



Handläggare
Erik Vallström & Åsa Ahlsved
Omsorg och välfärdssektorn
Utvecklingsavdelningen

Diarienummer
2016VON/01188

Bilaga: 1

Sammanställning av resultat för deluppföljningar inom gruppbostad LSS

I samband med deluppföljningarna återkopplades en delrapport till aktuella verksamheter. Inom dessa delrapporter fanns beskrivningar i form av sammanfattning, syfte, bakgrund, metod och material. Då dessa beskrivningar är likartade för alla delrapporter och finns beskrivna i den övergripande rapporten har dessa inte inkluderats i denna bilaga. Denna sammanställning syftar till att synliggöra resultatet mer specifikt för de olika deluppföljningarna som har genomförts.

Innehållsförteckning

Deluppföljning för gruppbofastad LSS – Rödhakevägen 2 & 4 samt Skänkelvägen 5	4
Information om verksamheten	4
Omorganisation	4
Individuella aktiviteter	4
Ledighet, rekreation och miljöombyte	4
Handläggning och uppdrag	5
Personal och kompetens	5
Verksamhetsansvarig	5
Bemanning	5
Ledningssystem och kvalitetsarbete	6
Kvalitetsarbete	6
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	6
Avvikelser och synpunkter	7
Brukarundersökning	7
Social dokumentation	8
Genomförandeplan	8
Följa upp insatser	9
Struktur	9
Journal	9
Mat och matlådor	10
Framkommit i övrigt	10
Deluppföljning för gruppbofastad LSS, Ösby Skolväg 1 & Ösby Skolväg 3	11
Information om verksamheten	11
Omorganisation	11
Individuella aktiviteter	11
Ledighet, rekreation och miljöombyte	11
Handläggning och uppdrag	12
Personal och kompetens	12
Verksamhetsansvarig	12
Utbildning	12
Bemanning	12
Ledningssystem och kvalitetsarbete	13
Kvalitetsarbete	13
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	13
Avvikelser och synpunkter	14
Brukarundersökning	14
Social dokumentation	15
Genomförandeplan	15
Följa upp insatser	16
Struktur	16

Journal	16
Mat och måltider	17
Framkommit i övrigt	17
Deluppföljning för gruppbofastad LSS, Värmdö och Hemmesta gruppbofastad samt Hemmesta servicebofastad	18
Information om verksamheten	18
Omorganisation	18
Individuella aktiviteter	18
Ledighet, rekreation och miljöombyte	19
Handläggning och uppdrag	19
Personal och kompetens	19
Verksamhetsansvarig	19
Utbildning och handledning	19
Bemanning	20
Ledningssystem och kvalitetsarbete	21
Kvalitetsarbete	21
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	21
Avvikelser och synpunkter	21
Brakarundersökning	21
Social dokumentation	23
Genomförandeplan	24
Följa upp insatser	24
Struktur	25
Journal	25
Mat och måltider	25
Framkommit i övrigt	25
Deluppföljning för gruppbofastad LSS – Mörtnäs gruppbofastad	27
Information om verksamheten	27
Individuella aktiviteter	27
Ledighet, rekreation och miljöombyte	27
Personal och kompetens	27
Verksamhetsansvarig	28
Bemanning	28
Ledningssystem och kvalitetsarbete	28
Kvalitetsarbete	28
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	28
Avvikelser och synpunkter	29
Social dokumentation	29
Mat och matlådor	29
Framkommit i övrigt	29

Deluppföljning för gruppboestad LSS – Rödhakevägen 2 & 4 samt Skänkelvägen 5

Information om verksamheten

Enhetschef:	Lotta Jungstedt
Gruppchef:	Tomas Jablonski
Antal platser:	Skänkelvägen 5 har fem platser för gruppboestad och en plats för serviceboestad. Rödhakevägen 2 och 4 har båda 5 gruppboestadplatser.

Gruppboestäderna på Rödhakevägen 2, Rödhakevägen 4 och Skänkelvägen 5 drivs i kommunal regi och är organiserade under Vård och omsorgsavdelningen. Organisationen för boenden enligt LSS består av en övergripande enhetschef samt fyra gruppchefer. Gruppcheferna har ansvar för 2 alternativt 3 verksamheter.

Omorganisation

Vid årsskiftet 2014/2015 genomfördes en omorganisation för de kommunala gruppboestäderna. Tidigare organiserades boendena med en arbetslagsledare på vardera gruppboende och två övergripande ansvariga chefer. Nuvarande organisation med gruppchefer och enhetschefer genomfördes för att få ansvariga chefer närmare den dagliga verksamheten. Gruppcheferna har budget, personal och kvalitetsansvar för sina verksamheter. Nuvarande gruppchef Tomas Jablonski tillträdde under våren 2016.

Individuella aktiviteter.

I interjuver beskrivs att enskilda individuella aktiviteter sker med de enskilda på gruppboestaden. I det interna avtalet mellan myndighet och utförare anges en individuell aktivitet i veckan som ett riktmärke vilket uppfylls generellt. Möjligheten för individuella aktiviteter beskrivs dock olika för de olika gruppboestäderna där ett boende beskriver att fler aktiviteter sker. På detta boende beskrivs också en större flexibilitet i schemaläggning så att verksamheten kan anpassa aktiviteterna till de enskildas önskemål. Ett boende beskriver att en individuell aktivitet per vecka är på gränsen för vad de klarar av. I samtal med enhetschef beskrivs att verksamheterna klarar av en individuell aktivitet per vecka men de skulle inte klara av detta om alla aktiviteter skulle bestå av aktiviteter som genomförs långt ifrån gruppboestaden, som exempel ges aktiviteter i Stockholm. En gruppboestad använder sig av ”egentid” med stödperson. Detta sker en gång varannan vecka.

Ledighet, rekreation och miljöombyte

De enskildes behov av ledighet, rekreation och miljöombyte tillgodoses främst genom dagsutflykter, till exempel dagskryssningar. Möjlighet till längre miljöombyten som inkluderar övernattnings mer än en natt beskrivs inte kunna tillgodoses i dagsläget. Utflykter med en övernattnings har genomförts för vissa brukare. Gällande enskildes

möjlighet till ledighet, rekreation och miljöombyte påvisar verksamheten att behovet bör ställas i relation till de enskildas behov av en fast struktur.

Handläggning och uppdrag

Tidigare har det funnits problem med avsaknad av uppdrag och uppdrag som inte konkret beskriver vilket stöd den enskilde ska erhålla. Biståndsavdelningen har påbörjat ett arbete under 2016 med att alla brukare på gruppboendena ska ha tydliga uppdrag. Individuppföljning från myndighet, utifrån de konkretiserande uppdragen kommer ske nästkommande år av LSS-handläggare.

Personal och kompetens

Verksamhetsansvarig

Ansvarig för verksamheten är Tomas Jablonski. Tomas har masterexamen i nordiska språk och statsvetenskap samt 2 år på juristutbildning. Han går genomfört ett flertal chefsutbildningar. Erfarenhet som verksamhetschef inom LSS och uppdragsansvarig inom personlig assistans.

Utbildning och handledning.

