

Dnr: 2013/SN 0054-
013

Gränsvägens gruppbostad

Adress: Gränsvägen 16

Verksamhetsform: Entreprenad, Omsorgsföretaget Orkidén AB

Chef: Rosemary Rickett

Kvalitetsgranskningen genomfördes: 2013-01-22 - - 2013-02-28

Genomförd av:

Eva Lindgren

Kvalitetscontroller

Eva.lindgren@tyreso.se

Granskningsrapporten godkänns och överlämnas till socialförvaltningen.

Tyresö den 2013-03-18



Catarina Stavenberg

Kvalitetschef

Innehållsförteckning

Sammanfattning av granskning på Gränsvägens gruppbostad.....	3
---	----------

Syfte	4
--------------	----------

Metod	4
--------------	----------

1 Verksamhetens förutsättningar	4
--	----------

1.1 Allmänt	4
-------------------	---

1.2 Lokaler och miljö	5
-----------------------------	---

1.2.1 Bedömning	5
-----------------------	---

1.3 Ledning.....	5
------------------	---

1.3.1 Bedömning	6
-----------------------	---

1.4 Personal och bemanning.....	6
---------------------------------	---

1.5 Bedömning.....	6
--------------------	---

2 Arbetet i verksamheten	7
---------------------------------------	----------

2.1 Självbestämmande och inflytande	7
---	---

2.1.1 Bedömning	7
-----------------------	---

2.2 Stödperson	8
----------------------	---

2.2.1 Bedömning	8
-----------------------	---

2.3 Meningsfull tillvaro	8
--------------------------------	---

2.3.1 Bedömning	9
-----------------------	---

3 Måluppfyllelse och kvalitetsarbete	9
---	----------

3.1 Trygg och säker verksamhet.....	9
-------------------------------------	---









3.1.1 Bedömning	10
-----------------------	----

3.2 Kvalitetsarbete.....	10
--------------------------	----




3.2.1 Bedömning	11
-----------------------	----

4 Referenser	12
---------------------------	-----------

Sammanfattning av granskning på Gränsvägens gruppbostad

-  Regelbundna husmöten möjliggör delaktighet och inflytande för de boende på gruppboistaden.
-  Metod för riskanalys och anpassning av individuella rutiner följer en logisk struktur som fungerar väl och resulterar i individuellt anpassad planering.
-  Det saknas tydliga, skriftliga rutiner för planering och genomförande av gemensamma aktiviteter.
-  Vissa i personalen har inte tillräcklig kompetens i autism och autismsliknande tillstånd.
-  Centralt framtagna rutiner är inte tillräckligt anpassade och kompletterade till verksamheten.
-  Den systematiska uppföljningen av kvalitetsarbetet är inte tillräcklig och personalens delaktighet i kvalitetsarbetet kan förbättras
-  Personalen har inte tillräcklig kunskap om rutiner och utredning vid missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden i verksamheten.
-  Verksamhetschefens delaktighet och närvaro i verksamheten behöver utredas för att se om kraven i avtalet/anslaget uppfylls.

Kvalitetsnivåer

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

Syfte

Kommunstyrelsen har i beslut den 27 november 2012 fastställt granskningsplanen för privat och kommunal verksamhet för år 2013. Granskningarna utförs av kvalitetsgruppen i projekt Medborgarfokus.

Metod

En genomgång av dokument sker innan och under verksamhetsbesök, se Refenser.

Granskningen innefattar intervjuer/samtal med verksamhetschef, personal och boende. Dessutom har samtliga anhöriga intervjuats. Under granskningen görs stickprov på den digitala dokumentationen kring de boende. Observationer av verksamheten sker genom både anmälda och oanmälda besök.

Resultatet av granskningen återkopplas både muntligt och skriftligt till verksamheten som därmed har möjlighet att faktagranska innehållet innan rapporten färdigställs. Rapporten överlämnas till socialförvaltningen som avgör vilka åtgärder verksamheten eventuellt behöver vidta. Rapporten anmäls till socialnämnden och publiceras på www.tyreso.se.

Bedömningen av kvalitet vägs samman av:

- **Verksamhetens förutsättningar (strukturkvalitet)**
Granskningen grundar sig på gällande lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter, kommunens riktlinjer och gällande avtal.
- **Arbetet i verksamheten (processkvalitet)**
Processer, rutiner och arbetssätt beskrivs och bedöms i förhållande till uppdraget.
- **Måluppfyllelse (resultatkvalitet)**
Granskningen grundar sig på Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete¹.

1 Verksamhetens förutsättningar

Här beskrivs granskningen av verksamhetens organisation, ledning, personal, lokaler och övriga resurser.

