

2025

Svarsjournal från Esmaker – avtalsuppföljning Västerängsvägen

Bedömning av svar:

Allvarliga brister förekommer

Betydande brister förekommer

Acceptabel nivå där mindre brister förekommer

Nivå som uppfyller ställda krav

Bedömt av kvalitets-och utvecklingsstrateg Cristina Granbom
2025-10-15

Publikationsnamn					Avtalsuppföljning LSS bostäder 2025, Danderyd
Namn					Anonym 32339488
Datum					2025-09-23 11:32
Verksamhetens namn					Västerängsvägen
Verksamhetsform					Gruppbostad
Drift					Entreprenad
FRÅGOR TILL UTFÖRAREN					SVAR FRÅN UTFÖRAREN
Vilka metoder används i verksamheten för att ge stöd till de boende och hur ni har säkerställt att dessa vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet? Särskilt avseende områdena kommunikation, bemötande och motivationsarbete					Lågaffektivt bemötande, AKK, Tydliggörande pedagogik, MI, Salutogent förhållningssätt. Löpande utbildningar sker via LÄRA (genom vårt interna utbildningsbolag). Metoder och arbetssätt implementeras och diskuteras på APT och brukarcentrerat möte och utvärderas för att se om önskad effekt uppnåtts. All ny personal har som lägst undersköterska eller motsvarande utbildning, samt går grundutbildning och obligatoriska utbildningar inom LÄRA. Personal får även löpande kunskap utefter behov.

Hur säkerställs att förhållningssättet och de metoder som används i verksamheten (t ex lågaffektivt bemötande, personcentrerat arbetssätt, mm) är anpassade till individens behov?				<p>Genom observation, TEAMmöten/boendemöte där man pratar om varje enskild. Stödpersoner kopplat till varje individ, Stödpedagog anställd, Kvalitetsråd (kopplat till verksamhet) och uppföljning av avvikelser. Samverkansmöten där vi går igenom varje enskild och dennes behov. Nära samarbete/samverkan med olika nätverk, DV, Rehabteam, SSK, Anhöriga/närstående, habilitering, psykiatri.</p> <p>Genomförandeplan, bemötandeplan. SMARTA-mål för att följa upp.</p> <p>Dokumentation, uppföljningar av beteende & förändringar. Utgår från Nytidias Ramverk, Personcentrerat stöd (Personlig pedagogik): Helhetssyn, Bemötande, Tillgänglighet, Motivation, Samarbete.</p>
Hur säkerställs att den enskilda individen får ett likartat stöd oavsett vem i personalen som ger stödet?				<p>Vi arbetar efter de dokumenterade och kommunicerade rutiner kopplat till individ. Genomförandeplanen med uppsatta mål och rutin finns tillgängligt för varje individs önskemål och behov. Metodblad för varje rutin finns i varje boendes pärm. Handlingsplaner vid behov. Riskbedömningar.</p> <p>Bemötandeplaner hur individen önskar få sitt bemötande. Avvikelse rapportering vid avvikelser vid rutiner. Som sedan följs upp på gemensamma möten, APT och brukarcentrerat möte. Stödpedagog/Gruppchef finns på plats och handleder personal i det dagliga arbetet med bemötandefrågor och skapa struktur.</p>
Hur arbetar ni med riskanalyser och egenkontroll?				<p>Vi följer Nytidias årshjul och genomför riskanalyser och reviderar dessa 2 gånger per år samt vid behov. Vid behov uppdateras eller upprättas riskanalyser utefter uppstådd händelse, med tillhörande handlingsplaner. All personal involveras i uppdatering/genomförandet av riskanalyser för att säkerställa att allas upplevelser tas i beaktning, vi får på så sätt en samsyn kring arbetet. Stödperson uppdaterar sedan genomförandeplanen och riskanalyserna, så</p>

