

**Lokalt kvalitetsledningssystem för
Attendo Nimbus Daglig Verksamhet
*Stångby och Skjutbanevägen 31***

IOF/LSS/Riktlinjer Kvalitet/kapitel 1.1.1

Utfärdad av
Kvalitetsavdelningen
Reviderat

Godkänd av:
Kvalitetschefen

Utgåva:
3

Datum:
2014-12-03

Innehållsförteckning

Vilken verksamhet bedrivs?	Flik 1
Laglista	Flik 2
Ansvarsfördelning	Flik 3
Processer och tillhörande rutiner	Flik 4
Samverkan	Flik 5
Riskanalyser	Flik 6
Händelsehantering, synpunkter och klagomål	Flik 7
Egenkontroll/Lokal verifiering	Flik 8
Dokumentation	Flik 9

Flik 1 Vilken verksamhet bedrivs?*Kort beskrivning av verksamheten*

Attendo Nimbus Daglig Verksamhet Stångby är en enhet som bedrivs i egen regi av Attendo LSS AB. Verksamheten har 23 platser som tillhandahåller stöd och service för vuxna personer inom PK1 som är beviljade daglig verksamhet enligt 9:10 LSS. Enheten är belägen på i Stångby Kyrkby, Norra Lund.

Deltagarna i verksamheten får stöd utifrån sina individuella behov, önskemål och intressen och detta sker inom verksamhetens inriktning som är Djur, Natur, Odling och Trädgård varpå många varierande aktiviteter finns att tillgå. Ett stort utbud av övriga aktiviteter finns också att erbjuda deltagarna i verksamheten. Exempel på sådana aktiviteter kan vara matlagning, inomhussuppgifter så som arbetsbord och pyssel/estetisk verksamhet.

Attendo Nimbus Daglig verksamhet Skjutbanevägen är en enhet som bedrivs i egen regi på Skjutbanevägen 31 i Lund. Verksamheten har 12 platser och inriktningen är Uttrycka, Utveckla och Utforska vari många aktiviteter i verksamheten har sin grund. Aktiviteterna kan till exempel innebära uttrycka genom skapande i verksamhetens olika ateljéer, utveckla studiecirkel kring ett intressant ämne som brukarna vill veta mer om, som också kan genomföras i projektform och redovisas enligt deltagarnas önskemål, utforska studiebesök enligt deltagarnas önskemål.

Varje brukare har en kontaktman i personalgruppen. Samverkan med god man och uppdragsgivare erbjuds kontinuerligt vid uppföljning och utformande av genomförandeplaner. Vid inskrivningen på daglig verksamhet görs en överenskommelse med aktuell ställföreträdare om hur personen själv önskar att kontakten ska upprätthållas.

Verksamheterna är tillståndspliktiga och bedrivs med tillstånd från Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Detta tillstånd gäller att bedriva enskild verksamhet enligt 23§ och 9§ punkt 10 (Lag 1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Verksamheterna är registrerad som livsmedelsanläggning och kontrolleras av Miljöförvaltningen i Lund årligen sedan år 2011.

Målgrupp är vuxna personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd enligt 1§ punkt 1 LSS. Spetskompetens är arbete med och för personer med autism eller autismliknande tillstånd, men målgruppen är samtliga personer inom personkrets 1 LSS.

Metod

Arbetsmetod i verksamheterna är tydliggörande pedagogik enligt TEACCH-modellen. Denna metod kompletteras med andra arbetsmetoder så som KAT-KIT, sociala berättelser, seriesamtal och annan alternativ kommunikation som kan vara aktuellt för befintliga brukare i verksamheten.

IOF/LSS/Riktlinjer Kvalitet/kapitel 1.1.1

Utfärdad av
Kvalitetsavdelningen
Reviderat

Godkänd av:
Kvalitetschefen

Utgåva:
3

Datum:
2014-12-03

HSL

Hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs av personal som är delegerad dessa uppgifter från verksamhetens sjuksköterska. I den hälso- och sjukvård som bedrivs ingår hantering av och ansvar för att ge stående läkemedel enligt ordination. Det ingår också att ge läkemedel vid behov, som ska föregås av kontakt och i samråd med verksamhetens sjuksköterska. Verksamheterna varken hanterar eller tillhandahåller i dagsläget medicintekniska produkter. HSL ansvar utgår från boendet eller på anmodan om detta per delegering från kundens MAS.

Flik 2 Laglista DV

Lagar och föreskrifter	Var hittar jag denna?
Kvalitet och allmänt	
Personuppgiftslagen 1998:204	www.riksdagen.se
Livsmedelslagen 2006:804	www.riksdagen.se
Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)	www.riksdagen.se
Förordning (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade	www.riksdagen.se
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9	www.socialstyrelsen.se
Socialtjänst och LSS	
Socialtjänstlagen SOL 2001:453	www.riksdagen.se
Lagen om stöd och service till Vissa funktionshindrade LSS 1993:387	www.riksdagen.se
Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV)	www.regeringen.se
Lag om behandling av personuppgifter i socialtjänsten 2001:454	www.riksdagen.se
Föreskrifter och allmänna råd om dokumentation, handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS SOSFS 2014:5	www.socialstyrelsen.se
SOSFS 2003: 16 Allmänna råd om anmälan om missförhållanden enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453)	www.socialstyrelsen.se
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Lex Sarah SOSFS 2011:5	www.riksdagen.se
Föreskrifter och allmänna råd om dokumentation, handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS SOSFS 2014:5	www.socialstyrelsen.se
Hälso- och sjukvård	
Föreskrifter och allmänna råd om hantering av smittförande avfall från hälso- och sjukvården SOSFS 2005:26	www.socialstyrelsen.se
Föreskrifter och allmänna råd. Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård SOSFS 1997:14	www.socialstyrelsen.se
Föreskrifter och allmänna råd. Vissa åtgärder i hälso- och sjukvården vid dödsfall. SOSFS 1996:29	www.socialstyrelsen.se
Föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården SOSFS 2000:1	www.socialstyrelsen.se
Föreskrifter och allmänna råd om att förebygga och ha beredskap för att behandla vissa överkänslighetsreaktioner SOSFS 1999:26	www.socialstyrelsen.se

IOF/LSS/Riktlinjer Kvalitet/kapitel 1.1.1

Utfärdad av
Kvalitetsavdelningen
Reviderat

Godkänd av:
Kvalitetschefen

Utgåva:
3

Datum:
2014-12-03

Föreskrift om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering SOSFS 2007:10	www.socialstyrelsen.se
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria SOSFS 2005:28	www.socialstyrelsen.se
Föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m SOSFS 2007:19	www.socialstyrelsen.se
Föreskrifter och allmänna råd om hantering av smittförande avfall från hälso- och sjukvården SOSFS 2005:26	www.socialstyrelsen.se
SOSFS 1997: 21 Allmänna råd. Vaccination mot influensa	www.socialstyrelsen.se

Flik 3 Ansvarsfördelning

Verksamhetschef/Biträdande Verksamhetschef

Helene Mårtensson är verksamhetschef (VC) för hela Nimbus.

