

UTDRAG

§ 1086

Dnr 2017/SN 0206 013

**Kvalitetsgranskning av gruppboheter enligt LSS
i privat regi****Socialnämndens beslut**

- 1) Granskningarna noteras.
- 2) Åtgärder till följd av granskningarna återrapporteras till socialnämnden under våren år 2018.




Beskrivning av ärendet

Kommunens kvalitetsenhet har genomfört en kvalitetsgranskning av de två privata utförare som bedriver tre gruppboheter enligt LSS i Tyresö kommun.

Resultatet av granskningarna återkopplas både muntligt och skriftligt till verksamheten. Rapporterna överlämnas till socialförvaltningen som avgör vilka åtgärder verksamheten eventuellt behöver vidta.

Bilagor

- Tjänsteskrivelse Granskning.pdf
- Granskningsrapport Gränsvägen 2017.pdf
- Granskningsrapport Tärningen 2017.pdf
- Granskningsrapport Villa Linde 2017.pdf

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande
			

Tyresö kommun
Socialförvaltningen
Håkan Wramner
Utredare

TJÄNSTESKRIVELSE

2017-10-02

1 (3)

Darienummer

2017/SN 0206

Socialnämnden

Kvalitetsgranskning av gruppboheter enligt LSS

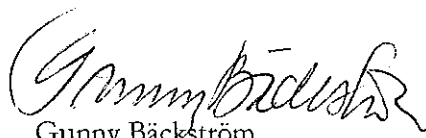
Förslag till beslut

- 1) Granskningarna noteras.
- 2) Åtgärder till följd av granskningarna återrapporteras till socialnämnden under våren år 2018.

Socialförvaltningen



Magnus Lubin
Förvaltningschef



Gunny Bäckström
Stabschef

Beskrivning av ärendet

Kommunens kvalitetsenhet har genomfört en kvalitetsgranskning av de två privata utförare som bedriver tre gruppboheter enligt LSS i Tyresö kommun.

Syftet med granskningarna är att ur ett medborgarperspektiv beskriva kvaliteten



i socialtjänstens verksamheter.

Granskningarna omfattar observationer, intervjuer och samtal med chef, kvalitetsutvecklare, verksamhetsledare, personal och intervjuer med anhöriga. Dessutom görs en genomgång av de dokument som rör verksamheten. Den sociala dokumentationen som rör enskilda granskas också.

Resultatet av granskningarna indelas i tre kvalitetsnivåer som färgsätts. 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.

Resultatet av granskningarna återkopplas både muntligt och skriftligt till verksamheten. Rapporterna överlämnas till socialförvaltningen som avgör vilka åtgärder verksamheten eventuellt behöver vidta.

Sammanfattning av granskningen av Gränsvägens gruppbostad Gränsvägen drivs sedan 2010 på entreprenad av företaget Nytida AB.

Av granskningen framkommer att verksamheten på flera punkter upprätthåller kvalitetsnivå grönt.

Verksamheten har dock kvalitetsnivå gult avseende måltidssituationen där bedömningen görs att denna kan förbättras för att öka delaktigheten för de boende.

Sammanfattning av granskningen av Tärningens gruppbostad Tärningen drivs sedan år 2016 på entreprenad av företaget Olivia Omsorg AB.

Av granskningar framkommer att verksamheten på flera punkter har kvalitetsnivå gult och rött.

Verksamheten behöver säkerställa ett hållbart och långsiktigt ledarskap samt säkerställa personalkontinuiteten. Bedömningen är att verksamheten på dessa punkter upprätthåller kvalitetsnivå gult.

Verksamheten behöver utveckla metoder och arbetssätt för att det ska vara en trygg och säker verksamhet. Verksamheten måste säkerställa att rutinerna är förankrade hos all personal. Verksamheten behöver också skapa struktur och systematik för sitt kvalitetsarbete och personalen behöver bli mer delaktiga. För dessa punkter bedöms verksamheten ha kvalitetsnivå rött.

Med anledning av kvalitetsbristerna kommer socialförvaltningen att kräva in en åtgärdsplan för bristerna ska åtgärdas. Förvaltningen kommer också uppdra åt kvalitetsenheten att göra en uppföljande granskning av Tärningens gruppbostad.

Sammanfattning av granskningen av gruppbostad Villa Linde

Villa Linde drivs sedan år 2016 på entreprenad av företaget Olivia Omsorg AB.

Granskningen visar att på tre punkter upprätthåller kvalitetsnivå gult. Verksamheten behöver därför säkerställa ett hållbart och långsiktigt ledarskap, förbättra journalföringen samt förbättra och säkerställa rutinerna kring omsorgen om de boendes personliga hygien.

Verksamheten har bedömts ha kvalitetsnivå rött avseende sin struktur och systematik för kvalitetsarbetets samt avseende personalens kunskap om rapportering av missförhållanden enligt Lex Sarah.

Med anledning av kvalitetsbristerna kommer socialförvaltningen att kräva in en åtgärdsplan för bristerna ska åtgärdas. Förvaltningen kommer också uppdra åt kvalitetsenheten att göra en uppföljande granskning av gruppbostad Villa Linde.

Gränsvägen gruppbostad

Dnr 2017/KS 0315


Adress: Gränsvägen 16, Tyresö

Verksamhetsform: Entreprenad, Nytida AB

Chef: Lena Lundin

Kvalitetsgranskningen genomfördes: 2017-08-15 - 2017-09-19

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 2017-10-06



Catrin Ullbrand

Kvalitetschef

tyresö kommun



Innehållsförteckning

	Sammanfattning av granskning på gruppboenden, Villa Linde	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)	6
4.1	Social dokumentation	7
4.2	Social dokumentation på Villa Linde	7
4.2.1	Bedömning av social dokumentation	7
4.3	Bemötande, självbestämmande och inflytande	7
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.....	10
5.2	Systematiskt kvalitetsarbete	10
5.2.1	Bedömning av systematiskt kvalitetsarbete	11
6	Referenser.....	12

Sammanfattning av granskning på gruppboenden, Gränsvägen

- ◆ Verksamhetschef, gruppchef och personal har tydliga uppdrag vilket präglar verksamheten.
- ◆ Personalen har regelbunden extern handledning.
- ◆ För att möjliggöra delaktighet och inflytande har personalen husmöten tillsammans med de boende. Husmötet har en tydlig struktur där de planerar och följer upp aktiviteter.
- ◆ Verksamheten har en metod för att säkerställa att samtliga insatser blir utförda under respektive arbetspass.
- ◆ Verksamhetschefen arbetar systematiskt med planering, uppföljning och utveckling av verksamheten.
- ◆ Måltidssituationen kan förbättras för att öka delaktigheten för de boende.

