

Verksamhetsuppföljning – Verksamhetsområde Kvarngatan/Bruket 5 och 9

November 2017

Bakgrund

Verksamhetsuppföljning för verksamhetsområde Kvarngatan/ Bruket 5 och 9 har genomförts under november 2017. I verksamhetsuppföljningen har enhetschef svarat på enkät, kontroll av dokumentation och akter har genomförts både vid besök och i verksamhetssystemet, besök i verksamheten har genomförts på Kvarngatan samt Bruket 5 en halvdag per enhet. De två besökta enheterna får i rapporten representera verksamhetsområdet i sin helhet. Hälso- och sjukvårdsområdet är exkluderat i denna verksamhetsuppföljning.

Verksamheten

Verksamhetsområdet består av tre enheter, Kvarngatan, Bruket 5 och Bruket 9. Dessa tre är bostäder med särskild service för vuxna som är en insats utifrån LSS (lagen om stöd och service) och bedrivs i kommunal regi. De tre boendena har vars ett gemensamhetsutrymme med olika öppettider. De tre boendena ligger i centrala Simrishamn.

Kvarngatan och Bruket 5 är båda gruppboenden. Kvarngatan är i ett plan och består av sex lägenheter. Bruket 5 är uppbyggt i s.k. trapphusmodell och består av sju lägenheter. Bruket 9 är en servicebostad bestående av nio lägenheter och även denna uppbyggd i s.k. trapphusmodell. Hiss finns i bostäderna i trapphusmodell.

Sammanfattning

Verksamhetsuppföljningen visar en verksamhet som fungerar övervägande bra och som har ett stort engagemang för att utveckla och tillvarata respektive brukares förmågor och önskemål. Den struktur och systematiska arbetssätt som finns i verksamheten i form av planering, rutiner, personalens ansvarsområden, arbetssätt m.m. är relevant och ger en bra grund för kontinuerlig utveckling av verksamheten. Akt granskningen visar att enheten håller dokumentationen levande och använder den i vardagen på ett bra sätt för att tydliggöra arbetet med att uppfylla målen, kontinuerligt utveckla och förbättra metoder och arbetssätt kring den enskilde brukaren samt för att utveckla verksamheten i stort.

Resultat brukarundersökning

Gemensamt resultat från den individuella kvalitetsmätningen för bostad med särskild service i kommunen är att kvalitetsmåten uppnås inom samtliga områden. Det är för få svar som lämnats för att resultat för respektive enhet ska kunna redovisas, minst 5 svar på respektive fråga krävs. På Kvarngatan har minst 5 brukare fått kvalitetsfrågorna men några har valt att inte besvara frågan.

Brister som framkommer av socialstyrelsens enhetsundersökningen LSS 2017: Rutin för samverkan med HSL, rutin för samverkan kring hjälpmedel saknas. Rutin för samverkan mellan LSS och HSA

finns, samverkan är även beskriven i verksamhetens förtydligande av insatsen bostad med särskild service. Där står att kontaktpersonen ska uppmärksamma och bevaka så att brukaren får del av hälso-sjukvård inklusive tandvård, hjälpmedel, habilitering etc. Delaktighet i genomförandeplanen finns inte dokumenterad vilket även undertecknad har sett i akt granskningen. Metoder för inflytande i form av gemensamma möten saknas. Verksamheten arbetar med brukaren individuellt och har allt färre gemensamma möten för brukarna. På två av verksamhetens enheter har man hus möte med en fastställd dagordning en gång i veckan för alla på boendet som vill vara med men brukarna tillfrågas också individuellt om önskemål kring de gemensamma delarna. På den tredje av enheterna har man inte dessa möten då det inte fungerar för brukarna som bor där för närvarande att ha gemensamma möten på detta sätt. Kompetensutveckling gällande alternativ/kompletterande kommunikation saknas enligt undersökningen. Kunskaper kring kommunikation ges till personalen via den kontinuerliga handledning som de får. Visst stöd och kunskap för kommunikation erhålls via habiliteringen. Rutiner för agerande om misstanke/bruk av läkemedel/droger/alkohol saknas.

Resultat av besök i verksamhet

I de verksamheter som besöktes är det en god stämning mellan brukare och personal samt personalen emellan. Brukarna upplevs trygga med personalen och man arbetar lugnt, metodiskt och bemöter brukarna på ett bra sätt och är tydlig med vad som är nästa moment.

