

Dnr 2021/ÄON 0099 013

Granskningsrapport

Servicebostaden

Hasselbacken

2021 – 10 – 13

Eva Lindgren & Yvonne
Lavrell

tyresö kommun 

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	4
2	Syfte	5
3	Metod	5
4	Verksamhetens förutsättningar	5
4.1	Verksamhetens uppdrag	6
4.2	Om verksamheten	6
4.3	Ledning och personal.....	7
4.3.1	Bedömning av verksamhetens förutsättningar.....	8
5	Arbetet i verksamheten.....	8
5.1	Inflytande och delaktighet.....	8
5.2	Service och gemenskap.....	9
5.3	Stödpersonalens uppdrag behov	9
5.4	Social dokumentation.....	9
5.4.1	Bedömning av arbetet i verksamheten.....	10
6	Kvalitetsarbete.....	10
6.1	Resultat från nationella brukarundersökningen 2020.....	10
6.2	Resultat från enkätundersökning.....	11
6.3	Trygg och säker verksamhet	11
6.4	Systematiskt kvalitetsarbete.....	11
6.4.1	Bedömning av trygg och säker verksamhet och kvalitetsarbete.....	12

1 Sammanfattning

Kvalitetsnivå	Bedömning
Grön	Personalen arbetar på ett strukturerat sätt för att öka förutsägbarheten för de som bor i servicebostaden.
Gul	Verksamheten behöver se över hur den sociala dokumentationen genomförs för att säkerställa att dokumentationen tillämpas enligt lagstiftning och verksamhetsområdets riktlinjer och rutiner.

Kvalitetsnivåer

Grön	Grönt visar goda exempel som med fördel kan spridas till andra enheter.
Gul	Gult innebär att verksamheten har områden som behöver utvecklas.
Röd	Rött innebär att verksamheten uppvisar brister som måste åtgärdas.

2 Syfte

Syftet med granskningen är att beskriva kvaliteten i socialtjänstens verksamheter ur ett medborgarperspektiv. Med medborgare menas här de personer som är direkt berörda av den granskade verksamheten. Ansvarig nämnd i Tyresö kommun beslutar årligen om granskningsplan för privat och kommunal verksamhet. Granskningarna utförs av kvalitetscontrollers från enheten för juridik och utredning.

3 Metod

Med anledning av den pågående smittspridningen av Covid-19 har en anpassad granskning genomförts. Kvalitetscontrollers har genomfört intervjuer på plats i verksamheten. Granskningen genomfördes under september 2021.

Granskningen har omfattat intervjuer med personal. En enkät har lämnats ut till personerna som bor i boendet. Enkäten innehåller frågor om bland annat upplevd trygghet och inflytande.

Den sociala dokumentationen som rör enskilda har också granskats. Vid granskningen har kvalitetscontrollers tagit del av verksamhetens styrdokument. Förteckning över de dokument som granskats finns under rubriken Referenser.

Resultatet av granskningen har återkopplats både muntligt och skriftligt till verksamheten som också haft möjlighet att faktagranska innehållet innan rapporten färdigställts. Rapporten överlämnas till ansvarig förvaltning som avgör vilka åtgärder verksamheten eventuellt behöver vidta. Den färdiga rapporten anmäls till ansvarig nämnd och publiceras på www.tyreso.se

Bedömning av verksamhetens kvalitet vägs samman av:

- **Verksamhetens förutsättningar**
Granskningen utgår från gällande lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter, kommunens riktlinjer och gällande avtal/överenskommelser.
- **Arbetet i verksamheten**
Processer, rutiner och arbetssätt beskrivs och bedöms i förhållande till uppdraget.
- **Måluppfyllelse och kvalitetsarbete**
Granskningen utgår från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete¹.

4 Verksamhetens förutsättningar

Här beskrivs verksamhetens förutsättningar i form av gällande lagstiftning, föreskrifter, organisation, ledning, personal, lokaler samt övriga resurser.

