

Kanelgränd 22, gruppbostad

Dnr 2017/KS 0469

Adress: Kanelgränd 22, Tyresö

Verksamhetsform: Kommunal drift

Chef: Per Thomsen

Kvalitetsgranskningen genomfördes: 2017-11-22 – 2017-12-22

Granskningen genomförd av:



Eva Lindgren

Kvalitetscontroller

eva.lindgren@tyreso.se



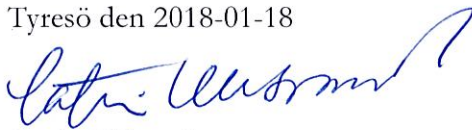
Ansa Haapala

Kvalitetscontroller

ansa.haapala@tyreso.se

Granskningsrapporten godkänns och överlämnas till socialförvaltningen för eventuella åtgärder med anledning av granskningen.

Tyresö den 2018-01-18



Catrin Ullbrand

Kvalitetschef

Innehållsförteckning

Sammanfattning av granskning på gruppboenden, Kanelgränd 22 .. 3

1	Syfte	4
2	Metod	4
3	Verksamhetens förutsättningar (strukturkvalitet).....	4
3.1	Om verksamheten.....	5
3.2	Ledning.....	5
3.3	Personal och bemanning.....	6
3.3.1	Bedömning av ledning och personal	6
4	Arbetet i verksamheten (processkvalitet)	7
4.1	Social dokumentation.....	7
4.2	Social dokumentation på Kanelgränd 22.....	7
4.2.1	Bedömning av social dokumentation	8
4.3	Bemötande, självbestämmande och inflytande	8
4.3.1	Bedömning av bemötande, självbestämmande och inflytande.....	8
4.4	Stödperson	8
4.5	Meningsfull tillvaro	8
4.5.1	Bedömning av meningsfull tillvaro	9
5	Måluppfyllelse och kvalitetsarbete (resultatkvalitet)	9
5.1	Trygg och säker verksamhet.....	9
5.1.1	Bedömning av trygg och säker verksamhet.....	9
5.2	Systematiskt kvalitetsarbete	10
5.2.1	Bedömning av systematiskt kvalitetsarbete	10
6	Referenser	11

Sammanfattning av granskning på gruppboenden, Kanelgränd 22

- ◆ Samordnarmötena bidrar till utvecklingsarbetet genom att ge möjlighet för samordnarna att dela erfarenheter och lära av varandra.
- ◆ Enhetsträffarna är uppskattade av de boende och bidrar till meningsfull tillvaro.
- ◆ Personalen är i hög grad delaktig och engagerad i verksamhetens planerings- och utvecklingsarbete.
- ◆ Personalen har ingen handledning eller särskild tid avsatt för strukturerad reflektion.

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.

1 Syfte

Syftet med granskningarna är att beskriva kvaliteten i socialtjänstens verksamheter ur ett medborgarperspektiv. Med medborgare menas här den eller de personer som är direkt berörda av den granskade verksamheten.

Kommunstyrelsen i Tyresö kommun beslutar årligen om granskningsplan för privat och kommunal verksamhet. Granskningarna utförs av kvalitetsenheten, Medborgarfokus.

2 Metod

Granskningen omfattar observationer, intervjuer och samtal med enhetschef, samordnare, personal och intervjuer med gode män/anhöriga. Dessutom görs en genomgång av verksamhetens dokument. Den sociala dokumentationen som rör enskilda granskas också. Förteckning över de dokument som granskats finns under rubriken Referenser.

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

Bedömningen av verksamhetens kvalitet vägs samman av:

- **Verksamhetens förutsättningar (strukturkvalitet)**
Granskningen utgår från gällande lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter, kommunens riktlinjer och gällande avtal/överenskommelser.
- **Arbetet i verksamheten (processkvalitet)**
Processer, rutiner och arbetssätt beskrivs och bedöms i förhållande till uppdraget.
- **Måluppfyllelse och kvalitetsarbete (resultatkvalitet)**
Granskningen utgår från de krav som framgår av Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete¹.

3 Verksamhetens förutsättningar (strukturkvalitet)

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

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

3.1 Om verksamheten

Kanelgränd 22 är en gruppboende enligt LSS² som drivs i kommunal regi. Gruppboendet ligger i ett flerbildshus och består av tre lägenheter med ett gemensamt kök och ett mindre allrum. Lägenheterna är fullvärdiga boenden. De gemensamma utrymmena är små men ombonade och inbjudande. Den 1 oktober 2016 genomförde verksamheten en organisationsförändring och slogs ihop med serviceboendena på Koriandergränd, som nu ingår i verksamheten på Kanelgränd 22.