VC är föreståndare för Barn- och Ungdomsboende (9:8 LSS), Gruppbostad och Servicebostäder (9:9LSS).

Maria Ekberg är biträdande verksamhetschef (BVC).

Charlotte Johansson, kvalificerad pedagog, är föreståndare för Stångby daglig verksamhet samt Skjutbanevägen 31 daglig verksamhet (9:10 LSS).

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för samtliga delar av Nimbus.

Vid eventuell frånvaro träder biträdande verksamhetschef in och övertar detta ansvar.

I övrigt har VC fördelat till BVC och kvalificerad pedagog det pedagogiska ansvaret för samtliga verksamheter

Sjuksköterska

Sjuksköterska Charlotte Danielsson ansvarar för Hälso- och Sjukvårdsinsatserna på Nimbus Dagliga Verksamhet då de utgår ifrån boendet där hon har ansvar. En beredskapsorganisation finns som innebär att Nimbus ingår i ett samarbete med sjuksköterskor som arbetar på Attendo Hällbo i Höör, Attendo Rökaholm, Attendo Syster Annas, samt Attendo Björkhaga. Denna organisation medför att det alltid finns en sjuksköterska tillgänglig dygnets alla timmar och årets alla dagar. SSK ingår också i den lokala kvalitetsgruppen som hanterar analys och förebyggande av händelser i verksamheten.

I övrigt ansvarar Lunds kommun för de insatser med HSL-ansvar som ligger inom kommunens ansvarsområde. Varje brukare har en egen läkare. SSK för en dialog med densamme vid behov av detta. Vårdplaner finns upprättade för samtliga brukare med HSL insatser och uppdateras kontinuerligt av SSK.

Ledningsgrupp

Helene Mårtensson (VC), Maria Ekberg (BVC), Charlotte Johansson (kvalificerad pedagog samt föreståndare), Charlotte Danielsson (SSK), representant för Nimbusakademien (NA) samt samtliga platsansvariga på enheter DV, SB, BUB, GB. Varje måndag har ledningsgruppen möte, protokoll delges och ska läsas av samtliga medarbetare på Attendo Nimbus enheter.

IOF/LSS/Riktlinjer Kvalitet/kapitel 1.1.1

Utfärdad av
Kvalitetsavdelningen
Reviderat

Godkänd av:
Kvalitetschefen

Utgåva:
3

Datum:
2014-12-03

Platsansvariga

Platsansvariga finns som representerar respektive verksamhet på Nimbus.
Platsansvarig arbetar ca 20 % av sin tid med administrativa uppgifter och resterande tid i verksamheten tillsammans med brukare och medarbetare på enheten.
Platsansvariga har som utökat ansvarsområde att:

- Svara för att medarbetarna arbetar utifrån TEACCH-modellen och arbetar med Evidensbaserad praktik
- Hålla sig uppdaterad om vad som händer inom forskning och annat i området och förmedla vidare var medarbetarna kan hitta informationen
- I samarbete med kontaktmännen och verksamhetschefen ansvara för att genomförandeplan och individuellutvecklingsplan utarbetas
- Svara för att kontaktmännen följer och vidareutvecklar de pedagogiska mål som finns för varje brukare
- Svara för att kontaktmännen ständigt uppdaterar akt för brukare och att övrig dokumentation på enheten görs enligt gällande rutiner
- Vara en handledare för medarbetarna kring brukarna vad gäller pedagogik och externa kontakter såsom familj, boende, korttids, sjukvårdskontakter etc.
- Tillsammans med medarbetarna och verksamhetschefen planera och genomföra möte med föräldrar och gode män
- Planera inför personalens brukarmöte
- I samverkan med VC genomföra Arbetsplatsträffar (APT)
- Administrativa så som bemanning, schema, planering för introduktion av nyanställda, upprätta för verksamheten funktionella rutiner, medverka vid ledningsmöte, sammanställa fakturainformation till VC, planera för beläggning, medverka i budgetarbete.

Kvalitetsgrupp/Kvalitetssamordnare/Kvalitetsombud

VC (vid frånvaro BVC)

SSK

Kvalitetssamordnare (KVS)

Kvalitetsombud från varje enhet

Kvalitetsgruppen fokuserar på organisatorisk riskanalys, vilka åtgärdsplaner som ska vidtas, om det finns behov av att uppdatera rutiner eller utveckla nya. Föregående protokoll läses av kvalitetssamordnaren punkt för punkt och gruppen deltar i denna diskussion för att uppdatera vad som har hänt i pågående händelser och övriga aktiviteter på de olika enheterna, om de ska avslutas eller behöver följas upp ytterligare till nästa möte som anges i protokoll med datum. Händelserapportering, protokoll och utredningar sker i Attendos digitala rapporteringssystem ADD. Ombuden redogör för sina nya ärenden och dessa förs in i protokoll. Ett protokoll skrivs för varje enhet. Gruppen beslutar vilka åtgärder som ska vidtas, vem som ansvarar för dem och om händelsen/flera händelser kan behöva kartläggas/utredas med hjälp av en händelse- eller riskanalys. Det kvalitetsgruppen beslutar förs in i protokollet. Beslut kan också

IOF/LSS/Riktlinjer Kvalitet/kapitel 1.1.1

Utfärdad av
Kvalitetsavdelningen
Reviderat

Godkänd av:
Kvalitetschefen

Utgåva:
3

Datum:
2014-12-03

tas om ärenden ska avslutas och anses tillräckligt utredda för att inte inträffa igen. Utifrån händelser som bedöms som särskilda görs en händelseanalys.