Av totalt 25 anställda i verksamheten har 13 personer undersköterskeutbildning. 11 personer har deltagit i kurser inom området-LSS och en person är utan utbildning. Medelvärdet för arbetslängd är 10,6 år men varierar mellan de olika gruppboenden där Skänkelvägen 5 är den plats där personal arbetat längst. Medelvärdet för arbetslängd är här 18 år.

Under intervjuerna har framkommit att handledning efterfrågats men inte erhållits. Vidare har framkommit att personalen efterfrågar kompetensutveckling utan att det blivit tillgodosett. Det har då berört både ”generell” kompetensutveckling samt utbildning direkt kopplat till brukares behov. I intervjuer framkom en diskrepans mellan personal och ledning kring om kompetensutveckling sker på arbetstid eller fritid. Kompetensutveckling tillgodoses främst genom kurser och föreläsningar som anordnas av Carpe¹. Centrala utbildningar har genomförts under 2016. Till exempel har all personal deltagit i en heldagsutbildning i lågeffektivt bemötande.

Bemanning

Tabellen nedan visar en generell bemanning. Det finns variation från dag till dag och mellan veckor. På fredagar tidigareläggs personalens arbetsstart då brukarnas dagverksamhet vanligtvis är kortare dessa dagar.

Verksamhet	Skänkelvägen 5	Rödhakevägen 2	Rödhakevägen 4
Snitt vårdnivå	3,0	4,0	3,0
Antal brukare	6	5	5

¹ En kommungemensam organisation för verksamhets- och yrkesutveckling inom stöd och service till personer med funktionsnedsättning i Stockholms län.

Bemanning vardag	06:30-14:00 12:00-20:30 12:00-22:00 14:00-22:00 Sovande jour	06:30-12:00 07:00-13:00 13:00-22:00 14:00-22:00 15:00-22:00 Sovande jour	06:30-10:00 14:30-21:00 14:30-22:00 Sovande jour
Bemanning helg	08:00-12:00 10:00-18:00 12:00-21:00 12:00-23:00 Sovande jour	07:30-13:00 08:00-16:00 13:00-21:00 13:00-21:00 13:00-21:00 Sovande jour	08:00-13:00 10:00-20:00 13:00-22:00 Sovande jour

Vid jämförelse av bemanningen och de vårdnivåer brukarna har på gruppboenden bedöms bemanningen lägre än den bör. Detta med utgångspunkt från de definitioner som anges i underlaget för vårdnivåmätningen. Till exempel innebär vårdnivå 5 enligt definition att personen är i behov av ständigt stöd av minst en personal, där personalens insatser är ansenliga och/eller består av ett omfattande motivationsarbete. Vid jämförelsen har detta vid uppföljningen tolkats som att brukaren alltid har en personal vid sin sida

I intervjuerna framkommer inga direkta synpunkter gällande bemanningen på två av gruppboendena. För en gruppboende beskrivs att nuvarande bemanning delvis begränsar möjligheten att genomföra enskilda aktiviteter med brukare vilket det finns behov av. Utifrån intervjuer beskrivs generellt att en ökad bemanning skulle innebära större möjligheter för enskilda individuella aktiviteter med de enskilda.

Ledningssystem och kvalitetsarbete

Kvalitetsarbete

Kvalitetsarbetet kring de enskilda beskrivs utgå ifrån möten på gruppboenden som sker varannan vecka. På mötena sker en gemensam planering för kommande veckor och uppföljning av de veckor som varit.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Kontroll av ledningssystem har skett på en gruppboende. I dagsläget saknas ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet. I verksamheten finns arbetsbeskrivningar utifrån vad som ska göras under varje pass, beskrivning över stödpersonuppdraget samt övergripande rutiner gällande avvikelshantering och lex Sarah. Det saknas processer, aktiviteter och rutiner i verksamheten utifrån den struktur som anges i SOSFS 2011:5.

Centralt har Vård- och omsorgsavdelningen påbörjat ett arbete med att skapa ett ledningssystem som i så hög grad som möjligt ska vara gemensamt för alla verksamheter. Egenkontroller har också skett centralt genom granskning av

socialdokumentation och sammanställning av avvikelser. En brukarundersökning är också genomförd under året. Ingen egenkontroll har skett på verksamhetsnivå, detta gäller även riskanalyser.

Avvikelser och synpunkter

Totalt för de tre verksamheterna har 15 stycken avvikelser enligt LSS rapporterats under året, en gruppbostad hade endast 1 av dessa. I kontroll av avvikelser har synliggjorts att alla avvikelser inte har blivit utredda. Verksamheterna har inga registrerade synpunkter under året. Det saknas rutiner för synpunktshantering. Rutinerna för lex Sarah behöver uppdateras för att vara i linje med den övergripande lex Sarah rutinen inom Värmdö kommun. Under året har lex Sarah utredningarna genomförts av verksamhetschef. Utredningar gällande missförhållanden bör i enlighet med den övergripande Lex Sarah rutinen genomföras av en person som är så neutral och opartisk som möjligt. Att som enhetschef utreda sin egen verksamhet bedöms inte tillförlitligt. Verksamheterna bör också arbeta för att identifiera avvikelser likväl som synpunkter för på det sättet hitta områden där verksamheten kan förbättras.

Brukarundersökning

Under 2016 har en brukarundersökning genomförts av Vård- och omsorgsavdelningen i form av en enkät som gått ut till alla brukare med bostad med särskild anpassad service. Undersökningen har bestått av 10 stycken påståenden där de enskilda fått svara hur väl de instämmer. I nedanstående tabell redovisas svaren:

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Vet ej	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Min personal bryr sig om mig	9	2	2	0	0
Jag känner mig trygg med min personal	10	3	1	0	0
Jag känner att min personal hjälper mig när jag behöver det	10	2	1		00
Jag har tillsammans med personal skrivit en genomförandeplan där vi har bestämt vilken hjälp jag behöver och vad jag kan göra själv	11	2	0	0	1
Jag känner att jag får göra mina aktiviteter som vi har bestämt i genomförandeplanen	9	4	1	1	0
Jag känner att jag kan påverka mina aktiviteter	11	2	1	1	0
Jag känner att personalen låter mig göra det jag kan själv	11	2	1	1	0
Jag är nöjd med min personal och känner att de förstår mig	10	3	2	0	0

Jag känner mig trygg i mitt boende och nöjd med boendet som helhet	10	3	1	0	0
Jag känner att personalen lyssnar på mig när jag säger till om något är bra eller dåligt	11	2	1	0	0

Antal utdelade enkäter	16
Antal besvarande	15 (94%)
Frågorna har besvarats av:	
Personen själv	3
Tillsammans med närstående/företrädare/personal	10
Av närstående eller företrädare	1

Social dokumentation

Journalanteckningar förs fortlöpande och genomförandeplaner finns för brukarna på boendet. Det finns utvecklingsområden gällande den sociala dokumentationen. Dessa gäller främst de formella kraven som regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Det gäller till exempel mål med del insatser, beskrivning av enskildes delaktighet samt hur insatserna har följts upp. Positivt i dokumentationen är att den till stor del beskriver mer kvalitativa aspekter likt motiveringsarbete och hur aktiviteter ska gå till. Arbete sker idag i verksamheten med att skapa boendepärmar. I pärmarna finns information om hur boende vill ha sina insatser och vilka behov de har. Verksamheten bör i detta arbete vara uppmärksamma på att dokumentation rörande enskild ska tillhöra en sammanhållen personakt och således inte bör delas upp i flera olika pärmar.