I gruppboendet bor två kvinnor och en man i åldern 51 till 64 år. De boende har olika former av utvecklingsstörning, såsom till exempel Downs syndrom, och är i behov av individuellt anpassat stöd.

Plats på boendet beviljas genom biståndsbeslut enligt LSS. I samtal med personalen framkommer att det i stort sett inte sker någon samverkan med biståndshandläggarna och att de inte deltar vid uppföljning av genomförandeplanerna. Boendet har ett fungerande samarbete med den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen.

3.2 Ledning

Enhetschefen har högskoleutbildning³ och har kompletterat med högskoleutbildning i LSS, 7,5 högskolepoäng. Enhetschefen har lång erfarenhet av arbetet med målgruppen och har tidigare bland annat varit chef för andra enheter inom Verksamheter kommunal regi (VKR) i Tyresö kommun. Enhetschefen har även ansvar för tre grupper av serviceboenden.

Avdelningen för Verksamheter inom kommunal regi (VKR) leds av en Verksamhetschef. Inom avdelningen finns sju enhetschefer, en verksamhetsutvecklare och administrativ personal. Enhetschefen ingår i en ledningsgrupp inom Verksamheter kommunal regi. Han får stöd i sitt arbete från närmaste ledning, kollegor och verksamhetsutvecklare.

Enhetschefen deltar i verksamhetsmöten två gånger i månaden, en gång i månaden är det även APT-möte. Han är på boendet ungefär varannan vecka. Personalen upplever att han är tillgänglig.

En personal på gruppboendet är även samordnare. Hon är utbildad barnskötare och har arbetat på Kanelgränd 22 sedan 1988. Hon har varit samordnare sedan i början av 1990-talet.

Samordnarens skriftliga uppdrag utgår från det övergripande uppdraget inom avdelningen och har anpassats till verksamheten på Kanelgränd 22. Uppdraget

² LSS, Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, 1993:387

³ Med lämplig utbildning enligt SOSFS 2012:6 föreskrivs att den som förestår verksamheten ska ha en högskoleutbildning som är relevant för uppdraget. Personen ska dessutom ha erfarenhet av liknande verksamhet och ha tillräcklig kunskap för att leda den.

innebär i huvudsak att bemanna enheten, personalrapportering samt ersätta enhetschefen vid vissa av verksamhetens möten. Hon arbetar enligt schema och har ingen särskild administrativ tid avsatt, men har fått extra administrativ tid när behov har funnits. Hon har tät kontakt med enhetschefen och hon uppger att de har ett bra samarbete.

Var femte vecka har hela enheten samordnarmöten då enhetschefen och samordnarna träffas. De går igenom gemensamma frågor och samordnarna kan diskutera svårigheter och ge varandra stöd.

3.3 Personal och bemanning

Verksamheten har 6,4 årsarbetare, varav sex är heltidsanställda, och personalen har adekvat grundutbildning. Personalen har även ansvar för att ge stöd till fyra personer som bor i de servicelägenheter som är knutna till verksamheten på Kanelgränd 22.

Kanelgränd 22 är bemannad med två personal på morgonen och tre på eftermiddag/kväll för att även kunna ge stöd till de som bor i servicelägenheterna. Natttid har de sovande jour. Schemat för personalen har ändrats flera gånger det senaste året för att anpassa bemanningen efter de boendes behov.

Verksamheten hade tidigare extern handledning men har avslutat denna. Enhetschefen säger att om behov uppstår är det möjligt att sätta in handledning igen. Personalen har ingen särskild tid avsatt för strukturerad reflektion.

Vid intervjuer framkommer att personalen trivs på arbetsplatsen och att det är ett öppet klimat. Personalen upplever att de är delaktiga i verksamheten. Personalen tycker att samordnaren skapar struktur i verksamheten vilket bidrar till tydlighet och trygghet i det dagliga arbetet.

Enligt enhetschefen är det en bra sammansättning av personal som har en god kompetens för arbetet med målgruppen.

Under 2017 har två personal slutat sin anställning och tjänsterna har återbesatts. Verksamheten har fyra vikarier som har arbetat länge och känner de boende väl. Korttidsfrånvaron på Kanelgränd 22 är låg.

3.3.1 Bedömning av ledning och personal

Samordnaren har ett tydligt och väl förankrat uppdrag.

Samordnarmötena bidrar till utvecklingsarbetet genom att ge möjlighet för samordnarna att dela erfarenheter och lära av varandra.

Bemanningen anpassas kontinuerligt utifrån verksamhetens behov.

