

Granskningsrapport

Servicebostaden

Angelikagränd

2021 – 09 – 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
5.2	Stödpersonalens uppdrag.....	9
5.3	Social dokumentation	9
5.3.1	Bedömning av arbetet i verksamheten	10
6	Kvalitetsarbete	10
6.1	Resultat från nationella brukarundersökningen 2020	10
6.2	Trygg och säker verksamhet.....	11
6.3	Systematiskt kvalitetsarbete	11
6.3.1	Bedömning av trygg och säker verksamhet och kvalitetsarbete.....	12

1 Sammanfattning

Kvalitetsnivå	Bedömning
Gul	Ledningen behöver arbeta för att vara mer tillgänglig och närvarande.
Gul	Verksamheten behöver arbeta mer systematiskt och strukturerat med att utveckla verksamheten.
Röd	Verksamheten måste se över hur den sociala dokumentationen genomförs för att säkerställa att dokumentationen tillämpas.
Röd	Verksamhetens personal bedöms inte ha tillräcklig kunskap om vad rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah innebär.

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 men inte kunnat genomföra observationer. Granskningen genomfördes under våren 2021.

Granskningen har omfattat intervjuer med enhetschefen och personal. 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

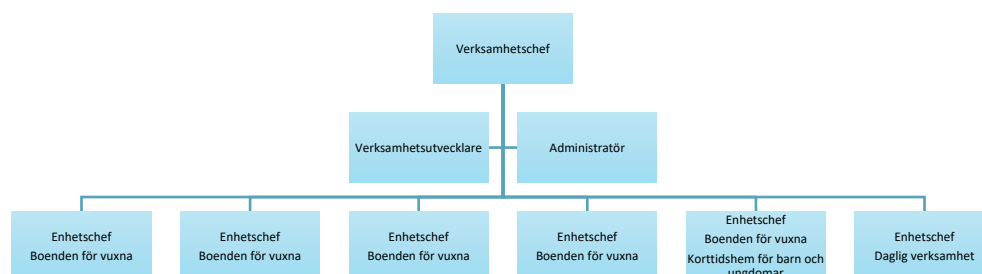
4.1 Verksamhetens uppdrag

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.

Angelikagränds servicebostad

Angelikagränds servicebostad är belägen i en fastighet utan hiss i området kring Östra Farmarstigen med närhet till mataffär och kollektivtrafik.

Servicebostaden består av sex lägenheter varav tre lägenheter ligger på andra våningen. Fem lägenheter ligger i samma trappuppgång som den gemensamma lokalen för service och gemenskap och en lägenhet i dess närhet med gångavstånd till serviceloken.

Vid granskningstillfället bor sex personer i verksamheten, fyra kvinnor och två män i ålder mellan cirka 25 – 60 år som tillhör LSS personkrets 1. Målgruppen är personer med intellektuella funktionsnedsättningar, autism och vissa med psykisk ohälsa.

Servicebostadens personal utför också boendestöd enligt socialtjänstlagen (SoL) till en person som bor i en lägenhet med ett eget hyreskontrakt som också har tillgång till servicebostadens gemensamhetslokal.

Servicelokalens lägenhet ligger i markplan och består av tre rum och kök med öppen planlösning och används som personallokal och för service och gemenskap.

Verksamheten har sovande jour och är i bemannad hela dygnet, förutom några timmar dagtid vardagar.

Personalen på boendet samverkar med den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen.

4.3 Ledning och personal

Enhetschefen tillträdde tjänsten som enhetschef maj 2019 för bostadsenhet 1 som omfattar fyra servicebostäder; Angelikagränd, Bollmoravägen och Kanelgränd 22 och Kanelgränd 37. Enhetschefen har en fritidspedagog utbildning och många års yrkeserfarenhet i olika befattningar inom vård och omsorg varav som chef de senaste tio till tolv åren.

Enhetschefen för Angelikagränds servicebostad ingår i ledningsgruppen tillsammans med de övriga enhetscheferna, verksamhetschefen och verksamhetsutvecklaren.

I servicebostaden finns fyra (4,0 årsarbetare) ordinarie personal anställda varav en har ett uppdrag som samordnare. Personalen arbetar i regel ensam och är schemalagda morgon, eftermiddag, kväll och sovande jour.

Personalen har adekvata grundutbildningar och flera har gått kurser och föreläsningar inom verksamhetsområdet.

Personalomsättning i verksamheten är låg vilket medför en hög personalkontinuitet. En av tjänsterna har dock varit vakant vilket medfört att verksamheten behövt tillsätta en tjänst med vikarier under en tid.