Varje ombud återkopplar till sin respektive enhets platsansvarig och arbetsgrupp vad som beslutats, vilka förbättringsåtgärder som ska vidtas samt vilka i arbetsgruppen som ska ansvara för att åtgärden genomförs. Kvalitetsfrågorna diskuteras alltid även på APT.

Dokumentationsstödjare

Har som uppdrag att verka för att dokumentationen ska fullgöras på varje enhet, utifrån gällande lagstiftning och krav, tillsammans med verksamhetschefen och samordnaren utifrån verksamhetens behov. Handleda personalen i dokumentation i Procapita. Vara en pådrivare vad gäller genomförande när en viss uppgift ska vara klar som till exempel genomförandeplan eller uppföljning av mål. Bevaka nya rutiner som kommer från kvalitetsgruppen, via mötesplatsen/kvalitet/dokumentation samt uppdrag från verksamhetschef.

Informera kolleger om nyheter och uppdateringar. Introducera vikarier och nyanställda - vara behjälplig i situationer som rör dokumentation. Regelbundet granska dokumentationen enligt checklista från kvalitetsavdelningen samt göra medarbetare i grupperna medvetna om sådant som behöver förändras/utvecklas utifrån gällande lagstiftning och rutiner.

Stödassistent/stödbiträde/stödpedagog

I verksamheten arbetar personal med olika bakgrund. Alla medarbetare har som ansvar att arbeta utefter följande:

- Att följa befintliga policyers, lagar, rutiner och riktlinjer
- Att arbeta med tydliggörande pedagogik utifrån TEACCH-modellen
- Ansvara för dagliga driften på enheterna i form av att tillhandahålla stöd och service till brukarna, göra inköp, städuppgifter etc enl rutin
- Ansvara för daglig drift och bemanning, vid samordnares frånvaro eller per delegation
- Varje enskild medarbetare är skyldig att uppmärksamma brister i arbetsmiljön till närmaste arbetsledare
- Att framföra synpunkter i rätt forum: Den det berör, sedan samordnare/VC/BVC/RC/VD
- Ytterligare ansvarsområden uppmuntras som ett led i att utveckla verksamheten. Exempel kontaktmannaskap (se nedan) kvalité, kost, dokumentation, projekt etc. Separata arbetsbeskrivningar finns för varje funktion.

Kontaktman

En kontaktman i personalgruppen ska vara utsedd när brukare startar daglig verksamhet, ansvarig för detta är samordnare på aktuell enhet. Kontaktmannens uppdrag är att skapa kontinuitet för brukaren genom att tydliggöra brukarens vardag och ha en helhetssyn över brukarens livssituation. Lära känna brukaren genom att

IOF/LSS/Riktlinjer Kvalitet/kapitel 1.1.1

uppmärksamma brukarens såväl fysiska, psykiska, sociala som kulturella behov. Kontaktmannen är en länk i den sociala kontakten mellan brukaren, närstående/god man. Det är viktigt att ha i åtanke att det är brukarens behov som kontaktmannen främst skall verka och värna för. Skapa trygghet för såväl brukaren som för närstående/ god man i kontakten med enheten genom att vara en namngiven person som de kan vända sig till. Ha ett tydligt ansvar för att planera och organisera stödet för brukaren tillsammans med brukaren själv/anhörig/ god man utifrån ett helhetsperspektiv. Gör en tydlig överenskommelse om vad kontaktmannen har ansvar för och den närstående/god man har ansvar för samt följa upp med jämna mellanrum så att förutsättningarna inte har förändrats.

Biståndsbeslutet/beställningen ligger till grund för vilket stöd som personalgruppen är ansvarig för. Kontaktmannen tydliggöra detta i brukarens genomförandeplan. En genomförandeplan ska upprättas inom 2 veckor från inflytt och vara underskriven av brukare själv/god man/ställföreträdare inom en månad från insatsens start. Kontaktmannen är ansvarig för att informera och följa upp genomförandeplanen (1gång per år för vuxna och 2 ggr/år för barn/ungdomar). Kontaktmannen ansvarar för att upprätta social dokumentation i Procapita samt fysiskt akt och att hålla den aktuell, detta ska ske kontinuerligt. Upprätta riskbedömningar vid inflytt, uppdatera var tredje månad om inte annat behov finns för aktuell person. Kontaktmannen ansvarar för att hålla regelbunden kontakt med närstående (om personen samtyckt till det). Kontaktmannens ansvar fråntar inte övrig personal ansvar för den enskilde personen. Brukaren ska alltid ha möjlighet att byta eller uttrycka önskan om specifik kontaktman.

Flik 4 Processer och rutiner

Huvudprocess

”Nimbus Daglig Verksamhet är en verksamhet som erbjuder personer inom PK1 LSS daglig verksamhet enligt insats 9:10 LSS. I enlighet med detta ska gällande lagar och föreskrifter följas”

Delprocess 1

Värderingar och värdegrund

Aktivitet 1.1 Lokal rutin för verksamhetens värderingsarbete och värdegrund

Delprocess 2 informationssäkerhet

Sekretess och

Aktivitet 2.1 Lokal rutin för Tystnadsplikt

Aktivitet 2.2 Lokal rutin för utlämnande av handling och samtycke

Aktivitet 2.3 Lokal rutin för loggningskontroll

Aktivitet 2.4 Lokal rutin för utdrag ur belastningsregistret

Aktivitet 2.5 Lokal rutin för fax och scanner

Delprocess 3 Individdokumentation

Aktivitet 3.1 Lokal rutin för dokumentation enligt SoL/LSS

Aktivitet 3.2 Lokal rutin för förvaring, arkivering och gallring LSS/HSL

Aktivitet 3.3 Lokal rutin för dokumentation i SafeDoc/Procapita (digitalt journalsystem)

Aktivitet 3.4 Lokal rutin för driftstopp vid IT-baserad journalföring

Aktivitet 3.5 Lokal rutin för dokumentation enligt HSL

Delprocess 4 Systematiskt och fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten

