



Uppföljning av Brännkyrka gruppbostad den 6 maj 2013

Närvarande: Martin Pietch, enhetschef, Sabina Sundholm Friberg, verksamhetsutvecklare, Anna Hellström, vårdare, Tanja Malmqvist, vårdare.

Enligt prop 1992/93:159 ska verksamhet enligt LSS vara grundad på respekt för den enskildes rätt till självbestämmande och delaktighet. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande, och medbestämmande över insatser som ges. Den enskildes önskemål om hur insatsen ska utformas ska tillgodoses i största möjliga utsträckning. Goda levnadsvillkor enligt LSS är att individen ska få möjlighet att leva ett liv som andra som inte har en funktionsnedsättning. De bärande principerna i LSS är:

- Självbestämmande och inflytande
- Tillgänglighet
- Delaktighet
- Kontinuitet
- Helhetssyn

LSS är en pluslag som innebär att inga inskränkningar i den enskildes rättigheter enligt någon annan lag får göras när en person omfattas av LSS varför även socialtjänstens faktorer för att upprätthålla kvalitet inom omsorgen även gäller för LSS. Enligt socialtjänstlagen prop 1996/97:124 s 52 är viktiga faktorer för att upprätthålla kvalitet inom omsorgen:

- Insatserna ska utformas så att brukarens behov av hjälp blir tillgodosedda vilket förutsätter att personalen på boendena har ett förhållningssätt som medför att brukaren känner sig trygg med personalen.
- Rättssäkerhet
- En väl sammanhållen arbetsledning
- Brukarens rätt till inflytande

Sammanfattning och åtgärder:

Verksamheten arbetar enligt den överenskommelse som finns och har en nära kontakt med anhöriga. De boendes behov är grunden i allt arbete och man arbetar mycket efter struktur och rutiner. Vid uppföljningen visas den dokumentation som omnämns i denna rapport och den visar på god kvalitet. Det som brister är från myndighetens sida i form av bristande uppföljning av individuella boende samt att biståndshandläggarna inte deltar i de möten som de blir inbjudna till. Många boenden vill träffa sin biståndshandläggare vilket inte genomförts. Myndigheten har fått tagit del av den uppfattning som finns i gruppbostaderna hos både boende, anhöriga och personal och



kommer att påbörja individuppföljning under hösten. Biståndshandläggarna kommer även att bjuda in sig till verksamhetens husmöten för att de boende ska få möjlighet att ställa gemensamma frågor samt träffa biståndshandläggarna.

Verksamheten har präglats av hög lång- och korttidsfrånvaro samt missnöje hos personalen under 2012. Brukarenkäten visade på lågt resultat när det gäller trygghet. Enhetschefen har tagit till sig de problem som finns och upprättat handlingsplan gällande personalen samt har det genomförts möten med boende och anhöriga för att diskutera hur de ska känna ökad trygghet i boendet. Det är bra att enhetschef tillsammans med personal åtgärdar de brister som uppkommit i olika undersökningar för att på så sätt få en högre kvalitet. Biståndshandläggarna kommer även vid uppföljningarna som ska genomföras under hösten att fokusera på hur de boende upplever trygghet i boendet.

Ett förbättringsområde är dokumentationen, genomförandeplanerna behöver bli mer detaljerade så att handläggarna kan följa upp att insatsen genomförs i enlighet med beställningen endast med stöd av genomförandeplanen. Idag behövs det kompletterande detaljerade materialet som finns hemma hos varje brukare och som handläggaren inte har tillgång till. Vikariernas sätt att dokumentera innan de har egen behörighet till dokumentationssystemet bör ses över.

Sammantaget visar dock uppföljningen på att verksamheten totalt sett har en god kvalitet och arbetar med förutsättningar mot en högre kvalitet där den enskildes behov, delaktighet och självbestämmande är i fokus.

