

Avtalsuppföljning 2022

Bostäder med särskild service för vuxna (LSS)

Danderyds kommun

2022-11-08
Cristina Granbom
Kvalitets- och utvecklingsstrateg

Inledning

Syftet med lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), är att se till att personer med omfattande funktionshinder ska ha möjlighet att uppnå full delaktighet i samhället, jämlikhet i levnadsvillkor och att kunna leva som andra. LSS ska möjliggöra detta genom tio särskilda insatser för stöd och service. En av dessa insatser är bostad med särskild service för vuxna.

I 6 § LSS anges att verksamheten ska vara av god kvalitet. För att uppnå god kvalitet i verksamheten krävs att vissa grundläggande rättigheter är tillgodosedda, som rättssäkerhet, medinflytande för den enskilde och en lättillgänglig service. Det krävs också att den enskilde bemöts på ett bra sätt och att personalen har lämplig utbildning och erfarenhet. Andra faktorer som ger förutsättningar för en god kvalitet är bland annat en väl fungerande arbetsledning och att verksamheten använder sig av medvetna och genomtänkta arbetssätt.

Kvaliteten i verksamheten måste systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Uppföljning och utvärdering av verksamhetens kvalitet ska göras av den ansvariga nämnden. Kommuner och regioner är även ansvariga för att kravet på god kvalitet uppfylls i de enskilda verksamheter som kommunerna eller regionen har avtal med.

Syfte

Utifrån nämndens ansvar att följa upp och utvärdera LSS-verksamheternas kvalitet har det genomförts en avtalsuppföljning avseende bostäder med särskild service för vuxna (LSS) med geografisk placering i Danderyds kommun.

Uppföljningens syfte är att göra en bedömning av hur verksamheterna fullgör de krav som ställs i avtalen gällande åtaganden gentemot de boende, uppmärksamma eventuella brister och bedöma behov av förbättringsområden.

Avtalsuppföljningen har genomförts på samma sätt oavsett privat eller kommunal utförare och inkluderar två former av bostäder: servicebostad och gruppboende.

Servicebostad:

Lägenheterna är ofta anpassade efter den enskildes behov och ligger ofta samlade i samma hus eller kringliggande hus. Servicebostad är en mellanform mellan ett helt självständigt boende i egen lägenhet och en lägenhet i gruppboende. En servicebostad består av fullvärdiga lägenheter och det erbjuds dygnet-runt-stöd, utifrån den enskildes behov, i den egna lägenheten av en fast personalgrupp. De boende har även tillgång till en gemensamhetslokal.

Gruppboende:

Gruppboendet är ett bostadsalternativ för personer som har ett så omfattande tillsyns- och omvårdnadsbehov att mer eller mindre kontinuerlig närvaro av personal är nödvändig. I gruppboendet ska det finnas en fast bemanning som i huvudsak ska täcka de boendes hela stödbehov. Syftet med gruppboendet är att vuxna personer med funktionsnedsättningar som inte

klaras eget boende eller boende i servicebostad ändå ska ha möjlighet att lämna föräldrahemmet och skapa sig ett eget hem.

Metod

Årets avtalsuppföljning avseende bostäder med särskild service för vuxna enligt LSS har gjorts i samarbete med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i syfte att få en bredare och mer komplett bild av verksamheten, särskilt avseende samarbetet mellan omsorgspersonal och HSL personal.

Uppföljningen har innefattat granskning av dokument, besök på verksamheterna samt intervjuer med verksamhetschefer och platsansvarig personal. Fokus för uppföljningen har varit de områden som utgör kvalitetsmarkörer enligt lagens intentioner samt kommunens egna krav enligt avtal/överenskommelse.

Avdelningschef, gruppchef LSS samt LSS-handläggarna har deltagit i utformandet av frågeställningarna. Därefter har underlag med frågorna skickats digitalt till samtliga verksamhetschefer med information om att vissa kvalitetsområden kommer att följas upp gemensamt med MAS.

Frågorna har besvarats skriftligt av respektive verksamhetschef. Kompletteringar och förtydliganden har tillkommit i samband med besök i respektive verksamhet. Genomförandeplan och social dokumentation har inlämnats personligen i samband med besöket i verksamheten och har granskats i efterhand. Kolumnen utförarens svar innehåller verksamhetschefernas svar. Tillägg med kursiv text har gjorts av uppföljningsansvarig.

Slutrapporten har granskats av socialdirektör.

