

Lokalt kvalitetsledningssystem Mall

Gäller för: Attendo Sverige LSS	Dokumentansvarig: Kvalitetschef	Giltig: 2019-04-15	Upphör att gälla: 2022-04-15
Version: 3	Fastställd av: Kvalitetschef	Utarbetad av: Kvalitetsutvecklare	Reviderad av: Lena Rosberg

Lokalt kvalitetsledningssystem för Attendo Solbacken

Innehållsförteckning

Årsplanering kvalitetsarbetet	Flik 1
Verksamheten	Flik 2
Laglista	Flik 3
Ansvarsfördelning	Flik 4
Processer och tillhörande rutiner	Flik 5
Riskanalyser	Flik 6
Egenkontroll/Lokal verifiering	Flik 7
Sammanställning av händelser/avvikelser	Flik 8
Dokumentation	Flik 9

Flik 1

Årsplanering för kvalitetsarbetet

Januari

Aktivitet	Ansvarig
Kvalitetsmöte	VC
Sammanställning händelser Q4	Kvalitetssamordnare
Lokal kontroll/verifiering	VC
Självskattning basala hygienrutiner	samtliga
Tidplan revidering lokala rutiner	VC

Februari

Aktivitet	Ansvarig
Kvalitetsmöte	VC
Kvalitetsberättelse	VC
Uppföljning av uppdraget: Överlåtande av enskilda ledningsuppgifter	VC

Mars

Aktivitet	Ansvar
Kvalitetsmöte	VC
Loggning i digitala system	VC
Rapportering av riskanalyser	VC

April

Aktivitet	Ansvarig
Kvalitetsmöte	VC
Sammanställning från kvalitetsregister	VC
Sammanställning händelser Q1	Kvalitetssamordnare
Egenkontroll	VC
Dokumentationsgranskning SoL	VC och dok.stödjare

Maj

Aktivitet	Ansvarig
Kvalitetsmöte	VC
Handlingsplan utifrån resultat på egenkontroll	VC
Handlingsplan utifrån resultat dokumentationsgranskning	VC
Boende/närståendemöte	VC

Juni

Aktivitet	Ansvarig
-----------	----------

Kvalitetsmöte	VC
Loggning i digitala system	VC
Självskattning basala hygienrutiner	samtliga
Informera medarbetarna om Lex Sarah och Lex Maria	VC

Juli

Aktivitet	Ansvarig
Kvalitetsmöte	VC
Sammanställning händelser Q2	Kvalitetssamordnare

Augusti

Aktivitet	Ansvarig
Kvalitetsmöte	VC

September

Aktiviteter	Ansvarig
Kvalitetsmöte	VC
Loggning i digitala system	VC

Oktober

Aktiviteter	Ansvarig
-------------	----------

Kvalitetsmöte	VC
Sammanställning från kvalitetsregister	VC
Självskattning basala hygienrutiner	samtliga
Granskning av dokumentation	VC

November

Aktivitet	Ansvarig
Kvalitetsmöte	VC
Informera medarbetarna om Lex Sarah och Lex Maria	VC
Boende/närståendemöte	VC

December

Aktivitet	Ansvar
Kvalitetsmöte	VC
Loggning i digitala system	VC

Flik 2 Verksamheten

Verksamheten bedrivs i entreprenadform på uppdrag av Ekerö kommun sedan 2018-12-01.

Verksamheten består av en gruppbostad: Solbacken.

Gruppbostraden erbjuder vuxna personer med utvecklingsstörning ett boende enligt § 9:9 LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade).

Alla brukare, som bor på gruppbostraden, har egna fullvärdiga lägenheter och har också tillgång till gemensamma utrymmen.

På gruppbostraden bor sammanlagt 6 brukare.

Tillstånd att bedriva verksamheten finns.

Enheterna har inget HSL ansvar och arbetar på delegation genom Ekerö kommuns sjuksköterskeorganisation, HSL-omsorg. De läkemedel som hanteras är dosett eller APO-dos påsar samt i enstaka fall vid behovsmedicinering.

Organisationen består av verksamhetschef (VC), platsansvarig, kvalitetssamordnare, stödassistenter och stödbiträden.

Vårt arbete styrs av Lagen om Särskild Stöd och Service till vissa funktionshindrade,

LSS.

LSS bärande principer är självbestämmande och inflytande, tillgänglighet, delaktighet, kontinuitet och helhetssyn. Målet för verksamhetens kvalitetsarbete är att vård- och omsorg ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet och arbeta för att förebygga ohälsa¹

Verksamheten ska arbeta för att främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för den enskilde. Målet är att den enskilde får möjlighet att leva som andra.²

Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.³

Verksamheten ska även arbeta för att uppnå Attendos vision " Att stärka individen " med hjälp av våra ledord Kompetens, Engagemang och Omtanke.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 3 kap 1-2§

² Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) 1 kap 5§

³ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 5 kap 4§, Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) 5 kap 6§

Flik 3 Laglista

Dokumentera de lagar och författningar, föreskrifter och allmänna råd som är aktuella i verksamheten. Se laglista i Riktlinje för kvalitetsledningssystem. Skriv in lagar först och föreskrifter och allmänna råd efter. Lägg till rader i tabellen om det inte räcker. Lagar hittar du på www.riksdagen.se och föreskrifter på www.socialstyrelsen.se

