

Avtalsuppföljning 2025

Bostäder med särskild service för vuxna enligt 9 § p. 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Cristina Granbom
Kvalitets- och utvecklingsstrateg



Inledning

Kommunens ansvar för uppföljning av verksamheter enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) grundas både på det övergripande ansvaret för att beviljade insatser utförs på ett kvalitativt och rättssäkert sätt samt på skyldigheten att kontrollera och följa upp privata verksamheter utifrån 10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725).

Socialnämnden ansvarar för uppföljning av verksamhetsspecifika avtal i enlighet med kommunens antagna riktlinjer för avtalsuppföljning. Avtalen för drift av bostäder med särskild service enligt 9 § p. 9 LSS har klassificerats av socialnämnden som strategiska avtal vilket innebär att de ska följas upp årligen och resultatet ska rapporteras till kommunstyrelsen.

Enligt kommunens program för utförare av kommunal verksamhet ska dessutom all kommunalt finansierad verksamhet som kommunen är huvudman för följas upp oavsett om den drivs i egen eller fristående regi.

I denna rapport presenteras resultatet från uppföljningen av de strategiska avtalen/överenskommelser avseende bostäder med särskild service enligt 9 § p. 9 LSS. Uppföljningen omfattar de LSS bostäder som är geografiskt belägna i Danderyds kommun och som ägs av kommunen. Det handlar totalt om åtta bostäder, varav tre drivs i egen regi och övriga fem drivs av privata entreprenörer på uppdrag av kommunen. Två av bostäderna är utformade som servicebostäder och övriga sex är utformade som gruppboheter.

Driften av verksamheterna som drivs av privata entreprenörer har upphandlats enligt lag (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) och det finns i nuläget tre pågående avtal med olika löptider och olika startdatum som ska följas upp. Verksamheterna i egen regi drivs utifrån kravställning i överenskommelser med socialförvaltningen.

I samtliga avtal och överenskommelser avseende utförandet av LSS insatser sammanställs grundkrav på att verksamheten ska bedrivas i enlighet med intentionerna i LSS samt i övrigt tillämpliga lagar, förordningar och föreskrifter. En verksamhet enligt LSS ska vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. För att uppnå god kvalitet i verksamheten krävs att vissa grundläggande rättigheter är tillgodosedda, så som rättssäkerhet, en lättillgänglig service samt respekt för den enskildes integritet och rätt till självbestämmande. Personalen som arbetar i verksamheten ska ha lämplig utbildning och erfarenhet för att kunna ge ett gott stöd och en god service och omvårdnad. 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 ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Det övergripande syftet med LSS insatser är att personer med omfattande funktionshinder får möjlighet att uppnå full delaktighet i samhället, jämlikhet i levnadsvillkor och att kunna leva som andra.

Sammanfattning

Samtliga granskade LSS verksamheter bedöms uppfylla ställda krav på ekonomiskt och finansiell ställning samt kraven på att skicka in verksamhets- och kvalitetsberättelser, verksamhetsplaneringar samt patientsäkerhetsberättelser.

Samtliga verksamheter bedöms generellt uppnå en tillräckligt bra kvalitet inom granskade kvalitetsområden såsom evidensbaserat arbete, individanpassning, likvärdigt stöd, riskbedömningar, dokumentation och samverkan. Det finns en tydlig medvetenhet om vikten av kontinuerlig utvärdering, kompetensutveckling och att säkerställa att stödet ges på ett enhetligt och ändamålsenligt sätt.

Verksamheterna uppger att de arbetar aktivt för att främja individens delaktighet och erbjuder meningsfulla aktiviteter även vid frånvaro från daglig verksamhet. Spontana fritidsaktiviteter erbjuds i stort, men vissa skillnader förekommer mellan verksamheterna.

Vid föregående avtalsuppföljning identifierades ett behov av att utveckla arbetet med habiliterande och rehabiliterande insatser. I sina svar uppger verksamheterna att de har arbetat aktivt under året med att utveckla arbetet med att integrera den paramedicinska personalens kompetens i det dagliga arbetet. Av beskrivningarna framgår dock att en del av verksamheterna fortfarande arbetar huvudsakligen reaktivt, vilket innebär en viss risk att paramedicinska insatser kan sättas in för sent.