Frågor ur överenskommelsen

Beskrivning av verksamheten:

Gruppboenden ligger i en fristående villa med trädgård. Fyra lägenheter har direkt utgång till gemensamhetsutrymmet och egen utgång ut, samt är det två lägenheter som endast har utgång direkt ut. Gruppboenden ger ett fint och ljust intryck med ett ljust gemensamhetsutrymme samt egen trädgård. Verksamheten erbjuder de boende många olika fritidsaktiviteter och semesterresor under sommaren. Personalen tror att årsarbetstiden underlättar att de kan genomföra så mycket olika aktiviteter tillsammans med de boende.

Verksamheten har under lång tid tydligt arbetat med inriktning mot autism då de personer som bor i boendet har diagnoser inom autismspektrumstörning.

Verksamheten upplever att det stundtals är svårt att klara av att ge alla den tid som behövs då omsorgsbehovet kan variera och vissa boenden tar mycket tid i anspråk.

Trots detta anser personalen att ersättningsnivåerna stämmer bra förutom de perioder som boenden har större omsorgsbehov och då kräver mer personalresurser.

Verksamheten löser detta med årsarbetstid vilket de uppger fungerar bra.

Verksamheten har kontinuerlig kontakt med anhöriga som ofta är på besök i verksamheten och är aktiva med att komma med förslag och ta del av vad som händer. Personalen uppger att verksamheten de anser att verksamheten har hög kvalitet vilket man tror beror på att anhöriga är mycket delaktiga och kommer flera gånger i veckan på olika tider.

Verksamheten arbetar med en värdegrund där den boende är i fokus. Vid övertagandet av intraprenaden gick cheferna igenom värdegrunden med all personal och den görs



levande i det dagliga arbetet. Värdegrunden går även igenom på planeringsdagar två gånger om året. Värdegrunden utgår från att det är den boendes önskemål som formar verksamheten. Schemat är anpassat efter behov och anhörigas önskemål om det inte är orimliga önskemål. Då de boende har diagnoser inom autismspektrumstörning arbetar de med samma rutiner oavsett vem som är i tjänst.

Tillsynsbesök:

Socialstyrelsen har inte utfört någon tillsyn i verksamheten sedan den gick över till intraprenad.

Sekretess:

Information ges i samband med anställningen och underskriften på anställningsavtalet gäller även sekretess.

Kost:

De boende lagar och äter sin mat i sina lägenheter, vissa boende lagar maten själv, en del äter halvfabrikat, och vissa boende har personalstöd i matlagningen.

Verksamheten har inga gemensamma måltider förutom vid högtider samt har man julfest och sommarfest.

Säkra tillgången till hälso- och sjukvård samt tandvård:

Alla boende har en egen akutmapp. De gör även läkarbesök och träffar distriktssköterskan minst en gång per år. Tandläkare blir de boende kontinuerligt kallade till. De boendes stödperson håller koll på att den boende har kontinuerlig tillgång till hälso- och sjukvård samt tandvård. Alla kontakter med hälso- och sjukvården dokumenteras i verksamhetssystemet, Parasol.

Rutiner gällande basal hygien:

Det finns vissa rutiner men de kan utvecklas vidare. Verksamheten önskar att Mas kommer på besök för att informera om basal hygien och hur de ska tänka. De rutiner som finns är främst utifrån hur den enskilda boende. Ingen boende har TBC eller MRSA.

Rutiner gällande stödperson/kontaktperson i verksamheten:

Alla boende har en eller två stödpersoner. Byten av stödperson görs i snitt var tredje år för att hindra att ”man äger sin boende”. Anhöriga och boende kan lämna önskemål men det kan ibland vara svårt att hitta rätt i matchningen. Den personal som arbetar 75 -100 % är stödpersoner. Verksamheten försöker komma bort från att stödpersonen ska göra allt.

Rutiner för nyckelhantering:

Verksamheten har en förteckning över samtliga nycklar. Personal kvitterar ut nycklar men all personal har inte huvudnycklar till de boendes lägenheter. Huvudnyckel finns endast i gruppbestaden.