Granskning av social dokumentation i form av genomförandeplan och journal. Totalt har dokumentationen för 9 personer granskats. Kontrollen har skett i verksamhetssystemet

Genomförandeplan

Kontrollpunkt	Antal planer som uppfyller kontrollpunkten	Kommentar
Vilket mål som gäller för insatsen enligt nämndens beslut	0 av 9	Beslutet framkommer på vissa planer. Det är oklart om nämndens mål har framkommit i beställningarna.
Vilket mål som gäller för varje aktivitet	1 av 9	
Vem hos utföraren som ansvarar för genomförande av varje aktivitet	0 av 9	

När och hur olika aktiviteter ska genomföras	9 av 9	
Hur utföraren ska samverka med nämnden, andra utförare eller andra huvudmän	0 av 9	
Om enskilde deltagit i planeringen	8 av 9	
På vilket sätt den enskilde utövat inflytande	0 av 9	
Vilka andra personer som deltagit i arbetet med att upprätta genomförandeplanen	9 av 9	Titel eller relation till brukaren för andra personer som deltagit i planeringen framkommer inte.
När planen fastställts	9 av 9	
När och hur planen ska följas upp	0 av 9	När uppföljning är planerad framkommer men inte hur uppföljningen ska ske.
Planens aktualitet	4 av 9	Aktualiteten har kontrollerats utifrån om planen upprättats eller följts upp inom ett år.

Följa upp insatser

Åtgärder som vidtas av utföraren för att följa upp att den enskilde får den beviljade insatsen utförd enligt beslutande nämndens beslut och gällande författningar ska dokumenteras. Detsamma gäller åtgärder som vidtas av utföraren för att följa upp insatsen mot fastställda mål och den planering som gjorts tillsammans med den enskilde. Hur utföraren följt upp insatsen framkommer inte i någon av de nio kontrollerade genomförandeplanerna, inte heller återfinns annan dokumentation kring hur uppföljningen har gjorts i verksamhetssystem. I vissa journalanteckningar framkommer synpunkter och vilka åtgärder som satts in i den aktuella situationen. Dock kan ingen systematik härledas.

Struktur

Användning av verksamhetsanpassade kodverk, klassifikationer, blanketter och standardiserade mallar, ICF, ICF-CY, och Socialstyrelsen termbank bör användas. Användningen av sådana verksamhetsanpassade kodverk framkommer inte i den granskade dokumentationen.

Journal

Journalen förs fortlöpande och beskriver händelser av vikt. Främst beskrivs kontakter med anhöriga och händelser som sker i vardagen till exempel utflykter och aktiviteter som genomförts.

Mat och måltider

Brukarna är delaktiga i matsedelsplaneringen och tillsammans med personalen skriver de matsedeln. Tillagning av maten sker på gruppbestaden och brukaren kan vara delaktig i det som är möjligt. Brukaren kan själv välja om de vill äta i sin lägenhet eller tillsammans vid en gemensam måltid. Personalen deltar vid måltiderna och har möjlighet att äta en måltid till subventionerat pris sk pedagogisk måltid.

Alla gruppbestäder har en egenkontroll av livsmedel men ingen av personalen kan återge när de senast fick en utbildning inom livsmedelshygien eller förnyade kunskaper inom området mat och måltider.

Personalens vet att de kan via HSL-teamet få kontakt med dietist om behov skulle uppstå.

Framkommit i övrigt

I uppföljningen har personal uppfattats vara engagerade och har ett brukar-fokus likväl som en vilja till att göra ett bra jobb och utveckla detta.

I intervjuer med personal har framkommit behovet av en mer närvarande chef.

I uppföljningen har framkommit en upplevd oklar ansvarsfördelning mellan gruppchef och enhetschef. Likväl att direktiv från ledningen inom kommunen inte upplevs matcha behoven i verksamheten.

Under intervjuer har framkommit har samverkan med daglig verksamhet behöver förtydligas. Det finns skilda uppfattningar kring när en brukare ska vara på daglig verksamhet och vilka gränsdragningar som gäller mellan gruppbestaden och daglig verksamhet.

Deluppföljning för gruppbostad LSS, Ösby Skolväg 1 & Ösby Skolväg 3

Information om verksamheten

Enhetschef: Lotta Jungstedt
Gruppchef: Valeria Garzon
Antal platser: Ösby Skolväg 1 och Ösby Skolväg 3 har vardera 5 gruppboastadsplatser.

Organisationen inom verksamheten för LSS-gruppboastäder består av en övergripande enhetschef samt tre gruppchefer. Gruppcheferna har ansvar för 2 alternativt 3 verksamheter. Gruppboastäderna på Ösby Skolväg 1 och 3 drivs i kommunal regi och är organiserade under Vård och omsorgsavdelningen.

Omorganisation

Vid årsskiftet 2014/2015 genomfördes en omorganisation för de kommunala gruppboastäderna. Tidigare organiserades boendena med en arbetslagsledare på vardera gruppboende och två övergripande ansvariga chefer. Nuvarande organisation med gruppchefer och enhetschefer genomfördes för att få ansvariga chefer närmare den dagliga verksamheten. Gruppcheferna har budget, personal och kvalitetsansvar för sina verksamheter.

Individuella aktiviteter.

I interjuver med personal har beskrivningar efterfrågats gällande individuella aktiviteter för brukaren Riktmärket enligt avtal är en individuell aktivitet per vecka. I samtal med personal framkommer att en gruppboastad har svårt att tillgodose detta behov och att det istället blir mycket gemensamma aktiviteter. I samtal med enhetschef beskrivs att generellt klarar verksamheterna av en individuell aktivitet per vecka men de skulle inte klara av detta om alla aktiviteter skulle bestå av aktiviteter som genomförs långt ifrån gruppboastaden, som exempel beskrivs aktiviteter i Stockholm.

Ledighet, rekreation och miljöombyte

De enskildes behov av ledighet, rekreation och miljöombyte tillgodoses främst genom dagsutflykter, till exempel dagskryssningar. Möjlighet till längre miljöombyten som inkluderar övernattning mer än en dag beskrivs inte kunna tillgodoses i dagsläget. Verksamheten anser att behovet av miljöombyte bör ställas i relation till de enskildas behov där en fast struktur kan vara viktigare för vissa enskilde än aktiviteter med övernattning.

Handläggning och uppdrag

Tidigare har det funnits problem med avsaknad av uppdrag och uppdrag som inte konkret beskriver vilket stöd den enskilde ska erhålla. Biståndsavdelningen har påbörjat ett arbete under 2016 med att alla brukare på gruppboendena ska ha tydliga uppdrag från myndighet. Individuppföljning från myndighet, utifrån de konkretiserande uppdragen, kommer ske nästkommande år av LSS-handläggare.

