

Uppföljning av LSS-verksamheter

Enhetens namn: Nyängens gruppbostad

Enhetens adress: Nyängsvägen 122 167 64 Bromma

Företag: -

Hemsida: -

Föreståndare: Jenny Söderstedt

Telefon: [076-120 62 81](tel:076-1206281)

e-post: jenny.soderstedt@stockholm.se

Regi

Kommunal regi

Entreprenad

Enskild (privat) regi

Det finns aktuellt tillstånd eller anmälan till IVO

Upphandlande nämnd: -

Datum för uppföljning: 2020-10-27

Uppföljning utförd av: Anna Ahrencrantz och Amela Brkovic (verksamhetscontroller)

Medverkande från utföraren: Jenny Söderstedt

Metod för uppföljning

Platsbesök med intervju

Annat

Om annat, ange vilken metod som använts:

Insats (ett alternativ kan kryssas):

- Korttidsvistelse enligt 9 § 6
- Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år enligt 9 § 7
- Boende för barn och ungdomar enligt 9 § 8
- Boende för vuxna enligt 9 § 9
- Daglig verksamhet enligt 9 § 10

Om korttidsvistelse, korttidstillsyn eller daglig verksamhet kryssats i, ange öppettiderna:

Om korttidsvistelse kryssats i:

- Utföraren har kapacitet att ta emot brukare dygnet runt, årets alla dagar

Målgrupp (fler alternativ kan kryssas):

- Ingen utvecklingsstörning
- Lindrig utvecklingsstörning
- Måttlig utvecklingsstörning
- Grav utvecklingsstörning
- Autismspektrumstörning
- Förvärvad hjärnskada

Antal brukare i verksamheten: 6

Antal brukare från Stockholms
stad: 5

- Tillgänglighetsskattning genomförd (se separat mall)

SAMMANFATTNING

Samlad bedömning av uppföljningen:

- Utföraren bedriver verksamhet i enlighet med gällande avtal
- Utföraren bedriver till största del verksamhet i enlighet med gällande avtal men det finns behov av viss utveckling
- Utföraren bedriver inte verksamhet i enlighet med gällande avtal

Följande avvikelser kräver åtgärd:

- Ruiner för samverkan behöver utvecklas.
- Rutin för barns skydd/orosanmälan (14 kap 1 § SoL) behöver utvecklas.
- Framtagande av en generell plan för personalens kompetensutveckling där det framkommer vilka utbildningar som personal ska erbjudas och frekvensen för dessa.
- Se över om personal behöver utbildas gällande kost och livsmedelshygien för att säkerställa god kvalitet i insatserna för brukarna och inkludera detta i en övergripande plan för personalens kompetensutveckling.
- Involvera brukarna i det systematiska brandskyddsarbetet när det gäller att öva utrymning regelbundet.
- Ta fram en lokal rutin för verksamheten avseende nyckelhantering som komplement till den enhetsövergripande rutinen.

Avvikelserna ska vara åtgärdade senast: 2021-04-30.

Kommentarer kring samlad bedömning

Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningen är den sammantagna bedömningen att verksamheten till största del bedriver en verksamhet av god kvalitet och struktur utifrån uppställda krav med behov av viss utveckling.

Verksamheten arbetar systematiskt i enlighet med avdelningens kvalitetsledningssystem. De har haft låg personalomsättning, både vad gäller medarbetare och chefer. Kompenstabell har inte överlämnats i samband med uppföljningen varvid persona-

lens utbildningsnivå inte gått att bedöma. Enligt bitr. enhetschef uppnår andelen personal med adekvat utbildning inte minst 80%. Verksamheten behöver utveckla en generell plan för kompetensutveckling och upprätta vissa rutiner som idag saknas. Verksamheten bedriver till största del systematiskt brandskyddsarbete på ett tillfredsställande sätt. Dock är det av vikt att verksamheten involverar brukare i det systematiska brandskyddsarbetet i betydligt högre grad.

EKONOMI OCH ADMINISTRATION

- Fakturor kan verifieras
- Det finns skriftlig rutin för att rapportera förändrat behov hos brukaren
- Det finns skriftlig rutin för att rapportera förändringar i verksamheten

Kommentarer kring ekonomi och administration: Skriftlig rutin för att rapportera förändringar i verksamheten är ej aktuellt.