Lagar och föreskrifter	Var hittar jag denna?
Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade	www.riksdagen.se
Kvalitet och allmänt	
Personuppgiftslagen (1998:204)	www.riksdagen.se
Livsmedelslagen (2006:804)	www.riksdagen.se
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)	www.socialstyrelsen.se
Socialtjänst och LSS	
Socialtjänstlagen SOL (2001:453)	www.riksdagen.se
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Lex Sarah (SOSFS 2011:5)	www.riksdagen.se
Föreskrifter och allmänna råd om dokumentation, handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:5)	www.socialstyrelsen.se
Allmänna råd om anmälan om missförhållanden enligt 14 kap. 1§ socialtjänstlagen (2001:453) (SOSFS 2003:16)	www.socialstyrelsen.se
Hälso- och sjukvård	
Hälso- och sjukvårdslagen HSL (2017:30)	www.riksdagen.se
Lag om medicintekniska produkter (1993:584)	www.riksdagen.se

Föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m (SOSFS 2007:19)	www.socialstyrelsen.se
Föreskrift om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2007:10)	www.socialstyrelsen.se
Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. (SOSFS 2008:1)	www.socialstyrelsen.se
Föreskrifter och allmänna råd. Vissa åtgärder i hälso- och sjukvården vid dödsfall. (SOSFS 1996:29)	www.socialstyrelsen.se
Föreskrifter och allmänna råd. Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård (SOSFS 1997:14)	www.socialstyrelsen.se
Föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2000:1)	www.socialstyrelsen.se

Flik 4 Ansvarsfördelning

Verksamhetschef: Sofia Gustafsson Jogefält

Verksamhetschefen säkerhetsställer att det genomförs APT och att det tas upp aktuella avvikelser/händelser. Delta på möten med kvalitetsgruppen (VC samt kvalitetssamordnare). Ge uppdrag att riskanalyser genomförs samt godkänner de förslagna åtgärderna. Säkerställer att kvalitetsmötes protokoll blir skrivna och vidare sända till kvalitetsutvecklare. Verksamhetschef ansvarar för att verksamheten har ett lokalt anpassat kvalitetsledningssystem som bygger på Attendos centrala kvalitetsledningssystem. Verksamhetschef ansvarar för att planera, leda, kontrollera och följa upp verksamheten och dess processer samt identifiera och aktualisera nödvändig samverkan. Ansvarar för att mål för verksamheten formuleras och för att dessa nås. Inom ramen för ledningssystemet ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska förbättringsarbetet kontinuerligt ska bedrivas, för att kunna leda, följa upp och utveckla verksamheten. Ansvarar för att avvikelser i form av klagomål samt för verksamheten aktuella och rapporterade risker och händelser utreds. Ansvarar för att uppföljning och analys av verksamheten sker, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten och få en utveckling över tid. Minst en gång årligen utföra Lokal kontroll/verifiering samt dokumentera arbetet i en kvalitetsberättelse.

Kvalitetssamordnare: Kristina Hollox

ansvarar för att händelser dokumenterade på Händelse-/avvikelse rapport tas upp på APT och kvalitetsmöten (månatligen), föreslå förbättringsåtgärder samt gör uppföljningar av tidigare händelser. Skriver kvalitetsprotokoll, rapportera in statistik avseende medarbetartermometern.

Platsansvarig: Lillemor Fafara

Platsansvarig har ingen formell roll i det systematiska kvalitetsarbetet utöver det som ingår i arbetet som vårdare, men i praktiken är ofta en person som arbetar nära både kvalitetssamordaren och dokumentations stödjure. Platsansvariga inlägger medarbetarnas arbetstider i medvind, är VC behjälpliga med schemaläggningar och vid personalplanering, behjälplig vid akut personalplanering och har introduktion med nya medarbetare.

Dokumentationsstödjure: Malin Karlsson

Hjälper nya medarbetare att komma igång med dokumentationen, lyfta fram frågor vad som är relevant att dokumentera och hur det ska dokumenteras i social journal.

Värderingscoach: Kristina Hollox

Värderingscoach planerar tillsammans med VC enhetens värderingsarbete, utifrån den regionala värderingsårshjulet. Värderingar tas upp minst en gång per månad under APT – möten.

Stödassistenter/stödbiträde:

Samtliga månadsanställda medarbetare är stödpersoner minst för en eller två brukare och då ansvarar/stöder brukaren att ordna sina egna konferenser en gång per år samt har ett utökat ansvar när det gäller t.ex. ekonomi och anhörigkontakt.

Rapporterar händelser/avvikelse genom att fylla i händelse-/avvikelse rapport. Ansvarar att observera risker, delta i arbetet med riskanalyser samt hålla sig uppdaterade om befintliga analyser. För vikarietillsättning, se lokal rutin vid vikarietillsättning och personalbrist.