1.1 Allmänt

Enheten drivs av omsorgsföretaget Orkidén AB, på uppdrag av Tyresö kommun sedan januari 2010. Carema Care AB är moderbolag till Orkidén AB. På Gränsvägens gruppboende beviljas boende via biståndsbeslut enligt LSS². Uppdraget är reglerat i avtal.

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

² Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

De boende har olika funktionsnedsättningar och därmed behov av individuellt anpassat stöd och bemötande från personalen. Det bor två kvinnor och tre män i åldrarna mellan 23 och 40 år. Vid granskningstillfället var en lägenhet ledig.

1.2 Lokaler och miljö

Gruppboendestaden ligger i ett villaområde, nära allmänna kommunikationer och service. Gruppboendestaden består av sex fullvärdiga³ lägenheter som är integrerade i en villa med gemensamt matplats/vardagsrum. I vardagsrumsdelen finns en soffgrupp och TV. Utrymmet är avdelat från matplatsen med ett draperi. Matplatsen består av ett matbord med plats ungefär åtta personer och en integrerad köksdel. De boendes lägenheter har egna kök, hygienutrymmen och egen uteplats.

1.2.1 Bedömning

De gemensamma utrymmenas begränsade storlek kräver god planering vid tillfällen då samtliga boenden vistas där.

1.3 Ledning

Enheten leds av en verksamhetschef som förutom Gränsvägen har ansvar för tre verksamheter som ligger i Nacka, en gruppboendestad, ett serviceboende och ett boende för personer med psykisk funktionsnedsättning. Verksamhetschefen har högskoleutbildning och erfarenhet av ledande ställning inom området.

Verksamhetschefen får stöd från en regionchef och har tillgång till företagets administrativa stödresurser. En av personalen på gruppboendet är gruppchef. Gruppchefen har ett tydligt ansvar att förutom att ingå i personalgruppen, leda det dagliga arbetet, ta ansvar för administration och personalbemanning. Vid granskningen pågick ett byte av gruppchef.

Verksamhetschef och gruppchef uppger att de träffas minst en gång i veckan. Enheten har arbetsplatsträff en gång i månaden. Verksamhetschefen uppger att hon deltar vid den individuella planeringen av omsorgen vid inflyttning, men inte vid uppföljningar.

I avtalet framgår att verksamhetschefen ska ha det direkta ansvaret och delta kontinuerligt i verksamheten. I anbudet anges att det ska finnas cirka 50 procent

³ Enligt SOSFS 2002:9, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

verksamhetschef, förutom gruppchef, på Gränsvägens gruppbostad. Verksamhetschefen uppger att cirka 25 procent av hennes tjänst är fördelad till Gränsvägens gruppbostad. Gruppchefen och övrig personal uppfattar verksamhetschefen som närvarande; hon går att nå via telefon och kommer till enheten när behov uppstår.

1.3.1 Bedömning

Verksamhetschefen har adekvat utbildning och lång erfarenhet inom verksamhetsområdet.

Verksamhetschefens delaktighet och närvaro i verksamheten behöver utredas för att se om kraven i avtalet/ anbudet uppfylls.

1.4 Personal och bemanning

Enheten är bemannad med minst en personal dygnet runt. Natttid finns en personal med så kallad sovande jour. Mellan 15.00 och 21.30 arbetar tre personal. På helger finns tre personal i tjänst mellan kl. 12 och 21.30. Gruppchefen har schemalagd administrativ tid minst 1½ dag i veckan. På Gränsvägens gruppbostad arbetar 6,31 årsarbetare. Enheten har beviljats extra resurs med 66 timmar i veckan på grund av hög vårdtyngd. Uppgifterna överensstämmer med verksamhetens tjänstgöringslistor.

Personalomsättningen under 2012 var 25 procent (två av åtta personal slutade sin anställning) och sjukfrånvaron var 3,6 procent enligt verksamhetschefen. Alla tjänster var inte tillsatta vid granskningstillfället utan arbetspassen bemannades delvis av timanställd personal, vilket påverkat kompetensen i personalgruppen.

Den ordinarie personalen är utbildade undersköterskor eller mentalskötare. Verksamhetschefen uppger att enheten strävar efter att få personal med olika kompetens. Vid samtal med anhöriga framkommer att de upplever att vissa i personalen inte har tillräcklig kompetens för att ge optimalt stöd till de boende. Personalen har metodhandledning av extern handledare en gång i månaden.

1.4.1 Bedömning

Personalen har adekvat grundutbildning.

Vissa i personalen har inte tillräcklig kompetens när det gäller autism och autismliknande tillstånd.

2 Arbetet i verksamheten

Här beskrivs granskning av de processer och arbetssätt som används i verksamheten för att uppfylla målsättningen i uppdraget.