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 chef, kvalitetsutvecklare, verksamhetsledare, personal och intervjuer med anhöriga. Dessutom görs en genomgång av de dokument som rör verksamheten. 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 arbetsätt 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

Gränsvägen är en gruppbostad enligt LSS². Verksamheten drivs sedan 2010 på entreprenad av Nytida AB.

Gruppboستaden ligger i ett villaområde nära allmänna kommunikationer och service. Gruppboستaden består av sex lägenheter som är integrerade i en villa med gemensamt kök och vardagsrum. Lägenheterna är fullvärdiga bostäder och alla lägenheter har uteplats.

I gruppboستaden bor sex personer i åldern 25-54 år, två kvinnor och fyra män. De boende har olika funktionsnedsättningar och därmed behov av individuellt anpassat stöd. Verksamheten vänder sig till personer som har funktionsnedsättningar såsom autism och Downs syndrom.

Plats på boendet beviljas genom biståndsbeslut enligt LSS. Verksamheten bjuder in biståndshandläggarna till uppföljningsmöten två gånger per år.

Boendet har ett bra samarbete med den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen.

3.2 Ledning

Nytida AB ingår i företagsgruppen Ambea AB som är en av de största privata aktörerna inom vård och omsorg.

Verksamhetschefen, som tidigare varit gruppchef på Gränsvägen, tillträdde som verksamhetschef 2016. Hon har även ansvar för två mindre närliggande gruppboستäder i Haninge. Verksamhetschefen har högskoleutbildning³ och lång erfarenhet av arbete med målgruppen. Verksamhetschefen har även genomgått ledarskapsutbildningen Utveckande Ledarskap (UL, försvarshögskolans ledarskapsutbildning) samt chefsutbildning inom Ambea.

Verksamhetschefen deltar i en ledningsgrupp inom Södertörn med andra verksamhetschefer inom företaget. Hon uppger att hon har ett bra stöd genom de resurser som finns inom företaget som till exempel HR, etikombudsman och administrativt stöd.

En personal på gruppboستaden är även gruppchef. Han är undersköterska, har lång erfarenhet av arbetet med målgruppen, samt har genomgått en ledarutbildning inom Ambea.

Gruppchefen har ett tydligt ansvar för det dagliga arbetet i verksamheten, bemanning och administration. Gruppchefen har cirka 30 procent av sin

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 verksamheter 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.

tjänstgöring förlagd som administrativ tid. Verksamhetschefen har möten med sina gruppchefer en gång i månaden. Gruppcheferna samarbetar och ersätter varandra vid sjukdom och ledighet.

Gruppchefen och personalen uppfattar verksamhetschefen som närvarande, det går lätt att nå henne även om hon inte är i verksamheten.

3.3 Personal och bemanning

Gränsvägen är bemannad dygnet runt med minst en personal. Natttid finns en personal med sovande jour. På Gränsvägen arbetar 7,2 årsarbetare.

De flesta av personalen är utbildade undersköterskor och övriga genomgår för närvarande undersköterskeutbildningen. Hela personalgruppen har nyligen genomgått utbildning inom lågaffektivt bemötande⁴.

Personalen har regelbunden handledning. Handledningen anpassas utifrån verksamhetens och personalens behov.

Gruppchefen har förutom medarbetarsamtal, enskilda kvalitetssamtal med personalen fyra gånger per år.

Personalen uttrycker enhälligt att det är god stämning i arbetsgruppen, öppet klimat och att man trivs med sitt arbete. Vidare framkommer att personalen tycker att det är ordning och reda i verksamheten.

Ingen ordinarie personal slutade under 2016 och sjukfrånvaron var 3,33 procent.

3.3.1 Bedömning av ledning och personal

Verksamhetschef, gruppchef och personal har tydliga uppdrag vilket präglar verksamheten.

Den sammantagna kompetens är god.

Personalen har regelbunden extern handledning.

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 Socialstyrelsen, Ett kunskapsstöd med rekommendationer för chefer, verksamhetsansvariga och personal. Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamheter.

4.1 Social dokumentation

Social dokumentation är ett samlingsnamn för genomförandeplaner, journalanteckningar och annat som skrivs inom ramen för Socialtjänstlagen. Den sociala dokumentationen är lagstyrd³ 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 Gränsvägen

Alla boende har vid granskningstillfället aktuella genomförandeplaner och det framgår vilka som deltagit vid upprättandet. Genomförandeplanerna beskriver tydligt de boendes individuella behov av stöd och målet med insatserna.

Det finns journalanteckningar för varje boende. Arbetet med mål och delmål dokumenteras löpande. Varje boende har tre utvecklingsmål som följs upp två gånger om året vid ett uppföljningsmöte med den enskilde, anhöriga, stödperson och även biståndshandläggaren bjuds in till detta möte.

Personalen uppger att det finns tillräckligt med tid för social dokumentation.

4.2.1 Bedömning av social dokumentation

Genomförandeplanerna beskriver tydligt de boendes individuella behov av stöd och målet med insatserna.

4.3 Bemötande, självbestämmande och inflytande

En kväll i veckan har boende och personal husmöte. På husmötet pratar man om veckomatsedeln och en av de boende får välja middag till kommande lördag. Vidare följer man upp föregående helgaktiviteter och planerar kommande aktiviteter.

Genom personalen använder bildstöd har det underlättat för de boende, som har svårt att kommunicera, att göra egna val. Det finns en förslagslåda på gruppboendet och de förslag som kommer in går igenom vid husmötena.

³ SOSFS 2014:5(S) Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av Sol, LVU, LVM och LSS

Personalen berättar att de har kontinuerlig dialog och ett nära och bra samarbete med de anhöriga. De boende bjuder in sina anhöriga till fest tre gånger om året och är delaktiga i planeringen av festen, planerar mat, bakar osv. Gruppchefen skriver även månadsbrev till de anhöriga.

Vid observationstillfällena har personalen ett respektfullt och personligt bemötande gentemot de boende.

Vid samtal med anhöriga framkommer att personalen har ett mycket gott bemötande. Anhöriga känner sig alltid välkomna och de upplever att deras närstående trivs och har det tryggt.

4.3.1 Bedömning av bemötande, självbestämmande och inflytande

För att möjliggöra delaktighet och inflytande har personalen husmöten tillsammans med de boende. Husmötet har en tydlig struktur där de planerar och följer upp aktiviteter.

Personalen har ett personligt och respektfullt bemötande.

4.4 Stödperson

Vid inflyttning utses två stödpersoner, varav en som har särskilt ansvar för den boendes utveckling och att man arbetar mot dennes mål. Det finns en skriftlig beskrivning av stödpersonens uppdrag. Stödpersonen ansvarar för upprättande av genomförandeplan, hantering av den boendes privata medel och för kontakter med anhöriga och andra personer som är viktiga för den enskilde.

