

2025

Svarsjournal från Esmaker – avtalsuppföljning Slåttervägen

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
Datum					2025-09-29 14:08:25
Verksamhetens namn					Slåttervägen
Verksamhetsform					Gruppbostad
Drift					Entreprenad
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					<p>Verksamheten använder sig av lågaffektivt bemötande, AKK, tydliggörande pedagogik, MI, salutogent förhållningssätt.</p> <p>Vi utbildar genom vårt interna utbildningsbolag LÄRA. Metoder och arbetssätt implementeras på APT och utvärderas för att se om önskad effekt uppnåtts. All nyanställd personal är utbildad (lägst USK eller motsvarande) och får grundutbildning och löpande kunskap efter behov. Obligatoriska utbildningar tilldelas automatiskt i vår kompetensportal och följs upp av GC och VC. När medarbetare gått</p>

				utbildning har vi en återgivning till resterande kollegor vid APT för att sprida kunskapen vidare.
Hur säkerställs att förhållningssättet och de metoder som används i verksamheten (t ex lågaffektivt bemötande, personcentrerat arbetssätt, mm) är anpassade till individens behov?				Genom boendegenomgångar med arbetsgruppen samt kvalitetsråd där vi går igenom varje enskild och dennes behov. Vi observerar och dokumenterar den enskildes beteenden och förändringar. Vi utgår från Nytidas ramverk för pedagogik, personcentrerat stöd, motivation, tillgänglighet, helhetssyn, samarbete, bemötande. Teamgenomgång med SSK och rehab personal. Samverkan med externa parter så som DV, Habilitering, närstående, psykiatri, etc.
Hur säkerställs att den enskilda individen får ett likartat stöd oavsett vem i personalen som ger stödet?				Vi arbetar utefter rutiner för varje individs behov som finns dokumenterat i ledningssystemet. Vi rapporterar avvikelser som tas upp på boendegenomgång för att se över brister och behov av eventuella förändringar. Genom dialog på boendegenomgångar går vi igenom HUR vi arbetar med de boende och kan på så vis upptäcka skillnader i arbetssätt som vi sedan kommer överens om hur vi ska utföra insatsen. Gruppchef som finns på plats har en överblick och handleder i det dagliga arbetet.
Hur arbetar ni med riskanalyser och egenkontroll?				Vi följer Nytidas årshjul och genomför riskanalyser 2 gånger per år samt vid behov. Vi involverar hela arbetsgruppen vid genomförandet för att säkerställa att alla får komma till tals och vi får på så vis en samlad syn. Stödperson uppdaterar därefter genomförandeplanen så att den röda tråden finns. Egenkontroll genomförs

				<p>två gånger per år enligt årshjul, maj och november. Utifrån svaren i egenkontrollen skapas förbättringsområden i de delar där verksamheten behöver arbeta vidare. Dessa områden följer verksamheten upp vid APT fram till nästkommande egenkontroll. Månadskontroll av brand, vårdhygien och fastighet genomförs av utsedda medarbetare och följs upp av GC och VC. Granskning av social dokumentation och HSL journal genomförs av VC/GC 4 gånger/år.</p>
Hur dokumenteras och följs det upp att personalen tillämpar de metoder som valts?				<p>Metoder och arbetssätt följs upp vid boendegenomgångar (varannan vecka) för att säkerställa att alla arbetar efter gemensamma och överenskomna metoder. Dokumentation görs i social journal som följs upp löpande av VC, GC och stödperson. Vid avvikelser rapporteras detta i ledningssystemet Qmaxit och följs upp på nästkommande boendegenomgång.</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 arbetar efter gemensamma och överenskomna metoder. Dokumentation görs i social journal som följs upp löpande av VC, GC och stödperson. Vid avvikelser rapporteras detta i ledningssystemet Qmaxit och följs upp på nästkommande boendegenomgång.</p>
Hur involveras den enskilde i planeringen av sin vardag, inklusive fritid och sysselsättning i hemmet.				<p>På Slåttervägen har vi enskilda samtal (kommunikation) med de boende om vardag, fritid och sysselsättning i hemmet. De boende har olika förmåga till kommunikation och därav fungerar det bättre med enskilda samtal, istället för t.ex boråd.</p> <p>Vi har en mall för enskilda samtal som</p>

				<p>kan användas om vi uppfattar att den boende har något önskemål eller önskan om förändring.</p> <p>De boende är delaktiga i upprättandet av och uppföljning av genomförandeplaner utifrån sin förmåga.</p>
Hur säkerställs att den enskilde har möjlighet att delta i spontana fritidsaktiviteter när hen så önskar, även utanför schemalagd tid?				<p>Schemat följs upp och anpassas efter verksamhetens behov med kort varsel. Schemat följs upp vid APT där vi justerar vid behov. Bemanningen är lagd så att det finns gott om utrymme vid tider på dygnet då de boende kan vilja göra något spontant. Vid spontana fritidsaktiviteter tar vi in timvikarier om det finns behov av utökning av bemanningen. I dagsläget är det sällan önskemål om spontana aktiviteter på Slåttervägen. De boende vill ha god framförhållning och mår allra bäst när dagarna är sig lika.</p>
Hur säkerställs att den enskilde får en meningsfull vardag i bostaden vid tillfällen då hen inte deltar i daglig verksamhet?				<p>En boende på Slåttervägen är hemma på heltid, övriga går på DV. Verksamheten är bemannad för att möta behovet hos den boende som är hemma på dagarna. I dennes fall är dagsformen avgörande för vilka aktiviteter som är möjliga så det är endast ett fåtal som är schemalagda. Däremot tar vi stor hänsyn till vad den boende tycker om och njuter av i livet. T.ex så passar vi på att vara utomhus vid bra väder då denne uppskattar sol och värme. Hen är även med i köket vid matlagning etc.</p>
Hur samverkar ni med den dagliga verksamheten för att säkerställa att den enskildes behov och mål följs upp och tillgodoses i båda insatserna?				<p>Vi har samverkansmöten med DV vid behov. Utöver detta har vi kontakt med DV på telefon om någon information behöver lämnas etc. Varje verksamhet ansvarar för sin måluppfyllelse.</p>
Beskriv hur ni arbetar med att uppmärksamma och förebygga				<p>Alla medarbetare går utbildning i kompetensportalen. Riskanalyser</p>

