland annat dokumentation och rutiner. Personen går ett till två introduktionspass bredvid ordinarie personal för att träffa brukarna. Om/när personen fungerar på enheten kontaktas ansvarig sjuksköterska för delegering att ge medicin. I samband med anställning får personen information om tystnadsplikt och sekretess som skrivs under av anställd.

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



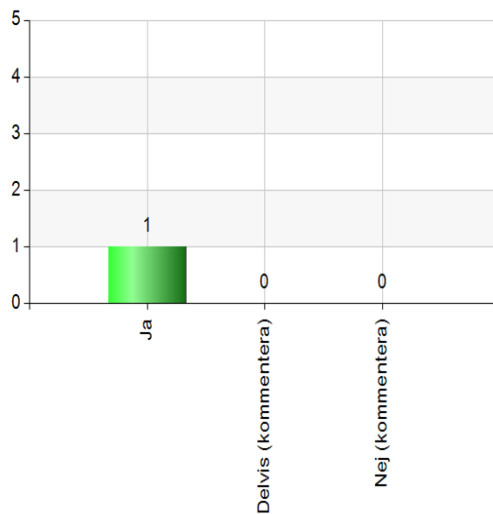
Samordnare, enhetschef och sjuksköterska finns tillgängliga på vardagar. På kvällar och helger finns det tillgång till jourverksamheter. Enheten har handledning en gång/månad med inhyrd handledare och enheten kan också ta hjälp av psykolog och kurator på habilitering och hälsa.

*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 när genomförandeplaner upprättas/revideras. De har regelbundna uppföljningsmöten med stödperson och/eller enhetschef som hålls vid behov, men minst en gång/månad, samt deltar på uppföljningar med beställarna på socialkontoret och erbjuds delta i brukarundersökningar som genomförs vartannat år.

Personal är delaktiga i kvalitetsarbetet på APT varannan vecka. De skriver genomförandeplaner, gör riskbedömningar och HME-enkäter med följande utvärdering, samt brukarundersökningar som följs upp.

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

Brukarundersökningar genomförs vartannat år genom SKR och senaste undersökningen gjordes 2019. Resultatet från undersökningen redovisar enhetschef för personal och brukarna tar del av resultatet under individuella möten med sina stödpersoner där de har möjlighet att vara delaktiga i förbättringsarbetet.

Enheten följer sektionens riktlinje för synpunkter och klagomål och har en särskild punkt på personalmöten där dessa tas upp, dokumenteras och årssammanställs. Personalen har tät kontakt med anhöriga och bokar särskilda möten när behov finns att diskutera bland annat synpunkter och klagomål.

Avseende anmälningsskyldigheten för missförhållanden (lex Sarah) genomför personal årligen utbildning genom Bonnier Academy, samt att det ingår i introduktion för nyanställda. Personal diskuterar händelser av vikt på APT under året.

*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 som har ansvar för att uppdatera information kring sin brukare och är i möjligaste mån de som deltar på uppföljningar med beställarna. En är huvudansvarig vilket innebär vara ansvarig för dokumentation, att genomförandeplanen är uppdaterad och aktuell, samt erbjuder enskilda samtal med brukaren för att fånga upp enskilda behov.

För att säkerställa att tvångs-/begränsningsåtgärder inte förekommer finns det i enhetens riskbedömningsmall en särskild punkt efter varje område där man funderar extra om rutinen följer tvångs- eller begränsningsåtgärder. Om man klickar "ja" skrivs orsak till åtgärd. Enheten diskuterar även dessa frågeställningar på deras handledning och genomför riskbedömningar minst en gång/år.

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

Personalen har en dag/vecka möte med varje brukare där de får komma med förslag på aktiviteter för veckan och (framförallt) helgen.

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

Brukarna nyttjar servicen när de vill, under förutsättning att personal finns på plats. Ibland tar personal och brukare en kaffe eller tittar på film tillsammans, det är upp till brukarnas önskemål. Enheten en flyttat till en ny servicelokal där man kommer starta filmkvällar två gånger/månad, gemensamma måltider efter brukarnas önskemål och regelbundna spel- och pysselkvällar då det efterfrågats av brukarna.

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

Självbestämmande och delaktighet finns alltid i åtanke när rutiner och genomförandeplaner skriv. Hela arbetet går ut på att göra brukarna så självständiga som möjligt. Personal involverar brukarna i så många

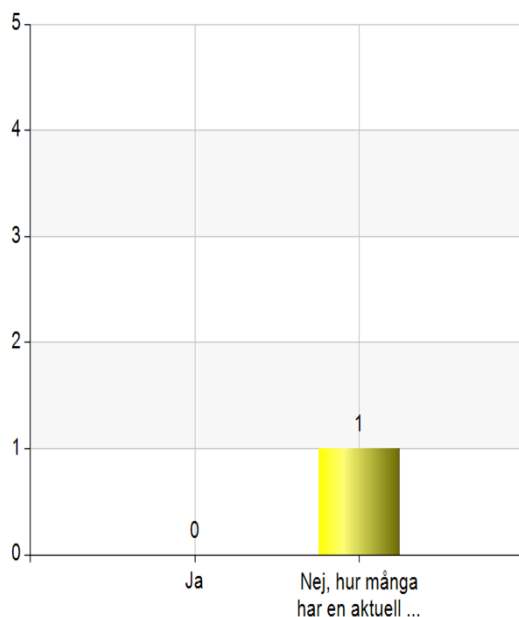
sammanhang som möjligt, till exempel i planering av aktiviteter på servicen, vad de vill göra på fritiden, eller när dagar för olika sysslor bestäms.