Personal och kompetens

Verksamhetsansvarig

Ansvarig för verksamheten är Valeria Garzon. Valeria har utbildning i form av sjuksköterskeutbildning samt gymnasieläroverutbildning. Valeria har tidigare 5 års erfarenhet av LSS verksamhet.

Utbildning

Av totalt 22 anställda i verksamheten har 9 stycken utbildning i form av undersköterska. Gällande övriga anställda har 4 anställda påbörjat utbildning till undersköterska. Medelvärdet för arbetslängden är 8 år.

Under intervjuerna har framkommit att det inte funnits handledning i verksamheten under lång tid trots att personalen har efterfrågat detta. Kompetensutveckling tillgodoses främst genom kurser och föreläsningar som anordnas av Carpe². Centrala utbildningar har genomförts under 2016. Till exempel har all personal deltagit i en heldagsutbildning i lågeffektivt bemötande.

Bemanning

Nedan visar en generell bemanning. Det finns variation från dag till dag och mellan veckor. På fredagar tidigareläggs personalens arbetsstart då brukarnas dagverksamhet vanligtvis är kortare dessa dagar.

Verksamhet	Ösby Skolväg 1	Ösby Skolväg 3
Snitt vårdnivå	4,6	5,0
Antal brukare	5	4
Bemanning vardag	Stora gruppen 06:00-10:00 07:00-14:00 13:00-21:00 15:00-22:00 Sovande jour	07:00-15:00 07:00-15:00 14:00-21:00 14:30-21:00 15:00-21:30 21:15-07:15
	Lilla gruppen	

² En kommungemensam organisation för verksamhets- och yrkesutveckling inom stöd och service till personer med funktionsnedsättning i Stockholms län.

	06:00 14:00-22:00 Sovande Jour	
Bemanning helg	Stora gruppen 06:00-10:00 07:00-14:00 13:00-21:00 15:00-22:00 Sovande jour Lilla gruppen 06:00 13:00-22:00 Sovande Jour	07:00-15:00 07:00-15:00 13:00-21:00 13:00-21:00 13:00-21:30 21:15-07:15

Vid jämförelse av bemanningen och de vårdnivåer brukarna har på gruppboenden bedöms bemanningen lägre än den bör. Detta med utgångspunkt från de definitioner som anges i underlaget för vårdnivåmätningen. Till exempel innebär vårdnivå 5 enligt definition att personen är i behov av ständigt stöd av minst en personal, där personalens insatser är ansenliga och/eller består av ett omfattande motivationsarbete. Vid jämförelsen har detta vid uppföljningen tolkats som att brukaren alltid har en personal vid sin sida

I intervjuerna framkom inga direkta synpunkter gällande bemanningen.

Ledningssystem och kvalitetsarbete

Kvalitetsarbete.

Kvalitetsarbetet kring de enskilda utgår ifrån personalmöten på boendet som sker varannan vecka där personal gör en gemensam planering. På mötena planeras vad som ska genomföras för de enskilda likväl som hur det har gått de veckor som varit. Inom en gruppboende planeras att utöka mötena till en gång i veckan.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Kontroll av ledningssystem har skett på en gruppboende i verksamheten. I dagsläget saknas ett fullständigt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I verksamheten finns arbetsbeskrivningar utifrån vad som ska göras under varje pass. En del rutiner finns också men behöver uppdateras. Det saknas processer, aktiviteter och rutiner i verksamheten utifrån den struktur som anges i SOSFS 2011:5.

Centralt har Vård- och omsorgsavdelningen påbörjat ett arbete med att skapa ett ledningssystem som i så hög grad som möjligt ska vara gemensamt för alla verksamheter. Egenkontroll har skett centralt genom granskning av socialdokumentation samt att en brukarundersökning har gått ut till de enskilda. Ingen egenkontroll har skett

på verksamhetsnivå, detta gäller även riskanalyser.

Avvikelser och synpunkter

Totalt för de 2 verksamheterna har 6 stycken avvikelser rapporterats enligt LSS rapporterats under året. Av dessa har tre rapporterats som missförhållande enligt lex Sarah. En av dessa har bedömts inneburi ett missförhållande. Övriga två bedömdes inte inneburi ett missförhållande eller allvarligt missförhållande. Inga synpunkter är registrerade under året.

Rutinerna för lex Sarah behöver uppdateras för att vara i linje med den övergripande lex Sarah rutinen inom Värmdö kommun. Under året har lex Sarah utredningarna genomförts av enhetschef. Utredningar gällande missförhållanden bör i enlighet med den övergripande Lex Sarah rutinen genomföras av en person som är så neutral och opartisk som möjligt. Att som enhetschef utreda sin egen verksamhet bedöms inte tillförlitligt. Verksamheterna bör också arbeta för att identifiera avvikelser likväl som synpunkter för på det sättet hitta områden där verksamheten kan förbättras.

Brukarundersökning

Under 2016 har en brukarundersökning genomförts av Vård- och omsorgsavdelningen i form av en enkät som gått ut till alla boende med bostad med särskild anpassad service. Undersökningen har bestått av 10 stycken påståenden där de enskilda fått svara hur väl de instämmer. I nedanstående tabell redovisas svaren:

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Vet ej	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Min personal bryr sig om mig	5	0	0	1	0
Jag känner mig trygg med min personal	4	2	0	0	0
Jag känner att min personal hjälper mig när jag behöver det	6	0	0	0	0
Jag har tillsammans med personal skrivit en genomförandeplan där vi har bestämt vilken hjälp jag behöver och vad jag kan göra själv	4	1	0	0	0
Jag känner att jag får göra mina aktiviteter som vi har bestämt i genomförandeplanen	3	3	0	0	0
Jag känner att jag kan påverka mina aktiviteter	2	0	4	0	0
Jag känner att personalen låter mig göra det jag kan själv	4	0	1	0	1
Jag är nöjd med min personal och känner att de förstår mig	4	1	0	0	0

Jag känner mig trygg i mitt boende och nöjd med boendet som helhet	5	0	0	0	0
Jag känner att personalen lyssnar på mig när jag säger till om något är bra eller dåligt	5	0	0	1	0

Antal utdelade enkäter	10
Antal besvarande	6 (60 %)
Frågorna har besvarats av:	
Personen själv	0
Tillsammans med närstående/företrädare/personal	0
Av närstående eller företrädare	5

Social dokumentation

Journalanteckningar förs fortlöpande och genomförandeplaner finns för brukarna på boendet. Det finns utvecklingsområden gällande den sociala dokumentationen. Dessa gäller främst de formella kraven som regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Det gäller till exempel hur insatserna följs upp och beskrivningar av enskildes delaktighet. Positivt i dokumentationen är att delar av dokumentationen beskriver hur motiveringsarbete och aktiviteter ska gå till. Arbete sker idag i verksamheten med att skapa boendepärmar. I pärmarna finns information om hur boende vill ha sina insatser och vilka behov de har. Verksamheten bör i detta arbete vara uppmärksamma på att dokumentation rörande enskild ska tillhöra en sammanhållen personakt och således inte bör delas upp i flera olika pärmar.

Granskning av social dokumentation vid Ösby Skolväg 1 och Ösby Skolväg 3. Kontroll har skett av genomförandeplan och journal för 6 personer i verksamhetssystemet.

