

Uppföljning av LSS-verksamheter

Enhetens namn: Söderberga gruppbostad 68

Enhetens adress: Söderberga allé 68

Företag: -

Hemsida: -

Föreståndare: Kerstin Heinerborg

Telefon: 08- 508 06 277

E-post: kerstin.heinerborg@stockholm.se

Regi

Kommunal regi

Entreprenad

Enskild (privat) regi

Det finns aktuellt tillstånd eller anmälan till IVO

Upphandlande nämnd: Bromma, egen regi

Datum för uppföljning: 2020-09-28

Uppföljning utförd av: Frida Samuelsson, verksamhetskontroller

Medverkande från utföraren: Kerstin Heinerborg

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 skolorngdom 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 + en med boendestöd i egen lägenhet.

Antal brukare från Stockholms stad: Samtliga

- 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:

- Rutin för hur insatsen påbörjas respektive avslutas behöver upprättas.
- Rutin för hantering av nycklar behöver upprättas
- Åtgärder för kompetensutveckling gällande språk/kommunikation behöver planeras för att säkra insatsens kvalitet.
- Den löpande dokumentationen ska innehålla information om avvikelser från genomförandeplaner.

Avvikelserna ska vara åtgärdade senast: 2020

Kommentarer kring samlad bedömning

Verksamheten bedöms hålla god kvalitet och struktur utifrån uppställda krav, med behov av viss utveckling. Verksamheten arbetar systematiskt i enlighet med avdelningens kvalitetsledningssystem. Verksamheten har haft låg personalomsättning både gällande medarbetare och chefer. Verksamheten bedöms kunna utvecklas gällande dokumentation, språkkompetensutveckling, samt upprättande av vissa rutiner som idag saknas.

EKONOMI OCH ADMINISTRATION

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

Kommentarer kring ekonomi och administration: Ej relevant innebär att kontrollerna är till för utförare i privat regi.

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)

Det finns kommunikationsbrister vilka även visat sig i brukarenkäternas resultat. Brukare uttrycker i enkät att de upplever att personal inte alltid förstår vad jag säger. Verksamheten har inga åtgärder individuellt inom språkkompetensutveckling. Verksamhetens personal diskuterar regelbundet om vikten att tala tydligt mellan medarbetare och brukare och att säga till när något är oklart.

- All personal behärskar svenska språket i skrift

Som ovan.

- Det finns plan för personalens kompetensutveckling
- Det finns extern handledning

Det finns möjlighet att ta in extern handledning vid behov, men sådana behov har inte uppstått under en längre tid. Behov som kan föranleda handledning kan till exempel vara vid personalkonflikter eller brukares särskilda behov.

- Det finns skriftlig rutin för introduktion av nyanställda
- Det finns skriftlig rutin med information om tystnadsplikt

Antal anställda på enheten: 7

Antal helårsanställningar: 6,20

Antal tillsvidareanställda: 7

Korttidssjukfrånvaro i %: 5,14% på rullande 12 månader.

Personalomsättning; Hur många i personalgruppen (tillsvidareanställda) har slutat senaste året från dagens datum och hur många har anställts: 0

Kommentarer kring ledning och personal: Verksamheten har en stabil personalgrupp med låg omsättning. Utvecklingsbehov finns inom kommunikation och språk. Verksamheten behöver se över åtgärder, till exempel i form av individuella kompetensutvecklingsplaner för de i personalen som är berörda för att säkerställa att brukare förstår och gör sig förstådda för samtliga som ger dem stöd. Personalen behöver ha de kunskaper, förmågor och erfarenheter som krävs för att kunna ge ett gott stöd och en god service eller omsorg.

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: Boende för vuxna.

DOKUMENTATION

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

- 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: Genomförandeplaner finns men skulle behöva utvecklas så de följer stadens anvisningar för DUR beställningar. Finns ibland endast ett mål. Hur genomförandeplanen blir kan påverkas av hur beställningen är utformad. Vid en kort beställning med endast ett generellt mål, minskar förutsättningarna för utföraren i nästa steg.

Journalanteckningar finns men behöver utvecklas. Verksamheten brukar inte journalföra avvikelser från genomförandeplaner, vilket behöver genomföras för att fånga upp och analysera om behov förändras och när insatser systematiskt inte blir genomförda.

KVALITETSLEDNINGSSYSTEM

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

Det finns en verksamhets-/kvalitetsberättelse för föregående år

Ledningssystemet omfattar:

Riskanalys

Egenkontroll

Avvikelsehantering

Händelser behandlas vid verksamhetens APT, och dokumenteras vid behov. Vid negativ händelse skrivs en handlingsplan. Uppföljning månatligen till enhetschef som sammanställer avvikelser och vad det handlat om.

Klagomål och synpunkter

Samma hantering som vid avvikelser. Återkopplar till den som lämnat klagomålet/synpunkten inom 24 timmar.

Lex Sarah (SOSFS 2011:5) – Lyfter varje gång på APT samt eventuella frågor/avväganden.