Flik 5 Processer och rutiner

1 Processområde Värderingar och värdegrund

Attendo Solbacken arbetar efter gällande lagar och författningar inom HSL och LSS samt använder sig av Attendos värdegrundsarbete i sin verksamhet, vilket betyder att arbetet utgår från ledorden: Kompetens, Engagemang och Omtanke. Kunderna ska mötas med respekt och omsorgen ska utgå från den enskildes behov. Värderingsarbetet utgår från de bärande principerna i lagen som är tillgänglighet, inflytande, delaktighet, självbestämmande, helhetssyn och kontinuitet. Barnverksamheter ska även beakta barnperspektivet⁴

Varje månad finns det en stående punkt på APT – Värderingar.

Genom årlig kundundersökning och eventuellt inkomna synpunkter kan kunder- och närståendes upplevelse av vårt bemötande följas upp.

1. Rutin för verksamhetens värderingsarbete och värdegrund
2. Barns bästa

2. Processområde Sekretess och informationssäkerhet

⁴ Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (1993:387) kap 1 6§

Detta processområde syftar till att på ett säkert sätt hantera uppgifter om de kunders personliga förhållande och därmed uppfylla bestämmelserna i lagstiftningen.⁵

Vid anställning ska alla medarbetare informeras om tystnadsplikten och skriftligt försäkra att de tagit del av den.

Verksamhetschef beslutar efter behovsprövning vem som ska ha behörighet till det digitala dokumentationssystemet samt till vilka boende.

Uppföljning görs genom regelbundna loggkontroller.

All verksamhet enligt LSS skall grundas på respekt för brukarens integritet. Det är vidare en komponent i Attendos vision – att stärka individen.

Arbetet på en gruppboende kräver stor respekt för brukarens vanor, önskemål och egna val. Integritetsfrågan är särskilt viktig i gruppboende. Brukarens integritet ska respekteras i alla situationer på ett respektfullt och professionellt sätt. Vi ska aldrig ta över men alltid vandra bredvid. Integritet är något vi betonar på både interna utbildningar, arbetsplatsträffar, planeringsdagar, mötesforum och inte minst i rekryteringen av nya medarbetare. I våra rekryteringar är etiska aspekter en viktig fråga. Vi prioriterar personer som har rätt kompetens och förståelse för vikten av att skilja mellan brukarens privata och offentliga sfär.

Vidare är det viktigt att sekretessen upprätthålls. Enligt lag gäller att information om brukare inte får lämnas ut om det inte går att säkerställa att brukaren inte lider men av att den lämnas ut om inte brukaren samtycker till det. Vid första instruktionstillfälle genomgår blanketten för "Tystnadsplikt" efter att personen som ger instruktionen har säkerställt att den nyanställda har förstått innehållet vad tystnadsplikt innebär, skriver den nyanställda under blanketten.

2.1 Rutin för tystnadsplikt

2.2 Rutin för utlämnande av handling

2.3 Rutin för loggkontroll i digitala system

2.5 Rutin för sändning och mottagande av sekretesshandling

2.6 Rutin för skyddade personuppgifter

⁵ Socialtjänstlagen (2001: 453) 15 kap 1-2 §§

3. Processområde Individdokumentation

Syftet med dokumentationen i verksamheten är att främja rättsäkerheten för kunden, öka kontinuiteten, vara en kunskapsbas och ett arbetsredskap för medarbetarna samt ligga till grund för verksamhetsplanering.

Då en brukare flyttar in i en av våra gruppboendestäder upprättas omgående en genomförandeplan tillsammans med brukaren och eventuellt dennes företrädare. Genomförandeplanen ligger sedan till grund för brukarens hjälpinsatser. Genom individuell planering får varje brukare tydlig och brukaranpassad information om när och vem som kommer för att utföra vissa insatser. Förändringar i genomförandeplanen görs i samråd med brukaren utifrån dennes förmåga. Vi tydliggör vad förändringen innebär så att tryggheten i att stödet finns kvarstår.

Dokumentationen är väsentlig för säkerställandet av kvaliteten på insatserna. Våra rutiner för dokumentation är tydliga i den meningen att samtliga medarbetare dagligen ska skriva journal och arbetsanteckningar i Safedoc. Rutinerna är lokalt anpassade till boende på Solbackens gruppboendestad. Dokumenterade effekter och resultat av insatser samt synpunkter och önskemål från brukaren följs systematiskt upp både med brukaren och på personalmöten. Verksamhetschefen ansvarar för och följer löpande upp att dokumentationen följer riktlinjer och rutiner. En grundlig granskning av dokumentationen genomförs vid den årliga egenkontrollen. Den utförs av verksamhetschef och dokumentationsstödare.

- 3.1 Rutin för dokumentation enligt LSS
- 3.2 Rutin för arkivering av LSS -journaler
- 3.3 Rutin för dokumentation i SafeDoc

4. Processområde Systematiskt och fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten

Attendo Solbacken har lokala rutiner för att identifiera, dokumentera, rapportera, åtgärda och följa upp händelser och risk för händelser. Rutinerna beskriver hur verksamheten ska utreda händelser och risk för händelser. Av rutinerna framgår hur orsaker fastställs, åtgärdas och utvärderas samt hur händelsehanteringen sammanställs, analyseras och återförs i verksamheten.

Den medarbetare som uppmärksammat en händelse beskriver i vårt händelsehanteringssystem med egna ord vad som har hänt (när, var, hur, etc.) Alla uppgifter är viktiga för att kunna vidta rätt åtgärder samt för att förebygga risker för nya

händelser. Verksamhetschefen ansvarar för att åtgärda problemet snarast möjligt. De långsiktiga åtgärderna för att förbättra kvaliteten och minska antalet händelser beslutas och följs upp på månatliga kvalitetsmöten.