Aktivitet 4.1 Lokal rutin kvalitet och för händelsehantering

Aktivitet 4.2 Lokal rutin för allvarlig/särskild händelse

Aktivitet 4.2.1 Lokal rutin för Lex Sarah (*allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden*)

Aktivitet 4.2.2 Lokal rutin för Lex Maria

Aktivitet 4.2.4 Lokal rutin för risk och händelseanalys

Aktivitet 4.3 Lokal rutin för hot och våld

Aktivitet 4.4 Lokal rutin för synpunkter och klagomål

Aktivitet 4.5 Verksamhetsplan 2018

IOF/LSS/Riktlinjer Kvalitet/kapitel 1.1.1

Aktivitet 4.6 Verksamhetsberättelse 2017

Delprocess 5

Samverkan

Aktivitet 5.1 Lokal rutin för inskrivning/inflyttning

Aktivitet 5.2 Lokal rutin för extern informationsöverföring

Aktivitet 5.2.1 Lokal rutin för intern informationsöverföring

Aktivitet 5.3 Samverkan med andra aktörer

Delprocess 6

Evidensbaserad praktik och metodarbete

Aktivitet 6.1 Lokal rutin för evidensbaserad metod och arbetssätt

Aktivitet 6.2 Metodmanual

Delprocess 7

Delaktighet och säkerhet

Aktivitet 7.1 Lokal rutin för brukarens delaktighet och inflytande

Aktivitet 7.1.1 Lokal rutin för stöd till barn och unga med funktionsnedsättning

Aktivitet 7.2 Lokal rutin för barns säkerhet vid besök i verksamheten

Aktivitet 7.2.1 Lokal rutin för anmälan utifrån SoL 14:1

Aktivitet 7.3 Lokal rutin för skydds- och begränsningsåtgärder

Aktivitet 7.4 Lokal rutin för utmanande beteende

Aktivitet 7.5 Lokal rutin för när brukare avviker

Aktivitet 7.6 Lokal rutin för kemtekniska produkter

Aktivitet 7.7 Lokal rutin för kris

Aktivitet 7.8 Lokal rutin för brandskyddsarbete/brandsäkerhetsarbete (SBA)

Aktivitet 7.9 Lokal rutin för larmhantering

Aktivitet 7.9.1 Lokal rutin för larm kväll och natt

Aktivitet 7.10 Lokal rutin för hantering av privata medel

Aktivitet 7.11 Lokal rutin för nyckelhantering

Aktivitet 7.12 Lokal rutin för att förebygga sexuella trakasserier/övergrepp

Delprocess 8

Mat och måltider

Aktivitet 8.1 Lokal rutin för livsmedelshantering

Aktivitet 8.1.1 Lokal rutin för kost och måltider

Aktivitet 8.1.2 Lokala basala hygienrutiner

IOF/LSS/Riktlinjer Kvalitet/kapitel 1.1.1

Utfärdad av
Kvalitetsavdelningen
Reviderat

Godkänd av:
Kvalitetschefen

Utgåva:
3

Datum:
2014-12-03

Delprocess 9 sjukvård

God och säker hälso- och

Aktivitet 9.1 Lokal rutin för ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården i verksamheten

Aktivitet 9.2 Lokal rutin för Läkemedelshantering

Aktivitet 9.3 Lokal rutin för Delegering

Aktivitet 9.4 Lokal rutin för Dödsfall

Aktivitet 9.5 Lokal rutin för Stick- och skärskador och smittfarligt gods

Aktivitet 9.6 Lokal rutin för kontakt med läkare/jourläkare/SSK/sjukvård

Aktivitet 9.7 Lokal rutin för informationsöverföring vid akut/planerat besök på sjukhus

Aktivitet 9.8 Lokal rutin för information till närstående vid förändring i brukarens tillstånd

Aktivitet 9.9 Lokal rutin för tandvård/munhälsa

Aktivitet 9.10 Lokal rutin för namngiven SSK läkemedelsförråd

Aktivitet 9.11 Lokal rutin för namngiven SSK vid hantering av narkotiska preparat

Aktivitet 9.12 Lokal rutin för vård i livets slutskede

Aktivitet 9.13 Lokal rutin för förskrivning vid egenvård

Aktivitet 9.14 Lokal rutin i samband med dödsfall

Aktivitet 9.15 Lokal rutin för nutritionsbedömning

Aktivitet 9.16 Lokal rutin för hur undernäring ska identifieras och behandlas

Aktivitet 9.17 Lokal rutin för fallriskbedömning

Aktivitet 9.18 Lokal rutin för trycksårsbedömning

Samtliga rutiner finns i fullt format i verksamhetens utefter ämne i pärmar märkta

- Lokala rutiner och riktlinjer
- HSL
- Kost
- Kvalitet
- Metod
- Arbetsmiljö

Flik 5 Samverkan

De processer i verksamheten där samverkan behövs, för samverkan inom den egna verksamheten och för samverkan med andra aktörer.

Samverkan sker på flera nivåer inom Attendo: *Företagsövergripande* och på *regionnivå* förekommer strukturellt samarbete med till exempel beställare samt med kommuner, svenskt näringsliv och liknande.

På *verksamhetsnivå* sker den viktiga praktiska samverkan kring verksamheten. Här finns också samverkan med kommuner och landsting och privata aktörer genom bland annat informationsutbyte och utvecklingsfrågor. Samverkan finns också med Gymnasieskolan Vipeholm i Lunds kommun för att informera om verksamheten och t.ex. kunna ta emot praktikanter som är intresserade av verksamheten framöver. Då verksamheten även har tillstånd från Miljö- och hälsa så består samverkan häri att verksamheten kontrolleras och delges protokoll med eventuella åtgärder för förbättring eller utan anmärkning vilket återges i besiktningsprotokoll.

På *individnivå* sker samverkan dels med närstående, medboende och andra intresseområden för den enskilde, utöver samverkan med placerande kommun. Genom vårt kvalitetssystem ser vi till att alla olika delar av samverkan hänger ihop och i slutändan resulterar i en förbättrad verksamhet för brukaren.