				<p>att den röda tråden finns genom hela arbetet.</p> <p>2 gånger om året genomförs Nytidass egenkontroll, enligt årshjul, maj & november. Utifrån svaren i egenkontrollen skapas förbättringsområden med tillhörande handlingsplan i dem delar där verksamheten behöver arbeta vidare. Dessa följs sedan upp på personalmöten.</p> <p>Medarbetarna har ansvarsområden som har egenkontroller i form av brand, fastighet och vårdhygien. Dessa egenkontroller sker varje månad. Om något uppdragas meddelas alltid närmaste chef för åtgärd.</p> <p>Granskning av social journal och HSL journal sker 4 gånger om året.</p>
Hur dokumenteras och följs det upp att personalen tillämpar de metoder som valts?				<p>Metoder och arbetssätt följs upp vid boendegenomgångar för att säkerställa att alla jobbar enligt gemensamma och överenskomna arbetssätt. Alla arbetssätt utvärderas kommande möten. Dokumentation sker i social journal som följs upp löpande av verksamhetschef, gruppchef samt stödperson. Personalmöte sker Varannan vecka.</p>
Hur arbetar ni med att utvärdera effekterna av de metoder ni använder?				<p>Metoder och arbetssätt följs upp vid boendegenomgångar för att säkerställa att alla jobbar enligt gemensamma och överenskomna arbetssätt. Alla arbetssätt utvärderas kommande möten. Dokumentation sker i social journal som följs upp löpande av verksamhetschef, gruppchef samt stödperson. Personalmöte sker Varannan vecka.</p>
Hur involveras den enskilde i planeringen av sin vardag, inklusive fritid och sysselsättning i hemmet.				<p>De boende är delaktig i upprättande av sin genomförandeplan i den utsträckning de kan. De som ej kan tala för sig själva har stöd av närstående/godemän. Stödperson har kommunikation med varje individ om önskemål om aktiviteter och sysselsättning i och utanför hemmet. Boendemöte sker för de som önskar eller har behov.</p>

				Vissa individer har bokade möten med både stödperson, Gruppchef samt verksamhetschef regelbundet varje eller varannan vecka med fokus just på den boendes upplevelse i vardagen.
Hur säkerställs att den enskilde har möjlighet att delta i spontana fritidsaktiviteter när hen så önskar, även utanför schemalagd tid?				Vi ser ständigt över schemat för att säkerställa flexibilitet i möjligheten till spontana fritidsaktiviteter. Schemat anpassas till verksamhetens behov, därav finns utrymme för spontana aktiviteter utefter individens önskemål.
Hur säkerställs att den enskilde får en meningsfull vardag i bostaden vid tillfällen då hen inte deltar i daglig verksamhet?				Dagtid finns alltid personal på plats, det finns en tydlig planering hur vardagen ser ut under dessa dagar. Vi tar alltid hänsyn till varje individs behov och önskemål. Rutiner finns för dagar då boende är hemma från DV eller är hemma och är pensionär.
Hur samverkar ni med den dagliga verksamheten för att säkerställa att den enskildes behov och mål följs upp och tillgodoses i båda insatserna?				Personalen har daglig kontakt med DV vid start och slut på dagarna. Telefonkontakt sker om något förändras eller om något skett eller behov uppstått. Samverkansmöte sker utefter individens behov. Stödperson kontakter DV vid behov av samverkansmöte.
Beskriv hur ni arbetar med att uppmärksamma och förebygga förekomsten av våld i nära relationer.				Alla medarbetare får utbildning i kompetensportalen (intern utbildning) i Våld i nära relationer. Våld i nära relationer tas upp som rubrik i riskbedömning samt finns rutin kring våld i nära relationer i akutpärm. Vi har en lokal rutin för våld i nära relationer, som beskriver hur vi gör om man har identifierat en risk för våld i nära relationer.
I samband med föregående avtalsuppföljning identifierades ett behov av att stärka den paramedicinska personalens roll i verksamheten i proaktivt syfte. Beskriv hur ni har utvecklat era				Gruppchef inventerade och ser igenom behov som har uppstått och vad personalen har påpekat för behov hos boende och hos personalen själva, och har därefter tagit kontakt med Arbetsterapeut och sjukgymnast. Paramedicinare har därefter bokat in samtal för att uppmärksamma behov av stöd i tidigt skede. TEAM möten sker var tredje månad för

