

# Uppföljning bostad med särskild service för vuxna LSS

**Enhetens namn**

Broder Pehr

**Enhetens adress**

Hägerstens allé 19-21, 129 37 Hägersten

**Företag**

Mo LSS aktiebolag

**Ansvarig chef**

Peter Asklund

**Telefon**

010-4716662

**E-post**

Peter.asklund@mogard.se

## **Sammanfattande bedömning**

Förvaltningen bedömer att Mo LSS aktiebolag bedriver Broder Pehr i enlighet med gällande avtal.

## **Sammanfattande bedömning av uppföljningen (före åtgärd av eventuella brister):**

**Följande brister finns som kräver åtgärd**

**Brister ska vara åtgärdade senast**

## **Slutlig bedömning av uppföljning**

- Utföraren bedriver verksamhet i enlighet med gällande avtal
- Utföraren bedöms efter åtgärd av påtalade brister utföra verksamhet i enlighet med gällande avtal
- Utföraren bedriver till största del verksamhet i enlighet med gällande avtal men vissa brister kvarstår
- Utföraren bedriver inte verksamhet i enlighet med gällande avtal

**Kommentarer kring slutlig bedömning**

## **Basuppgifter**

**Uppföljningen utförd av** Sofia Ferrer, verksamhetscontroller  
**Från utföraren medverkade** Peter Asklund Enhetschef, Renate Östnes regionchef, Karin Sjöholm Svensson verksamhetsutvecklare  
**Datum för uppföljningen** 2021-06-22

### **Regi**

- Kommunal regi
- Entreprenad
- Enskild (privat) regi

### **Antal**

Antal boende i verksamheten totalt 6  
Antal boende i verksamheten från Stockholm 6

### **Leverantörens ändringar under kontraktstiden - 1.4.9**

Har det skett några förändringar i verksamheten? Ex. byte av chef, lokal, antal platser?

Nej

Är dessa förändringar meddelade till socialförvaltningen?

- Ja
- Nej

### **Kommentar**

-

### **Hitta service – 1.7.19**

Är uppgifter på hitta service uppdaterade och korrekta?

- Ja
- Nej

### **Kommentar**

## **Ledning och personal**

### **Ansvar för den dagliga driften, enhetschefens kompetens - 1.6.6**

- Ansvarig chef står som föreståndare på tillstånd utfärdat av Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Ansvarig enhetschef är godkänd av socialförvaltningen (om ej samma som på tillstånd)
- Ansvarig enhetschef är samma som anges på hitta service
- Enhetschef arbetar minst 30 % av heltidsarbetstid för verksamheten

### **Kommentar**

### **Kvalitetsarbete – 1.7.8**

Hur utvecklar ansvarig enhetschef kvalitetsarbetet på ett systematiskt och resultatbaserat sätt på individ- och verksamhetsnivå, samt driver metodutveckling i verksamheten?

### **Kommentar**

När det kommer en ny brukare upprättas genomförandeplan och insatsen följs regelbundet upp. Konkret innebär det att brukarteam om 3-4 medarbetare sammanträder runt varje brukare för att följa upp genomförandeplanen/insatsen, detta som leds av special- och stödpedagog. Rutin uppvisas.

<b><u>Rutiner – 1.7.8</u></b>	<b>Finns</b>	<b>Finns delvis</b>	<b>Saknas</b>
Rutiner finns för uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Kommentar**

På individnivå finns protokollmallar som följs utifrån uppföljning och kvalitet samt brukarens behov och önskemål. Brukarmöte, styrgrupp, egenkontroll används.

I styrgruppen är enhetschef med och processerna kvalitetssäkras med analyser.

Egen kontroll sker i ett årshjul som även sker på individnivå. Resultaten av egenkontrollen redovisas vidare till koncernledning.

### **Personal - 1.6.7**

Antal anställda på enheten?

16 tillsvidareanställda i olika omfattning.

Minst 80% av personalen har adekvat utbildning

### **Kommentar**

10 undersköterskor, resterande har utbildning stödpedagog, beteendevetare och vårdbiträden med lång erfarenhet.

### **Introduktionsutbildning av personal**

Nyanställda genomgår introduktion som inkluderar utbildning i funktionsnedsättningar, förflyttningsteknik, första hjälpen samt hjärt- och lungräddning.