LEDNING OCH PERSONAL

- Föreståndaren är samma som på tillståndet/samma som rapporterats till IVO
- Föreståndaren arbetar minst 30 % inom verksamheten
- Minst 80 % av personalen har adekvat utbildning, d.v.s. minst gymnasial utbildning med inriktning mot omsorg om personer med funktionsnedsättning. Enligt bitr. enhetschef har minst 80% av personalen inte adekvat utbildning.
- Kompetenstabell har överlämnats - nej
- All personal behärskar svenska språket i tal (alternativt svenska teckenspråket)
- All personal behärskar svenska språket i skrift, Enligt bitr. enhetschef är detta ett utvecklingsområde, Återkommande diskussioner förs dagligen kring hur personal kan skriva och hur saker ska tolkas.
- Det finns plan för personalens kompetensutveckling - Verksamheten har individuella kompetensutvecklingsplaner för medarbetare. Verksamheten saknar en övergripande, generell plan för utbildningar som är nödvändiga för att bedriva verksamhet av god kvalitet.
- Det finns extern handledning
Ingen regelbunden handledning genomförs. Det finns möjlighet att ta in handledning när behov uppstår.

Det finns skriftlig rutin för introduktion av nyanställda
Skriftliga rutiner och checklistor för nyanställda finns, en för vad chef och introduktionsansvarig går igenom - en för nyanställda och en för timanställda. Uppföljning efter 5-10 pass och stämmer av att man förstått.

Det finns skriftlig rutin med information om tystnadsplikt

Antal anställda på enheten: 8

Antal helårsanställningar: 6,95

Antal tillsvidareanställda: 8 tillsvidare

Korttidssjukfrånvaro i %: 6,24 rullande 12 månader.

Verksamheten har låg personalomsättning. Korttidsfrånvaron brukar vara 0% men till följd av den rådande pandemin är denna siffra högre för perioden.

Personalomsättning senaste 12 månaderna: 0

Kommentarer kring ledning och personal:

Verksamheten uppfyller god kvalitet gällande ledning och personal. Verksamheten rekommenderas ta fram en generell plan för kompetensutveckling där det framkommer vilka utbildningar som personal ska erbjudas och frekvensen för dessa.

BARN OCH UNGDOM

Det finns registerutdrag ur belastningsregistret för personal som arbetar med barn och som anställdes efter 1/1 2011

Inte aktuellt för verksamheten

Kommentarer kring barn och ungdom:

DOKUMENTATION

Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt, d.v.s. inlåst i brandsäkert skåp och/eller på säker server.

Låst brandsäkert skåp

Genomförandeplan finns för samtliga brukare enligt utförare

Samtliga brukare och/eller dess företrädare deltar i upprättandet av genomförandeplanen enligt utförare.

GP görs om till lättlästa planer som sätts upp hos brukaren.

Samtliga genomförandeplaner följs upp minst 1 gång per år enligt utförare

Antal brukares dokumentation som kontrollerats vid uppföljningen: 2

Genomförandeplaner innehåller mål och eventuella delmål

Genomförandeplaner tydliggör vad som ska göras

Genomförandeplaner tydliggör hur det ska göras

Genomförandeplaner tydliggör när det ska göras

Genomförandeplaner innehåller datum för uppföljning

Det framgår hur den enskilde eller dess företrädare varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplaner

Det finns löpande dokumentation (journalanteckningar)

Den löpande dokumentationen innehåller information om faktiska omständigheter, händelser av vikt samt måluppfyllelse

Den löpande dokumentationen innehåller information om avvikelser från genomförandeplaner

Kommentarer kring dokumentation: Verksamheten förvarar dokumentation i inlåst brandsäkert skåp. Egenkontroller av dokumentationen genomförs två ggr per år. Stickprov görs av två brukare. Alla kriterier uppfyllda. Verksamheten bedöms arbeta systematiskt med dokumentation. Genomförandeplanerna innehåller flera aktiviteter och mål. Löpande anteckningar görs med regelbundenhet, men kan utvecklas ytterligare gällande exempelvis språk, relevans och händelser av betydelse.