4.5 Meningsfull tillvaro

Samtliga boende på Gränsvägen deltar i daglig verksamhet. Samarbetet med de boendes dagliga verksamhet fungerar väl.

Personalen lagar middag utifrån den överenskomna veckomatsedeln. De boende kan hjälpa till vid maten efter vilja och förmåga eller vara delaktiga genom att sin närvaro. Vid observationerna serverade personalen de boende maten upplagd på tallrikar utan att fråga hur mycket mat var och en önskade. Det saknades måltidstillbehör på borden. Det finns möjlighet att äta i sin egen lägenhet om man vill.

De boende har ett eget veckoschema för olika aktiviteter, som sysslor i hemmet, arbete och fritid. Några boende har stöd i matlagning eller bakning i sin lägenhet en gång i veckan.

Varje boende har så kallad egen tid inplanerad tillsammans med en personal då den boende utifrån önskemål och förmåga ges möjlighet att välja vad denne vill göra.

Verksamheten erbjuder två fasta gemensamma aktiviteter i veckan, (onsdaxklubben i Haninge och fredagsdisco på Bergfoten), samt en helgaktivitet som planeras på husmötet.

Under sommaren har verksamheten två separata aktivitetsveckor, med övernattningar och olika utflykter.

4.5.1 Bedömning av meningsfull tillvaro

Måltidssituationen kan förbättras för att öka delaktigheten för de boende.

Det finns en tydlig planering för aktiviteter som genomförs och utvärderas på husmötena.

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 checklistor och skriftliga rutiner för alla relevanta områden i verksamheten. Centralt framtagna rutiner har vid behov anpassats till verksamheten.

En genomgång av rutiner, rapportskyldigheten enligt Lex Sarah, regelverk och policys sker löpande minst en gång om året.

Verksamheten har en tydlig struktur för introduktion av ny personal. Den brukar omfatta tre arbetspass, då man bland annat går igenom rutiner och checklistor. Man går också igenom de individuella rutinerna för varje boende.

Avvikelse finns dokumenterade och rutinerna rörande avvikelser är kända bland personalen. Personalen har kunskap om rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah.

Gränsvägen har inte haft någon Lex Sarah rapport det senaste året.

Det finns ett dagligt skriftligt arbetsblad för vad som ska göras under de olika arbetspassen. Arbetsuppgifterna fördelas bland personalen och stryks av respektive personal när de utförts. Enligt verksamhetschef och personal skapar det trygghet och säkrar den dagliga verksamheten.

5.1.1 Bedömning av trygg och säker verksamhet

Verksamhetens rutiner är väl förankrade hos personalen.

Verksamheten har en metod för att säkerställa att samtliga insatser blir utförda under respektive arbetspass.

5.2 Systematiskt kvalitetsarbete

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

Nytida har ett övergripande ledningssystem för kvalitet (Qualimax), syftet med systemet är att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Dokumentationen av kvalitetsarbetet sker i "förbättringsloggen" som är en del av Qualimax och ett digitalt stöd till verksamheten.

Ledningssystemet är förankrat och tillämpas i arbetet i verksamheten.

Verksamhetsplanen tas fram tillsammans med personalen och följs upp med jämna mellanrum för att säkerställa att arbetet går framåt enligt plan.

Verksamheten har APT-möte en gång i månaden, där bland annat synpunkter, klagomål och avvikelser lyfts kontinuerligt. Personalen har en hög medvetenhet om vikten av att arbeta aktivt med avvikelser för att förbättra verksamheten. Avvikelser kan leda till att rutiner justeras eller skrivs om.

Verksamheten har kvalitetsråd en gång i månaden och väljer då att fokusera på något eller några förbättringsområden, samt följer upp vad som har gjorts på nästkommande kvalitetsråd.

Verksamhetschefen har som mål att göra en genomgång och analys av verksamhetens resultat på APT-möten i syfte att öka medarbetarnas delaktighet.

Kvalitetssamtal genomförs med samtliga medarbetare för att skapa engagemang och delaktighet samt ta tillvara medarbetarnas idéer, kompetens och vilja till förbättringar.

Verksamheten har en tydlig struktur för uppföljning av de boendes utveckling och mål.

Verksamheten deltog i den nationella brukarundersökningen 2016.

5.2.1 Bedömning av systematiskt kvalitetsarbete

Verksamhetschefen arbetar systematiskt med planering, uppföljning och utveckling av verksamheten.

Personalen är i hög grad delaktig 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, Ett kunskapsstöd med rekommendationer – 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

Vid vår granskning har vi tagit del av följande dokument:

Verksamhetsberättelse 2016

Verksamhetsplan 2017

Kundundersökning 2016

Medarbetarundersökning 2017

Scheman och tjänstgöringslistor

Skriftliga rutiner

Ledningssystem för kvalitet, Qualimax

Kravspecifikation och avtal med Nytida AB

Tärningen gruppbostad

Dnr 2017/KS0308

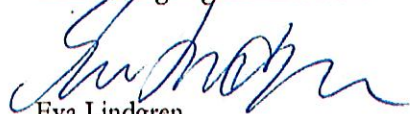
Adress: Granängsvägen 9, Tyresö

Verksamhetsform: Entreprenad, Olivia Omsorg

Chef: Madeleine Solenäng

Kvalitetsgranskningen genomfördes: 2017-06-08 - 2017-09-05

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 2017-10-06










Catrin Ullbrand

Kvalitetschef




Innehållsförteckning

	Sammanfattning av granskning på gruppboenden, Tärningen.....	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.....	7
4	Arbetet i verksamheten (processkvalitet)	7
4.1	Social dokumentation.....	7
4.2	Social dokumentation på Tärningen.....	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.....	9
4.5	Meningsfull tillvaro.....	9
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.....	10
5.2	Systematiskt kvalitetsarbete.....	10
5.2.1	Bedömning av systematiskt kvalitetsarbete.....	10
6	Referenser	11

Sammanfattning av granskning på gruppbostaden, Tärningen

-  För att stärka kompetensen har personalen regelbunden extern handledning.
-  Vid inflyttning på Tärningen är utgångspunkten att den boende har en stödperson som denne själv valt.
-  Verksamheten behöver säkerställa ett hållbart och långsiktigt ledarskap.
-  Verksamheten behöver säkerställa personalkontinuiteten.
-  Verksamheten behöver utveckla metoder för att uppnå en trygg och säker verksamhet.
-  Verksamheten måste säkerställa att rutinerna är förankrade hos all personal.
-  Verksamheten behöver skapa struktur och systematik för sitt kvalitetsarbete och personalen behöver bli mer delaktig.