Genomförandeplan

Kontrollpunkt	Antal planer som uppfyller kontrollpunkten	Kommentar
Vilket mål som gäller för insatsen enligt nämndens beslut	0 av 6	Det är oklart om mål för beslut framkommit i beställning.
Vilket mål som gäller för varje aktivitet	6 av 6	
Vem hos utföraren som ansvarar för genomförande av varje aktivitet	0 av 6	

När och hur olika aktiviteter ska genomföras	5 av 6	
Hur utföraren ska samverka med nämnden, andra utförare eller andra huvudmän	0 av 6	
Om enskilde deltagit i planeringen	0 av 6	Om den enskilde inte kan delta bör en beskrivning varför framgå.
På vilket sätt den enskilde utövat inflytande	0 av 6	
Vilka andra personer som deltagit i arbetet med att upprätta genomförandeplanen	4 av 6	
När planen fastställts	6 av 6	
När och hur planen ska följas upp	0 av 6	
Planens aktualitet	6 av 6	

Följa upp insatser

Åtgärder som vidtas av utföraren för att följa upp att den enskilde får den beviljade insatsen utförd enligt beslutande nämndens beslut och gällande författningar ska dokumenteras. Detsamma gäller åtgärder som vidtas av utföraren för att följa upp insatsen mot fastställda mål och den planering som gjorts tillsammans med den enskilde. Hur utföraren följt upp insatsen framkommer inte i någon av de kontrollerade genomförandeplanerna, inte heller återfinns annan dokumentation i verksamhetssystemet kring hur uppföljningen har gjorts. I vissa journalanteckningar framkommer synpunkter och vilka åtgärder som satts in i den aktuella situationen. Dock kan ingen systematik härledas.

Struktur

Användning av verksamhetsanpassade kodverk, klassifikationer, blanketter och standardiserade mallar, ICF, ICF-CY, och Socialstyrelsen termbank bör användas. Användningen av sådana verksamhetsanpassade kodverk framkommer inte i den granskade dokumentationen.

Journal

Journalen förs fortlöpande och beskriver händelser av vikt. Främst beskrivs kontakter med anhöriga och händelser som sker i vardagen till exempel utflykter och aktiviteter som genomförts.

Mat och måltider

Brukarna är delaktiga i matsedelplaneringen och tillsammans med personalen skriver de matsedeln. Tillagning av maten sker på gruppboendena och brukaren kan vara delaktig i det som är möjligt. Brukaren äter vanligtvis tillsammans vid en gemensam måltid, men det finns möjlighet att tillaga mat och äta i sin lägenhet. Personalen deltar vid måltiderna och kan äta en måltid till subventionerat pris sk pedagogisk måltid.

Alla gruppboenden har en egenkontroll av livsmedel men ingen av personalen kan återge när de senast fick en utbildning inom livsmedelshygien eller förnyade kunskaper inom området mat och måltider.

Personalen vet att de kan få kontakt med dietist och logoped om behov skulle uppstå.

Framkommit i övrigt

Personal i verksamheten har uppfattats vara engagerade och har ett brukar-fokus likväl som en vilja till att göra ett bra jobb och utveckla detta.

Intervjuer med personal har framkommit behovet av en mer närvarande chef.

Uppgifter som framkommit som verksamheten bör ta till sig är att det i uppföljningen har framkommit en oklar ansvarsfördelning mellan gruppchef och enhetschef. Likväl som direktiv från ledningen i kommunen inte upplevs matcha behoven i verksamheten.

Under intervjuer har framkommit har samverkan med daglig verksamhet behöver förtydligas. Det finns skilda uppfattningar kring när en brukare ska vara på daglig verksamhet och vilka gränsdragningar som gäller mellan gruppboendena och daglig verksamhet.

Deluppföljning för gruppboestad LSS, Värmdö och Hemmesta gruppboestad samt Hemmesta serviceboestad

Information om verksamheten

Enhetschef:	Lotta Jungstedt
Tf gruppchef:	Ingrid Djärv
Antal platser:	Hemmesta och Värmdö gruppboestad har 5 platser vardera. Värmdö serviceboestad har 8 lägenheter kopplade till sig.

Organisationen inom verksamheten för LSS-gruppboestäder består av en övergripande enhetschef samt tre gruppchefer. Gruppcheferna har ansvar för 2 alternativt 3 verksamheter. Hemmesta gruppboestad, Värmdö gruppboestad samt Hemmesta serviceboestad drivs i kommunal regi av Vård och omsorgsavdelningen inom Omsorgs- och välfärdssektorn. Tiden för uppföljningen är gruppchefen för korttidstillsyn av barn och unga även tillförordnad gruppchef för Hemmesta och Värmdö gruppboestad samt Hemmesta serviceboestad.

Omorganisation

Vid årsskiftet 2014/2015 genomfördes en omorganisation för de kommunala gruppboestäderna. Tidigare organiserades boendena med en arbetslagsledare på vardera gruppboende och två övergripande ansvariga chefer. Nuvarande organisation med gruppchefer och enhetschefer genomfördes för att få ansvariga chefer närmare den dagliga verksamheten. Gruppcheferna har budget, personal och kvalitetsansvar för sina verksamheter.

Individuella aktiviteter

I interjuver beskrivs att enskilda individuella aktiviteter sker med de enskilda på gruppboestäderna. I det interna avtalet mellan myndighet och utförare anges en individuell aktivitet i veckan som ett riktmärke. Detta beskrivs uppfyllas på gruppboestäderna. På en gruppboestad beskrivs att på vardagarna genomförs en aktivitet per dag t ex promenad eller att handla. Svårigheter som framkommit med att uppfylla de individuella behoven, beskrivs vara när det är två personal istället för tre personal på helgerna. I samtal med enhetschef beskrivs att verksamheterna som helhet klarar av en individuell aktivitet per vecka men att de skulle inte klara av detta om alla aktiviteter skulle bestå av aktiviteter som genomförs långt ifrån gruppboestaden, som exempel ges aktiviteter i Stockholm.

Vid serviceboestaden erbjuds de boende någon form av gemensam aktivitet per dag. Varje enskild har också "egentid" med personal en dag i veckan. Tiden för denna kan variera från boende till boende men också utifrån vilka behov som finns.

Alla tre enheter har ett samarbete kring aktiviteter och genomför många gemensamma aktiviteter tillsammans.

Ledighet, rekreation och miljöombyte

De enskildes behov, gällande de som bor i gruppbofastad, av ledighet, rekreation och miljöombyte tillgodoses främst genom dagsutflykter, till exempel dagskryssningar. Möjlighet till längre miljöombyten som inkluderar övernattning fler än en natt beskrivs inte kunna tillgodoses i dagsläget. Verksamheten anser att behovet av miljöombyte bör ställas i relation till de enskildas behov där en fast struktur kan vara viktigare för vissa enskilde än aktiviteter med övernattning.

Hemmesta servicebofastad omfattas av samma avtal som gruppbofastad gällande ovan nämnda avtalspunkt. Servicebofastaden har inte samma möjlighet att uppfylla kravet då bemanningen är lägre än på gruppbofastad och diskussion bör föras vilket typ av krav som gäller för servicebofastad gällande ledighet, rekreation och miljöombyte.