Inga lex Sarah-rapporter eller IVO-anmälningar har inkommit under det senaste året.

Nästa avtalsuppföljning kommer att genomföras genom besök i verksamheterna och extra fokus kommer att läggas på verksamheternas rutiner och arbetssätt vid samverkan mellan omsorgspersonal och HSL personal. I övrigt kommer samma områden och frågeställningar att följas upp vid besöken. Detta för att ge en mer komplett bild av hur rutinerna och de beskrivna arbetssätten tillämpas i vardagen.

Syfte med uppföljningen

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

En fullständig granskning av hur utförarna uppfyller kraven på hälso- och sjukvård kommer att göras av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) under våren 2026.

Granskade verksamheter

Granskningen har omfattat de LSS bostäder som är geografiskt belägna i Danderyds kommun och som ägs av kommunen. Totalt är det åtta LSS bostäder varav sex är utformade som gruppboendestäder och två som serviceboendestäder. Driften av fem verksamheter sköts av privata entreprenörer på uppdrag av kommunen och driften av tre verksamheter sköts i egen regi.

Gruppboendestad

Gruppboendestad är ett bostadsalternativ för personer som har ett så omfattande tillsyns- och omvårdnadsbehov att mer eller mindre kontinuerlig närvaro av personal är nödvändig. I

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

Verksamheter som har granskats:

Verksamhet	Antal platser	Tomma platser	Drift	SN nummer Upphandlingsform,	Avtalstid	Avtalsvärde /år
Annebergs gruppboende	6	0	Nytida	SN 2021/0031 LOU	2022-11-01 till 2025-10-31 Förlängt till och med 2027-11-01	5,5 miljoner
Eddavägens gruppboende	5	0	Nytida	SN 2021/0197 LOU	2022-11-01 till 2025-10-31 Förlängt till och med 2027-11-01	6,7 miljoner
Västerängsvägens gruppboende	4	0	Nytida	SN 2021/0197 LOU	2023-03-01 till 2025-10-31 Förlängt till och med 2027-11-01	6,5 miljoner
Slättervägens gruppboende	5	2	Nytida	SN 2023/0064 LOU	2024-09-01 till 2027-08-31 Upphör 2032-08-31	6 miljoner
Santalaravägens gruppboende	5	0	Nytida	SN 2023/0064 LOU	2024-09-01 till 2027-08-31	6,4 miljoner
Villa Stinsen	6	1	Egen regi	SN 2021/0110 Intern överenskommelse	2022-04-01 till 2025-03-31 Möjlig förlängning till och med 2027-03-31	9,7 miljoner

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.

Verksamheter som har granskats:

Verksamhet	Antal platser	Tomma platser	Drift	SN nummer Upphandlings- form,	Avtalstid	Avtals- värde/år
Gärdes Backe servicebostad	11	1	Egen regi	SN 2021/0110 Intern överenskommelse	2022-04-01 till 2025-03-31 Möjlig förlängning till och med 2027-03-31	6,2 miljoner
Torget servicebostad	9	0	Egen regi	SN 2021/0110 Intern överenskommelse	2022-04-01 till 2025-03-31 Möjlig förlängning till och med 2027-03-31	7,4 miljoner

Fokus för avtalsuppföljningen och metod

Fokus för avtalsuppföljningen har varit de områden som utgör kvalitetsmarkörer enligt lagens intentioner och som återfinns i samtliga avtal/överenskommelser. Detta för att skapa enhetlighet och en bättre överblick i hur verksamheterna uppfyller de lagstadgade kvalitetskraven då paragraferna i de enskilda avtalen/överenskommelserna är strukturerade och utformade på något olika sätt.