Processområdet syftar till att verksamheten ska bedriva en trygg och säker vård och omsorg.

Brukaren och/eller deras företrädare är alltid välkomna med synpunkter, muntligt eller skriftligt. För dem som vill lämna skriftliga synpunkter har vi tagit fram blanketten "Vi vill bli bättre". Blanketten finns tillgänglig i verksamhetens allmänna utrymmen och lämnas till verksamhetschef eller personal eller skickas direkt till vår kvalitetschef, vilket framgår på blanketten. Synpunkter registreras i ADD. Klagomål från brukare eller utomstående skall genast ges vidare till verksamhetschef som hjälper till att avgöra vilka åtgärder som är rimliga.

Inom kort kommer de boende ha möjlighet att lämna sina synpunkter anonymt i gruppbestadens "förslagslåda".

Synpunkterna besvaras inom tre arbetsdagar och beroende på klagomålets omfattning beslutas om en åtgärdsplan. Vi är behjälpliga med att fylla i blanketten om man behöver hjälp med det. Synpunkter eller klagomål kan också lämnas muntligt, via telefon eller e-post. Vid särskilt allvarliga händelser, särskilda händelser, skickas utredning och underlag även till företagets kvalitetsavdelning. Samtliga klagomål, synpunkter och rapporter behandlas som en händelse, bedömning görs om riskanalys ska göras enligt rutin för händelsehantering och riskanalys.

Sammanställning och analys

Minst en gång om året sammanställer verksamhetschefen inkomna klagomål, synpunkter och rapporter i en lokal verifiering av kvalitén i verksamheten. Där dokumenteras bakgrunden till klagomålen, synpunkterna och rapporterna samt en redogörelse för vad som framkommit. I dokumentet redogörs även för vilka åtgärder som vidtagits och effekten/resultatet av dessa. Vid denna sammanställning analyserar verksamhetschefen dokumentationen och undersöker om det finns ett mönster i det som inkommit, om klagomål eller synpunkter varit återkommande, om det berör hela verksamheten eller en viss enhet etc. Vidare analyseras orsaksområden och bakomliggande orsaker samt vilka åtgärder som vidtagits och vilken effekt de haft. Verksamhetschefen bedömer om problemet kvarstår eller om åtgärderna lett till en förbättring samt vilka förbättringsområden som finns. En verksamhetsövergripande sammanställning görs som resulterar i en handlingsplan med förbättringsområden och tydliga mål. Detta förankras hos medarbetarna och mål och förbättringsområden skrivs in i verksamhetsplanen.

Verksamhetschefen gör en jämförelse med föregående år. Vad som blivit bättre och om det finns förbättrings- och utvecklingsområden som kvarstår från året innan. Detta är en

kvalitetskontroll som görs minst en gång per år i en så kallad lokal verifiering. Det ger verksamhetschefen en uppfattning om vad som fungerat bra och mindre bra i kvalitetsarbetet och hur utvecklingen av verksamheten ser ut.

Brukarundersökningar

Attendos årliga brukarundersökning är en viktig källa till information om hur brukarna upplever sitt boende och stödet denne får. Undersökningen görs i enkätform av oberoende part och riktas mot brukare eller närstående.

Resultatet redovisas för medarbetarna på arbetsplatsträffarna. På varje gruppbostad kommer brukarna att informeras om undersökningarna och vad syftet med dessa är. En bedömning är att en del av brukarna på grund av sin kognitiva nivå inte förstår detta. Brukarna erbjuds stöd med att fylla i enkäten. Till exempel används Pict-O-Stat som hjälpmedel för att förtydliga frågorna för brukarna. Utifrån en analys av resultatet kommer verksamhetschefen och medarbetarna att utforma åtgärds- och handlingsplaner.

4.1 Rutin för händelsehantering

4.2 Rutin för riskanalys

4.3 Rutin för rapportering av missförhållanden och risk för missförhållande, lex Sarah

4.4 Rutin för anmälan enligt SoL 14:1

4.5 Rutin för allvarliga händelser

4.6 Rutin för synpunkter och klagomål

4.7 Rutin för rapportering och anmälan av vårdskada och risk för vårdskada, lex Maria

5. Processområde Inflytande, delaktighet och självbestämmande

Brukaren ska vara delaktig i och känna sig trygg i vår vård och omsorg. Hen ska kunna påverka omsorgen och känna att alla behov tillgodoses på bästa sätt. För att ha en meningsfull vardag måste brukaren känna delaktighet och kunna utöva inflytande.

Stödpersonen

Stödpersonen är ett viktigt verktyg för att regelbundet säkra och följa upp de dagliga insatserna. Med ett väl fungerande stödpersonskap säkrar vi att de utförs med likartade metoder och främjar en god omsorgskontinuitet för brukarna. Varje brukare på Solbackens gruppbostad har minst en stödperson. Information om och vem som blir den enskildes stödperson ges innan inflyttningen. Om brukaren ger uttryck för att denne vill ha en specifik person som stödperson skall det tillgodoses så långt som möjligt.

