

## Uppföljning av LSS-verksamheter

**Enhetens namn:** Lillsjönäs gruppbostad

Enhetens adress: Sunnanstigen 3, Bromma

Företag:

Hemsida:

Föreståndare: Stefan Hammarberg

Telefon: 08-50806026

e-post: stefan.hammarberg@stockholm.se

### Regi

Kommunal regi

Entreprenad

Enskild (privat) regi

Det finns aktuellt tillstånd eller anmälan till IVO

Upphandlande nämnd:

Datum för uppföljning: 2020-10-19

Uppföljning utförd av: Anna Ahrencrantz & Frida Samuelsson (verksamhetscontroller)

Medverkande från utföraren: Stefan Hammarberg (nuvarande biträdande enhetschef) och Linda Saxenräder Berg (blivande biträdande enhetschef)

### 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: 5

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/förbättringsområden kräver åtgärd:*

Verksamheten förvarar dokumentation i inlåst skåp men som inte är brandsäkert vilket behöver åtgärdas.

Säkerställa systematiska arbetssätt utifrån avdelningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete;

- Riskanalys behöver genomföras utifrån ett förebyggande kvalitetsperspektiv i enlighet med SOSFS (2011:9).
- Arbetssätt för systematiskt arbete med avvikelserrapportering behöver säkerställas, utifrån avdelningens rutiner för avvikelshantering.
- Arbetssätt för systematiskt arbete med synpunkter och klagomål behöver säkerställas, utifrån avdelningens rutiner för synpunkter och klagomål.
- Rutiner för samverkan behöver upprättas och utvecklas.

Verksamheten behöver upprätta rutin för nyckelhantering.

Utrymningsövning vid händelse av brand behöver genomföras.

Verksamheten bedöms kunna utveckla brukarinflytandet. Brukarråd saknas och inga brukarundersökningar genomförs i år. Verksamheten bör se över hur de systematiskt ska inhämta brukares synpunkter och använda dessa för att förbättra verksamheten och öka inflytandet för verksamhetens planering.

Avvikelserna ska vara åtgärdade senast:

2020

**Kommentarer kring samlad bedömning**

Verksamhetens styrkor i kvalitet bedöms ligga inom ledning och personal samt arbete med dokumentation. Utifrån identifierade förbättringsområden behöver verksamheten utveckla sina arbetssätt utifrån ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Verksamheten behöver även vidta åtgärder inom brandövning, säkerställa brandsäkert och låsbart skåp för förvaring av dokumentation samt arbeta systematiskt med att öka brukarinflytandet.

## EKONOMI OCH ADMINISTRATION

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

**Kommentarer kring ekonomi och administration:**

## 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
- Kompetenstabell har överlämnats
- All personal behärskar svenska språket i tal (alternativt svenska teckenspråket)
- All personal behärskar svenska språket i skrift
  
- Det finns plan för personalens kompetensutveckling  
Verksamheten har individuella kompetensutvecklingsplaner för medarbetare. Verksamheten saknar en generell plan för utbildningar som är nödvändiga för att bedriva verksamheten 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
- Det finns skriftlig rutin med information om tystnadsplikt

Antal anställda på enheten: 5 + 1 vakant

Antal helårsanställningar: 5,72

Antal tillsvidareanställda: 5

Korttidssjukfrånvaro i %: 12,64 rullande 12 månad

Personalomsättning senaste 12 månaderna: 1 uppsägning. Den tjänsten har hållits vakant.

**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 anställdts 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  
Inlåst men ej brandsäkert.

Genomförandeplan finns för samtliga brukare enligt utförare

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

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 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.

Verksamheten förvarar dokumentation i inlåst skåp, men som inte är brandsäkert. Detta behöver åtgärdas.

## KVALITETSLEDNINGSSYSTEM

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

Det finns ett avdelningsövergripande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, men arbetssätten för att efterleva detta behöver utvecklas.

Det finns en verksamhets-/kvalitetsberättelse för föregående år

Ledningssystemet omfattar:

Riskanalys

Riskanalys utifrån ett förebyggande kvalitetsperspektiv har inte genomförts i verksamheten.

Egenkontroll

Egenkontroller genomförs 3 ggr/år enligt enhetsgemensam checklista.

Avvikelsehantering

Avdelningsövergripande rutin för avvikelsehantering finns, men verksamheten rapporterar sällan avvikelser. Rutiner för avvikelserapportering behöver förankras i verksamheten. Rutinerna om lex Sarah diskuteras mer regelbundet i verksamheten.

Klagomål och synpunkter

Hanteras inte utifrån ett strukturerat arbetssätt, men finns som stående punkt på verksamhetsmöte. Avdelningsövergripande rutin finns som behöver förankras mer inom verksamheten.