¹ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9

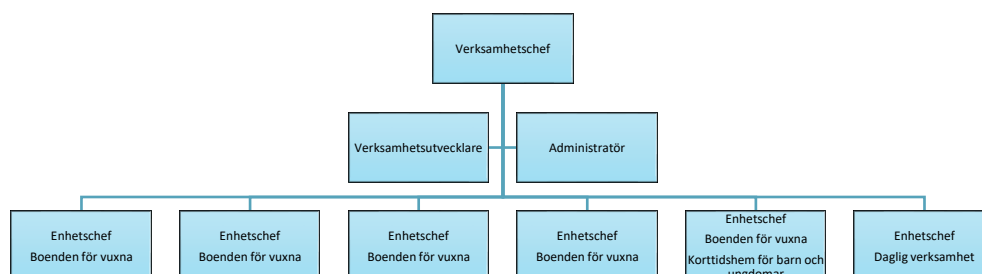
4.1 Verksamhetens uppdrag

En verksamhet enligt lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS, ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som omfattas av lagen. Verksamheten ska vara av god kvalitet och insatserna ska tillförsäkra den enskilde goda levnadsvillkor. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra.²

Avdelningen omsorg om personer med funktionsnedsättning ansvarar för utförarverksamheter i kommunal regi inom funktionshinderområdet. Avdelningen utför insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SoL) på uppdrag av myndighet LSS och SoL.

I verksamhetsplanen³ för år 2021 framgår att verksamhetsområdets uppdrag är att genom olika former av omsorg och stöd skapa förutsättningar för Tyresöbor med funktionsnedsättning att kunna leva ett så självständigt liv som möjligt, välja sitt boende, ha en givande fritid och delta i arbetslivet samt ge anhöriga som vårdar en närstående avlastning och stöd.

Verksamheterna inom avdelningen leds av en verksamhetschef. Inom avdelningen finns sex enhetschefer, en verksamhetsutvecklare och en administrativ personal.



4.2 Om verksamheten

En servicebostad är en boendeform i insatsen bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS och består av ett antal lägenheter som har tillgång till en gemensam service och en fast personalgrupp. Lägenheterna ligger oftast samlade i samma hus eller i kringliggande hus och man kan behöva gå en kort sträcka för att komma till gemensamhetslokalen.

² 5, 6, och 7 §§ LSS

³ Verksamhetsplanen gäller för hela verksamhetsområdet 2021

De som bor i servicebostaden ska ha tillgång till stöd dygnet runt i den omfattning som han eller hon behöver.

Servicebostaden Hasselbacken

Servicebostaden Hasselbacken startade upp under år 2019 och består av tio servicelägenheter som ligger i ett bostadsområde nära Tyresö centrum.

Servicelokalen har ett kök med en öppen planlösning mot vardagsrummet, ett kontorsrum och ett jour rum. Lokalen används som personallokal och för service och för gemenskap för de som bor i servicebostaden.

Tre servicelägenheter ligger i samma trappuppgång som servicelokalen och övriga lägenheter ligger i närliggande fastigheter.

I servicebostaden bor tio personer i en ålder mellan 20 – 51 år, tre kvinnor och sju män som tillhör LSS personkrets 1. Målgruppen är personer med intellektuella funktionsnedsättningar och autism.

Verksamheten har sovande jour och är i bemannad hela dygnet.

4.3 Ledning och personal

Bostadsenhet 6 omfattar två servicebostäder; Hasselbacken och Pastellgränd och Villa strandvägens gruppbostad. Vid granskningen har verksamheten en tillfällig enhetschef. En ordinarie enhetschef planeras vara på plats den 1 oktober.

Enhetschefen för servicebostaden Hasselbacken ingår i ledningsgruppen tillsammans med de övriga enhetscheferna, verksamhetschefen och verksamhetsutvecklaren.

I servicebostaden finns sex (6,0 årsarbetare) ordinarie personal anställda varav en har ett uppdrag som samordnare. Personalen är schemalagda morgon, eftermiddag, kväll och sovande jour.

All personal har adekvata grundutbildningar och flera har gått kurser via Forum Carpe⁴ och utbildningar om lågaffektivt bemötande och motiverande samtal, MI.

Personalomsättning i verksamheten är låg vilket medför en hög personalkontinuitet.

Personalen tycker att de har tillräckligt med grundkompetens för att utföra sina arbetsuppgifter.

⁴ Forum Carpe är en samverkan för kompetens- och verksamhetsutveckling inom funktionshinderområdet mellan Stockholm stad och kommuner i Stockholms län.

Vid granskningen framför personalen att de har tillgång till kompetensutveckling genom de webbutbildningar och metod- och materialtips som finns på intranätet, så kallade ”kunskapsboken”.

Personalen uppger att de har tid för diskussion och reflektion vid verksamhetsmöten som äger rum varje vecka. De framför dock att det finns ett behov av en mer regelbunden handledning för att diskutera förhållningssätt och arbetsmetoder.

4.3.1 Bedömning av verksamhetens förutsättningar

Personalen har den kompetens som behövs för uppdraget.

Verksamheten har tillgång till intern kompetensutveckling.

5 Arbetet i verksamheten

Här beskrivs de arbetssätt som användas i verksamheten för att uppnå de mål som finns i verksamhetens uppdrag. En bedömning görs också av hur verksamheten arbetar för att tillgodose behoven hos den målgrupp verksamheten riktar sig till.