2.1 Självbestämande och inflytande

Samtliga boende har en upprättad genomförandeplan, i denna framgår vad, när och hur insatserna ska genomföras. Dessa är undertecknade av den boende eller dennes företrädare. Flertalet genomförandeplaner ger en bra bild av planeringen för den boende. I den sociala akten finns förutom biståndsbeslut från ansvarig LSS-handläggare, också en genomförandeplan och löpande anteckningar. I genomförandeplanerna framgår vilka personer som deltagit vid upprättandet. Personalen dokumenterar i Orkidéns digitala dokumentationsprogram, Boplan. Handlingar i pappersform förvaras i pärmar. Det finns en pärm för varje boende. Pärmarna är inte uppdaterade.

Genomförandeplanen ska utgå från målsättningen i biståndsbeslut. Uppföljning av målsättning och innehållet i genomförandeplanen görs en gång per år eller vid behov. Det saknas uppdaterade biståndsbeslut för några av de boende. Verksamhetschefen deltar inte vid uppföljningsmötena om det inte efterfrågas. Uppgiften är istället fördelad till gruppchefen.

En kväll i veckan har boende och personal husmöte. På husmötena pratar man om veckomatsedeln, aktiviteter för kommande helg och övrig planering för kommande vecka. Det finns en förslagslåda på gruppboendet och förslagen som kommer in går igenom vid husmötena.

Månadsbrev skickades tidigare ut till anhöriga, som upplevt dessa som ett bra och sätt att få information om vad som händer på enheten. Under hösten har inga månadsbrev skickats, men i samband med granskningen tas rutinen upp igen.

2.1.1 Bedömning

De individuella pärmarna är inte uppdaterade.

Regelbundna husmöten möjliggör delaktighet och inflytande för de boende på gruppboenden.

Det saknas uppdaterade biståndsbeslut för vissa av de boende.

Verksamhetschefen deltar inte på uppföljningsmötena.

2.2 Stödperson

Vid inflyttning utses en stödperson till den boende. Uppdraget innebär att ansvara för att insatserna blir genomförda och att vara länk mellan den enskilde, boendet och anhöriga/företrädare. Stödpersonen kommer överens med den boende och anhöriga/företrädare om hur den fortsatta kontakten mellan dem ska ske. Anhöriga/företrädare är alltid välkomna till boendet. Vid högtider som advent, påsk och midsommar bjuds alla anhöriga/företrädare in till gemensamma aktiviteter. Vid samtal med boende och anhöriga framkommer att flera av de boende har fått byta stödperson bland annat på grund av hög personalomsättning under det senaste året.

2.2.1 Bedömning

Kontinuiteten för de boende riskeras genom hög personalomsättning.

2.3 Meningsfull tillvaro

I stort sett alla boende deltar i daglig verksamhet eller studerar. Personalen på boendet och personalen på daglig verksamhet samarbetar. Varje vecka gör någon i personalen tillsammans med den boende, upp en planering för kommande vecka. Det resulterar i ett individuellt schema som syftar till att hantera både vardag och fritid. Schemat anpassas utifrån var je boendes sätt att kommunicera.

Stödpersonen är inte alltid den som genomför veckoplaneringen tillsammans med den boende. Enligt verksamhetschefen är det viktigaste att aktiviteterna genomförs samma veckodag så att strukturen hålls för den boende. En timme i veckan alternativt två timmar var annan vecka, har den boende så kallad egentid tillsammans med sin stödperson. Vid dessa tillfällen väljer den boende vad den vill göra.

Boendet erbjuder några gemensamma fritidsaktiviteter i veckan. Exempelvis åker de på onsdagar och fikar på Café Ringen i Tyresö. Flera anhöriga som intervjuats uttrycker att de gemensamma aktiviteterna ofta ställs in. Några av de anhöriga berättar att de upplever att det finns stort engagemang från några av personalen. De uppger vara aktiva, initiativrika och försöker att erbjuda ett större och varierat utbud aktiviteter som kan passa boende i gruppboenden. Verksamhetschefen förklarar att gemensamma aktiviteter bara ställs in om de boende själva väljer bort aktiviteten. Det finns inga tydliga rutiner för genomförande av gemensamma aktiviteter.

Kontaktperson är en insats enligt I.S.S som några av de boende har beviljats för att kunna genomföra individuella aktiviteter i större utsträckning.

Insatsen är ett icke-professionellt stöd. Insatsen utnyttjas inte fullt ut, enligt personalen.

Personalen på boendet har vid behov kontakt med Autismcenter för råd och stöd i arbetet. Utöver det har de samarbete med Habiliteringen som erbjuder olika stödinsatser för boende och personal.

Enheten arbetar inte medvetet utifrån någon fastställd metodik för att stärka individen. För kommunikation används Pictogram (bilder) i stor utsträckning.

2.3.1 Bedömning

Det saknas tydliga, skriftliga rutiner för planering och genomförande av gemensamma aktiviteter.