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 chef, personal, kvalitetsutvecklare, verksamhetsledare, boende och intervjuer med anhöriga.

Dessutom görs en genomgång av de dokument som rör verksamheten. 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

Tärningen är en gruppbostad enligt LSS² som drivs på uppdrag av Tyresö kommun av Olivia Omsorg AB. Tärningen är en relativt ny verksamhet som startade i maj 2016.

Gruppboenden ligger i ett område med flerbostadshus på promenadavstånd från Tyresö centrum. Gruppboenden är en ombyggd förskola och består av sex lägenheter med gemensamt kök och vardagsrum. Lägenheterna är fullvärdiga bostäder och alla lägenheter har uteplats.

I gruppboenden bor sex unga vuxna i åldern 23-30 år, två kvinnor och fyra män. De boende har olika funktionsnedsättningar såsom lindrig utvecklingsstörning, autism och autismliknande tillstånd och är i behov av individuellt anpassat stöd från personalen.

Plats på boendet beviljas genom biståndsbeslut enligt LSS personkrets 1. Personalen på gruppboenden deltar vid uppföljningsmöten tillsammans med biståndshandläggaren.

Boendet har ett bra samarbete med den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen som är tillgänglig vid behov. Samverkan med de boendes dagliga verksamhet fungerar också väl.

Verksamheten har tät kontakt med föräldrar då de flesta som bor där flyttade direkt hemifrån. Verksamheten har anhörigmöten två gånger per termin.

3.2 Ledning

Olivia Omsorg AB bedriver LSS-verksamhet och ingår i koncernen Team Olivia AB, som har verksamhet inom flera av socialtjänstens verksamhetsområden. På huvudkontoret på Södermalm finns ett kvalitetsteam med flera stödfunktioner inom olika områden. Verksamhetschefen utgår från huvudkontoret och ingår i en ledningsgrupp som består av verksamhetschefer inom LSS-området.

Tärningen har haft flera olika verksamhetschefer sedan verksamheten startade. Nuvarande verksamhetschef för Tärningen tillträdde i oktober 2016. Hon var vid granskningstillfället även chef för gruppboenden Villa Linde i Tyresö, samt två verksamheter i Nacka kommun. Verksamhetschefen är socionom³ och har tidigare bland annat arbetat som organisationskonsult, utvecklingsledare och som chef inom Frösunda omsorg (LSS).

² LSS, Lsg 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 tillräckligt med kunskap för att leda den.

Tärningen har en verksamhetsledare som arbetar dagtid måndag till fredag. Hon är på plats i verksamheten och har 25 procent av sin tjänstgöring inom omsorgen om de boende och 75 procent som verksamhetsledare. Hon ansvarar för att leda det dagliga arbetet samt för viss administration och personalbemanning vid korttidsfrånvaro. Verksamhetsledaren är socionom och har handledarutbildning. Hon har tidigare bland annat arbetat som kurator på särskola och började som verksamhetsledare på Tärningen i oktober 2016.

Verksamhetschefen och verksamhetsledarna för de fyra verksamheterna i Nacka och Tyresö träffas en gång i månaden. Verksamhetsledarna på Tärningen och Villa Linde har regelbunden kontakt och använder varandra som kollegialt stöd.

Tärningens verksamhetsledare anser att det är oklart vad som ingår i hennes ansvarsområde, vilket innebär att hennes uppdrag blir otydligt.

I samtal med personalen säger de att de i första hand vänder sig till verksamhetsledaren eftersom hon finns på plats i verksamheten. Personalen uttrycker att hon är viktig för enheten och de har stort förtroende för henne.

3.3 Personal och bemanning

Tärningen har 6,25 årsarbetare. Personalen har schemalagd arbetstid och har sovande jour. Flertalet av personalen arbetar deltid, cirka 80 procent av en heltid. Tärningen har haft en hög personalomsättning, endast två personal finns kvar sedan starten i maj 2016. Verksamheten har haft flera vakanta tjänster vilket har inneburit mycket arbete med bemanning och rekrytering av vikarier.

Vid intervjuer med anhöriga framkommer att det varit stor personalomsättning och mycket vikarier, vilket oroat anhöriga och påverkat tryggheten för de boende. De hoppas att personalsituationen nu har stabiliserats.

Två personal är utbildade undersköterskor och några har utbildning inom utvecklingsstörning och funktionsnedsättning. All personal har tidigare erfarenhet av arbete inom vård och omsorg.

Personalen uttrycker att det är god stämning i personalgruppen och att de trivs bra. Vid intervjuer och under observationer framkommer att personalen är engagerad i sitt arbete.

Olivia omsorg har internutbildning i lågaffektivt bemötande som personalen ska delta i. Vid granskningstillfället pågick ett arbete med att upprätta genomförandeplaner och utveckla bildstöd.

Verksamhetschefen och verksamhetsledaren har personalkonferens var annan vecka med medarbetarna för att utveckla verksamheten i syfte att möta brukarnas behov.

Personalen har extern handledning var sjätte vecka. Handledningen har inriktning på tillämpad beteendeanalys (TBA). Personalen har även deltagit i en utbildning avseende TBA och är nöjda med handledningen. Även verksamhetschefen deltar i denna utbildning och i handledning.

3.3.1 Bedömning av ledning och personal

Verksamheten behöver säkerställa ett hållbart och långsiktigt ledarskap.

Verksamheten behöver säkerställa personalkontinuiteten.

För att stärka kompetensen har personalen regelbunden extern handledning.

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 Tärningen

Det pågår ett utvecklingsarbete med att skriva nya och tydligare genomförandeplaner som utgår från IBIC⁵. Personalen får ett omfattande stöd från kvalitetsteamet i detta.

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

⁵ IBIC – Individens Behov I Centrum, är en nationell modell för dokumentation som tagits fram av Socialstyrelsen. Det systematiska och behovsriktade arbetssättet bidrar till att tydliggöra den enskildes resurser, svårigheter och behov.

Alla boende har vid granskningsstillfället genomförandeplaner. De nya genomförandeplanerna beskriver tydligt de boendes individuella behov av stöd och målet med insatserna. De boendes behov och delaktighet framgår i genomförandeplanerna.

Den löpande dokumentationen ska enligt Socialstyrelsen innehålla en beskrivning av händelse – åtgärd – resultat. I samtliga akter finns tydliga beskrivningar av viktiga händelser. Dokumentationen är relevant och det går att följa händelser av vikt.

Personalen uppger att det finns gott om tid för att dokumentera.

4.2.1 Bedömning av social dokumentation

De nya uppdaterade genomförandeplanerna är av god kvalitet.