<p>arbetssätt för att tydligare integrera den paramedicinska personalens insatser i vardagsarbetet i proaktivt och förebyggande syfte.</p>				<p>att fånga upp och följa upp insatser. Paramedicinare bjuds in på personalmöte för uppföljning i arbetsgruppen.</p> <p>Bedömarens kommentar: Beskrivningen visar ingen förändring i arbetssättet jämfört med tidigare då det är fortsatt verksamheten som initierar och påtalar upplevda behov. Det innebär att det finns en stor risk att den paramedicinska personalens insatser kommer in när något redan har hänt.</p>
<p>Beskriv hur ni arbetar med att bedöma och följa upp eventuella skyddsåtgärder.</p>				<p>Följer styrdokument där:</p> <p>Dokumentationen innehåller:</p> <ul style="list-style-type: none"> • resultatet av riskbedömningen (varför gör den enskilde saker, vad utlöser beteendet? Om man identifierat detta kanske inte åtgärden behövs) • vilka som deltog i bedömningen • en tydlig problembeskrivning/grundorsak • tidigare provade åtgärder, och varför de inte fungerat • målet för den enskilde, vilken risk man vill undvika (till exempel att målet är att undvika fall, självskada o.s.v.) • vilken åtgärd som planeras • samtycke och hur detta inhämtats • uppföljningsintervall, som bör vara tätare desto mer begränsande och ingripande åtgärden är • resultatet av uppföljning <p>En gång om året uppdateras alltid skyddsåtgärder samt pratas om på gemensamt personalmöte.</p>
<p>Beskriv hur ni säkerställer och kvalitetssäkrar att alla i personalen kan dokumentera och journalföra i enlighet med kraven i SOSFS 2014:5.</p>				<p>Personal får utbildning i socialdokumentation. Gruppchef granskar socialjournal 4 gånger om året samt stödperson vid uppföljning av mål. Stödpedagog/GC finns för stöd vid behov. Pratar om social journal på personalmöten. Hur man skriver, vad man skriver.</p>

<p>Beskriv hur ni säkerställer och kvalitetssäkrar att samtliga genomförandeplaner följer kraven i SOSFS 2014:5.</p>				<p>Checklista på egenkontroller. Gruppchef/Stödpedagog kvalitetssäkrar genom att genomlysa genomförandeplaner. SafeDoc (Dokumentationssystemet) är uppbyggt för att säkerställa att alla delar kommer med. Uppföljning regelbundet sker på personalmöten. Genomgång sker innan den godkänds och signeras.</p>
<p>Beskriv hur verksamheten arbetar med avvikelser, synpunkter och klagomål. Ange hur många avvikelser, synpunkter och klagomål som har inträffat under de senaste 12 månaderna. Ange också inom vilka områden som dessa har inträffat.</p>				<p>Avvikelse skrivs av alla medarbetare inklusive SSK, Gruppchef & Verksamhetschef. Avvikelse utreds sedan av Gruppchef eller verksamhetschef samt lyfts upp på gemensamma personalmöten. Synpunkter och klagomål registreras i vårt kvalitetsledningssystem Qmaxit. Beroende på omfattning upprättas en handlingsplan för uppkommen synpunkt eller klagomål, som sedan återkopplas till personen där Synpunkten eller klagomålet kom ifrån. Handlingsplanen förankras i arbetsgruppen genom personalmöten samt dokumentation kopplad till specifik individ eller om det gäller personalen, i digitala system, så som Teams där vi har digital kommunikation.</p> <p>Under perioden: 2024-09-23 till 2025-09-23 har detta skett:</p> <p>19 synpunkter och klagomål Synpunkter och klagomål har varit från personal, boende och anhöriga. Det har handlat om att någon kastat personals mat, tvättat kläder blandat färg och vitt, boende varit besviken för att utebliven aktivitet, föräldrar varit missnöjda med kommunikation samt aktiviteter kopplat till deras barn.</p> <p>74 avvikelser - 17 omvårdnad 32 läkemedel 1 kränkning 10 ej utförd insats 2 vårdkedjeproblematik</p>

				6 miljö 3 medicintekniska produkter 3 arbetsmiljö
Ange hur många lex-Sarah rapporter respektive anmälningar till IVO som har upprättats under de senaste 12 månaderna. Ange också inom vilket område som missförhållanden/risken för missförhållanden har ägt rum.				0