Stödet och servicen utgår från hela individen och dennes förutsättningar och behov – såväl psykiska och fysiska som andliga och sociala. Vårt mål är att möjliggöra för brukaren att vara delaktig i hela sin livssituation. Brukarens individuella planering är utformad för att ta hänsyn till dessa aspekter. Vi utbildar och handleder medarbetarna, för att kunna arbeta utifrån ett synsätt där vi utgår från varje individs möjligheter. Vi observerar vilka förutsättningar brukaren har, tar vara på de resurserna som finns och ser hur de kan bli möjligheter, naturligtvis med respekt för brukarens integritet och självbestämmande.

Inflyttningsprocessen

När en ny person tas emot i verksamheten kontaktar kommunens handläggare ansvarig chef för en planering. Den individuella planeringen börjar direkt det står klart att en brukare ska flytta in på Solbackens gruppbostad. Inför inflyttning till bjuds det in till ett välkomstsamtal med brukaren - och dennes närstående om brukaren så önskar. Vid detta samtal deltar verksamhetschefen, stödpersonen ifrån boendet samt andra för brukaren viktiga personer. Det kan exempelvis vara närstående, LSS-handläggaren, gode mannen/förvaltaren eller personal från daglig verksamhet. Under samtalet får brukaren berätta om sig själv och sina stödbehov. Stödpersonen informerar om sin roll och att brukaren har rätt att byta stödperson om så önskas. Under samtalet planerar vi hur inflyttningen ska gå till och informerar om enhetens specifika rutiner. Både skriftlig och muntlig information lämnas om verksamhetens inriktning och arbetssätt samt företaget.

Vid ett första samtal och besök lämnas följande information

- Information om att genomförandeplan skall upprättas.
- Information om vad som gäller när barn är på besök.
- Information om vem som är stödperson
- Information om klagomålshantering och blankett "Vi vill bli bättre "

Verksamhetschefen lägger tillsammans med den berörda personen och eventuella närstående upp en planering över hur introduktionen ska ske utifrån personens behov. Om den enskilde går i skolan eller har daglig verksamhet sedan tidigare, tas kontakter med denna verksamhet för att få den information som behövs för att på bästa sätt bemöta och ge stöd till den enskilde. Det behövs ta olika lång tid för varje individ att känna sig trygg i en ny verksamhet med ny personal, det är därför viktigt att ta hänsyn till personens önskemål och förutsättningar. Vid utflytt ska verksamhetschef ställa frågan på vilket sätt gruppboenden kan vara behjälpligt i att göra övergång till nästa boende så bra som möjligt.

En enklare beskrivning av stödbehov tas fram tillsammans med den enskilde. Här finns olika moment med, som t.ex. gemensamma rutiner, praktiska frågor som tvätt, handling och matlagning, samt en tidsplan för hur lång tid introduktionen av de olika momenten ska ta, och i vilken ordning de ska ske. Det är viktigt att påpeka att denna introduktion är flexibel. Den ändras således efter personens behov och förutsättningar. Den ska vara helt anpassad efter personen, eftersom det är för dennes välbefinnande introduktionen kommer till. Även introduktionsplanen är flexibel och anpassas.

Safedoc

Inom 14 dagar skall en första genomförandeplan göras i Safedoc. Genomförandeplanen utgår från beställningen och görs tillsammans med den enskilde.

När brukare flyttar ut eller avlider ansvarar verksamhetschef för att i Safedoc avsluta beställningen samt "avsluta kund". I detta sammanhang avser ordet "kund" brukaren.

Individuellt bemötande

Vår roll är att ge brukare med funktionshinder stöd och service i vardagsfunktioner. Stödet anpassas kontinuerligt för att hela tiden svara mot brukarens aktuella situation. Vi kommer att samverka kring brukaren, om denne samtycker för att kunna se helheten och anpassa förväntningar och stöd. Med stor lyhördhet vägleder och informerar vi brukarna. Om en brukare gör val som uppenbarligen är skadliga, är det vår uppgift att på ett respektfullt sätt upplysa om detta och visa på alternativ som är lämpliga utifrån brukarens person. Vi använder anpassad kommunikation för att ge brukaren bättre möjlighet att förstå.

Aktiviteter och rutiner

Vi har lokala rutiner och material för hur planeringsmöten med den enskilde ska gå till

utifrån dennes förutsättningar för att möjliggöra delaktighet. Det som framgår av planeringsmötet är det som utmynnar i en genomförandeplan och arbetsinstruktioner. För att få en helhet kring den enskilde, samverkar vi med dennes samtycke, med andra för den enskilde viktiga aktörer. En utveckling av detta finns under rubriken **samverkan**. Vid första mötet med den enskilde upprättar vi tillsammans med denne en nätverkskarta och kartlägger viktiga personer och aktörer i den enskildes liv. Nästa steg är att komma överens med individen om hur samarbetet med nätverket ska se ut och hur det ska utformas. Med det menas att identifiera vilket stöd den enskilde behöver av oss i sina kontakter, tydliggöra vilka kontakter som kan vara viktiga för den enskilde och för oss att ta samt i vilket forum detta ska ske. Helhetssynen i detta fall innebär att vi hittar ett samarbete mellan exempelvis boendet och arbetet/skolan för att vi ska kunna lära av varandra och bygga på det som fungerar.