Personalen har ingen regelbunden handledning eller avsatt tid för strukturerad reflektion.

4 Arbetet i verksamheten (processkvalitet)

Här beskrivs de arbetssätt som används 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 som verksamheten riktar sig till.

4.1 Social dokumentation

Social dokumentation är ett samlingsnamn för genomförandeplaner, journalanteckningar och annat som skrivs inom ramen för Socialtjänstlagen. Den sociala dokumentationen är lagstyrd⁴ och syftar till att säkerställa den enskildes trygghet och rättssäkerhet samt att möjliggöra uppföljning av genomförda insatser.

Genomförandeplanen är grunden för de insatser som ska utföras och målsättningen ska utgå från det/de mål som ansvarig handläggare formulerat i uppdraget. I planen ska det framgå när och hur den enskilde vill ha stödet och på vilket sätt det ska genomföras. I uppdraget från biståndshandläggaren står *vad* som ska utföras, men i genomförandeplanen ligger fokus på *hur* de beviljade insatserna ska utföras.

4.2 Social dokumentation på Kanelgränd 22

Verksamheten dokumenterar i socialförvaltningens verksamhetssystem Treserva. Det finns aktuella genomförandeplaner för samtliga boende. Det är stödpersonen som skriver genomförandeplanen tillsammans med den enskilde och god man. Enhetschefen läser genomförandeplanerna och ger personalen återkoppling.

Det finns löpande journalanteckningar för varje boende. De boende har också en varsin kalenderbok där man för in anteckningar som rör planering, personalinformation och daganteckningar.

Personalen berättar att de känner sig osäkra kring dokumentationen i verksamhetssystemet Treserva och lyfter den sociala dokumentationen som ett förbättringsområde för verksamheten. De tycker också att det ibland kan vara svårt att hinna med att dokumentera.

Det pågår en utbildningsåtgärd och ett utvecklingsarbete avseende social dokumentation inom avdelningen Verksamheter kommunal regi. Syftet är att tydliggöra vad som ska dokumenteras och hur det ska göras.

⁴ SOSFS 2014:5(S) Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS

4.2.1 Bedömning av social dokumentation

Samtliga boende har aktuella genomförandeplaner.

4.3 Bemötande, självbestämmande och inflytande

Verksamheten använder *tydliggörande pedagogik* för de boende som har behov av det. Tydliggörande pedagogik innebär att genom visuellt stöd/bilder ge de boende struktur och kontroll över sin vardag. För att förstärka kommunikationen och underlätta för de boende att förstå och kunna påverka används bildstöd.

Personalen lagar all mat från grunden och veckans matsedel bestäms utifrån vad de boende tycker om. En dag i veckan, på fredagar, får en av de boende, enligt en rullande turordning, välja vilken mat som ska ätas.

Några av de boende har svårt uttrycka sig, därför finns det inget särskilt forum för brukarinflytande som till exempel brukarråd. Personalen är lyhörda och försöker genom olika alternativa metoder kommunicera med de boende för att få fram deras önskemål. Vid intervjuerna talar personalen omtänksamt och respektfullt om de boende.

Under observationen har personalen ett lyhört och respektfullt bemötande. I samtal med anhöriga/gode män framkommer att de känner sig trygga och tycker att personalen har ett gott bemötande.

4.3.1 Bedömning av bemötande, självbestämmande och inflytande

Personalen har ett lyhört och respektfullt bemötande.

4.4 Stödperson

Alla boende har en stödperson som har ansvar för genomförandeplan, kontakt med god man, handkassa, läkarbesök och för att uppdatera de individuella rutinerna för den boende.

Enligt personalen är stödpersonsuppdraget tydligt.

4.5 Meningsfull tillvaro

I stort sett alla boende på Kanelgränd 22 deltar i daglig verksamhet.

Personalen lagar middagen i det gemensamma köket. Matbordet dukas och måltidstillbehör ställs fram på bordet. Personal och flertalet av de boende äter tillsammans, någon hämtar sin mat och äter i sin lägenhet. Det är god stämning vid måltiden några boende är kvar i köket och småpratar med personalen. De har inget gemensamt kvällsfika utan de boende fikar inne hos sig.

Det är oftast individuella aktiviteter på helgerna till exempel museibesök och Bergfotens disco på fredagar. Verksamheten har åkt till Gålö under flera år vilket är en uppskattad sommarvistelse.

Alla verksamheter inom hela enheten, d v s grupperna av servicebostäder och gruppboendet, har gemensamma enhetsträffar för de boende ungefär var femte vecka. Det är en populär aktivitet med ofta upp till 20 deltagare. Innehållet i enhetsträffarna är oftast säsongsbetonade som kräftskiva, lucia, nyårsfirande och grillning på sommaren. Träffarna sker på Angelicagränd där de har störst utrymmen. Utifrån det stora intresset från brukarna har enheten beslutat att satsa på dessa träffar.