Verksamheter som granskats

- Gärdes Backe (fd Nora Torg) servicebostad – egen regi
- Torget servicebostad – egen regi
- Villa Stinsen gruppboende – egen regi
- Annebergs gruppboende – Frösunda omsorg
- Eddavägens gruppboende – Olivia omsorg
- Västerängsvägens gruppboende - Attendo
- Slättervägens gruppboende - Nytida
- Santararavägens gruppboende - Nytida

Granskade områden

1. Kompetens
2. Bemanning

3. Meningsfull tillvaro
4. Bemötande och kommunikation
5. Genomförandeplan – gemensamt med MAS
6. Dokumentation – gemensamt med MAS
7. Samverkan – gemensamt med MAS
8. Anhörigstöd
9. Våld i nära relationer
10. Systematiskt förbättringsarbete – gemensamt med MAS

Bedömning och resultat för de granskade områdena för samtliga verksamheter

Samtliga verksamheter bedöms fullgöra sina skyldigheter i en nivå som uppfyller ställda krav inom samtliga områden.

Underlagen för bedömning och resultat redovisas som bifogade bilagor för varje enskild verksamhet som har granskats. Nedan redovisas en sammanställning av samtliga svar.

Bedömningen redovisas med följande färgmarkeringar:

Alarmerande brister	Allvarliga brister förekommer	Acceptabel nivå där mindre brister förekommer	Nivå som uppfyller ställda krav
---------------------	-------------------------------	---	---------------------------------

1. Kompetens

Frågor till utförarna:

1. Vilka utbildningssatsningar har genomförts under året och vilka är planerade framöver?
2. På vilket sätt anpassas valet av utbildningar för personalen till de boendes individuella och aktuella behov? Till exempel när den boendes fysiska eller psykiska hälsa förändras.
3. Hur får personalen handledning (även vikarier) och hur ofta?
4. Om underleverantörer finns. Hur säkerställer ni att dessa personer har adekvat utbildning?

Generellt framkommer att verksamheterna följer sina kompetensutvecklingsplaner och att både fastanställda och vikarier får delta. Utbildningarna sker både digitalt och fysiskt. Det finns också en medvetenhet om vikten av att personalen får möjlighet att diskutera och reflektera kring innehållet i utbildningarna.

Vilka utbildningar medarbetarna deltar i anpassas ofta utifrån de boendes aktuella behov. De flesta verksamheter uppger att handledning sker internt, oftast är det verksamhetscheferna själva som står för handledningen.

Samtliga granskade verksamheter anlitar underleverantörer för HSL tjänster, antingen inom samma företag eller externt. Vid mötena framkom dock viss osäkerhet avseende

samarbetet/samverkan mellan omsorgspersonalen och HSL personalen, i de flesta verksamheterna finns det utrymme för mer proaktivt och tätare samarbete.

2. Bemanning

Frågor till utförarna:

1. Utförs kontroll med att begära utdrag från polisens belastningsregister?
2. Hur säkerställs att bemanningen är flexibel och tillräcklig för att garantera erforderlig tillsyn och säkerhet?
3. Hur planeras och anpassas bemanningen utifrån den enskildes specifika behov? Bland annat för att underlätta aktiviteter på kvällar och helger.
4. Finns det minst en personal med god kännedom om verksamhetens rutiner och de enskilda vid varje arbetspass? Hur säkerställs detta?

Samtliga utförare genomför erforderlig kontroll innan rekrytering genom att begära utdrag från polisens belastningsregister enligt krav från kommunen (SN 2019/0074).

I övrigt framkommer att bemanningen planeras utifrån en sammanställning av de boendes olika individuella behov samt riskbedömningar. Flexibiliteten i att hantera oplanerade händelser och spontana önskemål om aktiviteter tryggas med stöd av vikarier som är väl insatta i verksamheternas och individernas behov och rutiner. Under pandemitiden har dessutom personalstyrkan varit extremt stabil i samtliga verksamheter.

3. Meningsfull tillvaro

Frågor till utförarna:

1. Hur upprätthålls och hur tas till vara den enskildes förmåga och vilja till aktivitet i vardagen?
2. Hur motiverar ni de boende att delta i aktiviteter/välja aktiviteter?
3. Beskriv vilka aktiviteter som genomförs på individ- och gruppnivå. Hur ofta genomförs respektive aktivitet? Hur hanteras önskemål om och hur genomförs önskemål om spontana aktiviteter.
4. Får personalen som följer med på fritidsaktiviteter ersättning för sina omkostnader?

Generellt framkommer att det eftersträvas en balans mellan mängden aktiviteter, enskild och i grupp, och den enskildes förmåga och ork. Hur motivationsarbetet går till och vilka aktiviteter som kan vara aktuella varierar starkt beroende på den enskildes funktionsnedsättning. Vanligast är att den enskildes stödperson ansvarar för att stödja och inspirera den enskilde till aktiviteter/val av aktiviteter i enlighet med utarbetade rutiner och metoder.