Vi har också utarbetade rutiner gällande uppföljningen av genomförandeplanen och den enskildes levnadssituation där andra instanser eller för individen viktiga personer bjuds in, om individen så önskar.

Individuella samtal

För att stärka brukarnas inflytande, delaktighet och ha brukarna på Solbacken egen tid med personal då det finns utrymme att fånga upp om en brukare vill göra någon speciell aktivitet eller utflykt. Personalen tar sedan med sig önskemålet till resten av personalgruppen och aktiviteten planeras in.

Fritidsverksamheter och kulturella aktiviteter

En viktig uppgift för personalen är att ge den enskilde stöd att utveckla fritidsintressen. Det kan handla om att komma till och delta i aktiviteter utanför gruppboenden men också att i hemmet få hjälp att få tillgång till exempelvis böcker, film, tidningar och samhällsinformation. Att stödja brukare till att ta del av samhällets kultur- och fritidsutbud, ser vi som en grundsten i vårt arbete med individen för att främja jämlikhet i levnadsvillkor och deltagande i samhällslivet. Vår målsättning för brukarna på gruppboendena är att erbjuda ett varierat inslag av aktiviteter, som inkluderar såväl friskvård, natur, kultur och nöje.

Fritids- och kulturaktiviteter planeras av stödpersonen individuellt med varje brukare. Aktiviteter utförs ibland i grupp men även individuella aktiviteter görs. De flesta av Solbackens brukare föredrar enskilda aktiviteter. Medarbetare från boendet ska vid behov ledsaga personen vid aktiviteter och aktiviteter ska ske regelbundet utifrån den enskildes önskemål. Vårt mål är att de valda aktiviteterna ska bidra till ökad integration, utvecklande av nätverk samt rekreation för individen, vilket förutsätter att aktiviteterna planeras utifrån individens dagliga liv i samhället.

- 5.1 Rutin för delaktighet och inflytande
- 5.2 Rutin för välkomstsamtal
- 5.3 Rutin för god man/förvaltare
- 5.4 Rutin för Kontaktmannaskapet

6. Processområde Samverkan

Attendo Solbacken samverkar med flera externa aktörer, beställare – Ekerö kommun, HSL-teamet Ekerö kommun samt Ekerö Vårdcentral.

Syftet är att säkerställa en god och säker vård och omsorg.

Samverkan sker också intern genom informationsöverföring mellan olika arbetspass och yrkeskategorier.

På verksamhetsnivå sker den viktiga praktiska samverkan kring verksamheten, rörande till exempel studiebesök, utbildningar, fritidsaktiviteter. Här finns också samverkan med kommunen genom informationsutbyte, utvecklingsfrågor och annat. På individnivå sker samverkan dels med närstående, dels med boende och andra intresseområden för den enskilde, utöver samverkan med kommunen. Genom vårt kvalitetssystem ser vi till att alla olika delar av samverkan hänger ihop och i slutändan resulterar i en förbättrad verksamhet för brukaren. Ett viktigt verktyg för detta är brukarens nätverkskarta, som beskriver individens nätverk. På verksamhetsnivå sker i enlighet med Attendos koncept för samverkan vid tillfällen större kartläggningar. Tillexempel finns i Stockholmsområdet en geografisk samverkan mellan verksamhetschefer på Attendos gruppbestäder i Stockholm. Där identifieras för gruppbestäderna gemensamma som kan vara aktuella för samverkan på ett mer övergripande plan.

Samarbete och samverkan på individnivå

Samverkan på individnivå ska utgå från den enskildes önskan om ett samarbete mellan olika vårdgivare och myndigheter samt behovet av samarbete i det enskilda fallet. Detta dokumenteras på nätverkskartan. Insatser mellan olika aktörer samordnas utifrån den enskildes önskan, behov och förutsättningar. Det gäller såväl hälsosituation som rehabilitering och habilitering. Syftet är att den enskilde ska få samordnade insatser från alla berörda aktörer och därmed totalt sätt ett bra stöd och vård utifrån den individuelles

behov. Berörda medarbetare i verksamheten ska känna till personens centrala kontakter inom kommun och landsting förutsatt att den enskilde själv önskar det. Av dokumentationen ska framgå vilka kontakter som den enskilde kommer att ha i form av vård och rehabilitering. Verksamheten arbetar för att få till stånd informationsöverföring och samordning av insatser. Det ska av dokumentationen framgå vilka kontakter den enskilde har och önskar upprätthålla. Det är kontaktpersonen som har huvudansvaret för samverkan och samarbete på individnivå, utifrån brukarens önskemål. Verksamhetschefen ansvarar för att det ges möjlighet till samarbete och samverkan på individnivå i verksamheten.

På gruppboenden har vi rutiner för intern- och extern informationsöverföring. Nätverkskartan beskriver brukarens önskemål om hur samverkan med dennes nätverk skall se ut.

Samarbete med närstående

Många av brukarna vi arbetar tillsammans med kan ha svårt att uttrycka sina behov och önskemål. Därför är kontakt och samverkan med närstående, god man eller förvaltare ovärderligt i vårt arbete.