### **Kommentar**

Utföraren har ett utbildningspaket som inkluderar en introduktionsutbildning vilken ger en överblick av till exempel kombinationer av funktionsnedsättningar, kommunikation och samspel.

Under första halvåret får alla en introduktionsutbildning 3 dagar, den omfattar även lågaffektivt bemötande. Även alla vikarier genomgår samma grundintroduktion. HLR och lyftteknik ingår i ett årshjul och upprepas varje år.

Alla enheter inom Mogård har en grundläggande kompetensprofil som utgår från Sofs om vård och omsorg. Om de får en ny brukare utökas kompetensen. 50% av personalen ska ha 100% kompetens och på Broder Pehr ligger de bättre till än så. Personalomsättningen är låg.

### **Kompetensutvecklingsplan – 1.6.9**

Plan finns för kontinuerlig kompetensutveckling av personal

Extern handledning finns

### **Kommentar**

Specialpedagoger och personal från habiliteringen finns att tillgå och bidrar med specialkompetens.

<b><u>Rutiner – 1.7.8</u></b>	<b>Finns</b>	<b>Finns delvis</b>	<b>Saknas</b>
Sekretess och tystnadsplikt inklusive undertecknande (även 1.6.7)	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemanning och vikarieanskaffning (även 1.6.8)	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att uppnå kontinuitet och ev. minimering av antal personal	<input type="checkbox"/>	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ny enskild presenteras för personalen	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att barnperspektivet, vid behov, beaktas vid utförande av insatsen	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### **Kommentar**

Arbetar för kontinuitet och ett så lågt antal personer som möjligt.  
Inga barn bor på boendet och ingen brukare har barn.

## **Verksamhetens innehåll**

### **Allmänna krav på verksamheten – 1.7.1**

Hur stöttas den enskilde att utnyttja sin fysiska och sociala förmåga och hur främjas den enskildes delaktighet i samhället?

#### **Kommentar**

4 av 6 boende är äldre och de arbetar för att bibehålla rörelseförmåga. Brukarna kommer ut varje dag, studsmatta finns för de som klarar det. Brukarna erbjuds så mycket fysisk aktivitet som möjligt. Innan pandemin erbjöds regelbundet bad i pool. Detta ska starta upp efter sommaren.

<b><u>Tillgänglighet och delaktighet – 1.7.22</u></b>	<b>Finns</b>	<b>Finns delvis</b>	<b>Saknas</b>
Rutin för delaktighet	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kommentar** Genomförandeplanen utgår från delaktighet, dvs vad brukaren själv vill. Det finns rutiner på individnivå för det. När brukaren inte kan uttrycka sig i ord tolkas de utifrån signaler och tidigare erfarenhet gällande intresse.

### **Verksamheten och dess innehåll – 1.7.2**

Hur säkerställs det att personal inom verksamheten har kompetens att bemöta varje enskild på lika villkor oavsett etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning, kön, könsöverskridande identitet och uttryck samt ålder?

#### **Kommentar**

Detta är en del i den grundläggande kompetensprofilen vid rekrytering. Kompetens erhålles via utbildning och handledning. Mogård har en värdegrund gällande bemötande och utbildning om bemötande ingår i den grundutbildning som alla medarbetare inom 1-6 månader efter anställning.

På vilket sätt arbetar verksamheten med en hälsobefrämjande inriktning i enlighet med samhällets utveckling inom området vad gäller kost, motion och levnadsvanor?

**Kommentar**

Brukarna erbjuds promenader, bad, och att hoppa studs matta.

Alla brukare har kontakt med dietist.

All mat är hemlagad och till en del ekologisk.

**Tillgång till digital teknik – 1.7.3**

Verksamheten ska tillhandahålla internetuppkoppling. Hur stödjer verksamheten den enskilde i användandet av digital teknik?

**Kommentar**

Några brukare har ipad. En pedagog inom teknikhjälpmedel och kan vara behjälplig i hur enskilda brukare kan använda teknik på individnivå. Även Habiliteringen bistår gällande teknik. Personalen hjälper till att anordna digitala samtal.