4.3 Bemötande, självbestämmande och inflytande

En gång i veckan har de boende husmöten ”söndagssnack” där de diskuterar mat och gemensamma aktiviteter. Vid inflyttning på Tärningen blev de boende tillfrågade om vilken stödperson som de ville ha. För att öka de boendes delaktighet har verksamheten som målsättning att de boende bland annat ska vara delaktiga vid rekrytering av personal.

För att underlätta kommunikationen för några av de boende använder personalen AKK⁶ i form av bildstöd.

Vid observationstillfällena har personalen ett respektfullt och personligt bemötande gentemot de boende.

Anhöriga berättar att personalen har ett gott bemötande och de känner sig välkomna till boendet. De anhöriga som intervjuades hade dock synpunkter på den interna kommunikationen. Information når inte alltid fram till samtlig berörd personal.

Verksamhetschefen och verksamhetsledaren skriver informationsbrev till de anhöriga varje månad.

4.3.1 Bedömning av bemötande, självbestämmande och inflytande

Personalen har ett personligt och respektfullt bemötande.

Verksamheten arbetar med brukardelaktighet genom bland annat ”söndagssnack”.

⁶ AKK Alternativ och kompletterande kommunikation, är ett samlingsnamn för olika kommunikationssätt och metoder som stödjer kommunikation mellan människor och hjälper personer med kommunikationssvårigheter att förstå andra och att uttrycka sig.

4.4 Stödperson

Stödpersonen har ett särskilt ansvar för att skapa trygghet för den boende och att denne får den omsorg som den behöver. I uppdraget ingår att ansvara för upprättande av genomförandeplan, hantering av den boendes privata medel och för kontakter med anhöriga och andra personer som är viktiga för den enskilde. Det finns en skriftlig beskrivning av stödpersonens uppdrag men all personal har inte i uppdrag att vara stödperson.

4.5 Meningsfull tillvaro

Samtliga boende på Tärningen deltar i daglig verksamhet. De boende har ett eget veckoschema för olika aktiviteter, som till exempel sysslor i hemmet, arbete och fritid.

De boende på Tärningen har individuella aktivitetsplaner. Eftersom de boende har så olika behov och önskemål kan det vara svårt att få dem att delta i gemensamma aktiviteter. Verksamheten planerar dock gemensamma aktiviteter främst på helgerna. I sommar har verksamheten gjort en längre gemensam utflykt med övernattnings till Furuviksparken, vilket var mycket uppskattat av de boende. Några reser bort tillsammans med sina föräldrar under sommaren.

4.5.1 Bedömning av meningsfull tillvaro

För att öka gemenskapen på boendet behöver fortsätta att utveckla gemensamma aktiviteter på boendet.

5 Måluppfyllelse och kvalitetsarbete (resultat kvalitet)

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

Nuvarande verksamhetsledare har utarbetat lokala rutiner inom flera områden. Rutinerna rörande avvikelser finns dokumenterade och är kända bland personalen. Den tillfrågade personalen har tillräcklig kunskap om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah, men de uttrycker önskemål om att få möjlighet att reflektera kring ämnet.

De boende på Tärningen har olika behov och det är stora individuella variationer i behovet av stöd och förhållningssätt. Det ställer bland annat höga krav på kontinuitet och väl inarbetade rutiner i personalgruppen. Personalen på Tärningen är relativt nyanställda och i samtal med personalen framkommer att rutinerna inte är förankrade hos all personal. Det framkommer även att verksamheten inte har inarbetade metoder och arbetssätt.

Enligt rutinerna ska nyanställd personal och timvikarier få en introduktion omfattande tre arbetspass eller fler. I samtal med personal framkommer att det inte alltid fungerat tillfredsställande.

5.1.1 Bedömning av trygg och säker verksamhet

Verksamheten behöver utveckla metoder för att uppnå en trygg och säker verksamhet.

Verksamheten måste säkerställa att rutinerna är förankrade hos all personal.

Verksamheten behöver se till att introduktionen av nyanställda görs enligt rutinerna.

5.2 Systematiskt kvalitetsarbete

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

Olivia Omsorg har ett ledningssystem för kvalitet som beskriver processerna i verksamheten. Kopplat till processerna finns rutiner och stöddokument som mallar och blanketter, lagrum och vem som är ansvarig. Olivia Omsorg har ett övergripande årshjul för aktiviteter under verksamhetsåret.

Ledningssystemet har inte anpassats till enheten och används inte strukturerat och systematiskt i verksamheten. Det saknas till exempel årshjul och verksamhetsplan för 2017.

Verksamheten hade en planeringsdag i februari och planerar att ha ytterligare en i september för att diskutera innehållet i verksamheten.

Avvikelse, synpunkter och klagomål lyfts på personalmöten och utgör ett underlag för förbättringsarbetet. Personal berättar att de inte alltid får återkoppling på sina frågeställningar eller att mötestiden inte räcker till för att behandla det som personalen vill lyfta.

I samtal med personalen framkommer att det på personalmötena har varit stort fokus på att få det vardagliga arbetet på boendet att fungera.

5.2.1 Bedömning av systematiskt kvalitetsarbete

Verksamheten behöver skapa struktur och systematik för sitt kvalitetsarbete och personalen behöver bli mer delaktig.

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, Ett kunskapsstöd med rekommendationer – Socialstyrelsen

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

Årta omsorg, Bemötande i praktiken – Susanne Larsson

Kommunikativ omvårdnad – Hjälpmedelsinstitutet

Kognitiva hjälpmedel – Myndigheten för delaktighet

Problemskapande beteende vid utvecklingsmässiga funktionshinder – Bo Hejlskov Elvén

Vid vår granskning har vi tagit del av följande dokument:

Verksamhetsberättelse 2016

Scheman och tjänstgöringslistor

Skriftliga rutiner

Skriftlig beskrivning av stödpersonens uppdrag

Ledningssystem för kvalitet

Utbildningskalender för hösten 2017

Avtal med Olivia omsorg med kravspecifikation

Olivia Omsorgs verksamhetshandbok

Villa Linde gruppbostad

Dnr 2017/KS 0307

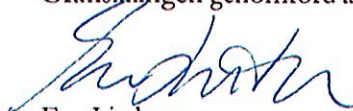
Adress: Lindevägen 44, Tyresö

Verksamhetsform: Entreprenad, Olivia Omsorg

Chef: Madeleine Solenäng

Kvalitetsgranskningen genomfördes: 2017-05-30 - 2017-2017-09-05

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 2017-10-06



Catrin Ullbrand







Kvalitetschef

tyresö kommun 




Innehållsförteckning

	Sammanfattning av granskning på gruppbestaden, Villa Linde	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	7
4	Arbetet i verksamheten (processkvalitet).....	7
4.1	Social dokumentation.....	7
4.2	Social dokumentation på Villa Linde	8
4.2.1	Bedömning av social dokumentation	8
4.3	Bemötande, självbestämmande och inflytande	8
4.3.1	Bedömning av bemötande, självbestämmande och inflytande.....	9
4.4	Stödperson	10
4.5	Meningsfull tillvaro.....	10
4.5.1	Bedömning av meningsfull tillvaro	10
5	Måluppfyllelse och kvalitetsarbete (resultatkvalitet)	10
5.1	Trygg och säker verksamhet.....	10
5.1.1	Bedömning av trygg och säker verksamhet.....	11
5.2	Systematiskt kvalitetsarbete	11
5.2.1	Bedömning av systematiskt kvalitetsarbete	11
6	Referenser	12