På Kvarngatan rör sig de boende ofta i det gemensamma utrymmet, kommer ut och ber om hjälp, vill fråga personalen om saker osv. Dock är det få av de boende som vill umgås med varandra berättar personalen. På Kvarngatan har brukarna inga gemensamma möten. Istället arbetar man för att fånga upp önskemålen i det individuella mötet. På detta boende har man heller inga anhörigräffar då man inte ser något syfte med att möta anhöriga på det viset. Boendet har grillkvällar och liknande och då är alla anhöriga välkomna. Anhöriga är välkomna när som och de flesta av de boende håller kontakterna med sina anhöriga och legala företrädare utan personalens hjälp. Personalen arbetar ständigt med att prova och utvärdera olika arbetsmetoder och sätt att bemöta brukarna för att kunna ge stöd på ett bra sätt. Personalen upplever att de har ett bra stöd i sitt arbete både från chef och via den handledning de erhåller. Personalen berättar att de samverkar inom LSS verksamheten, t e x med de dagliga verksamheter som brukarna deltar i. De har även samverkan med psykiatri gällande en del av de boende. Samverkan med psykiatri fungerar lite så där upplever personalen. Samverkan med sjuksköterska och rehab personal fungerar bra. Sjuksköterskan kommer minst en gång i månaden och rehab personal kommer om någon personal, brukare eller anhörig/legal företrädare signalerat behov av deras kompetens. Personalen har även samverkan med tandvården.

Personalen berättar att de själva lägger schemat. Schemat läggs tolv veckor i taget utifrån när brukarnas behov är som störst. På Kvarngatan har det på senare tid både blivit ny personal och några nya brukare vilket gör att personalen upplever att det varit rörigt en tid och man ser fram emot att kunna landa i verksamheten inom kort. Personalen berättar att de nya unga brukarna som flyttat in har helt andra behov än vad man varit van vid tidigare. Brukarna som bor där nu har ett brett åldersspann och personalen behöver arbeta helt och hållet individbaserat. Flera av brukarna kan inte själva beskriva hur de vill ha stödet från personalen. Genomförandeplanerna är resultatet av de arbetssätt personalen har provat sig fram till och genom att tolka brukarnas reaktioner på det som testats. Flera av brukarna har lättare för att kommunicera med bilder eller tecken som stöd till det talade språket. Teckenspråk, pictogram eller egna bilder används. Timstock används som stöd för att uppfatta tiden. Personalen har ett uppgett schema för varje dag gällande vem som ska hjälpa

vilken brukare. Detta schema finns även synligt för de boende men då i en version gjord av bilder på personalen.

Personalen upplever sig vara uppmärksamma och se risker i vardagen och berättar om exempel på detta. De uppmärksammar avvikelser både inom sin egen verksamhet och i övriga verksamheter de kommer i kontakt med. En avvikelse eller en synpunkt/klagomål som framkommit diskuteras och analyseras gemensamt och åtgärder vidtas. Personalen har alla olika ansvarsområden t ex att beställa kontorsmaterial, fackligt ombud, personalplanering osv.

Personal berättar att någon av brukarna stått utanför kontoret och lyssnat då personalen diskuterade hen. Brukaren kommenterade sedan till personalen att hen hört vad de pratade om och att det inte kändes bra. Viktigt att personalen beaktar sekretessen när de pratar med varandra om brukarna.

På enheterna finns informationspärmar med övergripande information om boendet, olika blanketter. Mycket av informationen i pärmarna är inaktuell.

Rutiner och blanketter finns kvar i pappersversion. Risk att de inte byts ut när det kommer nytt. Personalen berättar att de finns kvar eftersom de upplever det svårt att hitta på intranätet, blanketter behöver ändå skrivas ut så då lika bra att ha dem utskrivna och kopiera upp. Personalen upplever själva att det finns risk att inaktuella rutiner finns kvar med detta sätt.

Resultat av akt granskning

Endast tre elektroniska akter har granskats i samband med verksamhetsuppföljningen. Verksamheten har rutin för egenkontroll av dokumentation i journal och genomförandeplaner. De fysiska brukar akterna som granskades på Kvarngatan var inte i ordning. Innehållsförteckning fanns och dokumenten enligt denna fanns under respektive flik men även en hel del andra dokument blandat med övrigt. I akterna hittades både aktuella och inaktuella dokument. På Bruket 5 höll de fysiska akterna en god ordning men i verksamhetens dator hittades dokument kring enskilda namngivna brukare bl. a instruktion för användning av olika preparat, salvor m.m. Om detta är ett HSL uppdrag bör instruktionen komma från sjuksköterskan, om det är egenvårdsinsatser eller allmän kroppsvård bör det istället framgå av genomförandeplanen.