5.1 Inflytande och delaktighet

Vid intervjuerna framkom att alla personer som bor i boendet är delaktiga i insatsens genomförande utifrån individuella önskemål. De som vill är delaktiga i arbetet med sin genomförandeplan.

Vid granskningen framkommer att personalen har ett tydligt och strukturerat arbetssätt för att öka förutsägbarheten för de som bor i servicebostaden. Personalen skickar alltid sms som en påminnelse en halvtimme innan de ska komma för att ge stöd. De får också ett veckoschema över vilka personer som arbetar näst kommande vecka och vilka aktiviteter som erbjuds kommande helg.

I verksamhetsområdet har de flesta verksamheter ett ”Boråd” där boende får möjlighet att utöva sitt inflytande i verksamheten. Borådsmöten följer en avdelningsgemensam dagordning och ett årshjul som innefattar olika teman som kan tas upp för diskussion. De intervjuade uppger att det fanns en planering för att införa ett boråd i servicebostaden men som stoppades på grund av Corona pandemin. De planerar att starta upp ett boråd när det blir möjligt.

Inom verksamhetsområdet finns även ett gemensamt brukarråd där boenderepresentanter från olika verksamheter deltar. Brukarrådet leds av områdets verksamhetsutvecklare och rådets arbete syftar till att utveckla och förbättra verksamheterna.

5.2 Service och gemenskap

Verksamheten har öppet hus i servicelokalen varje vecka för de som vill komma och fika, titta på teve eller spela spel. Verksamheten erbjuder även olika aktiviteter utomhus till exempel minigolf, bio, båtutflykter etc. Varje vecka får de som bor i boendet ett schema över vilka som jobbar nästkommande vecka och information om vilka aktiviteter som är inplanerade kommande helg. Vid granskningen framkommer att personalen är medvetna och har en samsyn om hur de ska möjliggöra de individuella behoven av aktiviteter.

De finns mest tid och svängrum för att ge stöd vid kultur- och fritidsaktiviteter under helger.

5.3 Stödpersonalens uppdrag behov

Alla personer som bor i verksamheten har en egen stödpersonal som har ett övergripande ansvar för bl.a. den sociala dokumentationen, att upprätta och följa upp genomförandeplanen och att stödja den boende med berörda kontakter och aktörer. Det finns en skriftlig beskrivning på vilka arbetsuppgifter som ingår i uppdraget som stödpersonal. Det är möjligt för den boende att byta stödpersonal om det inte fungerar. Personalen är stödpersonal för två personer.

5.4 Social dokumentation

Social dokumentation är ett samlingsnamn för genomförandeplaner, journalanteckningar och andra dokument som har betydelse för insatsens genomförande. Den sociala dokumentationen är lagstyrd och syftar till att säkerställa den enskildes trygghet och rättssäkerhet samt möjliggöra uppföljning av genomförda insatser. För att möjliggöra en systematisk uppföljning ska den sociala journalen innehålla uppgifter om faktiska omständigheter och händelser av betydelse i insatsens genomförande.

Syftet med genomförandeplanen är att skapa tydlig struktur för genomförandet och uppföljningen av en beslutad insats. Genom planen tydliggörs både för den enskilde och för personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur.

Social dokumentation på servicebostaden Hasselbacken

Det finns aktuella genomförandeplaner för alla personer i boendet där det framgår vad som ska göras, vem som ska göra vad, hur och när. Det framgår att den enskilde varit delaktig i arbetet med planen eller valt att avstå från sin medverkan.

Den sociala journalen innehåller ovidkommande uppgifter och till viss del egna värderingar om enskildas känslolägen.

Vid granskningen framkommer att det finns en tydlig daglig grundstruktur och ordning för att genomföra det individuella stödet som är angivet i genomförandeplanen. Verksamheten behöver emellertid se till att det även finns hänvisningar till de olika dokumenten i genomförandeplanen.

Vid intervjuer framför personalen att de tänker och gör olika när de antecknar i den sociala journalen trots att de gått samma dokumentationsutbildning.

5.4.1 Bedömning av arbetet i verksamheten

Verksamheten behöver se över hur den sociala dokumentationen genomförs för att säkerställa att dokumentationen tillämpas enligt lagstiftning och verksamhetsområdets riktlinjer och rutiner.

Personalen arbetar på ett strukturerat sätt för att öka förutsägbarheten för de som bor i servicebostaden.