Sammanfattning av granskning på gruppboenden, Villa Linde

-  För att säkerställa och stärka kompetensen har personalen regelbunden extern handledning.
-  Verksamheten behöver säkerställa ett hållbart och långsiktigt ledarskap.
-  Journalanteckningarna behöver förbättras.
-  Verksamheten behöver förbättra och säkerställa rutinerna kring omsorgen om de boendes personliga hygien.
-  Verksamheten måste säkerställa att all personal har kunskap om rapportering av missförhållanden enligt Lex Sarah.
-  Verksamheten behöver skapa struktur och systematik för sitt kvalitetsarbete.

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 chef, kvalitetsutvecklare, verksamhetsledare, personal och intervjuer med anhöriga. Dessutom görs en genomgång av de dokument som rör verksamheten. 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

Villa Linde är en gruppbostad enligt LSS² som drivs på uppdrag av Tyresö kommun av Olivia Omsorg AB. Villa Linde är en relativt ny verksamhet som startade i januari 2016.

Gruppboستaden ligger i ett villaområde i Trollbäcken och består av sex lägenheter som är integrerade i en villa med gemensamt kök och vardagsrum. Lägenheterna är fullvärdiga bostäder och alla lägenheter har uteplats.

I gruppboستaden bor sex unga vuxna i åldern 23-27 år, en kvinna och fem män. De boende har olika funktionsnedsättningar såsom autism och Downs syndrom och är i behov av individuellt anpassat stöd från personalen.

Plats på boendet beviljas genom biståndsbeslut enligt LSS personkrets 1. Verksamheten deltar i uppföljningsmöten tillsammans med biståndshandläggaren.

Boendet har ett bra samarbete med den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen som deltar på personalmöten ungefär en gång i månaden, samt är tillgängliga vid behov. Samverkan med de boendes dagliga verksamhet fungerar också väl.

Verksamheten har tät kontakt med anhöriga då de flesta som bor där flyttade direkt hemifrån. Verksamheten har anhörigmöten en gång per termin.

3.2 Ledning

Olivia Omsorg AB bedriver LSS-verksamhet och ingår i koncernen Team Olivia AB, som har verksamhet inom flera av socialtjänstens verksamhetsområden. På huvudkontoret på Södermalm finns ett kvalitetsteam med flera stödfunktioner inom olika områden. Verksamhetschefen utgår från huvudkontoret och ingår i en ledningsgrupp som består av verksamhetschefer inom LSS-området.

Nuvarande verksamhetschef för Villa Linde tillträdde i oktober 2016. Hon är även chef för gruppboستaden Tärningen i Tyresö, samt två verksamheter i Nacka kommun. Verksamhetschefen är socionom³ och har tidigare bland annat arbetat som organisationskonsult, utvecklingsledare och som chef inom Frösunda omsorg (LSS). Villa Linde har haft tre olika verksamhetschefer sedan verksamheten startade i januari 2016.

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 tillräckligt med kunskap för att leda den.

Från och med hösten 2017 kommer villa Linde att få en ny tillfällig verksamhetschef. Syftet är att villa Linde ska få mer chefsstöd i arbetet med att utveckla verksamheten.

På boendet finns en verksamhetsledare som arbetar 75 procent av sin tjänstgöring inom omsorgen om de boende och 25 procent som verksamhetsledare. Verksamhetsledaren ansvarar för att leda det dagliga arbetet samt för viss administration och personalbemanning vid korttidsfrånvaro. Verksamhetsledaren har arbetat med målgruppen sedan 1990 och har relevant grundutbildning i form av GPU och PPU⁴ samt kortare påbyggnadsutbildningar.

Verksamhetschefen och verksamhetsledarna för de fyra verksamheterna i Nacka och Tyresö träffas en gång i månaden. Verksamhetsledarna på Villa Linde och Tärningen har regelbunden kontakt och använder varandra som kollegialt stöd.

Villa Lindes verksamhetsledare menar att hennes uppdrag delvis är oklart och att arbetsuppgifterna har förskjutits från omsorgen om de boende till mer administrativa uppgifter och bemanning. Verksamhetsledaren tycker att hon får ett bra administrativt stöd från huvudkontoret i olika frågor.

I samtal med personalen säger de att de i första hand vänder sig till verksamhetsledaren. Personalen tycker att det är relativt tydligt vilka frågor som verksamhetschefen ansvarar för.

3.3 Personal och bemanning

Villa Linde har 9,6 årsarbetare. Tolv personer är anställda varav tre arbetar natt. Endast verksamhetsledaren har en heltidstjänst, övrig personal arbetar cirka 90 procent av en heltid. All personal, även verksamhetsledaren, har schemalagd arbetstid.

Enheten är bemannad dygnet runt med minst en personal. På förmiddagen arbetar två personal och på eftermiddag och kväll tre personal. Natttid finns en särskild vaken nattpersonal som arbetar mellan klockan 21.00 och 08.00.

I stort sett all personal har adekvat utbildning och de flesta har även lång erfarenhet av arbete inom vård och omsorg.

Verksamhetschef och personal har möte varannan vecka. Personalmötena fungerar också som "arbetande möten" där man kan påbörja ett utvecklingsarbete som behöver göras.

Personalen har extern handledning var sjätte vecka. Handledningen har inriktning på tillämpad beteendeanalys (TBA). Personalen har även deltagit i en

⁴ Grund och påbyggnadsutbildning för omsorger om psykiskt utvecklingsstörda.

utbildning avseende TBA och de är nöjda med handledningen. Även verksamhetschefen deltar i denna utbildning och handledning. Vid granskningstillfället pågick ett arbete med att upprätta genomförandeplaner och utveckla bildstöd.

Vid samtal med personal uppger de att det finns behov av utbildning i teckenkommunikation utifrån att flera av de boende på Villa Linde har svårt att kommunicera. Några i personalgruppen har tidigare erfarenhet av att kommunicera med teckenstöd. Personalen uttrycker enhälligt att det är god stämning i arbetsgruppen och att man trivs med sitt arbete.