Journalerna som granskats förs på ett mycket bra sätt överlag i verksamheterna. På Bruket 5 saknas emellanåt vilken åtgärd som vidtagits i samband med att en händelse av vikt har dokumenterats medan det tydligt framgår i verksamheten i övrigt. Även genomförandeplanerna håller en god kvalitet och vad undertecknad kan se en god följsamhet i förhållande till hur personalen arbetade vid besöken i verksamheterna. Det är tydligt beskrivet hur man emellanåt provar ett nytt arbetssätt, förhållningssätt, syftet med ändringen och sedan utvärderar hur detta fungerar för brukaren och sedan bestämmer sig för att fortsätta eller att prova ett annat sätt. Genomförandeplanerna revideras kontinuerligt och det syns tydligt att personalen kontinuerligt utvärderar och förändrar arbetssätt och metoder i varje moment för att nå målen för brukaren. Målen för uppdragen är också tydligt nedbrutna i delmål. I genomförandeplanerna framgår tydligt hur brukaren görs delaktig i varje moment. Dock saknas en övergripande beskrivning över på vilket sätt brukaren och eventuellt anhöriga och legala företrädare varit delaktig eller haft inflytande över innehållet i genomförandeplanen. Undertecknad upplever också att det saknas en mera övergripande uppföljning och utvärdering av genomförandet och målen. En sådan övergripande utvärdering bör ske endast en, högst två gånger per år men att lyfta blicken och se det arbete som sker i sin helhet kan vara till god nytta. I dessa mera övergripande uppföljningar ska brukare och legala företrädare om möjligt delta.

I genomförandeplanen anges på ett bra sätt hur hjälpmedel som bilder, timstockar m.m. ska användas i olika moment. För att göra behovet av stöd i kommunikationen tydligare skulle en övergripande beskrivning av detta område behöva finnas som en egen del i genomförandeplanen. I det kommande verksamhetssystemet och övergången till utredningsmetoden IBIC kommer detta att bli tydligare. Bristen blir därför inte föremål för åtgärd i denna rapport.

Resultat av enkät

Enhetschef har beskrivit alla efterfrågade moment samt hänvisat till aktuella dokument som alla återfinns på Intranätet. Dokumenten bedöms vara relevanta för enheten. Verksamhetens planering ger god inblick i vad man planerar under kommande år och beskriver en analys av enhetens erfarenheter. Rutinerna är alla relevanta och upplevs lätta att förstå men det finns behov av vissa tydliggörande.

I rutinerna saknas hur akten ska gallras kontinuerligt, vid avslut samt vems ansvar det är.

Olika punkter för egenkontroll finns i verksamheten men de behöver sammanställas i ett egenkontrollprogram, en checklista som tydliggör vad som kontrolleras när, av vem och underlättar för verksamheten att säkerställa att det blir gjort.

Åtgärder att vidta:

-Tydliggör ansvaret för att även den fysiska brukar akten hålls aktuell och i god ordning, t ex i rutinen för kontaktpersonal.

-Gallra och skapa ordning i de fysiska akterna (Kvarngatan)

-Beakta sekretessen när personal talar om brukarna sinsemellan (Kvarngatan).

-Rensa bort rutiner i pappersversion. Säkerställ att personalen vet var de hittar rutinerna på intranätet.

-Gör en övergripande beskrivning av på vilket sätt den enskilde getts möjlighet till att påverka innehållet i genomförandeplanen. Te x. att det är personalens tolkning av brukarens reaktioner på olika arbetssätt eller att brukaren med stöd av bilder/tecken kunnat framföra sina önskemål om hur insatserna ska ges.

-Gör en övergripande uppföljning/utvärdering av genomförandet och målen en till två gånger om året. Dokumentera uppföljningen. Dokumentera när uppföljning ska ske.

-Sammanställ kontrollpunkterna i ett egenkontrollprogram för respektive verksamhet eller gemensamt för LSS avdelningen.

-Uppdatera informationspärmarna på respektive enhet.