Det finns ett komplett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9

Det finns ett avdelningsövergripande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, där enheten för personligt stöd upprättat mappsystem som inkluderar alla relevanta delar.

Det finns en verksamhets-/kvalitetsberättelse för föregående år

Ledningssystemet omfattar:

Riskanalys – Verksamheten genomför olika slags riskbedömningar som på olika sätt kan belysa risken för brister i verksamhetens kvalitet. Riskbedömningar gällande arbetsmiljö genomförs regelbundet samt individuella riskanalyser kopplade till brukare. Dessutom går avvikelser, synpunkter och klagomål igenom månatligen i förebyggande syfte där det klargörs vilka åtgärder som ska genomföras och hur brukarens behov kan beaktas.

Egenkontroll

Avvikelsehantering

Klagomål och synpunkter

Lex Sarah (SOSFS 2011:5)

Barns skydd/orosanmälan (14 kap 1 § SoL)

Samverkan

Dokumentation enligt LSS

Hot och våld

Dödsfall och/eller traumatiska händelser

Vikarieanskaffning

Hur verksamheten bemannas efter brukarnas behov

Hur insatsen påbörjas respektive avslutas

Regleras i tjänstekarta

Verksamheten har:

Genomfört riskanalys de senaste tolv månaderna

Genomfört egenkontroll de senaste tolv månaderna

- Tagit emot 2 klagomål och 27 st. synpunkter de senaste tolv månaderna
- Rapporterat 1 st. Lex Sarah de senaste tolv månaderna
- Anmält 0 st. Lex Sarah de senaste tolv månaderna
- Anmält för barns skydd 0 st. gånger de senaste tolv månaderna

Kommentarer kring kvalitetsledningssystem: Verksamheten arbetar i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Däremot saknas en rutin för intern och extern samverkan. Verksamheten samverkar med olika aktörer utifrån individuella behov. Det saknas även rutin för barns skydd/orosanmälan (14 kap 1 § SoL) i enhetens mappsysteem vilket behöver utvecklas. Verksamheten genomför olika slags riskbedömningar som på olika sätt kan belysa risken för brister i verksamhetens kvalitet. Riskbedömningar gällande arbetsmiljö genomförs regelbundet samt individuella riskanalyser kopplade till brukare. Dessutom går avvikelser, synpunkter och klagomål igenom månatligen i förebyggande syfte och för att säkerställa att brukarnas behov blir tillgodosedda enligt gällande lagar och föreskrifter.

EGNA MEDEL OCH NYCKLAR

Verksamheten hanterar brukares egna medel.

- Ja. Besvara frågan om rutin, hoppa annars över den
- Nej
- Det finns skriftlig rutin för hantering av egna medel

Verksamheten hanterar nycklar till brukares rum/lägenhet.

- Ja. Besvara frågan om rutin, hoppa annars över den
- Nej
- Det finns skriftlig rutin för hantering av nycklar

Kommentarer kring egna medel och nycklar: Rutin för nyckelhantering finns för hela enheten där verksamheten ingår. Det finns en nyckelansvarig personal med ansvar för kvittens av nycklar vid in- och utflytt. Dock finns ingen lokal för rutin som reglerar nyckelhantering i verksamheten.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Det finns skriftlig rutin som beskriver hur brukarnas behov av hälso- och sjukvård säkerställs

Det finns skriftlig rutin för delegering och/eller skriftlig dokumentation från HSL-personal i det fall personal stöttar brukare med egenvård

Kommentarer kring hälso- och sjukvård: Pärm med samtliga HSL rutiner finns. LSS-hälsan har rutiner kring alla brukare som har HSL-insatser. Egna delegeringsrutiner finns. Chef och sjuksköterska undertecknar att de är aktuella.

ARBETSSÄTT

Det finns skriftlig plan/policy kring ett gott bemötande

Personal fortbildas kontinuerligt. Beskriv:

Individuella kompetensutvecklingsplaner tas årligen fram i samband med medarbetarsamtal.

Det finns arbetssätt som säkerställer att brukaren får information som är anpassad efter den enskildes förutsättningar.

Stödperson tar fram anpassat material tillsammans med brukaren. Finns i brukarens dokumentarkiv när man är överens om hur brukaren vill ha det.