Personalens beskrivning av rutinerna gällande arbetsmiljö:

Personalen har medarbetarsamtal samt genomförs medarbetarenkäter en gång per år. Utifrån de resultat som framkom i den senaste medarbetarenkäten har man tagit fram en handlingsplan. Verksamheten har präglats av hög lång- och korttidsfrånvaro samt präglades verksamheten under hösten av stort missnöje hos personalen och hög arbetsbelastning. Den handlingsplan som tagits fram har börjat ge resultat och man ser en klar förbättring.

Det finns ett årshjul där det systematiska arbetsmiljöarbetet är inlagt. Fysisk skyddsronnd genomförs en gång per år samt går man igenom arbetsmiljön både den fysiska och den psykiska på planeringsdagar två gånger per år och på personalmöten varannan vecka.

Ledningsgruppen har även tagit fram ett årshjul där man kontrollerar att arbetsmiljöarbetet löper enligt planering.

Personalen uppger även att samverkan med biståndshandläggarna inte fungerat. De vet inte vem som är biståndshandläggare för de som bor i gruppboendet. Ingen uppföljning har genomförts av biståndshandläggarna i verksamheten. Verksamheten har även bjudit in till möten då boende vill träffa biståndshandläggarna men det har inte gett något resultat. Anhöriga har även uppgett till personalen att de inte får tag i biståndshandläggarna och de har svårt att få svar på frågor och önskemål i tid.

I förskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete står att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Vidare ska denne utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Rutiner för samverkan internt

Samverkansrutiner finns med myndigheten/beställaren men har inte fungerat.

Samverkansrutiner finns även med daglig verksamhet som fungerar.

Samverkansrutiner gällande brandombud, dokumentation i Parasol samt ombudsgruppen finns och fungerar. Rutinerna görs kända hos personalen på planeringsdagar och på personalmöten.

Rutiner för samverkan externt

Det finns en generellt framtagen överenskommelse mellan Stockholm stad och landstinget. Överenskommelsen har brutits ned i Älvsjö och fungerar.

Samverkansrutiner finns även med Idrottsförvaltning, landstingets habilitering, distriktssköterskan och kulturombud. Samtliga rutiner görs kända hos personalen på planeringsdagar och på personalmöten, rutinerna används och fungerar.



Rutiner för riskanalys för att förhindra att missförhållanden

Det finns övergripande rutiner för hela verksamheten samt rutiner för den enskilda boenden som är dokumenterade i verksamhetssystemet Parasol. Riskanalyser görs vid behov, ibland varje vecka och ibland mera sällan.

Rutiner för synpunkter och klagomål

Det finns skriftliga rutiner som följs. De görs kända hos personalen på planeringsdagar och personalmöten. Återkoppling till anhöriga och den boende görs skyndsamt av stödpersonen eller den som tagit emot klagomålet. Till anhöriga sker återkoppling via telefon och/eller skriftligt. Sammanställning görs över inkomna synpunkter och klagomål och visades vid uppföljningen. Klagomålen förs även in i Parasol.

Egenkontroll av verksamheten

Egenkontroll görs två gånger per år. Då följer verksamheten upp hur de ligger till mot de målsättningar som gäller samt hur personalen upplever hur de uppfyller målen. Verksamheten deltar även i Carpe, ett gemensamt utbildningsprogram i Stockholms län. Vid deltagande i Carpe har de möjlighet att få input om hur de ligger till gentemot andra. De använder sig även av ILS verktyget för att stämma av hur de ligger till.

Verksamhetsberättelse upprättas årligen enligt de riktlinjer som finns i Stockholm.

I föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) Lex Sarah framgår om verksamheters skyldighet att rapportera och utreda samt avhjälpa och undanröja missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden, samt anmälningsskyldighet till socialstyrelsen vid allvarliga missförhållanden och påtagliga risker för allvarliga missförhållanden. Missförhållanden som ska rapporteras ska avse såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Rutiner gällande Lex Sarah

Stockholm stads rutiner gällande lex Sarah används. Samtlig personal har fått information om hur lex Sarah ska användas. Personal informerar nyanställd personal om lex Sarah samt har man en gemensam genomgång inför sommaren med vikarierna. Ingen lex Sarah är gjord.

När det gäller avvikelser som sker inom ramen för hälso- och sjukvård rapporteras det till stadsdelens Mas samt ansvarig distriktssköterska.



I föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) framgår allmänna råd om upprättande av genomförandeplan. Enligt prop 1992/93:159 s 50 ska den enskilde ha ett direkt inflytande, både i planeringen, utformningen och i genomförande av insatsens. För att möjliggöra att den enskilde får inflytande över genomförandet av insatserna bör det dokumenteras hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras. En genomförandeplan bör utformas tillsammans med den enskilde. Planen bör utgå från beslutet och den enskildes önskemål och konkretisera när och hur insatsen ska genomföras. Den enskildes möjligheter ökar då för att han/hon ska känna sig trygg i mötet med personalen då den själv medverkat till utformning av insatsen.

Genomförandeplaner

Samtliga boenden har aktuella genomförandeplaner som de varit delaktiga i att upprätta. Ingen genomförandeplan är äldre än sex månader. Genomförandeplaner kompletteras med underlag med rutiner som är det man använder i det dagliga arbetet. Man upplever vissa svårigheter med upprättande av genomförandeplaner då beställningarna från myndigheten ibland är bristfälliga och saknar målsättning. Vid upprättande av genomförandeplaner tittar man på målsättningen i den tidigare genomförandeplanen för att se om målen uppnåtts och vad man bör arbeta vidare med. Den enskildes önskemål gällande fritidsaktiviteter både enskilt och i grupp tas upp i genomförandeplanen samt har semesteraktiviteter en egen punkt i planen. Nätverksmöten hålls även med anhöriga, boende, daglig verksamhet samt habilitering för att gemensamt se på den boendes funktionsförmågor och hinder och arbeta mot samma mål. Genomförandeplanerna används för planering av personalbemanning vid vissa aktiviteter. Genomförandeplanerna förvaras i Parasol samt hos företrädaren och i pärmar på kontoret. Vid avvikelser från genomförandeplanerna och rutinerna dokumenteras det i Parasol.

I föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) framgår information om dokumentation. Genomförande av beslutad insats ska dokumenteras fortlöpande i journal. Av journalen bör det framgå om det har inträffat omständigheter som innebär att insatser inte kunnat genomföras som planerat. Journalföring enligt socialtjänstlagen respektive patientdatalagen ska hållas åtskilda. Konsekvenser av bristfällig dokumentation leder till svårigheter att följa upp och utveckla verksamheten. Det inverkar även på möjligheterna till intern och extern samverkan. Informationsöverföringen riskerar att inte fungera tillfredsställande mellan personal.

Dokumentation

Löpande journalanteckningar samt alla avvikelser förs i verksamhetssystemet Parasol där de även förvaras. En sammanfattning görs av stödpersonen över veckans anteckningar inför personalmöten för att se om det är något som ska tas upp på mötet. Sammanfattning av personalmötet som berör den boende förs även in i Parasol om det är aktuellt. Samtlig personal har möjlighet att läsa dokumentationen. Nyanställda timvikarier väntar man att ge behörighet tills man vet om de blir kvar vilket kan ta



några månader, vilket beror på svårigheter att få bort användarkonton i nätverket. I avvaktan på egen behörighet till dokumentationssystemet kan personalen läsa och dokumentera på annan användares konto eller få hjälp med att dokumentera. Samtlig personal behärskar svenska i tal och skrift.