Avtalsuppföljningen har även omfattat en granskning av kvalificeringsvillkoren avseende företagets ekonomiska och finansiella ställning. Vidare har det gjorts en granskning av hur verksamheterna uppfyller kraven på att skicka in sina verksamhetsplaner och verksamhets- och kvalitetsberättelser till kommunen.

Uppföljningen har gjorts digitalt genom enkätplattformen Esmaker. En enkät har skickats till samtliga verksamhetschefer. Inkomna svarsjournaler har bearbetats manuellt och verksamheternas svar har analyserats och bedömts var för sig. De bearbetade svarsjournalerna finns bifogade som bilagor. Sammanfattningen och analysen av verksamheternas svar på varje fråga har gjorts delvis genom enkätplattformens AI funktion, delvis genom egna analyser.

För varje granskat område har verksamheterna fått besvara flera frågor som har utformats till stor del utifrån tidigare avtalsuppföljningar samt innehållet och strukturen i nuvarande

avtal/överenskommelser. De enskilda frågorna inom varje område har utarbetats i samverkan med LSS gruppen, med avstamp i deras upplevelser och erfarenheter från uppföljningarna på individnivå.

Granskade områden

Nedan redovisas samtliga granskade områden med en kort sammanställning och analys av samtliga verksamheters svar inom varje granskat område.

Bedömningen redovisas med följande färgmarkeringar:

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

Företagens ekonomiska och finansiella ställning

Kontrollen har gjorts med hjälp av upphandlingsavdelningen och avser enbart Nytida AB med organisationsnummer 5564711901.

Företaget bedöms uppfylla de krav som ställs enligt avtal.

Kvalitets- och verksamhetsberättelser samt verksamhetsplaner

I samtliga upphandlingsunderlag ställs krav på att utföraren ska lämna in:

- Verksamhetsplan senast den 31/12 för kommande år
- Verksamhets- och kvalitetsberättelse senast den 31/3 för innevarande år

Samtliga verksamheter har inlämnat efterfrågade dokument i tid och bedöms uppfylla kraven.

Granskade områden och frågor som har ställts till utförarna

1. Område - Personalens kompetens och kompetensutveckling

Fråga: 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.

Sammanställning av svar och bedömning:

Svaren beskriver användning av metoder som lågaffektivt bemötande, alternativ och kompletterande kommunikation (AKK), tydliggörande pedagogik, motiverande samtal (MI) och ett salutogent förhållningssätt. Verksamheterna beskriver också att de använder bildstöd, scheman, pictogrambilder och tekniska hjälpmedel för att tydliggöra och individanpassa stödsatserna. Dessa metoder är väl etablerade inom omsorgsverksamhet och anses vila på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet, vilket också uttrycks i svaren.

Svaren beskriver också att personalen genomgår grundutbildning och löpande

vidareutbildning, ofta via ett internt utbildningsbolag. Det finns rutiner för att implementera och följa upp nya arbetssätt, bland annat genom arbetsplatsträffar (APT) och kompetensportaler, vilket antas säkerställa att kunskap sprids och att metoderna utvärderas för att uppnå önskad effekt.

Bedömningen är att svaren visar på en medvetenhet om vikten av evidensbaserat arbete, kontinuerlig utvärdering och kompetensutveckling. Samtliga verksamheter bedöms uppfylla detta krav.

Fråga: Hur säkerställs att förhållningssättet och de metoder som används i verksamheten (t ex lågaffektivt bemötande, personcentrerat arbetssätt, mm) är anpassade till individens behov?

Sammanställning av svar och bedömning:

Svaren beskriver en rad olika insatser, såsom observationer, teammöten, boendemöten och kvalitetsråd, där varje individs behov diskuteras och följs upp. Dokumentation och kontinuerlig uppföljning av beteenden och förändringar framhålls som centrala verktyg för att anpassa insatserna över tid. Det framgår även att verksamheten arbetar utifrån egna utarbetade ramverk.

Svaren tyder på att individens delaktighet och inflytande är prioriterade, genomförandeplaner och bemötandeplaner utformas tillsammans med den boende, och vid behov involveras även anhöriga eller god man. Flexibilitet i metodanvändning lyfts fram, där exempelvis lågaffektivt bemötande och personcentrerat arbetssätt anpassas efter varje persons unika förutsättningar och kommunikationssätt.