Kommentarer kring arbetssätt: Verksamheten bedöms ha tillfredställande arbetssätt som ger förutsättningar för ett gott bemötande och att brukarna görs delaktiga i de insatser som ges.

BRUKARINFLYTANDE

Verksamheten har brukarråd/möte (be att få se protokoll/dagordning)

Ja, minst varje vecka

Ja, minst varje månad

- Ja, minst varje kvartal
 Ja, mer sällan än varje kvartal
 Nej

- Verksamheten genomför egna brukarundersökningar - nej
 Verksamheten har fått eget resultat från Stockholms stads Brukarundersökning har varit sammanslagna tom 2020, verksamheten kommer att få ett eget resultat för 2020.

Kommentarer kring brukarinflytande: Sedan pandemin har inga boendemöten kunnat genomföras, genomförs nu digitalt via iPad. Verksamheten bedöms ha ett tillfredställande arbetssätt gällande brukarinflytande genom att regelbundet fånga upp synpunkter och önskemål.

HJÄRT- OCH LUNGRÄDDNING

Personal har genomgått hjärt- och lungräddning

- Ja. Beskriv: Alla medarbetare har genomgått utbildning. För två år sedan följdes detta upp och då fick personal som inte var utbildade gå utbildning.
 Nej

Det finns hjärtstartare i verksamheten (ej krav) - Nej

Kommentarer kring hjärt- och lungräddning: Verksamheten bedöms ha ett tillfredställande arbetssätt gällande utbildning om hjärt- och lungräddning för personal.

KOST

- Personal stöttar brukarna att handla, laga eller äta mat eller erbjuder mat via t.ex. catering. Om ja besvara följande två frågor, hoppa annars över dem

Personal har genomgått utbildning kring kost och, ange hur antal personal som genomgått utbildning:

Nej, ingen generell utbildning. Vid behov finns möjlighet att få instruktioner från dietist eller sjuksköterska/LSS-hälsan.

Personal har genomgått utbildning kring livsmedelshygien, ange hur antal personal som genomgått utbildning: Nej

Personal stöttar inte brukarna att handla, laga eller äta mat och erbjuder inte mat via t.ex. catering

Kommentarer kring kost: Verksamheten bör se över om personal behöver utbildas gällande kost och livsmedelshygien för att säkerställa god kvalitet i insatserna för brukarna. Detta kan med fördel inkluderas i en övergripande plan för personalens kompetensutveckling.

HYGIEN OCH SMITTSKYDD

Personal stöttar brukarna med personlig hygien.

Ja. Besvara frågorna om utbildning och rutin, hoppa annars över dem

Nej

Personal har genomgått utbildning i basala hygienrutiner, ange antal personal som genomgått utbildning:

Utföraren arbetar med basala hygienrutiner

Det finns tillgång till engångshandskar, handsprit och liknande skyddsmaterial

Kommentarer kring hygien och smittskydd: Verksamheten bedöms ha ett tillfredställande arbetssätt gällande hygien och smittskydd.

**SYSTEMATISKT BRANDSKYDDARBETE (enligt lag
2003:778 om skydd mot olyckor 2 kap. § 2) Flyttat**

- Det finns en tydlig och fastställd brandskyddsorganisation
- Det finns en plan för egenkontroll av lokalerna och brandutrustning
- Det finns skriftlig handlingsplan för brand
- Det finns en tydligt anslagen utrymningsplan
- Utrymning övas regelbundet, ange i så fall när senaste utrymningsövningen genomfördes: juni 2019 med personal. Stående punkt på boendemöten då varje boenderum är en brandcell.

Kommentarer kring systematiskt brandskyddsarbete: Verksamhetens bedöms arbete systematiskt med brandskyddsarbetet med personalen men det är av största vikt att involvera brukarna i detta arbete, särskilt när det gäller att öva utrymning regelbundet.

LOKALER OCH INREDNING

- Lokaler och inredning är i gott skick
- Lokaler och inredning är ändamålsenliga
- Lokalerna är städade, vårdade och hygieniska

Beskriv kortfattat utemiljö/närmaste omgivning: Nära till naturområden och kommunikationer.

Kommentarer kring lokaler och inredning: Lokalerna är ändamålsenliga och i gott skick.