Särskilt anhöriga har kunskaper som kan vara till stor nytta för att förstå brukaren. Som utgångspunkt i arbetet med brukaren och dennes närstående har vi målsättningen att skapa en förtroendefull relation. En sådan relation hjälper oss ytterligare i vårt arbete med att utveckla vår verksamhet. Vi hjälper brukaren att vid behov göra en s.k. nätverkskarta som synliggör vilket stöd den enskilde behöver till olika resurser i sin närståendekrets. Vår personal har alltid till uppgift att stödja brukaren och närstående vid olika situationer och i olika processer – med betoning på brukaren. För att inbjuda till delaktighet och inflytande för närstående erbjuder vi de närstående att delta i upprättande av genomförandeplan, samt vid uppföljningar och utvärderingar. Detta under förutsättning att det är brukarens önskan.

Samarbete och samverkan mellan medarbetarna

På varje verksamhet är ett nära samarbete mellan den personal som har det dagliga ansvaret mycket viktigt. Det åligger varje medarbetare att ha ett gott samarbete med sina kollegor och ha en positiv inställning, för att det ska fungera väl för brukaren. Informationsöverföring och rapportering mellan personal sker både muntligen och skriftligt via den sociala dokumentationen. Det finns tid avsatt för denna överrapportering när det är byte av personal mellan två arbetspass. Den individuella medarbetarens bidrag till samverkan med sina kollegor är en punkt som tas upp på medarbetarsamtal samt ett av flera kriterier vid lönerevision. Det är även mycket viktigt med den kommunikation som ska ske mellan primärvårdens distriktssköterska och personal. Rutiner kring hur överrapportering ska ske mellan

personal som arbetar i boendet finns nedtecknade.

Vi samarbetar en del med övriga Attendo enheter i regionen. Det organiseras utifrån ombudfunktioner. Exempel på ombud som har haft nätverksträffar är, platsansvariga, kvalitetssamordnare, dokumentationsstödjare, värderingscoacher, krisombud. Temat bestäms efter det aktuella behovet.

Samarbetet och kommunikationen i arbetsgruppen arbetas det aktivt med då det är en förutsättning för att brukarna ska uppleva kontinuitet, förutsägbarhet och trygghet i sin vardag.

Samverkan med kommunen

Ett gott samarbete med kommunen är viktigt. Vi har idag en öppen och tät kommunikation med våra kontakter inom såväl Ekerö kommun som andra intressenter och myndigheter. Vi tror att goda relationer gynnar i första hand brukarna och verksamheten. Vi ser positivt på regelbundna träffar och kommer att ta initiativ för att dessa ska komma till stånd. Vi informerar fortlöpande kommunen. Vi är behjälpliga med att lämna de uppgifter kommunen behöver för att följa upp och utvärdera vår verksamhet. Vi strävar efter regelbunden kontakt bland annat genom personliga möten, telefonsamtal, e-mail, informationsbrev.

I samband med att en insats skall påbörjas eller avslutas skall verksamhetschef och handläggare kontakta varandra. Vid inflyttning kan det handla om att tillsammans säkerställa att all information finns för handen, och vid utflytt ställa frågan på vilket sätt gruppboenden kan vara behjälpligt i att göra övergång till nästa boende så bra som möjligt.

Samverkan med hälso- och sjukvård

Gruppboenden saknar HSL-ansvar men samverkar med hälso- och sjukvården, så som sjuksköterska, husläkare och HSL-teamet, habiliteringen eller psykiatrien är en viktig del för brukarens välbefinnande och hälsa. Att upprätthålla dessa kontakter ingår i stödpersonens uppdrag. Frågor gällande delegering, medicinhantering och medicindelning, samt ev. såromläggning eller liknande är sjuksköterskans (HSL-teamet) ansvar och det är av yttersta vikt för brukaren att dessa bitar hanteras på ett korrekt och säkert sätt. Sjuksköterskan besöker också regelbundet verksamheten. HSL-teamets sjuksköterska skall alltid informeras om när ny brukare flyttar in.

Samverkan med habilitering och vid behov rehabilitering

Samverkan sker vid behov genom ett nära samarbete med sjukgymnast, arbetsterapeuter, logopedier m.fl. Utprovning av hjälpmedel, eller hjälp för att komma till rätta med ett för brukaren besvärligt problem är exempel på frågor vi samarbetar kring.

Samverkan med övriga organisationer

En naturlig del i vår verksamhet är att söka samverkan med för oss viktiga partners som t.ex. Riksföreningen för autism, FUB, statens institution för handikappfrågor, vuxenhabiliteringen, kultur och fritids organisationer som t.ex. inom musik, samt externa föreläsare och utbildare.

Samverkan mellan daglig verksamhet och boendet

Ett bra samarbete mellan boende och daglig verksamhet är för oss viktig, så att vi kan bemöta brukaren på liknande sätt och arbeta med liknande frågor för att på så sätt ge brukaren bästa möjliga stöd. Vid välkomstsamtalet kommer vi överens med brukaren om hur samarbetet med daglig verksamhet och eventuell skola ska se ut. Samarbetet följer vi upp i samband med uppföljningen av genomförandeplanen. Innan inflyttning till upprättas en överenskommelse/samtycke med brukaren där vi kommer överens om brukaren medger till att vi kontaktar daglig verksamhet och vid behov besöker arbetsplatsen för att inhämta information om fungerande insatser och arbetssätt.