6 Kvalitetsarbete

Verksamhetens kvalitet ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), kontinuerligt och systematiskt dokumenteras, följas upp, utvärderas och utvecklas. Den som bedriver verksamheten ansvarar för att det finns sådana processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

6.1 Resultat från nationella brukarundersökningen 2020

Tabellen redovisas resultatet från brukarundersökning 2020 avseende boendes upplevda trygghet, inflytande och förtroende för personal. Redovisningen visar resultat för servicebostaden Hasselbacken jämfört med resultaten för alla servicebostäder i Tyresö kommun och i riket.

Resultat nationell brukarundersökning 2020⁵.

Fråga från nationella brukarundersökning 2020	Riket 2020	Tyresö 2020	Hasselbacken 2020
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen?	73	71	38
Brukaren är aldrig rädd för något hemma?	65	65	50

⁵ Resultaten från brukarundersökningen är hämtade från Kolada, och har tagits fram av SKR och RKA

Får du bestämma om saker som är viktiga för dig hemma?	80	87	88
---	----	----	----

6.2 Resultat från enkätundersökning

Flertalet av de som bor i servicebostaden har svarat att de trivs i boendet, att personalen har ett gott bemötande och att de får bestämma om insatsens utförande. Enkäten skickades ut till alla boende i servicebostaden. Samtliga har svarat på enkäten.

6.3 Trygg och säker verksamhet

Enligt 6 § LSS ska en verksamhet enligt LSS vara av god kvalitet och systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. I verksamheten ska det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad skall kunna ges.

För verksamhetsområdet finns tydliga skriftliga rutiner för bl.a. riskbedömningar, avvikelserapporteringar och rapporteringar enligt lex Sarah.

Vid personalintervjuerna framkommer att personalen känner till sin rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah. De intervjuade framför dock att det finns ett behov av att diskutera lex Sarah i arbetsgruppen.

6.4 Systematiskt kvalitetsarbete

Verksamheten arbetar utifrån Äldre- och omsorgsförvaltningens riktlinjer för det systematiska kvalitetsarbetet. Verksamhetschefen och enhetschefen har ansvar för att identifiera och beskriva de aktiviteter som ingår i verksamheten samt ta fram de rutiner och stöddokument som behövs för att uppnå kvalitet.

Inom verksamhetsområdet finns ett årshjul för det systematiska kvalitetsarbetet med fasta aktiviteter för att följa upp de policies, riktlinjer och rutiner som är fastställda.

Verksamhetsområdet har ett gemensamt kvalitetsråd som leds av avdelningens verksamhetsutvecklare. I kvalitetsrådet ingår olika yrkesgrupper som representeras från verksamheterna inom området.

I verksamhetens enhetsplan finns fastställda mål, indikatorer, målnivåer beskrivna. Målen är framtagna i enlighet med den måldelningsprocess som finns inom Tyresö kommun. Redovisningen av måluppföljningen redovisas i en månadsvis rapport.

Vid granskningen framkommer att individuella riskbedömningar upprättades är servicebostaden startade upp 2019. Det finns emellertid inte någon rutin för hur och när dessa ska följas upp.

Personalen på boendet samverkar med den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen. Vid granskningen framförs att samverkan med den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen behöver förbättras när det gäller medicin- och avvikelshantering. Av intervjuerna framförs även att samverkan med handläggarna kan förbättras.

Verksamheten brukar vanligtvis ha planeringsdagar där de går igenom och planerar kommande års aktiviteter vilket brukar följas upp på verksamhetens arbetsplatsträffar, APT. Detta har inte kunnat genomföras det senaste året på grund av Coronapandemin.

Vid intervjuerna framförs att avvikelser, synpunkter och klagomål diskuteras vid verksamhetsmöten.

6.4.1 Bedömning av trygg och säker verksamhet och kvalitetsarbete

Verksamhetens personal bedöms ha kunskap om vad rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah innebär.

Referenser

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamheter som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM

SVENSK STANDARD SS877001:2021, Svenska Institutet för Standarder

Rätt kompetens hos personal i verksamheter för personer med funktionsnedsättning – Socialstyrelsen

Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet, Ett kunskapsstöd med rekommendationer – Socialstyrelsen

Kommunikativ omvårdnad – Hjälpmedelsinstitutet

Kognitiva hjälpmedel – Myndigheten för delaktighet

Problemskapande beteende vid utvecklingsmässiga funktionshinder – Bo Hejlskov Elvén

Granskningsunderlag

Resultat från den nationella brukarundersökningen inom funktionshinderområdet – Sveriges Kommuner och Regioner, SKR

Verksamhetsplan 2021

Enhetsplan 2021

Personalens utbildning och schema

Verksamhetens dokumentationssystem