Bedömningen är att svaren visar på en medvetenhet om att utveckla och anpassa de metoder som används för att möta varje individs behov. Samtliga verksamheter bedöms uppfylla detta krav.

Fråga: Hur säkerställs att den enskilda individen får ett likartat stöd oavsett vem i personalen som ger stödet?

Sammanställning av svar och bedömning:

Svaren betonar genomgående användningen av individuella genomförandeplaner, metodblad, handlingsplaner och bemötandeplaner som centrala verktyg för att skapa kontinuitet och förutsägbarhet i stödet. En annan framträdande aspekt i svaren är vikten av kommunikation och uppföljning inom personalgruppen. Regelbundna möten såsom APT (arbetsplatsträffar), boendegenomgångar och pedagogiska möten lyfts fram som forum där personalen diskuterar arbetssätt, följer upp avvikelser och säkerställer samsyn kring insatserna. Stödpedagoger och gruppchefer uppges ha en handledande roll i det dagliga arbetet.

Bedömningen är att svaren visar på att verksamheterna arbetar aktivt med och är medvetna om vikten av att de enskilda får ett likartat stöd oavsett vem i personalen som ger stödet. Samtliga verksamheter bedöms uppfylla detta krav.

Fråga: Hur arbetar ni med riskanalyser och egenkontroll?

Sammanställning av svar och bedömning:

Svaren beskriver att riskanalyser genomförs regelbundet, oftast två gånger per år, samt vid behov när nya risker eller förändringar uppstår.

Egenkontroller beskrivs som en återkommande aktivitet, ofta kopplad till ett årshjul med fasta tidpunkter. Resultaten från egenkontrollerna används aktivt för att identifiera förbättringsområden och skapa handlingsplaner, vilka sedan följs upp på personalmöten eller arbetsplatsträffar.

Bedömningen är att svaren visar på förståelse och medvetenhet om vikten av systematik och struktur vid riskbedömningar samt om betydelsen av regelbundna egenkontroller. Samtliga verksamheter bedöms uppfylla detta krav.

Fråga: Hur dokumenteras och följs det upp att personalen tillämpar de metoder som valts?

Sammanställning av svar och bedömning:

Svaren visar på att dokumentation sker löpande i olika digitala system och verksamheterna använder sig även av checklistor och särskild dokumentation för att säkerställa implementeringen av vald metod.

Svaren beskriver vidare att uppföljning av metoder och arbetssätt vanligtvis sker via återkommande möten såsom boendegenomgångar, arbetsplatsträffar och planerade uppföljningsmöten. Dessa möten utgör centrala forum för reflektion, utvärdering och justering av arbetssätt.

Bedömningen är att verksamheterna visar på en förståelse för vikten av att säkerställa att valda metoder används på ett enhetligt och ändamålsenligt sätt. Samtliga verksamheter bedöms uppfylla detta krav.

Fråga: Hur arbetar ni med att utvärdera effekterna av de metoder ni använder?

Sammanställning av svar och bedömning:

Svaren beskriver att uppföljning och utvärdering är integrerade delar av det dagliga arbetet, där dokumentation och regelbundna möten spelar en central roll. Flera svar betonar vikten av att följa upp effekten av arbetssätt och metoder vid boendegenomgångar och personalmöten.

En återkommande aspekt är att utvärderingen sker både genom observationer i vardagen och genom formell dokumentation, exempelvis i social journal eller genomförandeplaner. Dessa dokument följs upp av olika befattningshavare såsom verksamhetschef, gruppchef, stödperson och stödpedagog. Det framkommer också en ambition av att involvera de enskilda och de anhöriga i utvärderingen av hur stödet fungerar.

Bedömningen är att det finns en medvetenhet i samtliga verksamheter om vikten av att utvärdera hur stödet fungerar och om de metoder som används ger resultat. Samtliga verksamheter bedöms uppfylla detta krav.