Samverkan är en av grundtankarna i tydliggörande pedagogik enligt TEACCH-modellen. Detta då bland annat familjen/anhöriga och andra nätverk för personen ses som en viktig samarbetspartner. Framförallt ska brukarens egna önskemål om samverkan med för brukaren viktiga personer alltid beaktas.

Samverkan är invävt på olika sätt i samtliga processer i verksamheten, oavsett vad de gäller. Framförallt med brukaren själv men också de olika funktionerna och rutinerna som finns på arbetsplatsen i för att personal ska kunna verka för brukarnas bästa.

Attendo Nimbus Daglig Verksamhet Stångby och Skjutbanevägen samverkar med de kommuner som har avtal om placeringar hos oss. Största kund är Lunds kommun, där vi har avtal om placeringar via LOV och avtalsuppföljning med enhetschef för myndighetsfunktionen samt kvalitetsstrateg från kommunen.

Vid behov sker samverkan med handläggare i brukarfrågor och uppföljningar.

Daglig verksamhet Stångby och Skjutbanevägen samverkar med brukarnas boende, efter samtycke.

Samverkan sker kontinuerligt med närstående och företrädare.

Flik 6 Riskanalyser

Lokal rutin för riskanalys ur kvalitetsperspektiv på brukar- och verksamhetsnivå Attendo Nimbus

En riskanalys är en systematisk identifiering och bedömning av en risk. En riskanalys görs för att upptäcka risker som kan leda till att en brukare skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som eliminerar risker.

När skall en riskanalys göras?

En riskanalys kan göras på individnivå, verksamhetsnivå och på organisatorisk nivå.

Nedan ges exempel på situationer då en riskanalys kan göras:

1. Återkommande iakttagelser av en risk eller mindre allvarliga händelser inom en specifik arbetsprocess.
2. Organisationsförändringar
3. Införande av nya metoder
4. Införande av nya tekniska produkter.
5. Vid bedömning av åtgärdsförslag i en händelseanalys
6. Medarbetares upplevelse av att arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld för enskild brukare.

Det är viktigt att vi regelbundet analyserar risker och händelser för att få kunskap om hur vi ska erbjuda våra tjänster med högsta kvalitet och att undvika brister och skador. Analysarbetet syftar även till att bidra till en kultur som kännetecknas av att alla "tänker efter före" och att man lär av händelser som inträffar.

Riskanalyser löpande med riskmatrismall – punkt 6 ovan

Riskbedömningar genomförs löpande i verksamheterna för brukarna och återfinns i deras fysiska akter samt med hänvisning från digital akt. Risker som kan identifieras är exempelvis utåtagerande, självdestruktivitet, avvikande från enheten, hantering av kemtekniska produkter, annat beteende/situation vi bör ta hänsyn till etc.

Kontaktmannen för respektive brukare, gärna i samråd med övriga medarbetare på enheten bedömer om det finns anledning att exempelvis utarbeta en handlingsplan för risk som i riskmatris hamnar på riskpoäng högre än 4. Kontaktmannen ansvarar för att en handlingsplan blir upprättad vid behov av detta.

Situationer som kan uppstå ska dokumenteras varvid vi även visar att vi har "tänkt angående" även hypotetiska situationer även om vi vid bedömningstillfället bedömer risken som låg.

IOF/LSS/Riktlinjer Kvalitet/kapitel 1.1.1

Utfärdad av
Kvalitetsavdelningen
Reviderat

Godkänd av:
Kvalitetschefen

Utgåva:
3

Datum:
2014-12-03

Det ska finnas dokumenterat i brukarens sociala akt hur medarbetarna ska hantera situationen på bästa sätt om det uppstår en konflikt eller angiven situation. Att detta genomförs följs upp av verksamhetschefen och genom den årliga egenkontrollen.

Risikanalys som genomförs i verksamheterna för brukarna redovisas per kvartal via kvalitetsombud och kvalitetsansvariga till regional kvalitetsutvecklare. Stickprov kan tas där aktuell analys begärs in. Alla analyser ska godkännas av verksamhetschef och ska följas upp minst var tredje månad. Vid skydds- eller begränsningsåtgärder ska första uppföljningen ske efter en månad, sedan minst var tredje månad för bedömning om behovet av begränsningen fortfarande föreligger.

Samtliga brukare i verksamheten ska oavsett om misstanke om risk föreligger eller inte ha riskanalyser som rör kemtekniska produkter och avvikande från enheten. Handlingsplaner ska kopplas till dessa riskanalyser.

Vid större analyser – punkt 1-5 ovan, utförs analysen i ett större perspektiv, där följande delar ska ingå:

Person i chefsposition utser ett analysteam. Riskanalysen genomförs i 6 olika steg:

1. Skriftligt uppdrag ges av verksamhetschef/regionchef.
2. Beskrivning av den process som analysen gäller.
3. Identifiering av risker i processen och dess bakomliggande orsaker.
4. Bedömning av riskens storlek utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet. Använd manualen för riskmatris. Skriv ner resultatet i blanketten Riskanalys.
5. Åtgärdsförslag tas fram för att minska eller eliminera risken.
6. Bedömning av åtgärdsförslagets effekt på nytt genom att använda riskmatrisen. Har risken ökat eller minskat?

I processbeskrivningen som beskriver praxis anges tydligt var i processen analysen startar och var den slutar. Brainstorma i varje processsteg och ställ frågorna:

- Vad kan gå fel i detta steg?
- Vilka konsekvenser ger det för brukare/klienten?

Genom att multiplicera värdet för allvarlighetsgrad med värdet för sannolikhet identifieras riskens storlek och ger en riskpoäng. Se blankett för Riskmatris.

Alla aktiviteter och risker förs in i blanketten Riskanalys där man gör en bedömning av allvarlighetsgraden och sannolikheten för att risken ska inträffa. Bakomliggande orsaker identifieras och åtgärdsförslag utarbetas. Se blankett för Riskanalys.

Åtgärderna ska rikta sig mot de bakomliggande orsakerna, vara konkreta och realistiska, genomförs inom en rimlig tid samt kunna utvärderas. Uppdragsgivaren är den som ansvarar för vilka av åtgärdsförslagen som ska genomföras/prövas.