Ett axplock av aktiviteter: fika, promenader, åka tunnelbana, massage, sinnesstimulering, matlagning, bowling, gympa, högläsning, sång, spela instrument, odla, stadsvandringar, besöka nöjesparker, bio, loppisbesök, bad, gemensamma måltider, firande av högtider osv osv. Personalen får alltid ersättning för sina omkostnader i samband med de enskildas fritidsaktiviteter.

4. Bemötande och kommunikation

Frågor till utförarna:

1. Hur får personalen (inklusive vikarier) information om och stöd i hur man ska bemöta varje enskild brukare? Hur säkerställs kontinuitet i bemötandet?
2. Hur säkerställs att den boende förstår och blir förstörd i kommunikationen?

Samtliga utförare beskriver att samtliga anställda introduceras i bemötandet genom skriftlig och muntlig information. Introduktionsrutiner för personal, genomförandeplaner, bemötandeplaner, de enskildas individuella rutiner, riskanalyser, samtal med kollegor, arbetsmöten och uppföljningar med verksamhetschef beskrivs som hjälpmedel för att sprida kunskap om hur den enskilde vill bli bemött och på vilket sätt den enskilde kan/vill vara delaktig. Syftet är att alla i personalen ska arbeta och bemöta personerna på ett likartat sätt för att skapa trygghet, förutsebarhet och delaktighet.

Tydlighet, pedagogiska hjälpmedel samt observationer anges som sätt att säkerställa en fungerande kommunikation.

5. Genomförandeplan

Frågor till utförarna:

1. Upprättas genomförandeplanerna i enlighet med den senaste versionen av SOSFS 2014:5?
2. Beskriv hur den enskildes behov, önskemål och intressen tas till vara vid formuleringen av målen i genomförandeplanen.
3. Hur kopplas målen i genomförandeplanen med stödet som ges till personen i praktiken?
4. Hur anpassas och uppdateras genomförandeplanen så att den alltid speglar aktuell situation. Granskning av en genomförandeplan.

Samtliga utförare uppger att det är de enskildas önskemål och intressen som är utgångspunkten för genomförandeplanerna och kognitiva hjälpmedel och alternativa kommunikationssätt används i de fall det behövs. I de fall då det inte går att kommunicera med den enskilde används observation och anhöriga/ställföreträdare får vara behjälpliga i arbetet med att formulera mål.

Med utgångspunkt i genomförandeplanerna har samtliga utförare utarbetat dagliga rutiner som mer eller mindre i detalj beskriver vad som den enskilde behöver hjälp med, hur hjälpen ska ges och ofta även vad den enskilde kan/vill vara delaktig i.

Hur uppföljning och uppdatering av genomförandeplaner görs varierar men vanligast är att en uppdatering sker i samband med den individuella uppföljningen tillsammans med LSS-handläggare en gång per år.

Vid granskning av genomförandeplanerna framkommer överlag att det är mycket stor variation på utformning och innehåll. Målsättningarna är inte alltid tydliga och inte heller hur de ska följas upp och när, det finns stort utrymme för förbättring.

Något som framträdde tydligt i och med samarbetet med MAS var att det saknas en spårbarhet för samarbetet mellan omsorgspersonalen och HSL personalen. T ex är det inte helt tydligt att vissa aktiviteter i genomförandeplanen, särskilda tillvägagångssätt har rekommenderats/ordinerats av en fysioterapeut eller arbetsterapeut och hur detta ska följas upp. Detta bedöms som ett förbättringsområde men inte som en brist.

6. Dokumentation

Frågor till utförarna:

1. Sker journalföringen och dokumentationen i enlighet med senaste versionen av SOSFS 2014:5?
2. Hur kopplas anteckningarna och dokumentationen till beslutade insatser och målsättningar enligt genomförandeplanen?
3. Hur kvalitetssäkras medarbetarnas dokumentation? Granskning av en social journal.

Vid granskning av den sociala dokumentationen framkommer stora skillnader i hur anteckningarna förs. Vissa utförare har valt att enbart dokumentera avvikelser från det som är schemalagt, andra dokumenterar även händelser av vikt medan andra dokumenterar flera gånger om dagen. Anteckningarna varierar också mellan att vara mycket kortfattade till ganska utförliga. Någon direkt koppling mellan det som noteras i journalen och beslutade insatser och målsättningar enligt genomförandeplanen går inte att utläsa på ett enkelt sätt.

Kvalitetssäkringen av den sociala dokumentationen utförs på olika sätt, från egen kontroll en gång per år eller granskning var fjärde månad till att verksamhetschefen läser genom journalerna varje vecka. I jämförelse med förra året märks dock en klar förbättring då många utförare har satsat på utbildning av personalen i hur och vad ska dokumenteras samt i att använda rätt språkbruk.