2. Meningsfull vardag, självbestämmande och delaktighet

Fråga: Hur involveras den enskilde i planeringen av sin vardag, inklusive fritid och sysselsättning i hemmet?

Sammanställning av svar och bedömning:

Svaren beskriver att verksamheterna involverar den enskilde i planeringen av sin vardag, fritid och sysselsättning i hemmet. Exempelvis uppges individens önskemål, behov och mål stå i centrum vid upprättandet av genomförandeplaner. Svaren beskriver vidare flera olika former av delaktighet, såsom regelbundna enskilda samtal, planeringsmöten och boendemöten.

Den enskildes delaktighet säkerställs även genom anpassning av kommunikationen till den enskildes förutsättningar, exempelvis genom bilder, scheman, samtalskortor och alternativ och kompletterande kommunikation (AKK). Vid behov involveras även anhöriga och/eller gode män.

Bedömningen är att verksamheterna visar på att de arbetar för att möjliggöra den enskildes delaktighet i sin vardag så långt som möjligt med utgångspunkt i den enskildes individuella förutsättningar. Samtliga verksamheter bedöms uppfylla detta krav.

Fråga: Hur säkerställs att den enskilde har möjlighet att delta i spontana fritidsaktiviteter när hen så önskar, även utanför schemalagd tid?

Sammanställning av svar och bedömning:

Svaren visar på att verksamheterna generellt försöker anpassa bemanningen och schemaläggningen så att det lämnar visst utrymme för spontana aktiviteter. En viss variation i hur verksamheterna löser detta verka ha en koppling till de enskildas behov och önskemål om framförhållning/planering. I vissa verksamheter uppges alla boende vilja ha god framförhållning. Dokumentation i digitala system samt uppföljning uppges oftast vara ett sätt att säkerställa att önskemål om fritidsaktiviteter faktiskt tillgodoses i vardagen.

Gärdes Backe servicebostad skiljer sig från de övriga genom att perspektivet om spontana aktiviteter saknas. Av svaret framgår att de boende bjuds in till aktiviteter i och utanför boendet men inte hur de enskildas önskemål om spontana aktiviteter utanför schemalagd tid kan tillgodoses. Detta bedöms som en mindre brist som ska följas upp vid nästa avtalsuppföljning.

Bedömningen är att verksamheterna generellt är beredda på och försöker erbjuda möjlighet till spontana fritidsaktiviteter. Samtliga verksamheter bedöms uppfylla detta krav, dock med undantag av Gärdes Backe servicebostad, vars svar tyder på en mindre brist.

Fråga: Hur säkerställs att den enskilde får en meningsfull vardag i bostaden vid tillfällen då hen inte deltar i daglig verksamhet?

Sammanställning av svar och bedömning:

Generellt beskrivs att personal alltid finns på plats under dagtid och att det finns etablerade rutiner och planering för att möta individuella behov och önskemål. Det framgår att aktiviteter i bostaden planeras tillsammans med den enskilde och att dessa utgår från personens intressen,

dagsform och förmåga.

Det finns en tydlig betoning på vardagsnära och sociala aktiviteter såsom matlagning, promenader, musik, skapande och hushållssysslor. Dessa aktiviteter anpassas efter individens önskemål och förmåga, och personalen uppges arbeta aktivt för att skapa delaktighet och gemenskap.

Bedömningen är att verksamheterna visar på en beredskap att erbjuda den enskilde möjlighet att få en meningsfull vardag även när hen inte deltar i daglig verksamhet. Samtliga verksamheter bedöms uppfylla detta krav.

Fråga: Hur samverkar ni med den dagliga verksamheten för att säkerställa att den enskildes behov och mål följs upp och tillgodoses i båda insatserna?

Sammanställning av svar och bedömning:

Svaren beskriver en till stor del strukturerad och kontinuerlig kommunikation mellan personalgrupperna, där både muntlig och skriftlig kontakt används för att säkerställa att individens behov och mål följs upp och tillgodoses. Det framgår att samverkan sker både i form av daglig kontakt, exempelvis vid start och slut på dagen, och genom regelbundna eller behovsstyrda möten. Information om dagsform och särskilda behov förmedlas löpande.