*Begärda bilagor:*

- Uppdrag för stödperson/kontaktperson

### **Genomförandeplan**

#### ***Har samtliga brukare en aktuell genomförandeplan?***



Fem av sex brukare har aktuella genomförandeplaner. En brukare var nyinflyttad när kvalitetsuppföljningen genomfördes och personal hade inte hunnit upprätta en genomförandeplan än. Nedskrivna rutiner kring brukaren fanns som personal tillsammans med brukaren kommit överens om. Alla genomförandeplaner upprättas tillsammans med brukare och/eller dennes företrädare. Kopia skickas till beställaren en månad från att beställning inkommit eller vid annan överenskommelse. Genomförandeplanen följs upp minst en gång/år, på hösten.

Uppmärksammar personal att brukares behov förändras är rutin att dokumentera i social journal, och ta upp på enhetens personalkonferenser. Bedöms förändringen varaktig (mer än tre månader) kontaktas beställaren som gör uppföljning med ny nivåbedömning. Personal uppför sedan en ny genomförandeplan som stämmer överens med beställning.

### **Dokumentation**

Daglig informationsöverföring vid personalskifte är 30 minuters överrapporteringstid. Förutom rapporttid har enheten en rapportbok med "kom-ihåg" anteckningar som slängs regelbundet (inlåsta på personalens kontor och slängs efter två veckor). Enheten har också en dagbok där dagens insatser finns nedskrivna. Vikarier som arbetar sällan (cirka en gång/månad) har inte tillgång till verksamhetssystemet Pulsen Combine och dokumenterar därav på papper, som i efterhand förs in av personal med tillgång till

verksamhetssystemet. Personal skriver löpande i brukarnas sociala journal som samtlig personal läser.

***Beskriv hur dokumentationen förvaras?***

Dokumentation förvaras i Pulsen Combine för ökad rättssäkerhet och ökad kvalitet i dokumentationen. Tidigare har enheten haft socialdokumentationsmallar på EKFILE som varit behörighetsstyrda. Arbetsanteckningar förvaras på personalkontoret och brukarnas pärmar låses in i brandsäkert kassaskåp inne på personalkontoret.

*Begärda bilagor:*

- *Rutin för social/omvårdnadsdokumentation*

**Samverkan**

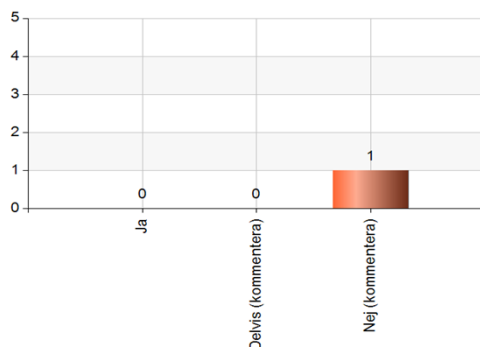
Enheten delar samordnare och enhetschef med två andra enheter och samverkar över gränserna att hjälpas åt med vissa insatser. Personal samverkar med daglig verksamhet vid uppföljningsmöten om specifika brukare vid behov (när brukaren har beslut om båda insatserna). Personal har kontakt med beställarna vid uppföljningar och när personal anser att det finns information om brukarna som beställarna behöver veta. 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. Enheten har en brandansvarig i personalen som gör månadsvisa kontroller i RESQ.

*Begärda bilagor:*

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

***Finns det på enheten en aktuell evakueringsplan i händelse av omfattande brand?***

Evakueringsplan finns inte upprättad på enhetens nya service än. Det finns ingen gemensam plan då brukarna bor i satelitlägenheter, vilket innebär att det inte kommer vara fara för samtliga brukare vid brand.

**Sammanfattning**

Den sammantagna bedömningen är att enheten följer överenskommelsen mellan socialkontoret och produktionsområde omsorg. Vissa utvecklingsområden har uppmärksammats på sektionsnivå, samt på enhetsnivå 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. På enheten hade vid tidpunkt för kvalitetsuppföljning fem av sex brukare en aktuell genomförandeplan då en brukare var nyinflyttad, men ett arbete pågick för att upprätta genomförandeplanen.
- God samverkan mellan enheterna inom sektionen i bland annat kompetensutveckling för personal.
- Sektionen utbildar personal och arbetar med metodstödet CPS (samarbetsbaserad problemlösning).
- Brukarundersökningar genomförs vartannat år.
- Allt arbete på enheten utgår från att göra brukarna så självständiga som möjligt.
- Under möte för kvalitetsuppföljning i december 2019 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, 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 behov som finns i verksamheterna.
- Enhetsnivå: Vid tidpunkt för kvalitetsuppföljning saknades aktuell evakueringsplan på den nya servicelokalen.