Handläggning och uppdrag

Tidigare har det funnits problem med avsaknad av uppdrag och uppdrag som inte konkret beskriver vilket stöd den enskilde ska erhålla. Biståndsavdelningen påbörjat ett arbete under 2016 med att alla brukare på gruppbofastaderna ska ha tydliga uppdrag från myndighet. Individuppföljning från myndighet, utifrån de konkretiserande uppdragen, kommer ske nästkommande år av LSS-handläggare.

Personal och kompetens

Verksamhetsansvarig

Ansvarig för verksamheten Ingrid Djärv har högskoleutbildning i form av sociala omsorgslinjen med inriktning mot socialpedagogik. Utöver detta har Ingrid flertalet fristående högskolekurser ibland annat i form av organisation och ledarskap och värdegrund. Ingrid har 10 års erfarenhet av LSS verksamhet.

Utbildning och handledning

Av totalt 14 anställda i verksamheten har 7 stycken relevant examen till exempel undersköterska. En anställd har kurser inom området och 5 personer är utan relevant utbildning. Medelvärde för arbetslängd är 19 år på en gruppbofastad, 7 år på det andra och 2,5 år på servicebofastaden.

Under intervjuerna har framkommit från en verksamhet att handledning efterfrågats men inte erhållits. Vidare har framkommit att personalen efterfrågat kompetensutveckling utan att det blivit tillgodosett. Det har då berört både ”generell” kompetensutveckling samt utbildning direkt kopplat till brukares behov. Beskrivningen av behov av utbildning och handledning har dock sett annorlunda ut mellan de olika verksamheterna.

Kompetensutveckling tillgodoses främst genom kurser och föreläsningar som anordnas

av Carpe³. Centrala utbildningar har genomförts under 2016. Till exempel har all personal deltagit i en heldagsutbildning i lågeffektivt bemötande.

Bemanning

Nedan visar en generell bemanning. Det finns variation från dag till dag och mellan veckor. På fredagar tidigareläggs personalens arbetsstart då boendes dagverksamhet vanligtvis är kortare dessa dagar.

Verksamhet	Hemmesta gruppbostad	Värmdö gruppbostad	Hemmesta servicebostad
Snitt vårdnivå	3,4	3,4	1,5
Antal brukare	5	5	8
Bemanning vardag	06:00-12:30 15:00-22:00 15:00-22:00 Sovande jour	06:00-11:00 14:00-21:00 15:00-22:00 Sovande jour	14:45-21:00 Övrig tid telefon
Bemanning helg	07:00-14:00 11:00-17:00 12:00-23:00 13:00-23:00 Sovande jour	07:00-11:00 10:00-22:00 13:00-23:00 Sovande jour	12:45-21:00 Övrig tid telefon

Hemmesta servicebostad har inte bemanning dygnet runt. Övrig tid finns personal tillgänglig genom telefon. Vid akuta behov kan personal från Hemmesta gruppbostad erbjuda hjälp till de boende på servicebostaden. Det är också personalen från Hemmesta gruppbostad som sköter telefonkontakten under natt och morgon för boende inom servicebostaden. En vardag i veckan är det två personal som arbetar på servicebostaden.

Vid jämförelse av bemanningen och de vårdnivåer brukarna har på gruppboستaden bedöms bemanningen lägre än den bör. Detta med utgångspunkt från de definitioner som anges i underlaget för vårdnivåmätningen. Till exempel innebär vårdnivå 5 enligt definition att personen är i behov av ständigt stöd av minst en personal, där personalens insatser är ansenliga och/eller består av ett omfattande motivationsarbete. Vid jämförelsen har detta vid uppföljningen tolkats som att brukaren alltid har en personal vid sin sida

I intervjuerna i uppföljningen har framkommit en oro att bemanningen på servicebostaden inte räcker för att täcka de enskildas behov, detta gäller då framförallt på morgonen då vissa boende skulle behöva fysiskt stöd.

³ En kommungemensam organisation för verksamhets- och yrkesutveckling inom stöd och service till personer med funktionsnedsättning i Stockholms län.

Ledningssystem och kvalitetsarbete

Kvalitetsarbete.

Kvalitetsarbetet kring brukarna beskrivs utgå ifrån möten på boendet som sker varannan vecka. På mötet planerar personalen tillsammans för kommande veckor samt följer upp veckorna som varit. På servicebostaden sker en gemensam planering bland personalen en gång i veckan. Generellt genomförs också ett brukarmöte per vecka där personal planerar kommande vecka tillsammans med de boende.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Kontroll av ledningssystem har skett på en av gruppboendena. I dagsläget saknas ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet. I verksamheten finns arbetsbeskrivningar utifrån vad som ska göras under varje pass. Aktuella rutiner finns också för många områden som berör vården, men den övergripande strukturen saknas.

Centralt har Vård- och omsorgsavdelningen påbörjat ett arbete med att skapa ett ledningssystem som i så hög grad som möjligt ska vara gemensamt för alla verksamheter. Egenkontroll har skett centralt genom granskning av socialdokumentation samt att en brukarundersökning har gått ut till de enskilda. Ingen egenkontroll har skett på verksamhetsnivå, detta gäller även riskanalyser.

Avvikelse och synpunkter

Totalt har det registrerats 4 avvikelser utifrån LSS i verksamheterna, varav 3 registrerats i en verksamhet. Den fjärde har rapporterats enligt lex Sarah och denna är under utredning. Vid kontroll av avvikelserna har synliggjorts att alla inte blivit utredda. Verksamheterna har inga registrerade synpunkter.

Rutinerna för lex Sarah behöver uppdateras för att vara i linje med den övergripande lex Sarah rutinen inom Värmdö kommun. Under året har lex Sarah utredningarna genomförts av enhetschef. Utredningar gällande missförhållanden bör i enlighet med den övergripande Lex Sarah rutinen genomföras av en person som är så neutral och opartisk som möjligt. Att som enhetschef utreda sin egen verksamhet bedöms inte tillförlitligt. Verksamheterna bör också arbeta för att identifiera avvikelser likväl som synpunkter för på det sättet hitta områden där verksamheten kan förbättras.