3 Måluppfyllelse och kvalitetsarbete

Verksamhetens kvalitet ska enligt Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete kontinuerligt och systematiskt dokumenteras, följas upp, utvärderas och utvecklas

3.1 Trygg och säker verksamhet

Det finns centralt framtagna rutiner för samtliga områden inom verksamheten. Arbetet med att komplettera och anpassa rutinerna lokalt pågår, enligt verksamhetschefen. De skriftliga rutinerna är samlade i en pärm och är därmed lättillgängliga för personalen. Pärmar innehåller vissa dokument som är inaktuella.

Det finns lokala rutiner för brandskyddsarbete. Dessa är förankrade hos personalen.

Enligt verksamhetschefen görs genomgång av rutiner, gällande regelverk och rapportskyldigheten enligt lex Sarah⁴, med personalen vid anställning samt en gång per år. Den tillfrågade personalen hade vid granskningstillfället inte tillräcklig kunskap om hur och till vem de ska rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållande.

Enheten genomför individuella riskanalyser för samtliga boende enligt fastställd mall. Efter riskanalysen uppdateras de individuella rutinerna. Resultatet av analyserna tas upp på vid handledningstillfällena för att ge personalen möjlighet till reflektion. Verksamhetschefen deltar alltid vid dessa riskanalyser.

⁴ Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om skyldigheten att rapportera och utreda samt avhjälpa och undanröja missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden.

Tidigare granskning har gjorts i maj 2011. Då kritiserades verksamheten för bristande rutiner, låg bemanning och behov av handledning hos personalen. En åtgärdsplan togs fram av verksamheten i samverkan med förvaltningen. Ersättningen höjdes på grund av för hög vårdtyngd. Åtgärderna följdes upp i november 2011 och verksamheten bedömdes fungera bättre. Någon ytterligare uppföljning har inte gjorts.

3.1.1 Bedömning

Centralt framtagna rutiner är inte tillräckligt anpassade och kompletterade till verksamheten.

Personalen har inte tillräcklig kunskap om rutiner och utredning vid missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden i verksamheten.

Metod för riskanalys, individuella rutiner och reflektion på individuell nivå följer en logisk struktur som fungerar väl.

3.2 Kvalitetsarbete

Kvalitetsarbetet i verksamheten följer centralt framtaget kvalitetssystem. Enheten upprättar årligen en verksamhetsplan med mål för verksamheten. Utgångspunkt är enhetens utvecklingsområden som identifierats genom kvalitetstillsyn och egenkontroller. Planen följs sedan upp via enhetens kvalitetsråd varannan månad.

Egenkontroller ska ske två gånger per år enligt verksamhetens rutiner. Förbättringsåtgärder och måluppfyllelse ska dokumenteras i enhetens förbättringslogg och följas upp av kvalitetsansvarig på Orkidén. Verksamhetschefen har ansvar för detta tillsammans med gruppchefen.

Utöver egenkontrollen sker intern kvalitetstillsyn. Den genomförs av en centralt placerad kvalitetsutvecklare. Den senaste tillsynen gjordes i maj 2012. I den anges områden som inte är uppfyllda. Vid egenkontroll i november 2012 är vissa av bristerna fortfarande inte åtgärdade. Enligt verksamhetschefen har detta inte kunnat prioriteras under hösten på grund av för hög arbetsbörda.

Orkidén genomför årligen brukarundersökningar för sina verksamheter, resultatet redovisas gemensamt för samtliga verksamheter och inte nedbrutet på enhetsnivå.

Brukarundersökningen Kvalitetsbarometern gjordes 2011 och omfattade bostäder med särskild service i Tyresö. Resultatet för Gränsvägen var ett

kvalitetsindex på 1,59, snitt för Lyresö var 1,41. Gränsvägens gruppbostad hade högst kvalitetsindex av samtliga verksamheter som ingick i undersökningen.

3.2.1 Bedömning

Den systematiska uppföljningen av kvalitetsarbetet är inte tillräcklig och personalens delaktighet i kvalitetsarbetet kan förbättras.

4 Referenser

Lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS 2012

Socialtjänstlagen, SoL 2012

Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om lex Sarah, SOSFS 2011:5

Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, SOSFS 2002:9

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

Samverkan, Anhöriga och personal i LSS-verksamhet – Susanne Larsson, Lasse Nohrstedt

Äkta omsorg, Bemötande i praktiken – Susanne Larsson

Funktionsbinderinspektörerna – Stockholmsstad rapport nr4

Kommunikativ omvårdnad – Hjälpmedelsinstitutet

Kognitiva hjälpmedel – Hjälpmedelsinstitutet

www.1177.se Råd om vård – Sveriges landsting

Vid vår granskning har vi tagit del av följande dokument:

Avtal

Anbud

Verksamhetsplan

Kvalitetstillsyn

Egenkontroller

Verksamhetsberättelse

Lokala rutiner

Personalförteckning

Tjänstgöringslistor