En riskanalys ska alltid avslutas med att uppdragsgivaren (verksamhetschef/regionchef) beslutar om vilka åtgärder som ska vidtas mot de bakomliggande orsakerna eller vilka åtgärder som ska vidtas så att konsekvenserna begränsas vid en händelse. Efter detta beslut följer ett förbättringsarbete med implementering av eventuella förändringar i verksamheten.

IOF/LSS/Riktlinjer Kvalitet/kapitel 1.1.1

På verksamhetsnivå kan dessa analyser göras för att förebygga en risk som kan påverka brukarna på flera enheter och där vi genom kartläggning och analys kan minska denna risk för de brukare som befinner sig i våra verksamheter.

Flik 7 Händelsehantering, synpunkter och klagomål

Händelsehantering

Händelsehanteringen utgår från de krav som ställs i för verksamheten aktuell lagstiftning och i avtal med kund där händelsehanteringen kan ha specificerats. Syftet med händelsehanteringen är att säkra och utveckla verksamhetens processer i kvalitetsarbetet, beskriva hur arbetet görs och säkerställa att verksamheten arbetar med ett fortlöpande förbättringsarbete. Arbetet syftar till att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker tillbud och negativa händelser och ska leda till att inträffad händelse inte upprepas eller att risker inte leder till skada. Händelsehantering handlar om att vi genomför de insatser som beviljats för våra brukare vi arbetar med på ett tillfredsställande sätt vad gäller kvalitet och möter upp de behov och förväntningar som finns i det dagliga arbetet tillsammans med dem.

Rapporteringskyldighet

Alla medarbetare på Nimbus har informations- och rapporteringskyldighet. Det betyder att alla medarbetare är skyldiga att rapportera och dokumentera händelser som har betydelse för säkerheten och omvårdnaden av brukarna i verksamheten. Vidare ska alla medarbetare veta vad som räknas som en händelse i den egna verksamheten, vem man ska rapportera till och hur rapporteringen går till.

Verksamhetschefen ansvarar för att kvalitetssystemet är känt av medarbetarna och att man arbetar systematiskt med analys och hantering av händelser, uppföljning och utveckling av kvaliteten på enheten. Detta görs genom att händelserna diskuteras och återkopplas på arbetsplatsträffar/kvalitetsmöten. Verksamhetschefen ansvarar vidare för information om att riskanalyser görs och dokumenteras vid väsentliga förändringar eller vid identifierade risker i verksamheten och att händelseanalys görs vid särskilda händelser. Varje kontaktman för de enskilda brukarna har ansvar för att upprätta relevanta riskanalyser och få dessa godkända av och i dialog med verksamhetschefen. Inträffade händelser hanteras lokalt enligt det beslutade flödet för händelsehantering och särskilda händelser ska hanteras enligt beslutad rutin som finns tillgänglig på alla enheter.

Lokalt kvalitetsarbete, hantering av händelserapporter/synpunkter och klagomål mm.

Vad är en händelse?

Lokal definition av händelse Attendo Nimbus: Med händelse menas sådant som avviker från våra rutiner, intentioner, genomförandeplaner, kvalitetspolicy, allvarliga händelser vad gäller hot och våld, nya okända beteenden, avvikelser som rör medicinhantering/HSL-insatser, livsmedelshantering, synpunkts- och klagomålshantering. (Finns även separat lokal rutin för särskild händelse för specifik hantering av vissa händelser tex Lex Sarah eller Lex Maria) Händelsehanteringen omfattar samtliga av de lagrum vi arbetar utefter det vill säga de insatser vi utför inom HSL, SoL och LSS.

IOF/LSS/Riktlinjer Kvalitet/kapitel 1.1.1

Utfärdad av
Kvalitetsavdelningen
Reviderat

Godkänd av:
Kvalitetschefen

Utgåva:
3

Datum:
2014-12-03

Flödet för arbetet

Det inträffar en **händelse** som inte är förväntad på ditt arbete, enligt ovan. De akuta åtgärder som krävs vidtas omgående för att minimera risken/skadan.

- Gäller händelsen HSL-insatser/medicinhandling informeras aktuell SSK Charlotte Danielsson eller hennes beredskapskollegor samt samordnare snarast möjligt. Ställning tas till om händelsen ska bedömas som en **särskild händelse** enligt Lex Maria.
- Är händelsen allvarlig ska den återföras direkt till VC eller vid hennes frånvaro BVC för att kunna hanteras omgående enligt rutin för särskild/allvarlig händelse.
- Det som har inträffat **ska**, om händelsen rörde en brukare, *dokumenteras* i hans/hennes journal i Safedoc och i förekommande fall i även i Procapita.
- En händelserapport **ska** fyllas i. Ansvarig är personal som har varit med då händelsen inträffat eller som uppmärksammar en eventuell brist.
- Rapportering sker i det digitala rapporteringssystemet Attendo ADD samt i förekommande fall även i Procapita. Varje enhet har ett inlogg som är kopplat direkt till verksamheten. Förekommer brukare i händelsen ska dessa avidentifieras, varje brukare har en egen färg i hanteringen. Vilken brukare som har vilken färg finns angivet i enhetens kvalitetspärm.

Observera att händelserapporter inte är en journalhandling och inga för händelsen viktiga uppgifter får hänvisas till händelserapporten från journalen.

- Händelserapporter skrivs på ett så utförligt sätt att det förklarar den situation som uppstått. Du som rapporterar ska fundera på hur situationen kunnat uppstå och förslag på hur vi kan bli bättre och förhindra att situation uppstår igen. I händelserapporten ska anges om orsaken till händelsen är känd, vilka omedelbara åtgärder som vidtagits och vilka långsiktiga åtgärder som vidtas för att händelsen inte ska inträffa igen. Har någon brukare skadats vid händelsen?
- Vid månatligt kvalitetsmöte tar kvalitetsgruppen upp inkomna rapporter och för in dem i ett kvalitetsprotokoll. Kvalitetsgruppen ser också över om åtgärderna kan anses tillräckliga eller om det behövs ytterligare åtgärder för att försäkra att risken för upprepad händelse minimeras/rutiner förbättras etc.

Synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål från brukare och närstående eller annan person ska betraktas som en förutsättning till förändring och utveckling. För att synpunkter och klagomål ska tas emot på rätt sätt är det viktigt att varje medarbetare i personalgruppen vet sitt ansvar och känner till hur synpunkter och klagomål ska hanteras. Det finns en skyldighet hos varje medarbetare att snarast avhjälpa eller undanröja anledningen till synpunkten/klagomålet och att utreda och dokumentera

IOF/LSS/Riktlinjer Kvalitet/kapitel 1.1.1

både rapportering och hantering. Alla som arbetar inom socialtjänsten eller i LSS-verksamheter är skyldiga att medverka i kvalitetsarbetet.

Det är viktigt att alla Attendos medarbetare uppträder och uppfattas som professionella.

Målsättningen är att alla frågor som berör Attendos ansvar ska lösas inom organisationen.

Utredning av synpunkter och klagomål

I all verksamhet ska tas emot och utredas de klagomål och synpunkter som inkommer på verksamhetens kvalitet från:

- Vård och omsorgstagare och deras närstående
- Personal
- Vårdgivare
- De som bedriver socialtjänst
- De som bedriver verksamhet enligt LSS
- Myndigheter
- Föreningar, andra organisationer och intressenter

Alla medarbetare har rätt att informera och en skyldighet att svara på frågor som rör brukarna när det ligger inom det egna kompetensområdet (under förutsättning att samtycke från brukare finns). Kontaktmannen är oftast den som är mest lämpad att svara på dessa frågor. Det är viktigt att frågor besvaras av rätt person med rätt kompetensområde.

Uppföljning av klagomål

Klagomålen följs upp genom att:

- Återkoppla till den som har lämnat klagomålet vad som ska göras.
Återkoppling ska ske inom 48 timmar.
Ansvar VC eller i förekommande fall BVC.
- Vidta åtgärder för förbättring/förändring/utveckling, åtgärdsplan skrivs.
- I förekommande fall kan det också vara så att en utredning behöver tillsättas (om klagomålet är allvarligt och därmed hanteras som en särskild händelse enligt separat rutin) Om resultatet visar att verksamhetens eller enhetens processer/rutiner inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet så ska de ändras och förbättra.
- Är personen nöjd med åtgärdsplanen ska detta dokumenteras.
Är handlingsplanen satt över tid ska det bokas ett datum med den som har lämnat klagomålet när nästa uppföljning ska ske.

IOF/LSS/Riktlinjer Kvalitet/kapitel 1.1.1

- Återkoppling av vad som sker med aktuellt klagomål ska också ske till medarbetare på nästkommande APT.
- Uppföljning av inkomna synpunkter och klagomål gör månadsvis av kvalitetsgrupp/VC
- Sammanställning av synpunkter och klagomål görs årligen av verksamhetschef. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras för att mönster eller trender som indikerar brister i verksamheten ska kunna åtgärdas genom upprättande av handlingsplan. Detta anges i verksamhetens lokala kvalitetsledningssystem/lokal kontroll verifiering samt i verksamhetens kvalitets-/patientsäkerhetsberättelse.

Flik 8 Egenkontroll, lokal verifiering, granskning

Lokal kontroll/Verifiering Attendo Nimbus

Under varje punkt finns en förklaring till vad punkten innebär.

Brukar-, klient- och närståendeundersökningar

Vilket resultat hade verksamheten i Socialstyrelsens och kommunens brukar- och närståendeundersökning? Har resultatet förbättrats eller försämrats? Vad är orsaken till det?

Resultat

Attendo genomför årligen en intern brukar/närståendeundersökning. Under 2018 pågår denna undersökning under perioden september – oktober varför inget resultat finns att redovisa ännu.

På DV-enheterna var det sammanfattande resultatet år 2017 92,86 % brukarnöjdhet. I undersökningen framkom inga tydliga förbättringsåtgärder/synpunkter.

Granskning av dokumentationen

Granskning av individdokumentationen genom Attendos framtagna mallar. Utifrån vilken lagstiftning dokumenterar ni i verksamheten? Hur ofta har ni granskat och vad blev resultatet? Har resultatet förbättrats eller försämrats? Vad är orsaken till det?

Resultat

Verksamheten dokumenterar enligt LSS.

Granskning av journaler sker regelbundet av dokumentationsstödjare och verksamhetschef.

Det som granskats är dokumentation i journalsystemet Procapita. Vid granskning som Lunds kommun gjorde under hösten 2017 framkom en del brister gällande löpnade dokumentation men även genomförandeplaner. Handlingsplan upprättades direkt och granskning visar en klar förbättring. Alla brukare har en aktuell genomförandeplan och dokumentation sker löpande i Procapita. En del medarbetare upplever fortfarande att det kan vara svårt att skriva genomförandeplaner enligt IBIC-modellen men får stöd av dokumentationsstödjare samt kollegor som har lite mer kunskap.

Åtgärder

Fortsatt arbete med information om dokumentation på enheternas respektive apt. Aktiva dokumentationsstödjare på respektive enhet. Verksamhetschef har regelbunden uppföljning gällande dokumentation i Procapita. En medarbetare från varje enheter har under september månad varit på Procapita-utbildning i Lunds kommuns regi.

IOF/LSS/Riktlinjer Kvalitet/kapitel 1.1.1

Utfärdad av
Kvalitetsavdelningen
Reviderat

Godkänd av:
Kvalitetschefen

Utgåva:
3

Datum:
2014-12-03

Loggkontroll

Verksamhetschef ska enligt rutin regelbundet göra loggkontroller i journalsystem. Syftet med loggkontroll är att granska att tillgång till och användningen av personuppgifter på enheten nyttjas enligt gällande regelverk.

Egenkontroll

Attendo Nimbus genomför årligen en egenkontroll. Resultat för 2018 för Stångby daglig verksamhet var 98 % godkänt och för DV Skjutbanevägen var resultatet 100%.

Finns det förhållningssätt och attityder hos medarbetarna som kan leda till brister i kvaliteten? Hur arbetar ni med värderingar?

Har det förekommit synpunkter på bemötandet? Arbetar alla enligt Attendos värderingar? Pågår arbete enligt den nationella värdegrunden? Finns det brister? Vilka orsaker är identifierade?