Flertalet av personalen har arbetat på Villa Linde sedan boendet startades och endast en personal har slutat. Två medarbetare är långtidssjukskrivna, frånvaron är inte arbetsrelaterad enligt verksamhetsledaren.

Den totala sjukfrånvaron för 2016 är 5,44 procent.

3.3.1 Bedömning av ledning och personal

Verksamheten behöver säkerställa ett hållbart och långsiktigt ledarskap.

För att säkerställa och stärka kompetensen har personalen regelbunden extern handledning.

4 Arbetet i verksamheten (processkvalitet)

Här beskrivs de arbetsätt 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 lagstyrd⁵ 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

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

vad som ska utföras, men i genomförandeplanen ligger fokus på *hur* de beviljade insatserna ska utföras.

4.2 Social dokumentation på Villa Linde

Verksamheten har nyligen gjort ett utvecklingsarbete med att skriva nya och tydligare genomförandeplaner som utgår från IBIC⁶. Personalen har haft ett omfattande stöd från kvalitetsteamet i detta arbete.

Alla boende har vid granskningstillfället aktuella genomförandeplaner. Flertalet av genomförandeplanerna beskriver de boendes individuella behov av stöd och målet med insatserna. Vid samtal med personal framkommer att de arbetar systematiskt och strukturerat för att den enskilde ska uppnå sina mål. De boendes behov och delaktighet framgår i genomförandeplanerna men nattinsatserna kan beskrivas tydligare i de fall det är aktuellt.

Den löpande dokumentationen ska enligt Socialstyrelsen innehålla en beskrivning av händelse – åtgärd – resultat. Det finns löpande journalanteckningar och arbetsanteckningar för varje boende. Det finns dock en sammanblandning av journalanteckningar och arbetsanteckningar i verksamhetssystemet så det blir svårt att följa händelser som är av vikt för den enskilde.

Personalen uppger att de har tillräckligt med tid för att dokumentera.

4.2.1 Bedömning av social dokumentation

Genomförandeplanerna är av god kvalitet.

Journalanteckningarna behöver förbättras.

4.3 Bemötande, självbestämmande och inflytande

För att ta reda på varje enskilds önskemål och planera insatserna använder personalen olika metoder för att anpassa sitt sätt att kommunicera med den boende. Verksamheten har ett pågående arbete med att utveckla Alternativ och kompletterande kommunikation, AKK.

⁶ IBIC – Individens Behov I Centrum, är en nationell modell för dokumentation som tagits fram av Socialstyrelsen. Det systematiska och behovsriktade arbetssättet bidrar till att tydliggöra den enskildes resurser, svårigheter och behov.

Alternativ och kompletterande kommunikation, AKK

Alternativ och kompletterande kommunikation, AKK, är ett samlingsnamn för olika kommunikationssätt och metoder som stödjer kommunikation mellan människor och hjälper personer med kommunikationssvårigheter att förstå andra och att uttrycka sig. Vanliga former av AKK är tecken som stöd, bilder, symboler, konkreta föremål, talande hjälpmedel och appar/datorer.

Exempel på funktionsnedsättningar som kan ge kommunikationssvårigheter är intellektuell funktionsnedsättning, autism, förvärvad hjärnskada och rörelsehinder. En del personer med kommunikationssvårigheter har endast svårt att uttrycka sig, men många har också svårt att förstå vad andra säger.

Flera av de boende på Villa Linde kan inte kommunicera i grupp och därför är det i dagsläget svårt att arbeta med brukarinflytande via brukarråd och husmöten.

Vid observationstillfällena har personalen ett respektfullt och personligt bemötande gentemot de boende och vid intervjuer framkommer att personalen är engagerad i sitt arbete. I samtal med personalen uttrycker de att de är där för de boendes skull och att det finns mycket ”värme och kärlek” gentemot de boende.

Anhöriga är ofta på besök på boendet och flera av föräldrarna önskar att få daglig information om till exempel aktiviteter. För att skapa trygghet behöver personalen ha stor förmåga att möta upp och kommunicera. I samtal med föräldrar framkommer att några har uppmärksammat brister i skötseln av den boendes personliga hygien, till exempel vid tandvård och toalettbesök. Föräldrarna berättar att personalen har ett gott bemötande och att deras vuxna barn trivs på boendet.

Verksamhetsledaren skriver månadsbrev till anhöriga sedan våren 2017, vilket är mycket uppskattat.

4.3.1 Bedömning av bemötande, självbestämmande och inflytande

Verksamheten behöver säkerställa rutinerna kring omsorgen om de boendes personliga hygien.

Personalen har ett respektfullt bemötande.

4.4 Stödperson

Vid inflyttning utses en stödperson som har ett särskilt ansvar för att skapa trygghet för den boende och att denne får den omsorg som den behöver. Stödpersonen ansvarar för upprättande av genomförandeplan, hantering av den boendes privata medel och för kontakter med anhöriga och andra personer som är viktiga för den enskilde. Vid stödpersonens frånvaro ska ansvaret delegeras till annan stödperson. Det finns en skriftlig beskrivning av stödpersonens uppdrag.

4.5 Meningsfull tillvaro

Middagen på Villa Linde är en samlingspunkt för social samvaro och alla boende och personal äter tillsammans utifrån att de boende vill det. Det finns möjlighet att äta i sin egen lägenhet om man vill. De boende hjälper till i köket efter förmåga.

Samtliga boende på Villa Linde deltar i daglig verksamhet. De boende har ett eget veckoschema för olika aktiviteter, som till exempel sysslor i hemmet, arbete och fritid. Det är den enskildes behov och önskemål som styr schemat.

Villa Linde har fått synpunkter från anhöriga angående brist på aktiviteter. Verksamheten har därefter gjort ett aktivitetschema för varje helg. Helgaktiviteter som genomförts är till exempel besök på Fjärilshuset, Torekällberget, Skansen och olika museum. Aktivitetsschemat ska prövas en period för att sedan utvärderas. Enligt personalen vill de boende inte alltid ha så omfattande aktiviteter. Flera boende gör även aktiviteter tillsammans med sina föräldrar eller är hos sina föräldrar på helger.

Verksamheten planerade för gemensamma dagliga utflykter under sommaren. Verksamheten åkte till Mättinge, Valjevikens fritids- och rekreationsanläggning några dagar för miljöombyte och rekreation. Alla föräldrar ville inte att deras vuxna barn skulle åka med varför personal fanns kvar på Villa Linde.

