



Uppföljning av Folkparksvägen gruppbostad den 10 juni 2013

Närvarande: Anne Marie Wallenius enhetschef, Linda Ekström, vårdare, Christer Pettersson, vårdare, Helena Melby, samordnare.

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 gruppboenden hos både boende, anhöriga och personal och kommer att påbörja individuppföljning under hösten.



Brukarenkäten visade bra resultat, verksamheten arbetar med att ta fram en egen enkät som vänder sig mer direkt till brukarna. Medarbetarenkäten visade låga värden angående bemötande av varandra och en handlingsplan har tagits fram som innebär studiecirkeln, så får vi det bra på jobbet samt extern handledning. Det är bra att enhetschef och personal vidtagit åtgärder för de brister som framkommit i undersökningen. 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 ett ombyggt fd vård- och äldreboende. Samtliga sex lägenheter har direkt utgång till gemensamhetsutrymmet. Gruppboenden ger ett fint och ljust intryck med ett ljust gemensamhetsutrymme. 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.

Enheten har sedan starten 2004 haft stor omsättning av boende. Det är nu en blandad boendegrupp, personer med olika diagnoser och skilda behov.

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. 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.

Tillsynsbesök:

Socialstyrelsen genomförde ett förannmält tillsynsbesök 2010. Verksamheten fick ingen kritik men uppmanades att arbeta med genomförandeplaner och dokumentation.

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 alla boende har personalstöd i matlagningen samt egna matlistor. 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 minst en gång per år. Distriktssköterskan kommer regelbundet samt bjuds in till personalmöte några gånger 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. 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 två eller tre stödpersoner. Byten av stödperson görs i snitt var tredje år för att hindra att man fastnar i samma arbetssätt och inte ser möjlighet till förändring. Anhöriga och boende kan lämna önskemål. Verksamheten försöker komma bort från att stödpersonen ska göra allt.

Rutiner för nyckelhantering:

Verksamheten har en förteckning över samtliga nycklar. Personal kvitterar ut nycklar. Förteckning samt reservnycklar till de boende finns inlåsta i kassaskåp.

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. Medarbetarenkäten visar ett bättre resultat än föregående år men har låga värden på vissa områden bland annat angående bemötande av varandra. I handlingsplanen ingår att personalen ska arbeta i studiecirkel, så får vi det bra på jobbet, med bemötandefrågor, gruppen ska även börja med extern handledning. Korttidsfrånvaron har närmats halverats mot föregående år och är i samma nivå som den varit tidigare.

Arbetsmiljöverket gjorde ett föränmält rutinbesök 2011. De uppmärksammade att samtliga boendes riskbedömningar inte uppdaterades, vilket nu är åtgärdat med att rutin för det är infört.

Det finns rutiner för att vid behov anmäla tillbud och skador i Risk.

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 gruppboenden. 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 framtagna överenskommelse mellan Stockholm stad och landstinget. Överenskommelsen har brutits ned i Älvsjö och fungerar. Samverkansrutiner finns även med Idrottsförvaltning, landstingets habilitering, distriktsköterskan 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 verksamhetens 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.

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.

En anonym anmälan gjordes i jan 2011, brev hade skickats hem till föräldrar om personalens bemötande av sonen. Verksamheten redogjorde vidtagna åtgärder för nämnden och anmälan lämnades inte vidare till Socialstyrelsen.

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 de allra flesta även i skrift. Delvis betald utbildning i svenska på gymnasienivå har erbjudits viss personal.

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 i ca 10 år. Hon har innan dess mångårig erfarenhet av omsorgsarbete samt även i arbetsledande befattning. Enhetschefen är högskoleutbildad socialpedagog och har bl.a. utbildning i pedagogik, pedagogiskt familjearbete, personalgruppen i kris och utveckling, totalt 35 högskolepoäng 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 ca 27 tillsvidareanställda samt ett antal vikarier. Ersätter även den andra enhetschefen vid dennes frånvaro.

Personal

Det är 12,6 heltidstjänster fördelat på 14 personer samt en samordnare som även är samordnare för servicebostaden. 75 % av en tjänst köps av extern utförare. Det är en personal som arbetar med en brukare på dennes dagliga verksamhet varje dag. Inräknat är även tre nattjänster, på 75 %. Ytterligare finns det 14 timvikarier som arbetar vid behov. Samtlig ordinarie personal har arbetat längre än 12 månader och det har även nio stycken av timvikarierna gjort. Den utbildning som personalen har är gymnasieutbildning i form av omvårdnadsprogrammet, barnskötare, mentalskötare, undersköterska samt pedagogiskt ledarskap, fyra stycken saknar grundutbildning men har någon form av kortare vårdutbildning.

Samtlig personal har aktuella kompetensutvecklingsplaner som upprättas vid medarbetarsamtal. Samtlig personal har haft fortbildning de senaste 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 fyra personal och en personal dagtid, kvällstid är det fyra personal. Enheten har tillsammans med servicebostaden en vaken personal på natten och en som sover jour. På helger är det fyra personal dagtid och fyra som arbetar från eftermiddag tom kvällen. Det finns även 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 en korttidsfrånvaro på 5,4 % vilket är mer än en halvering mot 2012 och i ungefär samma nivå 2010 och 2011. Det har tidigare inte förekommit någon långtidsfrånvaro i verksamheten men nu är det en person som är långtidssjukskriven.



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.

Brukarundersökningar

Stockholm stad har genomfört brukarundersökningar i enkätform de senaste 12 månaderna. Verksamheten planerar att ta fram en egen enhetsenkät som brukarna ska kunna svara på själva utan stöd av andra. Resultatet från den enkät som Stockholm stad genomförde visade bra resultat, alla vet vem som är deras stödpersonal, alla känner sig trygga i boendet. Under stadens genomsnitt blev resultatet på frågan om jag är nöjd med mitt boende. Verksamheten har återkopplat resultaten till boende och anhöriga i form av enskilda samtal med framförallt anhöriga/företrädare som hållits av stödpersonalen i första hand.

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 de synpunkter/önskemål som förs fram vid andra sammanhang tas med till förändrande rutiner och nya genomförandeplaner. Stödpersonal håller regelbunden kontakt med anhöriga/företrädare.

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 personalmöten planeras



de aktiviteter som ska genomföras. Individuella aktiviteter erbjuds varje vecka och kan bland annat vara i form av bad, upplevelsecentret Lagunen, ridning, fryshuset, innebandy, badminton, promenader och besök på mässor. Gruppaktiviteter erbjuds i mindre grupper efter de boendes önskemål. Det är sällan som samtliga boenden deltar i gruppaktiviteter samtidigt. De flesta aktiviteter sker enskilt. Exempel på gruppaktiviteter som erbjuds kan vara dans på Fryshuset och trubadur på boendet varannan vecka.

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.