Bedömningen är att det finns en medvetenhet i samtliga verksamheter om vikten av samverkan för att skapa trygghet och möjliggöra snabba anpassningar vid förändringar. Samtliga verksamheter bedöms uppfylla detta krav.

3. Att uppmärksamma våld i nära relationer

Fråga: Beskriv hur ni arbetar med att uppmärksamma och förebygga förekomsten av våld i nära relationer.

Sammanställning av svar och bedömning:

Svaren beskriver att utbildning är en central del av arbetet, detta i syfte att ge personalen verktyg att identifiera och hantera situationer där våld i nära relationer kan förekomma. Medarbetarna får grundläggande och fortlöpande utbildning via interna kompetensportaler och stödmaterial från SKR.

Utöver utbildning lyfts vikten av rutiner och styrdokument fram, såsom lokala rutiner, akutpärmar och riskbedömningar som genomförs regelbundet. Dokumentation av förändringar i mående och beteende hos de boende samt lyhördhet vid samtal och boendemöten är återkommande teman.

Bedömningen är att det finns en medvetenhet om och en förståelse i samtliga verksamheter om vikten att vara uppmärksam på tidiga varningssignaler som kan tyda på våld i nära relationer och att ha en proaktiv inställning. Samtliga verksamheter bedöms uppfylla detta krav.

4. HSL, habiliterande och rehabiliterande insatser

Fråga: 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 arbetssätt för att tydligare integrera den paramedicinska personalens insatser i vardagsarbetet i proaktivt och förebyggande syfte.

Sammanställning av svar och bedömning:

Av svaren framgår generellt att verksamheterna har tagit konkreta steg för att arbeta mer proaktivt och förebyggande genom att involvera arbetsterapeuter och fysioterapeuter tidigare och tätare i vård- och omsorgsarbetet. Flera svar beskriver strukturerade arbetssätt såsom regelbundna teammöten, kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar där paramedicinsk personal deltar för att följa upp insatser, identifiera nya behov och säkerställa att åtgärder genomförs enligt plan.

Det framgår också att den paramedicinska personalens kompetens integreras i större omfattning i det dagliga arbetet genom utbildning, handledning och tydliga instruktioner till övrig personal.

Av svaren framkommer fortsatt viss osäkerhet kring hur den paramedicinska personalens kompetens kan användas i förebyggande syfte, tonvikten i beskrivningarna ligger ofta på att det är verksamheten som initierar och påtalar behoven. Detta är ett reaktivt arbetssätt som innebär att det kan finnas viss risk att den paramedicinska personalens insatser efterfrågas först när något redan har hänt.

Den generella bedömningen är dock att verksamheterna har arbetat med att knyta den paramedicinska personalen närmare omsorgspersonalen i vardagsarbetet och att de uppfyller kravet. Ett undantag är Västerångsvägen där svaret visar på att inga förändringar har skett sedan förra årets avtalsuppföljning. Detta bedöms som en mindre brist.

Fråga: Beskriv hur ni arbetar med att bedöma och följa upp eventuella skyddsåtgärder.

Sammanställning av svar och bedömning:

Svaren beskriver ett generellt systematiskt arbetssätt där skyddsåtgärder endast används när det är absolut nödvändigt och alltid som en sista utväg. Det framkommer ett tydligt fokus på att värna den enskildes självbestämmande och integritet vid bedömningar, dokumentation och uppföljning. Riskbedömningar, samtycke och samverkan mellan olika professioner betonas. Åtgärderna uppges vara tidsbegränsade och vara föremål för kontinuerlig omprövning. Detta för att undvika att de blir rutinmässiga eller ersätta andra, mer pedagogiska lösningar.

I de verksamheter där skyddsåtgärder inte är aktuella, uppges finnas en beredskap och kunskap om hur dessa ska hanteras om behovet skulle uppstå.