Barns skydd/orosanmälan (14 kap 1 § SoL) - Ej aktuellt

Samverkan

Dokumentation enligt LSS

Egenkontroller gällande dokumentation genomförs regelbundet.

Hot och våld

Dödsfall och/eller traumatiska händelser

Finns rutin vid brukares dödsfall.

Vikarieanskaffning

Bitr. enhetschef och en medarbetare ansvarar. Det finns en lokal rutin för hur det ska göras när dessa ej är på plats.

Hur verksamheten bemannas efter brukarnas behov

Finns behovsschema som man utgår ifrån att lägga personalens schema.

Hur insatsen påbörjas respektive avslutas.

Finns ingen rutin för detta. Verksamheten har utgått från annan utförarens checklista. Har lyft frågan för att ta fram en gemensam för hela enheten.

Verksamheten har:

Genomfört riskanalys de senaste tolv månaderna

Genomfört egenkontroll de senaste tolv månaderna

Tagit emot 1 synpunkter och klagomål de senaste tolv månaderna

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 arbetar i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Rutin för hur insatsen påbörjas respektive avslutas ska tas fram tillsammans med andra verksamheter inom enheten.

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

Det saknas skriftlig rutin för hantering av nycklar. Verksamheten har en kvittensmall som ska användas. Av rutin för nyanställd personal tydliggörs att respektera brukarens hem och inte kliva in utan att t ex knacka först.

Verksamheten har en blankett som godkänns av brukare att personal får gå in i lägenheten för att säkerställa att brukaren mår bra.

Kommentarer kring egna medel och nycklar: En rutin för hanteringen av nycklar behöver upprättas.

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: LSS-hälsan tar fram dessa rutiner. ”Att arbeta säkert med läkemedel”, utbildning 1 ggn/år/medarbetare genomförs.

ARBETSSÄTT

Det finns skriftlig plan/policy kring ett gott bemötande

Dokument om boendebemötande till varje brukare för sig finns även upprättat.

Personal fortbildas kontinuerligt. Beskriv:

Vid medarbetarsamtal planeras för medarbetarens fortbildning. Utbildningar handlar exempelvis om våld i nära relation, extremism, delegering, basala hygienrutiner. Kompetensutvecklingsplan upprättas för varje medarbetare.

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

Arbetsterapeut och fysioterapeut från LSS hälsan hjälper brukare med förslag på bl a kommunikationshjälpmedel. Flera har Day-planner och bildstöd i kombination med text. För brukare som har annat modersmål har verksamheten laddat ner program som översätter.

Kommentarer kring arbetssätt: Behov av Språkkompetensutveckling bör ingå i medarbetarnas kompetensutvecklingsplaner.

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

Verksamheten har genomfört kvalitativ undersökning baserat på resultat från stadens brukarundersökning, för att kunna analysera frågornas resultat.

Verksamheten har fått eget resultat från Stockholms stads brukarundersökning

Resultaten för Söderberga gruppbofastad 22 och Söderberga gruppbofastad 68 slås ihop för att garantera komma upp till minst 5 svarande (minimum antal för att få ett resultat).

Kommentarer kring brukarinflytande: Brukarråd sker ca en gång per termin och inkluderar även genomgång av utrymning vid brand. Verksamheten fångar även upp enskildas önskemål på andra sätt.

HJÄRT- OCH LUNGRÄDDNING

Personal har genomgått hjärt- och lungräddning

- Ja. Beskriv: 2018 senast för alla. Genomförs var tredje år.

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: 0 men dietist utbildar personal för brukare med särskilda behov gällande kost, t ex diabetes.

Personal har genomgått utbildning kring livsmedelshygien, ange hur antal personal som genomgått utbildning: 2016 gick alla webbaserad utbildning i livsmedelshygien. 2 av de som gick utbildningen arbetar kvar på gruppboenden idag.

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.

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: 1 ggn/år utbildas samtliga medarbetare Utföraren arbetar med basala hygienrutiner Det finns tillgång till engångshandskar, handsprit och liknande skyddsmaterial.

Kommentarer kring hygien och smittskydd: Tillsammans med LSS-hälsan.

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 Det finns skriftlig handlingsplan för brand Det finns en tydligt anslagen utrymningsplan Utrymning övas regelbundet, ange i så fall när senaste utrymningsövningen genomfördes: 2020 03 11.

Kommentarer kring systematiskt brandskyddsarbete: Ingår i introduktion av nyanställd samt tas upp/övas regelbundet vid brukarmöten och APT.

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: Närhet till kommunikationer/bussar. Bussar går till tunnelbanan, eller 15 minu-

ters promenad. Mycket nära till livsmedelsbutik. Närhet till simhallen där flera brukare tränar. Nära Bromma sjukhus.

Kommentarer kring lokaler och inredning: Verksamhetens gemensamma lokaler är nymålade och har nya golv. Även boendes lägenheter har inventerats och åtgärder vidtagits. Lokalerna är ljusa, hela och rena.