Lex Sarah (SOSFS 2011:5)

Stående punkt i verksamhetens introduktion och inkluderas i verksamhetens årshjul för att ta upp vid APT. Rutinerna finns avdelningsövergripande.

Barns skydd/orosanmälan (14 kap 1 § SoL)

Ej relevant.

Samverkan

Saknas en rutin för intern och extern samverkan. Verksamheten samverkar med olika aktörer utifrån individuella behov. Verk-



samheten dokumenterar sällan i brukarens personakt vilka aktörer brukaren gett samtycke till.

- Dokumentation enligt LSS
- Hot och våld
- Dödsfall och/eller traumatiska händelser
- Vikarieanskaffning
- Hur verksamheten bemannas efter brukarnas behov
- Hur insatsen påbörjas respektive avslutas

Verksamheten har:

- Genomfört riskanalys de senaste tolv månaderna

Nej

- Genomfört egenkontroll de senaste tolv månaderna

Ja

- Tagit emot 1 st. synpunkter och klagomål de senaste tolv månaderna – positiv synpunkt

- Rapporterat 0 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 behöver utveckla arbetet utifrån ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Avdelning socialtjänst och fritid har ett gemensamt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som samtliga verksamheter ska arbeta utifrån. Verksamheten bedöms behöva utveckla sina arbetssätt för att arbeta med systematiskt med riskanalyser, avvikelshantering, synpunkter och klagomål. Rutiner för samverkan behöver även upprättas och utvecklas.

## 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

Verksamheten saknar en generell rutin för nyckelhantering. Personal har en nyckel som går till samtliga lägenheter. Personal skriver under nyckelkvittens. Skriftlig överenskommelse finns med brukare gällande när personal får gå in, när det finns särskilda önskemål om hur det får gå till.

**Kommentarer kring egna medel och nycklar:** Verksamheten behöver upprätta rutin för nyckelhantering.

## 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.

## ARBETSSÄTT

- Det finns skriftlig plan/policy kring ett gott bemötande
- Verksamheten saknar plan/policy för gott bemötande.

Personal utbildas kontinuerligt. Beskriv: Individuella kompetensplaner tas fram i samband med medarbetarsamtal.

Det finns arbetssätt som säkerställer att brukaren får information som är anpassad efter den enskildes förutsättningar. Använder olika hjälpmedel. Individuellt anpassade, tecken, bilder. LSS-hälsans arbetsterapeuter stöttar.

**Kommentarer kring arbetssätt:** Verksamheten behöver upp-  
rätta plan för hur verksamheten säkerställer ett gott bemötande.

## 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

Personal genomför individuell planering för varje brukares aktiviteter.

- Verksamheten genomför egna brukarundersökningar
- Verksamheten har fått eget resultat från Stockholms stads brukarundersökning

Verksamheten har för få svarande vilket gör att de inte kommer få något resultat i år för sin verksamhet. Verksamheten får resultat för samtliga gruppboende i Bromma, på enhetsnivå.

**Kommentarer kring brukarinflytande:** Verksamheten bedöms kunna utveckla brukarinflytandet. Brukarråd saknas och inga brukarundersökningar genomförs i år. Verksamheten bör se över hur de systematiskt ska inhämta brukares synpunkter och an-

vända dessa för att förbättra verksamheten och öka inflytandet för verksamhetens planering.

## HJÄRT- OCH LUNGRÄDDNING

Personal har genomgått hjärt- och lungräddning

Ja. Beskriv: Hösten 2018 genomfördes utbildning för personal. 2 av dessa medarbetare är arbetar kvar i verksamheten.

Nej

Det finns hjärtstartare i verksamheten (ej krav) – nej

Kommentarer kring hjärt- och lungräddning:

## 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 individuella behov finns möjlighet att få instruktioner från dietist/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 bör även in-

kluderas 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: 5. Utbildning ingår i introduktionen av nyanställda och en ny genomgång är under planering.

Utföraren arbetar med basala hygienrutiner

Det finns tillgång till engångshandskar, handsprit och liknande skyddsmaterial

**Kommentarer kring hygien och smittskydd:**

## **SYSTEMATISKT BRANDSKYDDSARBETE (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

1 gång/år kommer ansvarigt företag och kontrollerar.

Det finns skriftlig handlingsplan för brand - Ja

Det finns en tydligt anslagen utrymningsplan - Ja

Utrymning övas regelbundet, ange i så fall när senaste utrymningsövningen genomfördes: Ingen utrymningsövning har genomförts senaste åren.

Kommentarer kring systematiskt brandskyddsarbete: Utrymningsövning behöver genomföras.

## 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 till kommunikationer.

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