Brukarundersökning

Under 2016 har en brukarundersökning genomförts av Vård- och omsorgsavdelningen i form av en enkät som gått ut till alla boende med bostad med särskild anpassad service. Undersökningen har bestått av 10 stycken påståenden där de enskilda fått svara hur väl de instämmer. I nedanstående tabeller redovisas svaren:

Hemmesta och Värmdö gruppbostad

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Vet ej	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Min personal bryr sig om mig	5	1	0	0	0
Jag känner mig trygg med min personal	6	1	0	0	0
Jag känner att min personal hjälper mig när jag behöver det	5	1	0	0	1
Jag har tillsammans med personal skrivit en genomförandeplan där vi har bestämt vilken hjälp jag behöver och vad jag kan göra själv	5	1	0	0	1
Jag känner att jag får göra mina aktiviteter som vi har bestämt i genomförandeplanen	4	1	1	0	1
Jag känner att jag kan påverka mina aktiviteter	5	2	0	0	0
Jag känner att personalen låter mig göra det jag kan själv	5	2	0	0	0
Jag är nöjd med min personal och känner att de förstår mig	4	1	1	0	1
Jag känner mig trygg i mitt boende och nöjd med boendet som helhet	5	2	0	0	0
Jag känner att personalen lyssnar på mig när jag säger till om något är bra eller dåligt	5	1	0	0	1

Antal utdelade enkäter	9
Antal besvarande	7 (78 %)
Frågorna har besvarats av:	
Personen själv	1
Tillsammans med närstående/företrädare/personal	5
Av närstående eller företrädare	1

Hemmesta servicebostad

	Stämmer mycket bra	Stämmer ganska bra	Vet ej	Stämmer ganska dåligt	Stämmer mycket dåligt
Min personal bryr sig om mig	4	4	0	0	0
Jag känner mig trygg med min personal	4	4	0	0	0

Jag känner att min personal hjälper mig när jag behöver det	5	2	0	1	
Jag har tillsammans med personal skrivit en genomförandeplan där vi har bestämt vilken hjälp jag behöver och vad jag kan göra själv	5	0	2	1	0
Jag känner att jag får göra mina aktiviteter som vi har bestämt i genomförandeplanen	5	2	1	0	0
Jag känner att jag kan påverka mina aktiviteter	5	2	0	0	0
Jag känner att personalen låter mig göra det jag kan själv	7	1	0	0	0
Jag är nöjd med min personal och känner att de förstår mig	6	2	0	0	0
Jag känner mig trygg i mitt boende och nöjd med boendet som helhet	5	3	0	0	0
Jag känner att personalen lyssnar på mig när jag säger till om något är bra eller dåligt	3	3	1	1	0

Antal utdelade enkäter	9
Antal besvarande	8 (89 %)
Frågorna har besvarats av:	
Personen själv	6
Tillsammans med närstående/företrädare/personal	2
Av närstående eller företrädare	0

Social dokumentation

Genomförandeplaner finns för brukarna på boendena. Journalen förs fortlöpande i två av tre verksamheter. På en verksamhet bör journalanteckningar föras i högre grad. Det finns utvecklingsområden gällande den sociala dokumentationen. Dessa gäller främst de formella kraven som regleras i socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Det gäller till exempel beskrivning av enskildes delaktighet och hur insatserna följs upp. Arbete sker idag i verksamheten med att skapa boendepärmar. I pärmarna finns information om hur boende vill ha sina insatser och vilka behov de har. Verksamheten bör i detta arbete vara uppmärksamma på att dokumentation rörande enskild ska tillhöra en sammanhållen personakt och således inte bör delas upp i flera olika pärmar.

Granskning av social dokumentation i form av genomförandeplan och journal. Totalt har

dokumentationen för 9 personer granskats i verksamhetssystemet

Genomförandeplan

Kontrollpunkt	Antal planer som uppfyller kontrollpunkten	Kommentar
Vilket mål som gäller för insatsen enligt nämndens beslut	0 av 9	Oklart om övergripande mål getts i beställning
Vilket mål som gäller för varje aktivitet	6 av 9	Mål saknas i dokumentationen vid servicebostaden
Vem hos utföraren som ansvarar för genomförande av varje aktivitet	0 av 9	
När och hur olika aktiviteter ska genomföras	5 av 9	Av de som inte uppfyller kontrollpunkten finns viss beskrivning om hur aktiviteten ska genomföras men ej bedömts tillräcklig
Hur utföraren ska samverka med nämnden, andra utförare eller andra huvudmän	0 av 9	
Om enskilde deltagit i planeringen	7 av 9	
På vilket sätt den enskilde utövat inflytande	0 av 9	Beskrivs att enskilde deltagit i planering men inget om hur detta har skett
Vilka andra personer som deltagit i arbetet med att upprätta genomförandeplanen	5 av 9	Det står vilka andra som deltagit men ingen beskrivning över vilka de personerna är
När planen fastställts	9 av 9	
När och hur planen ska följas upp	0 av 9	Vissa planer finns tid för uppföljningen med. Inga beskriver hur uppföljningen ska gå till.
Planens aktualitet	9 av 9	

Följa upp insatser

Åtgärder som vidtas av utföraren för att följa upp att den enskilde får den beviljade insatsen utförd enligt beslutande nämndens beslut och gällande författningar ska dokumenteras. Detsamma gäller åtgärder som vidtas av utföraren för att följa upp insatsen mot fastställda mål och den planering som gjorts tillsammans med den enskilde.



Hur utföraren följt upp insatsen framkommer inte i någon av de nio kontrollerade genomförandeplanerna, inte heller återfinns annan dokumentation kring hur uppföljningen har gjorts i verksamhetssystemet. I vissa journalanteckningar framkommer synpunkter och vilka åtgärder som satts in i den aktuella situationen. Dock kan ingen systematik härledas.

Struktur

Användning av verksamhetsanpassade kodverk, klassifikationer, blanketter och standardiserade mallar, ICF, ICF-CY, och Socialstyrelsen termbank bör användas. Användningen av sådana verksamhetsanpassade kodverk framkommer inte i den granskade dokumentationen.

Journal

I två verksamheter förs journal fortlöpande och beskriver händelser av vikt. Främst beskrivs kontakter med anhöriga och händelser som sker i vardagen till exempel utflykter och aktiviteter som genomförts. I en verksamhet saknas fortlöpande journalföring.

Mat och måltider

På en gruppbostad tillagar brukaren, med hjälp av personal, sina måltider i sin lägenhet. Måltiden kan ätas i gemensamma lokaler eller i brukarens lägenhet. Brukaren planerar inköp och handlar själv med stöd av personalen. På helgen är det vanligt att brukarna tillsammans tillagar mat och äter en gemensam måltid. Personalen äter sin egen medtagna mat.

På den andra gruppboستaden är brukarna delaktiga i matsedelsplaneringen och tillsammans med personalen skriver de matsedeln. Tillagning av maten sker på gruppboستaden och brukaren kan vara delaktig i det som är möjligt. Brukaren kan själv välja om de vill äta i sin lägenhet eller tillsammans vid en gemensam måltid. Personalen deltar vid måltiderna och har möjlighet att äta en måltid till subventionerat pris sk pedagogisk måltid.

På serviceboستaden erbjuds en gemensam fika på vardagkvällar. I övrigt sköter den boende själv sin mathållning vilket kan ske med stöd av personal. Personalen inom serviceboستad har under helgerna hållit i matlagningskurser för boende.

Alla gruppboستäder har en egenkontroll av livsmedel men ingen av personalen kan återge när de senast fick en utbildning inom livsmedelshygien eller förnyade kunskaper inom området mat och måltider.

Framkommit i övrigt

Personal i verksamheten har uppfattats vara engagerade och har ett brukar-fokus likväl som en vilja till att göra ett bra jobb och utveckla detta.

Intervjuer med personal har framkommit behovet av en mer närvarande chef.