Arbetsledningen har en viktig roll i omsorgen. Det är ledningen som ansvarar för att leda, styra och utveckla verksamheten, att få personalen att reflektera över god vård och omsorg samt att arbeta mot detta. En stabil ledning anses vara en förutsättning för att uppnå en god vård och omsorg.

Arbetsledning

Arbetsledningen har varit densamma sedan intraprenaden startade i april 2009. Dessförinnan var enhetschefen även ansvarig för verksamheten och har arbetat i Älvsjö sdf över 10 år. Enhetschefen har högskoleutbildning i form av kulturvetarlinjen, omsorgsutbildning samt LSS 7,5 högskolepoäng. Enhetschefen har haft fortbildning inom ”att gå från myndighet till serviceorganisation”, vilket handlar om bemötandefrågor, samt Sverigestudien, mediahantering, lex Sarah, våldsutsatta kvinnor, hjärt- och lungräddning. Enhetschefen ansvarar direkt för totalt drygt 21 personal samt indirekt för ytterligare 21 personal som har en annan direkt enhetschef.

Personalen har en viktig roll i omsorgen om funktionshindrade. Det finns ingen speciell utbildning då det är många olika målgrupper som kräver olika slags kompetens. Personal ska dock ha nödvändiga kunskaper för att tillgodose brukarens behov. Personalen ska ha kunskaper om verksamhetens mål och allmänna inriktning enligt LSS samt om den enskildes fysiska, psykiska och sociala behov. Personalen bör även ha goda kunskaper om funktionsnedsättning och dess konsekvenser. Därutöver kan det även behövas specifik kunskap om just en enskild brukare. Arbetet ska organiseras så att de som bor i boendet tillförsäkras goda levnadsvillkor. För att hålla en jämn och hög kvalitet är det viktigt att den som förestår verksamheten ombesörjer planering, utveckling och utvärdering i takt med ändrad lagstiftning och nya forskningsresultat. Viktigt att det även råder en god etik. Personalen ska även kunna tala och skriva svenska. Det ska finnas den personal som behövs för att säkerställa att den enskildes behov tillgodoses dygnet runt.

Personal

Det är nio personal fördelat på 7,25 tjänster varav fem är heltidstjänster och resterande deltidstjänster. I bemanningen ingår två månadsvikarier som ersätter en tjänstledighet samt en vakans. Ytterligare finns det sex timvikarier som arbetar vid behov. Samtlig personal har arbetat längre än 12 månader. Den utbildning som personalen har är gymnasieutbildning, undersköterska/vårdarkompetens, autism, rehabilitering, psykiatri, pedagogiskt ledarskap, LSS 7,5 högskolepoäng samt har en deltidsanställd förskollärautbildning. Samtlig personal har aktuella kompetensutvecklingsplaner



som upprättas vid medarbetarsamtal. Samtlig personal har haft fortbildning de senast 12 månaderna inom hjärt- och lungräddning, brandutbildning, inom ramen för Carpe. Personalen har stor möjlighet till att gå fortbildning samt tar man in extern handledning i bemötandefrågor vid behov.

Bemanningen fördelas enligt följande: morgon är det två personal och en personal dagtid, kvällstid är det fyra personal. På helger är det två dagtid plus jour samt finns det tillgång till extra personal. Verksamheten har en låg grundbemanning och lägger till personal enligt boendes behov. På planeringsdagar och personalmöten stämmer man av att bemanningen motsvarar de boendes behov och har möjlighet att enkelt ändra bemanningen på grund av flexarbetstid. Skriftliga rutiner finns för introduktion av vikarier finns.

Det har varit hög korttidsfrånvaro samt hög långtidsfrånvaro i verksamheten samt missnöje och hög arbetsbelastning under 2012. Verksamheten har tagit fram en handlingsplan och förbättring har skett. Långtidsfrånvaron har gått ned sedan 2012 men verksamheten dras fortfarande med hög korttidsfrånvaro och arbetar med att få ned den.