Utifrån de inkomna svaren är bedömningen att det finns en medvetenhet i samtliga verksamheter om att skyddsåtgärder inte får ersätta brister i verksamheten och att samtycke

från den enskilde och/eller dennes ställföreträdare alltid är en förutsättning för att vidta sådana åtgärder. Samtliga verksamheter bedöms uppfylla detta krav.

5. Social dokumentation och genomförandeplaner

Fråga: Beskriv hur ni säkerställer och kvalitetssäkrar att alla i personalen kan dokumentera och journalföra i enlighet med kraven i SOSFS 2014:5.

Sammanställning av svar och bedömning:

Samtliga verksamheter nämner att personalen får utbildning i social dokumentation, både vid introduktion och genom återkommande insatser. Detta kompletteras ofta med stöd från särskilt utsedda personer, såsom stödpedagoger, gruppchefer eller dokumentationsansvariga.

Dokumentationsfrågor uppges vara en stående punkt på arbetsplatsträffar och andra möten, där personalen ges möjlighet att reflektera och diskutera kring hur dokumentationen utförs.

Svaren visar att granskning och uppföljning av dokumentationen genomförs med viss regelbundenhet och att brister åtgärdas ofta genom att sätta upp mål i medarbetarens utvecklingsplan och följa upp dessa.

Bedömningen är att svaren visar på en medvetenhet kring vikten av korrekt social dokumentation samt av systematik i dokumentationen. Samtliga verksamheter bedöms uppfylla detta krav.

Fråga: Beskriv hur ni säkerställer och kvalitetssäkrar att samtliga genomförandeplaner följer kraven i SOSFS 2014:5.

Sammanställning av svar och bedömning:

Regelbundna uppföljningar och granskningar, ofta kopplade till ett årshjul, framhålls som viktiga moment för att kvalitetssäkra dokumentationen. Checklistor och egenkontroller används i de flesta verksamheter för att säkerställa att kraven efterlevs.

Av svaren framgår en generell ambition att dokumentationen ska vara aktuell, spegla beslutade insatser och mål, samt vara individanpassad. Utbildning av personal och stöd från dokumentationsansvariga och chefer nämns som viktiga faktorer för att säkerställa kompetens och kvalitet i arbetet med genomförandeplanerna.

Bedömningen är att svaren visar på en medvetenhet om vikten av att följa gällande föreskrifter och hålla en hög kvalitet vid upprättandet av genomförandeplaner. Samtliga verksamheter bedöms uppfylla detta krav.

6. Systematiskt kvalitetsarbete

Fråga: 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 dessa har inträffat.

Sammanställning av svar och bedömning:

Samtliga verksamheter uppger att de arbetar systematiskt med avvikelser, synpunkter och klagomål. Avvikelser analyseras och följs upp av ansvariga chefer, synpunkter och klagomål tas emot, registreras och återkopplas till berörda parter. Förutom att åtgärda enskilda händelser uppges att verksamheterna även arbetar med att dra lärdomar och utveckla rutiner för att förebygga framtida avvikelser. Återkommande i de flesta svar är vikten av att hela personalgruppen involveras i analys och åtgärdsarbete, samt att erfarenheter sprids.

När det gäller statistik över avvikelser, synpunkter och klagomål varierar antalet mellan verksamheterna, men det är tydligt att läkemedelshantering, omvårdnad, ej utförda insatser och arbetsmiljö är återkommande områden. Synpunkter och klagomål kommer från både personal, boende och anhöriga, och rör bland annat kommunikation, aktiviteter och rutiner. I vissa fall har inga synpunkter eller klagomål rapporterats.

Svaren visar att alla verksamheter arbetar aktivt med att rapportera avvikelser samt hantera synpunkter och klagomål på ett strukturerat sätt. Bedömningen är att samtliga verksamheter uppfyller detta krav.

Fråga: 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.

Samtliga verksamheter rapporterar noll lex-Sarah rapporter respektive anmälningar till IVO under de senaste 12 månaderna.