Kvarstående punkter från föregående verksamhetsuppföljning 2015:

- Beskriv hur man säkerställer att det av social dokumentation framgår vad som uppnåtts i förhållande till de uppsatta målen för insatsen samt hur den enskilde utövat praktiskt inflytande över utförandet av insatsen.

Förslag till beslut

Socialnämnden föreslås besluta

Att Verksamhetsområde Kvarngatan/ Bruket 5 och 9 ska återkomma med redovisning av genomförda åtgärder enligt ovan senast den 19/1 2018.

Christina Eriksson

Kvalitetscontroller

2017-12-07

Stina Lundquist

Socialchef

2017-12-07

Information till:

Enhetschef för Kvarngatan/ Bruket 5 och 9

Avdelningschef LSS



Redovisning av åtgärder från Verksamhetsuppföljning

Verksamhetsområde Kvarngatan/Bruket 5/Bruket 9 November 2017

Åtgärds punkt	Ansvarig	Vidtagna/Planerade åtgärder	Tidsplan	Uppföljning
Tydliggör ansvaret för att även den fysiska akten hålls aktuell och i god ordning, t ex i rutinen för kontaktpersonal.	Enhetschef	I rutinen för kontaktpersonal är uppdatering gjord 180219 att kontaktpersonal ansvarar för att gallra brukarpärmen enligt gällande regler för gallring med hänvisning till rutin för dokumentation.	Klart.	
Gallra och skapa ordning i de fysiska akterna (Kvarngatan).	Enhetschef	Akterna rensade gemensamt vid metodmöte.	Klart.	Hösten 2018.
Beakta sekretessen när personal talar om brukarna sinsemellan (Kvarngatan).	Enhetschef och personal.	Diskuterat på metodmöte med hela arbetsgruppen. Konkreta åtgärder såsom att gå in i det inre rummet i personalutrymmet när man behöver diskutera. Alternativt ha stängd dörr till personalutrymmet. Detta kräver dock en riskanalys utifrån brukares behov och den bemanning som finns.	Delvis klart. Riskanalys och fortsatt bedömning om att ev stänga till personalutrymmet under våren 2018.	

<p>Rensa bort rutiner i pappersversion. Säkerställ att personalen vet var de hittar rutinerna på intranätet.</p>	<p>Enhetschef och personal.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avsatt tid att fysiskt rensa 2. Genomgång av gällande rutiner. 3. Genomgång av var rutiner finns digitalt. 	<p>Hösten 2018 i samband med planeringsdagar.</p>	
<p>Gör en övergripande beskrivning av på vilket sätt den enskilde getts möjlighet till att påverka innehållet i genomförandeplanen . Tex att det är personalens tolkning av brukarens reaktioner på olika arbetssätt eller att brukaren med stöd av bilder/tecken kunnat framföra sina önskemål om hur insatserna ska ges.</p>	<p>Enhetschef</p>	<p>Detta kommer att tydliggöras och säkerställas med det nya verksamhetssystemet som träder i kraft 1 maj 2018. Systemet har obligatoriska steg/dokumentationsfält, som kommer att svara på dessa frågeställningar.</p> <p>Reviderade dokumentationsrutiner tydliggör för oss som användare.</p>	<p>Löpande under 2018.</p>	
<p>Gör en övergripande uppföljning/utvärdering av genomförandet och målen en till två gånger om året. Dokumentera uppföljningen. Dokumentera när uppföljningen ska ske.</p>	<p>Enhetschef</p>	<p>Planerar att vid införandet av nytt verksamhetssystem tydliggöra dokumentationsrutiner på metodmöte samt sätta uppföljningsdatum med hjälp av systemet.</p> <p>Kommer under 2018 att införa denna typ av uppföljning i respektive verksamhets årshjul, så att man två gånger per år har</p>	<p>Klart under 2018.</p>	<p>Inför verksamhetsberättelse för 2018 följa upp.</p>

		varje enskild brukare för uppföljning.		
Sammanställ kontrollpunkterna i ett egenkontrollprogram för respektive verksamhet eller gemensamt för LSS avdelningen.	Enhetschefer LSS	Skapas under våren 2018, i samband med att dokumentationsrutinerna revideras.	Klart våren 2018.	Hösten 2018, hur vi kommit igång.
Uppdatera informations pärnarna på respektive enhet.	Enhetschef	Planerar att gå igenom dem sommaren 2018.	Klart augusti 2018.	