förekomsten av våld i nära relationer.				<p>genomförs 2 gånger/år eller vid behov, där våld i nära relationer tas upp. Styrdokument om hot och våld i nära relation finns i verksamhetens lokala rutin-pärm. Vi arbetar förebyggande genom att fånga upp signaler. Vi arbetar med ett dokument för enskilda samtal med de boende för att i tid fånga upp då vi märker att något har förändrats (och skulle kunna vara tecken på våld i nära relation). Vi dokumenterar förändringar i mående, är lyhörda och följer upp detta vid boendegenomgång.</p>
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.				<p>Vi arbetar fortsatt med teammöten (VC, GC, SSK, AT, SG) var tredje månad där vi går igenom varje enskild boende och följer upp insatser. Detta i syfte att tidigt identifiera förändringar och behov samt säkerställa att insatser fortlöper enligt plan. SSK, AT, SG bjuds in till APT vid behov. Vi har alltid möjlighet att ringa och konsultera och boka in besök från AT och SG. Uppföljningar av insatser sker löpande beroende på behovet, t.ex träningsprogram.</p>
Beskriv hur ni arbetar med att bedöma och följa upp eventuella skyddsåtgärder.				<p>Vi arbetar förebyggande och går igenom de skyddsåtgärder vi har på boendegenomgångar. En skyddsåtgärd ska alltid följas upp frekvent och målet är att avsluta dessa när behovet inte längre kvarstår. Bedömning görs efter dokumenterade situationer/händelser under tid samt där man ser att det inte räcker med arbetssätt och pedagogiska lösningar eller där det är en fara för sin egen, andra boende och personals säkerhet. Vi konsulterar även sjuksköterska och rehab-personal utifrån situation. Den enskildes samtycke dokumenteras i social journal</p>

				<p>samt hur samtycket inhämtats. Skyddsåtgärder dokumenteras i genomförandeplan (vid HSL upprättas även en hälsoplan). Företrädare och handläggare informeras alltid vid upprättandet av skyddsåtgärder. Vi utbildar oss löpande. Alla medarbetare och chefer har gått utbildningen "från begränsningsåtgärd till pedagogisk lösning" via LÄRA. Vi har även möjlighet att ta in extern handledning i dessa frågor för att säkerställa att vi arbetar enligt styrande lagar.</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>Samtliga medarbetare går utbildning i social dokumentation. GC stöttar medarbetare vid t.ex upprättandet av genomförandeplaner. Granskning genomförs enligt årshjulet för att säkerställa att vi dokumenterar korrekt. Vi använder oss av framtagna checklista "granskning social dokumentation" för att säkerställa att all information är uppdaterad och finns med. Vid oklarheter tar vi upp på APT hur/vad vi dokumenterar för att säkerställa att vi följer de krav som finns. Vid brister i den sociala dokumentationen upprättar vi detta som ett mål i den enskilde medarbetarens utvecklingsplan, med åtgärder. Denna följs sedan upp för att säkerställa att åtgärden haft effekt.</p>
<p>Beskriv hur ni säkerställer och kvalitetssäkrar att samtliga genomförandeplaner följer kraven i SOSFS 2014:5.</p>				<p>Vi granskar genomförandeplaner 2 gånger/ år enligt årshjul. Vi använder framtagna checklista för att säkerställa att kraven följs. GC och VC finns som stöd vid behov. Genomgång av genomförandeplanen görs med GC innan den godkänns och signeras. Genomförandeplanen skrivs på av den enskilde/företrädare samt skickas till handläggare.</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>Verksamheten rapporterar avvikelser i kvalitetsledningssystemet Qmaxit. Rapporterade avvikelser följs upp av GC och VC. Vi går igenom samtliga avvikelser på kvalitetsråd som vi har i samband med APT. Här tar vi fram åtgärder och reviderar rutiner etc. Detta följs upp kommande APT/boendegenomgång. Synpunkter och klagomål återkopplas till berörd snarast möjligt.</p> <p>Avvikelser totalt: 13 stycken. Läkemedelsavvikelser: 4 stycken. Synpunkter/klagomål: 0 stycken. Arbetsmiljö, tillbud/arbetsskada: 1 stycken Övriga: 8 stycken.</p>
<p>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.</p>				<p>Verksamheten har inte rapporterat några Lex Sarah rapporter under senaste 12 månaderna.</p>