<b><u>Rutiner – 1.7.8</u></b>	<b>Finns</b>	<b>Finns delvis</b>	<b>Saknas</b>
Hur ny personal presenteras för den enskilde	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hot och våld, hur konflikter och övergrepp ska förhindras, upptäckas samt hanteras (i verksamheten och om den enskilde kan vara utsatt för hot eller våld, även 1.7.10)	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dödsfall	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orosanmälan 14 kap. 1§ SoL	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att kontakta hälso-och sjukvården, inklusive rehabiliteringen och habiliteringen utifrån den enskildes behov (även 1.7.2)	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokala instruktioner för läkemedelshantering om det förekommer i verksamheten i samråd med vårdgivaren/MAS	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Basala hygienrutiner	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kommentar**

Har orosanmälan gjorts senaste tolv månaderna?

- Ja  
 Nej

Antal orosanmälan som gjorts senaste tolv månaderna: 0

**Kommentar**

Ingen av brukarna är barn eller har barn.

<b>Anhörigstöd – 1.7.12</b>	<b>Finns</b>	<b>Finns delvis</b>	<b>Saknas</b>
Rutin finns för hur samverkan sker med anhöriga, till exempel kring informationsutbyte och delaktighet.	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rutin finns för hur man uppmärksammar att anhöriga behöver stöd för egen del.	<input type="checkbox"/>	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kommentar**

I verksamheten har man rutinemässigt samtal med anhöriga då det kan uppmärksammas. Även gode män för över information till personalen. Utifrån GDPR har ett informationsmaterial tagits fram till anhöriga.

Det har inte uppmärksammats att anhöriga behöver stöd för egen del. De kan hänvisa till förvaltningens anhörigstödjare eller organisationer. Skriftlig rutin finns ej.

**Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)**

**Ledningssystem för systematisk uppföljning av verksamheten – 1.6.11**

<b>Processer och rutiner 4 kap. 2-4§</b>	<b>Ja</b>	<b>Delvis</b>	<b>Nej</b>
Verksamheten har identifierat och beskriver de processer och aktiviteter som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kommentar**

Kvalitetsledningssystem finns på intranät vilket visas upp.

<b>Samverkan 4 kap. 5§ (även 1.7.21)</b>	<b>Finns</b>	<b>Finns delvis</b>	<b>Saknas</b>
Rutiner för hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten (internt)	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rutiner för hur samverkan med andra verksamheter/intressenter ska ske (externt)	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kommentar**

<b>Risicanalys 5 kap. 1§</b>	<b>Ja</b>	<b>Delvis</b>	<b>Nej</b>
Verksamheten genomför riskanalys fortlöpande	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultat av riskanalys finns att ta del av för senaste året	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kommentar**

<b>Egenkontroll 5 kap. 2§</b>	<b>Ja</b>	<b>Delvis</b>	<b>Nej</b>
Verksamheten utövar egenkontroll för att kunna säkra verksamhetens kvalitet	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultat av egenkontroll finns att ta del av för senaste året	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kommentar**

<b>Utredning av avvikelser 5 kap. 3§ och 6§</b>	<b>Ja</b>	<b>Delvis</b>	<b>Nej</b>
Verksamheten tar emot och utreder klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet (även 1.6.11)	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagomål, synpunkter och rapporter sammanställs och analyseras för att ge indikation på kvalitetsbrister i verksamheten	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kommentar**

Vore önskvärt att det fanns ett digitalt system för avvikelser, klagomål och synpunkter för detta i Parasol.

<b><u>Rutiner – 1.7.8</u></b>	<b>Finns</b>	<b>Finns delvis</b>	<b>Saknas</b>
Återkoppling till beställaren vid avvikelser	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synpunkts- och klagomålshantering	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kommentar**

Har verksamheten tagit emot klagomål och synpunkter de senaste tolv månaderna?