Enheten har som stående punkt på arbetsplatsträff (APT) att diskutera värderingar. Värderingscoach har utbildats och varje enhet har ett eget kvalitetsombud. Det är alltid aktuellt att diskutera bemötande och värderingar vilket bland annat har gjorts med hjälp av fallbeskrivningar för att få igång diskussioner och öppna upp för frågor. Värderingscoach har i uppdrag att till varje apt ha förberett en övning till gruppen. Bemötande och värderingar diskuterats utifrån flera olika aspekter. Årligen diskuteras även rutin/policy för kränkande särbehandling och sexuella trakasserier.

Externa granskningar

Har enheten granskats av någon extern myndighet exempelvis miljö- och hälsa eller IVO? Har verksamheten haft avtalsuppföljning från kund? Vilka brister påvisades? Om brister påpekats, har dessa åtgärdats?

Resultat

Oanmälda inspektioner från Miljö- och hälsa har utförts under sensommaren på båda enheterna i syfte att kontrollera livsmedelshantering, hygien och rutiner. DV Skjutbanevägen fick ett godkänt resultat. DV Stångby fick påpekande om brister gällande bland annat katter i köket, flugor i köket samt brister i rutiner. Dessa påpekanden åtgärdades omedelbart och nu inväntas ny inspektion.

Avtalsuppföljning har skett i mars 2018 med Lunds kommun enligt den avtalsuppföljning som följer med ingånget avtal gällande Lagen om Valfrihet (LOV).

Kompetensutveckling

Under andra halvåret av 2017 har en inventering gjorts på alla enheter gällande brukarnas tydliggörande pedagogik samt personalens kunskaper. Denna inventering har utmynnat i en handlingsplan med åtgärder och mål för 2018.

Två medarbetare i Stångby har gått grundkursen i tydliggörande pedagogik.

Alla vikarier har gått Attendos Nimbus föreläsningsserie.

Kontinuerlig handledning sker på enheten.

Händelser och förbättringar tas upp gemensamt på varje apt.

Alla medarbetare har fått utbildning i hjärt- och lungräddning samt hjärtstartare då Attendo Nimbus numera har en hjärtstartare.

Kontinuerliga träffar sker gällande kvalitet och livsmedel. Med anledning av nyligen gjort livsmedelskontroll har flera medarbetare på daglig verksamhet genomfört livsmedelsutbildning.

Mycket fokus har varit på sociala berättelser, kat-kit samt beteendedata och skyddsteknik.

Utbildning i sociala berättelser och Kat-Kit har genomförts under våren 2018.

Mål för verksamheten 2018

Ett av de viktigaste målen i 2018 års verksamhetsplan är att bibehålla och utveckla kompetens inom tydliggörande pedagogik. Samtliga brukare ska ha en uppdaterad och aktuell, individuellt framtagen, planering i hur tydliggörande pedagogik ska användas utifrån just den enskildes behov. Exempel på detta kan vara schema för dagen, aktiviteter och arbetsuppgifter, sociala berättelser, bilder, hjälpmedel och uppdaterade bedömningar på färdigheter. Arbete med detta sker löpande i arbetsgruppen. Nimbusakademien arbetar regelbundet med att följa upp och utveckla arbetet på

IOF/LSS/Riktlinjer Kvalitet/kapitel 1.1.1

Utfärdad av
Kvalitetsavdelningen
Reviderat

Godkänd av:
Kvalitetschefen

Utgåva:
3

Datum:
2014-12-03

respektive enhet. Varje enhet har även tillgång till en stödpedagog/kvalificerad pedagog.

Arbetet så här långt under 2018 går bra. Alla brukare har en uppdaterad pärm för just dennes individuella pedagogik vad gäller övergripande områden. Det kan tex vara förtydligande om brukarens behov av visuella hjälpmedel, hur tid och rum tydliggörs, aktuella schemabilder, kartläggning av sociala förmågor och eventuellt utmanande beteende.

Nästa steg i 2018-års plan gällande kommunikation är att uppdatera och förtydliga allt som rör brukarens aktiviteter och kommunikation.

Ett annat viktigt och prioriterat mål för 2018 är att alla medarbetare ska lära sig att hantera Procapita så att all dokumentation (genomförandeplan, löpande journalanteckningar och avvikelser) skall ske i detta system på ett sätt som stämmer överens med lagstiftning samt avtal med Lunds kommun. Dokumentation är en stående punkt på varje apt. Varje enhet har en utsedd dokumentationsstödjare. Verksamhetschef har regelbunden uppföljning med dokumentationsstödjare och platsansvarig gällande arbetet med dokumentation i Procapita.

Arbetet med detta mål går bra. Båda enheterna dokumenterar enligt gällande lag och krav. Mer tid behövs för att det ska bli ännu bättre men man kan se en klar och tydlig förbättring. Prioriterat nu är ett aktivt arbete med att skriva även avvikelser i Procapita. Detta är ett område som tyvärr fortfarande brister en del då avvikelser främst registreras i Attendos digitala program ADD

I verksamhetsplanen för 2018 finns fler interna mål uppsatta som t.ex. minskad korttidsfrånvaro och resultat gällande egenkontroll satta. Ovan två nämnda mål (pedagogik och Procapita) är dock fokusområden och högprioriterade.

Flik 9 Dokumentation

På daglig verksamhet ska alla medarbetare arbeta med dokumentation enligt lagstiftning samt gällande avtal med kund. Aktuella journalsystem för detta är Procapita för de brukare som vistas på DV på LOV-avtal och Safedoc för övriga. Dokumentation ska ske enligt IBIC. Att dokumentera enligt IBIC är relativt nytt inom Attendo men numera är även vårt journalsystem Safedoc uppbyggt enligt IBIC-modellen. Genomförandeplaner ska upprättas i tid samt följas upp en gång per år eller oftare vid behov. Mål i genomförandeplan ska följa beställning från handläggare. Alla medarbetare på daglig verksamhet har en skyldighet att dokumentera löpande händelser av vikt. Kontaktperson upprättar och följer upp genomförandeplan Rutiner för dokumentation finns på enheterna samt dokumentationsstödjare som bistår övrig personal vid behov.

*Helene Mårtensson
Verksamhetschef
Attendo Nimbus*

*Charlotte Johansson
Kvalificerad pedagog
Föreståndare Stångby daglig verksamhet*

Lund den 28 september