6.1 Externa aktörer som verksamheten samverkar med

6.2 Rutin för extern samverkan

6.3 Rutin för intern samverkan/rapportering mellan arbetspass

6.4 Rutin för kontakt med sjuksköterska/sjukvården

6.5 Rutin för kontakt med läkare

6.6 Rutin för Individuell plan 10§ LSS

7. Processområde Säkerhet

Brukare och medarbetare ska känna sig trygga i verksamheten och det ska finnas lättillgängliga rutiner som beskriver hur olika moment som kan vara förenade med en risk ska hanteras. Attendo Solbacken arbetar utifrån att brukarna ska vara delaktiga i och känna sig trygga i vården- och omsorgen och i sitt boende.

Krishantering

Med kris avses en incident som psykiskt eller fysiskt skadar medarbetare eller brukare i sådan omfattning att åtgärder, med hjälp av centrala resurser, krävs för att lösa

situationen.

En incident som direkt eller indirekt förutsätts skada företagets ekonomi, anseende och trovärdighet. Krishantering är vad som ska göras när något allvarligt har hänt.

Förutbestämda strategier skapar förutsättningar för att verka optimalt under ett krisläge, samt att snarast möjligt återgå till normal verksamhet, med minimal negativ påverkan.

- 7.1 Rutin för uppföljning av beviljade insatser
- 7.2 Rutin för utebliven insats
- 7.3 Rutin vid fall och fallskada
- 7.4 Rutin för skyddsåtgärder
- 7.5 Rutin för hantering av larm/larmuppdrag
- 7.6 Rutin för om kund avviker, inte öppnar dörren eller uteblir från inplanerad träff
- 7.7 Rutin för systematiskt brandskyddsarbete
- 7.8 Rutin för nyckelhantering
- 7.9 Rutin för kemitekniska produkter
- 7.10 Rutin för hot och våld
- 7.11 Rutin för utmanande beteende
- 7.12 Rutin för hantering av privata medel
- 7.13 Rutin för säkerhet i verksamheten
- 7.14 Rutin för stick- och skärskador

8. Processområde mat och måltider

Attendos kunder ska uppleva att mat och måltidsupplevelsen är den bästa.

Därtill ska vi säkerställa en säker och hållbar livsmedelshantering. Detta uppnås genom aktivt lokalt ägarskap på varje verksamhet som den centrala kostfunktionen stöttar med verktyg, råd och stöd.

8.1 Rutin för livsmedelshygien

8.2 Utbildning livsmedelshygien

8.3 Rutiner för temperaturregistrering

8.4 Rutin för temperaturkontroll

9. Processområde God och säker hälso- och sjukvård

Tydlig ansvarsfördelning samt riktlinjer för en säker hälso-och sjukvård ligger till grund för verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Den enskilde kunden ska få sina individuella vårdbehov tillgodosedda och verksamheten arbetar för att förebygga ohälsa genom

regelbundna riskbedömningar på individnivå.

9.1 Ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården i verksamheten

9.4 Läkemedelshantering

9.5 Delegering

9.6 Medicintekniska produkter

9.7 Rutin för palliativ vård

9.8 Rutin för dödsfall

9.9 Hygien

9.14 Tandvård

9.16 Nutrition

9.18 Trycksår

9.20 Bedömning av självmordsrisk

10. Processområde Metoder och arbetssätt

Allt arbete i Attendo syftar till att skapa ett värde för kunden utifrån de bärande principerna i LSS.

På Attendo Solbacken strävar vi efter att arbeta med tydliggörande pedagogik.

Det finns en metodmanual/ beskrivning av hur verksamheten arbetar. (Om vi gör en egen beskrivning ska det i beskrivningen framgå hur vi arbetar, på vilken teoretisk grund och hur vi praktiskt genomför våra insatser)

Metoder och arbetssätt ska utvärderas på både verksamhets- och individnivå.

All personal får tillgång till utbildning och metodhandledning i det valda

arbetsättet/metoden och de instrument som hör till.

10.1 Rutin för arbetsprocessen i evidensbaserad praktik

10.2 Val av arbetsätt och metod

10.3 Innehåll i metodmanual

10.4 Implementering av arbetsätt och metod

Flik 6 Riskanalyser

På Attendo Solbacken arbetar vi systematiskt med riskanalyser för identifiering och bedömning av en risk. Vi gör riskanalys för att upptäcka risker som kan leda till att en kund skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som eliminerar risker. Riskanalyserna innebär att sannolikheten för att en händelse ska inträffa uppskattas samt att en bedömning görs av

vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. En åtgärdsplan med uppföljning tas fram.

Under denna flik förvaras:

Riskanalys som utförts i verksamheten ur ett kvalitetsperspektiv

Flik 7 Egenkontroll och lokal kontroll/verifiering

Under denna flik förvaras:

- 1. Resultat av egenkontroll*

2. *Utförd lokal kontroll/verifiering. Se mall för lokal kontroll/verifiering*

Flik 8 Händelser och avvikelser

Under denna flik förvaras:

- 1. Sammanställning av händelser/avvikelser för varje kvartal*

Flik 9 Dokumentation

Under denna flik förvaras:

1. *Kvalitetsberättelse.*