Granskning av den sociala journalen tillsammans med MAS har även i detta fall lett till en tydlig bild av att spårbarheten av samarbetet mellan omsorgspersonalen och HSL personalen inte är helt tydlig. Detta bedöms på samma sätt som vid föregående punkt, dvs som ett förbättringsområde men inte som en brist.

7. Samverkan

Frågor till utförarna:

1. Beskriv era processer och rutiner för samverkan med kommunen, hälso- och sjukvården, andra relevanta instanser samt med anhöriga.
2. Hur uppmärksammas behovet av samverkan och hur initieras samverkansprocessen?

Samarbetet med beställaren beskrivs fungera smidigt i de flesta fall och att det är lätt att komma i kontakt med handläggarna vid behov. Samarbetet med ställföreträdare beskrivs som löpande, både vid behov samt genom regelbundna möten och skriftlig information som till exempel, månadsbrev. Samarbetet med daglig verksamhet beskrivs som välfungerande.

Behov av samverkan uppmärksammas vanligtvis genom teammöten, APT och tvärprofessionella möten. Samverkansprocessen kan initieras av omsorgspersonal eller av HSL personal.

I och med samarbetet med MAS framkom vid denna punkt att samarbetet med psykiatri brister, vårdpersonalen kontakter omsorgspersonalen istället för sjuksköterskan/alternativt inte meddelar något alls. Det är också svårt att komma i kontakt med psykiatri när behov uppstår.

Vidare framkom att det skulle finnas utrymme att använda sig av den paramedicinska personalen i större utsträckning. Paramedicinsk personal kan bidra delvis proaktivt med att identifiera behov utifrån sin profession men även för handledning i exempelvis bemötande och kommunikation.

8. Anhörigstöd

Rutin för anhörigstöd utifrån kommunens "Policy för anhörigstöd" finns i samtliga granskade verksamheter.

9. Våld i nära relationer

Rutin för att uppmärksamma om det förekommer våld i nära relationer finns i samtliga granskade verksamheter.

10. Systematiskt förbättringsarbete

Frågor till utförarna:

1. Hur säkerställs att all personal (inklusive vikarier) känner till och efterlever de rutiner som hör ihop med respektive personals funktion i verksamheten.
2. Hur utövas egenkontroll i verksamheten?
3. Hur dokumenteras och utreds avvikelser?
4. Hur säkerställs att den lagstadgade rapporteringsskyldigheten fullföljs? T ex lex Sarah och lex Maria.
5. Vilka avvikelser, synpunkter, klagomål, rapportering enligt lex Sarah eller lex Maria har varit aktuella under året och hur har dessa åtgärdats?
6. Beskriv hur ni analyserar och implementerar resultaten från de nationella brukarundersökningarna i verksamheten (oavsett om ni får egna resultat eller inte)? Exemplifiera med förra årets brukarundersökning.

Grundlig introduktion skriftlig och muntlig, tydliga och utförliga rollbeskrivningar samt regelbundet återkommande information på teammöten och APT uppges vara de vanligaste sätten att säkerställa att personalen känner till och följer aktuella rutiner.

Egenkontroll utförs regelbundet av personer inom företaget men som inte har koppling till verksamheten i en del av verksamheterna och av verksamhetscheferna inom övriga verksamheter.

Samtliga utförare uppger att de arbetar regelbundet med att dokumentera, utreda, sammanställa samt åtgärda och följa upp avvikelser. Enbart små avvikelser har rapporterats, samtliga åtgärdade.

Samtliga utförare uppger att resultaten från brukarundersökningarna återkopplas till personalen samt att resultaten används för att förbättra verksamheten. Däremot är det inte alla verksamheter som återkopplar till brukarna, i vissa verksamheter på grund av svårigheterna förknippade med funktionsnedsättningarna, i andra verksamheter på grund av att arbetssättet inte är fullt implementerat.

Sammanfattning

Bedömningen är att samtliga granskade verksamheter håller en bra kvalitet samt fullgör till fullo de krav som ställs i avtalen gällande åtaganden gentemot de boende. Samtliga utförare har arbetat aktivt med att säkerställa kvaliteten på genomförandeplanerna och den sociala dokumentationen, områden som har förbättrats sedan föregående årsuppföljning.

Att göra avtalsuppföljningen samtidigt som granskningen av hälso- och sjukvården bedöms vara ett bra sätt att få ett bättre grepp om hur verksamheten fungerar som helhet och kan leda till att kvaliteten lyfts/bibehålls inom samtliga områden. Den gemensamma granskningen visar på att det finns ett stort förbättringsutrymme för att samverka/samarbetet mellan omsorgspersonalen och HSL personalen förstärks och blir mer spårbart i dokumentationen av informationsöverföringen men även för att den paramedicinska personalens kompetens används mer proaktivt i stödet som ges i vardagen.