4.5.1 Bedömning av meningsfull tillvaro

Enhetsträffarna är uppskattade av de boende och bidrar till meningsfull tillvaro.

5 Måluppfyllelse och kvalitetsarbete (resultatkvalitet)

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.

5.1 Trygg och säker verksamhet

Det finns uppdaterade checklistor och skriftliga rutiner för alla relevanta områden i verksamheten. På samordnarmötena har enhetschefen och samordnarna gått igenom och uppdaterat alla rutiner. Rutinerna är tydliga och lättillgängliga för personalen.

Det finns arbetsrutiner som beskriver vilka uppgifter som ska utföras under arbetspassen. Det finns också en stöd- och metodmapp där den boendes individuella behov och rutiner beskrivs. Samtliga rutiner revideras vid behov.

Den tillfrågade personalen har kännedom om rapporteringen enligt Lex Sarah. Verksamheten har inte haft någon rapport enligt Lex Sarah under det senaste året.

Det finns rutiner och checklistor för introduktion av ny personal.

5.1.1 Bedömning av trygg och säker verksamhet

Alla rutiner är uppdaterade och kända av personalen.

Personalen har tillräcklig kännedom om rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah.

5.2 Systematiskt kvalitetsarbete

Som grund för verksamhetens systematiska kvalitetsarbete finns Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Verksamhetens kvalitetsarbete ska utgå från Socialförvaltningens kvalitetsledningssystem. Avdelningen Verksamheter kommunal regi införde under våren 2017 ett övergripande kvalitetsråd. Det består av en medarbetare från varje enhet, två enhetschefer och verksamhetsutvecklaren. Kvalitetsråd ska genomföras minst fyra gånger per år. Syftet är att säkra verksamheternas kvalitet genom systematisk uppföljning på enhets- och avdelningsnivå. Kvalitetsrådet ska också bidra till att ge medarbetare möjlighet att medverka vid planering, uppföljning och utveckling av verksamheten.

Avdelningen har ett årshjul för övergripande aktiviteter, rutiner och handlingsplaner som följs upp på API-möten under året.

Enheten har planeringsdag en gång om året. På planeringsdagarna diskuteras frågor som man behöver arbeta vidare med samt vilka mål och aktiviteter som ska prioriteras.

Enhetschefen ser samordnarna som en viktig funktion och engagerar dem i planeringen av verksamheten. Enhetschefen anser att hans roll är att prioritera och sätta ramarna för verksamheten, medan personalen står för innehållet. Personalen är enligt enhetschefen närmast verksamheten och därmed de som bäst ser förbättringsmöjligheter som kan driva utvecklingen framåt. Enhetschefen utreder och följer tillsammans med personalen upp avvikelser och vid behov revideras eller skrivs nya rutiner. Verksamhetens förbättringsarbete följs upp på verksamhetsmöten under året.

Verksamheten har följt upp de frågor och farhågor som uppstod inför omorganisationen. Resultatet var enbart positivt och verksamheten har förbättrats bland annat genom högre personaltäthet. Det är något som ger möjlighet till fler aktiviteter för de boende.

Verksamheten deltog i den nationella brukarundersökningen, 2017. Fem av sju boende svarade på enkäten. Verksamheten har haft en genomgång av svaren och kommit fram till att de behöver arbeta vidare med resultatet.

5.2.1 Bedömning av systematiskt kvalitetsarbete

Personalen är i hög grad delaktig och engagerad i verksamhetens planerings- och utvecklingsarbete.

6 Referenser

Lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

Socialtjänstlagen, SoL

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

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

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

Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet – Socialstyrelsen
Samverkan, Anhöriga och personal i LSS-verksamhet – Susanne Larsson, Lasse Nohrstedt

Äkta omsorg, Bemötande i praktiken – Susanne Larsson

Kommunikativ omvårdnad – Hjälpmedelsinstitutet

Kognitiva hjälpmedel – Myndigheten för delaktighet

Problemlösningsbeteende vid utvecklingsmässiga funktionshinder – Bo Hejlskov Elvén

www.kunskapsguiden.se

Vid vår granskning har vi tagit del av följande dokument:

Verksamhetsberättelse 2016

Enhetsplan 2017

Skriftlig beskrivning av samordnarens uppdrag

Scheman och tjänstgöringslistor

Skriftliga rutiner

Socialförvaltningens ledningssystem för kvalitet