4.5.1 Bedömning av meningsfull tillvaro

Verksamheten behöver fortsätta arbetet med aktiviteter genom att följa upp och utvärdera resultatet utifrån de boendes perspektiv.

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 checklistor och skriftliga rutiner framtagna för verksamheten. Rutinerna finns både i pappersform i pärmar och digitalt. Den nya

tillförordnade chefen har bland annat i uppdrag att utveckla och implementera rutiner och arbetssätt.

Avvikelse finns dokumenterade och rutinerna rörande avvikelser är kända bland personalen. Det finns tydliga rutiner för rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah, men det framkommer i samtal med personal att det saknas tillräcklig kunskap om innehållet i rapporteringsskyldigheten.

Nyanställd personal och timvikarier får en introduktion omfattande tre arbetspass. Under introduktionen går man igenom verksamhetens rutiner och checklistor som signeras, samt de individuella rutinerna för varje boende.

Det finns gott om tid för överrapportering mellan de olika arbetspassen, vilket sker både muntligt och skriftligt.

5.1.1 Bedömning av trygg och säker verksamhet

Verksamheten måste säkerställa att all personal har kunskap om rapportering av missförhållanden enligt Lex Sarah.

Det finns en tydlig struktur för introduktion av nyanställd personal.

5.2 Systematiskt kvalitetsarbete

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

Olivia Omsorg har ett ledningssystem för kvalitet som beskriver processerna i verksamheten. Kopplat till processerna finns rutiner och stöddokument som mallar och blanketter, lagrum och vem som är ansvarig. Olivia Omsorg har ett övergripande årshjul för aktiviteter under verksamhetsåret.

Ledningssystemet har inte anpassats till enheten och används inte strukturerat och systematiskt i verksamheten. Det saknas till exempel årshjul och verksamhetsplan för 2017.

Verksamheten har planeringsdagar och personalmöten, vid dessa tillfällen diskuterar de bland annat verksamhetsförbättringar. Avvikelse, synpunkter och klagomål lyfts på personalmötena och utgör ett underlag för förbättringsarbetet.

I samtal med personalen framkommer att de tycker att de har möjlighet att vara delaktiga i verksamhetsutvecklingen.

5.2.1 Bedömning av systematiskt kvalitetsarbete

Verksamheten behöver skapa struktur och systematik för sitt kvalitetsarbete.

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

All förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet, Ett kunskapsstöd med rekommendationer – Socialstyrelsen

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

Äkta omsorg, Bemötande i praktiken – Susanne Larsson

Kommunikativ omvårdnad – Hjälpmedelsinstitutet

Kognitiva hjälpmedel – Myndigheten för delaktighet

Problemskapande beteende vid utvecklingsmässiga funktionshinder – Bo Hejlskov Elvén

Vid vår granskning har vi tagit del av följande dokument:

Verksamhetsberättelse 2016

Scheman och tjänstgöringslistor

Skriftliga rutiner

Skriftlig beskrivning av stödpersonens uppdrag

Ledningssystem för kvalitet

Utbildningskalender för hösten 2017

Avtal med Olivia omsorg med kravspecifikation

Olivia Omsorgs verksamhetshandbok

Datum 2017-10-25
 Tid 18:30–21:26
 Plats Myggdalen plan 1 kommun huset

Beslutande Se närvarolista

Övriga deltagare Se närvarolista

Justeringens plats och tid 2017-10-31 kl 13:00

Paragrafer 1084 - 1097
 2017

Sekreterare Anita Lindbohm
 Anita Lindbohm

Ordförande Anna Lund
 Anna Lund

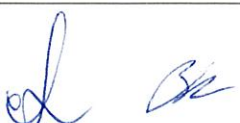
Justerande Barbro Rådberg
 Barbro Rådberg

ANSLAG / BEVIS

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.
 Observera att anslagstiden inte är samma sak som överklagandetiden.

Organ Socialnämnden
 Sammanträdesdatum 2017-10-25
 Datum då anslaget sätts upp 2017-11-01
 Datum då anslaget tas ned 2017-11-23
 Förvaringsplats för protokollet Socialförvaltningens arkiv

Underskrift Anita Lindbohm
 Anita Lindbohm

	Utdragsbestyrkande
---	--------------------

Närvarolista

Beslutande



Anna Lund (KD), ordförande
 Gerd Dufberg (M)
 Peter Freij (M)
 Birgitta Soccorsi (M)
 Tony Thorén (L)
 Tom Nilstierna (C)
 Barbro Rådberg (S)
 Bertil Johansson (S)
 Margitha Applegate (S)
 Gisela Jansson (S)
 Peter Söderlund (MP)

Ersättare

Jesper Lithman (M)
 Amanda Kennerberg (KD)
 Christina Rosén (V)

Övriga

Anita Lindbohm, sekreterare, socialförvaltningen
 Gunny Bäckström, tf förvaltningschef, socialförvaltningen
 Helena Wiberg, utredare, socialförvaltningen
 Eva Lindgren, kvalitetscontroller, kommunstyrelseförvaltningen, §§ 1084-1086
 Eva Tullander, enhetschef, socialförvaltningen, §§ 1084-1087
 Håkan Wramner, utredare, socialförvaltningen, §§ 1084-1097
 John Henriksson, myndighetschef, socialförvaltningen, §§ 1084-1097
 Anna Larsson, verksamhetschef, socialförvaltningen, §§ 1084-1085, 1087-1097
 Auli Metsänsalo, verksamhetschef, socialförvaltningen, §§ 1084-1085, 1087-1097
 Johan Öhrberg, verksamhetscontroller, socialförvaltningen, §§ 1084-1097
 Inger Jönsson Nordqvist, gruppleddare, socialförvaltningen, § 2017
 Johanna Kankaanpää, enhetschef, socialförvaltningen, § 2017
 Ansa Haapala, kvalitetscontroller, kommunstyrelseförvaltningen, §§ 1084-1086
 Åsa Faltin, gruppleddare, socialförvaltningen, §§ 1084-1087
 Magnus Dahlquist, controller, kommunstyrelseförvaltningen, §§ 1084-1097

Justerandes sign 			Utdragsbestyrkande
---	---	--	--------------------

Sofia Rockström, controller, kommunstyrelseförvaltningen, §§ 1084-1097

Renata Stypula, trainee, socialförvaltningen, § 1084

Lisa Nilsson, trainee, socialförvaltningen, § 1084

Frånvarande

Andreas Jonsson (M)

Carl Johan Karlson (S), 2:e vice ordföranden



Fredrik Bergquist (M)

Christina Melzén (L)

Jesper McNae (S)

Alejandro Ozano (MP)

Lilian Nylinder (MP)

Justerandes sign 			Utdragsbestyrkande
---	---	--	--------------------