Deluppföljning för gruppboestad LSS – Mörtnäs gruppboestad

Information om verksamheten

Gruppboendet vid Mörtnäs drivs av på entreprenad av Attendo LSS AB org nr: 556664-4257. Driften startades 2015-04-01 och var då en nystartad verksamhet. Värmdö kommuns avtal med Attendo LSS AB gäller till 2018-04-01 med möjlighet till förlängning i 2 + 2 +2 +2+2+2 år. Detta ger en eventuell total avtalstid på 15 år.

Nuvarande verksamhetschef Helen Holmberg kommer avsluta sin anställning hos Attendo LSS sista oktober 2016. En tillförordnad verksamhetschef Caroline Wadeby, kommer ta över i väntan på tillträde av tillträde av ny verksamhetschef som är rekryterad. Inom verksamheten finns 5 gruppboestadsplatser.

Vid upphandlingen för Mörtnäs gruppboestad fick anbudsgivarna ange specifika åtaganden som poängsattes och utvärderades. Dessa åtaganden blev sedan en del av avtalet. Gällande Mörtnäs gruppboestad erbjöds i utvärderingen bland annat ”egentid” med stödperson, 2 timmar per vecka. En semestervecka per år samt en utflykt per år genomförd tillsammans med andra gruppboenden.

Individuella aktiviteter

I anbudet angav Attendo att de enskilde skulle erbjudas en veckas semester per år samt utflykt med andra gruppboestäder. I uppföljningen framkommer att det varit svårt att genomföra gemensamma utflykter med brukarna på boendet på grund av en osäkerhet brukarna emellan initialt, dvs innan de lärt känna varandra ordentligt.. Enskilda resor och utflykter har genomförts exempelvis genom resa till Åland. Idag sker gemensamma aktiviteter med andra gruppboestäder varje onsdag då brukarna tillsammans åker till en aktivitetslokal i Nacka som Attendo LSS driver.

Ledighet, rekreation och miljöombyte

I anbudet angav Attendo att de enskilde skulle erbjudas en veckas semester per år samt utflykt med andra gruppboestäder. I uppföljningen framkommer att det varit svårt att genomföra gemensamma utflykter med brukarna på boendet på grund av en osäkerhet brukarna emellan. Enskilda resor och utflykter har genomförts exempelvis genom resa till Åland. Idag sker gemensamma aktiviteter med andra gruppboestäder varje torsdag då brukarna tillsammans åker till en aktivitetslokal i Nacka som Attendo LSS driver.

Personal och kompetens

Personalen har erbjudits fortlöpande handledning under våren. På grund av viss oro med en boende samt oro i personalgruppen har verksamhetsansvarig lagt 100 % av sin tjänst på gruppboestaden. Enligt avtal ska verksamhetsansvarig ha 50 % av sin tjänstgöring på gruppboestaden. Av 8 personal med fast anställning har 6 personal relevant utbildning till

exempel i form av undersköterska. Vidareutbildning beskrivs ske fortlöpande.

Verksamhetsansvarig

Verksamhetsansvarig Helen Holmberg har utbildning i form av kandidatexamen i sociologi som inkluderar handikappvetenskap. Helen har också utbildning i form av 3 terminer på sjuksköterskeskolan och hon har genomfört en läkepedagogisksocialterapeutisk utbildning på 4 år.

Bemanning

Tabellen nedan visar en generell bemanning. En helgdag och en vardag består bemanningen av 3 personal på kvällen.

Antal brukare	Medelvärde vårdnivå	Bemanning vardag	Bemanning helg
5 stycken	3,66	06.00 - 10.00 08.00 - 21.00 15:00 – 22.00	06.00 - 10.00 08.00- 21.00 10.00 - 22.00

Vid jämförelse av bemanningen och de vårdnivåer brukarna har på gruppboenden bedöms bemanningen lägre än den bör. Detta med utgångspunkt från de definitioner som anges i underlaget för vårdnivåmätningen. Till exempel innebär vårdnivå 5 enligt definition att personen är i behov av ständigt stöd av minst en personal, där personalens insatser är ansenliga och/eller består av ett omfattande motivationsarbete. Vid jämförelsen har detta vid uppföljningen tolkats som att brukaren alltid har en personal vid sin sida

I intervjuerna framkommer inga direkta synpunkter gällande bemanningen. En förändring av personalbemanningen planeras som innebär lägre bemanning på dagtid och utökad tid på kväll och helg detta då de boende är på daglig verksamhet under dagarna. Vid uppföljningen har schema för 2 veckor efterfrågats. Inom den kontrollerade perioden har 27 arbetspass av totalt 45 genomförts av timvikarier. Utföraren behöver arbete för en högre kontinuitet.

Ledningssystem och kvalitetsarbete

Kvalitetsarbete

Kvalitetsarbetet beskrivs utgå ifrån personalmöten på boendet som sker varannan vecka. Personalen analyserar och följer upp tidigare veckors arbete och planerar tillsammans för kommande veckor vad som ska genomföras för den enskilde.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Verksamheten har ett upprättat ledningssystem med övergripande processer som rutiner

är kopplade till. Utföraren bör dock tänka på att hur aktiviteterna beskrivs i ledningssystemet och deras inbördes ordning. Egenkontroll och riskanalyser sker i verksamheten

Avvikelser och synpunkter

Under året fram till augusti 2016 har verksamheten registrerat 39 stycken avvikelser och 2 stycken synpunkter är emottagna. 5 stycken händelser har klassats vara av allvarligare karaktär. Ingen av de händelserna av allvarligare karaktär har bedömts innebära en anmälan av lex Sarah.

Verksamhetens rutin gällande ärendehantering behöver förtydligas så den konkret beskriver när en inkommen rapport är enligt lex Sarah, det vill säga rapport om missförhållande sker. I uppföljningen har framkommit en otydlighet gällande vad som benämns som en rapport om missförhållande och vad som benämns som särskild händelse.

Social dokumentation

Journalanteckningar förs fortlöpande och genomförandeplaner finns för brukarna på boendet. Den sociala dokumentationen beskriver väl den boende och den enskildes delaktighet framkommer. Positivt i dokumentationen är den till stor del beskriver mer kvalitativa aspekter likt motiveringsarbete och existentiella och psykiska behov. Det finns vissa utvecklingsområden. Dokumentationen kan till exempel utvecklas mot att tydligare beskriva den enskildes uppfattningar kring sina behov och insatsen som ges. Beskrivning över hur samverkan med andra aktörer kan utvecklas och beskrivning av uppföljningarna kan också utvecklas.

Mat och måltider

Brukarna är delaktiga i matsedelsplaneringen och tillsammans med personalen skriver de matsedeln. Tillagning av maten sker på gruppboenden och brukaren kan vara delaktig i det som är möjligt. Brukaren kan själv välja om de vill äta i sin lägenhet eller tillsammans vid en gemensam måltid. Mörtnäs gruppboende kan få hjälp av företagets dietist. Gruppboenden har en fungerande egenkontroll av livsmedel.

Framkommit i övrigt

I uppföljningen har framkommit att verksamheten tidigare har haft problem i personalgruppen. Detta beskrivs ha lett till att det varit svårt att få alla att arbeta i samma riktning. Vid tiden för uppföljningen har det skett byte av viss personal. Stämningen beskrivs nu som god och positiv och intervjuerna visar en positiv anda och ambition om att driva en kvalitativ verksamhet.