Brandrutiner

Skriftliga brandrutiner finns. Personalen får kunskap om brandrutinerna vid introduktionen samt inför sommaren. I november träffas en brandgrupp och brandombuden går ut och informerar om rutinerna. Brandövning genomförs en gång per år i Ågesta. Fastighetsägaren genomför översyn av brandskyddet var tredje månad.

Brukarinflytande – för att ta reda på resultatet i den verksamhet som bedrivs är det viktigt att inhämta brukarens upplevelser av insatsen. Att göra brukarundersökningar kan vara ett led i detta, brukarundersökningar kan göras via enkäter, intervjuer, fokusgrupper etc. När en brukarundersökning genomförts är det viktigt att återkoppla resultatet samt att använda resultatet för att utveckla verksamheten. Inom omsorgen om funktionshindrade kan anhöriga ha en viktig roll – därför är det även viktigt att inhämta deras upplevelser av verksamhetens kvalitet och resultat.

Brukarundersökningar

Stockholm stad har genomfört brukarundersökningar i enkätform de senast 12 månaderna. Verksamheten håller även på att ta fram en egen enhetsenkät. Resultatet från den enkät som Stockholm stad genomförde visade låga resultat gällande trygghet. Verksamheten har återkopplat resultaten till boende och anhöriga i form av enskilda samtal med boende och anhöriga som hållits av stödpersonalen i första hand. Ibland har även enhetschefen deltagit i dessa samtal. Verksamheten har tagit in boendes och anhörigas synpunkter för att utforma nytt åtagande. Verksamheten har även ändrat vissa arbetssätt och bemötande samt lagt om sommarplaneringen utifrån de önskemål som framkommit.



Brukarråd/anhörigråd – inflytande i utförande av insatser kan uppnås via genomförandeplanen samt synpunkter och klagomål. Även andra sätt som brukarråd samt genom information och samverkan med den enskilde och deras anhöriga.

Verksamheten har inga brukarråd eller anhörigråd men har boendemöten varje månad där de boende är ordförande och sekreterare. De boende bestämmer vad som ska tas upp på mötena.

Fritids- och kulturaktiviteter ingår i insatsen bostad med särskild service enligt LSS vilket innebär att varje boende ska utifrån sina önskemål få möjlighet att delta i fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter både i och utanför bostaden. Målet ska vara att tillgången till fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter är av en sådan omfattning att de sammantagna aktiviteterna ger den boende möjlighet att leva som andra i motsvarande ålder.

Det innebär att personalens arbetstider bör förläggas så att de underlättar den boendes behov av att delta i fritids- och kulturaktiviteter. Den enskilde ska kunna välja om den vill delta i sociala aktiviteter i grupp eller komma ut på individuella aktiviteter, dvs de sociala aktiviteterna ska kunna erbjudas både i grupp och individuellt. Den enskilde ska även kunna låsa och öppna sin egen dörr samt ha tillgång till gemensamhetsutrymme.

Fritids- och kulturaktiviteter

Fritids- och kulturaktiviteter erbjuds efter den boendes behov. Vissa aktiviteter är återkommande varje vecka och vissa planeras efter behov. På boendemöten och personalmöten planeras de aktiviteter som ska genomföras. Individuella aktiviteter erbjuds varje vecka och kan bland annat vara i form av bad, massage, utflykter, promenader, styrketräning, yoga, båtutflykter och lästläst. Gruppaktiviteter erbjuds i mindre grupper efter de boendes önskemål. Det är sällan som samtliga boenden deltar i gruppaktiviteter samtidigt. Exempel på gruppaktiviteter som erbjuds kan vara dans på Fryshuset, Gröna lund, Allsång på Skansen, Ikea, promenader, styrketräning, bad och pysselkvällar.

Semesterresor erbjuds både individuellt och i grupp. De aktiviteter som genomförs dokumenteras i Parasol och om det skulle behöva ställas in pratar personalen med de boende om varför det ställs in.