Personalen tycker att de har tillräckligt med grundläggande kunskaper för att klara sina arbetsuppgifter. Personalen uttrycker dock att det finns behov av kompetensutveckling inom psykisk ohälsa och om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. De saknar utbildning i motiverande samtal (MI) och i lågaffektivt bemötande som används som metoder i verksamheten.

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

De tycker att det finns bra forum och tid för diskussion och reflektion. Personalen har haft handledning med inriktning mot lågaffektivt bemötande i arbetet med förebyggande insatser i verksamheten.

Vid granskningen framför personalen att ledningen inte är närvarande och tillgänglig i tillräcklig omfattning.

Verksamheten samverkar med de övriga servicebostäderna som ligger inom enhetschefens ansvarsområde bl.a. genom att dela vikarier.

4.3.1 Bedömning av verksamhetens förutsättningar

Verksamheten har tillgång till intern kompetensutveckling.

Verksamheten har forum och tid för diskussion och reflektion.

Ledningen behöver arbeta för att vara mer tillgänglig och närvarande.

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 på olika sätt utifrån individuella önskemål.

Det finns ett "Boråd" i verksamheten men som inte riktigt kommit igång bl.a. på grund av Coronapandemin. Borådsmöten ska följa en avdelningsgemensam dagordning och ett årshjul som innefattar olika teman som kan tas upp för diskussion.

Inom verksamhetsområdet finns 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

Vid granskningen framkommer att personalen lagar mat i servicelokalen. De som bor boendet kan äta måltiden gemensamt med andra i lokalen eller hämta matlåda. De som bor i boendet har möjlighet att lämna måltidsförslag till middagarna. Lokalen används också för bl.a. fika eller spelaktiviteter. Verksamheten samverkar även med andra närliggande servicebostäder vid fritidsaktiviteter.

Personalen tycker att det i regel finns tillräckligt med tid för att tillgodose de boendes individuella behov. Personalen framför dock att det på grund av ensamarbete är svårt att hinna med att ge stöd som uppstår utanför inplanerade stödtider.

5.2 Stödpersonalens uppdrag

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. Det är möjligt för den boende att byta stödpersonal om det inte fungerar. Personalen är stödpersonal för två personer.

5.3 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 Angelikagränds servicebostad

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 till viss del ovidkommande uppgifter och egna värderingar om enskildas känslolägen.

Vid granskningen konstaterades att verksamheten inte använder dokumenten för kommunikationskartläggning och riskanalyser i dokumentationssystemet. Dessa dokument finns i verksamhetsområdets riktlinje och rutin för dokumentation vid genomförandet av insatser.

5.3.1 Bedömning av arbetet i verksamheten

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

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 Angelikagränds servicebostad jämfört med resultaten för alla servicebostäder i Tyresö kommun och i riket.

Resultat nationell brukarundersökning 2020⁴. Angelikagränd saknar resultat för 2020.

Fråga från nationella brukarundersökning ⁵ 2020	Riket 2020	Tyresö 2020
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen?	73	71
Brukaren är aldrig rädd för något hemma?	65	65
Får du bestämma om saker som är viktiga för dig hemma?	80	87

6.2 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, avvikelse-rapporteringar och rapporteringar enligt lex Sarah.

Vid personalintervjuerna framkommer att personalen känner till att det har en rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah, men de är dock något osäkra på vad det kan innebära.

6.3 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 policys, riktlinjer och rutiner som är fastställda.

⁴ Resultaten från brukarundersökningen är hämtade från Kolada, och har tagits fram av SKR och RKA

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.

Verksamheten brukar vanligtvis⁶ ha planeringsdagar där de går igenom och planerar kommande års aktiviteter, dessa följs oftast upp på arbetsplatsträffar under året enligt verksamhetens årshjul. Vid granskningen framkommer det att personalgruppen inte haft några planeringsdagar på tre år.

Vid granskningen framförs att verksamheten behöver arbeta mer systematiskt och strukturerat med det löpande förbättringsarbetet.

Synpunkter och klagomål som inkommer till verksamheten diskuteras och återförs till verksamheten och till den som framfört synpunkterna.

6.3.1 Bedömning av trygg och säker verksamhet och kvalitetsarbete

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

Verksamheten behöver arbeta mer systematiskt och strukturerat med att utveckla verksamheten.

⁶ Fysiska planeringsdagar har inte varit möjligt att genomföra under 2020 på grund av Coronapandemin.

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