Ja

Nej

Antal gånger verksamheten har tagit emot klagomål och synpunkter de senaste tolv månaderna:

### Kommentar

<b><u>Lex Sarah – 1.7.16</u></b>	<b>Finns</b>	<b>Finns delvis</b>	<b>Saknas</b>
Rutin finns för Lex Sarah	xx <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Kommentar

#### Verksamheten har

Rapporterat 1 st. Lex Sarah de senaste tolv månaderna

Anmält 0 st. Lex Sarah de senaste tolv månaderna

Antal gånger verksamheten har rapporterat Lex Sarah de senaste tolv månaderna:

Antal gånger verksamheten har anmält Lex Sarah de senaste tolv månaderna:

### Kommentar

<b>Personalens medverkan i kvalitetsarbetet 6 kap. 1§ och 3§</b>	<b>Ja</b>	<b>Delvis</b>	<b>Nej</b>
Verksamheten säkerställer att personal arbetar i enlighet med processer och rutiner i ledningssystem	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Kommentar

Brukarmöte, APT, utbildning, avvikelshantering.

<b>Dokumentationsskyldighet 7 kap. 1§</b>	<b>Ja</b>	<b>Delvis</b>	<b>Nej</b>
Kvalitetsberättelse visar hur verksamheten har utvecklat och säkrat verksamhetens kvalitet under föregående år samt vilka åtgärder som vidtagits och vilka resultat som uppnåtts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x <input type="checkbox"/>
Kvalitetsberättelse är upprättad senast 1 april (1.6.11)	<input type="checkbox"/>		x <input type="checkbox"/>

### Kommentar



Finns ej i avtalet. En kvalitetsberättelse kommer att tas fram till 2022 inom koncernen där Border Pehr är en del. Ett liknande dokument "Ledningens genomgång" har tidigare funnits utifrån kvalitetsaspekter. Finns för 2019. Behöver Broder Pehr ha en egen verksamhetsberättelse kan det tas upp.

## **Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5)**

### **Anslutning till Stockholms stads sociala verksamhetssystem – 1.7.13**

Leverantör är ansluten till stadens sociala system

- Ja  
 Nej

**Kommentar:**

### **Beställning och genomförandeplan – 1.7.14**

- Genomförandeplaner finns upprättade för samtliga boende i sociala system  
 Genomförandeplaner är upprättade inom 15 dagar från påbörjad insats  
 Genomförandeplaner följs upp löpande och revideras  
 Samtliga boende och/eller dess företrädare deltar i upprättandet av genomförandeplanen  
 Det framgår hur den enskilde eller dess företrädare varit delaktiga

Hur säkerställs att genomförandeplanerna innehåller mål samt att det tydliggörs vad, hur och när det ska göras?

**Kommentar**

Säkerställs via brukarmöten var sjätte vecka. Biståndshandläggare är delaktig. Pedagoger deltar i kvalitetssäkring. Utbildning om att ta fram kvalitetssäkra genomförandeplaner har tagits fram.

<b>Dokumentation av uppföljning av insatsen 6 kap. 4 § SOSFS 2014:5</b>	<b>Ja</b>	<b>Delvis</b>	<b>Nej</b>
Leverantör har dokumenterat sin uppföljning av insatsen	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kommentar**

Kommenteras löpande i Parasol. Dokument finns i brukarnas mapp.

### **Dokumentation och gallring – 1.7.15**

Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt, inlåst i brandsäkert skåp/säker server

- Ja  
 Nej

**Kommentar**

<b><u>Dokumentation och gallring – 1.7.15</u></b>	<b>Finns</b>	<b>Finns delvis</b>	<b>Saknas</b>
Rutin finns för att bara behörig personal kan och får ta del av dokumentationen om den enskilde	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rutin finns för att hantera eventuella felaktiga uppgifter i dokumentationen	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kommentar**

Löpande dokumentation förs (journalanteckningar)

Ja

Nej

**Kommentar:**

Hur säkerställs så dokumentation förs löpande och innehåller information om faktiska omständigheter, händelser av vikt, måluppfyllelse samt avvikelser från genomförandeplaner?

**Kommentar**

Egen kontroll vid brukarmöte.

<b><u>Rutiner – 1.7.8</u></b>	<b>Finns</b>	<b>Finns delvis</b>	<b>Saknas</b>
Dokumentation enligt SoL och LSS	x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kommentar**

**Lokaler**

**Boende och utrustning – 1.7.6**

Boendet är ändamålsenligt för verksamheten, i gott skick, utrustat för målgruppen och erbjuder en god och hemlik boendemiljö.

Ja

Nej

**Kommentar**

Lokalen är byggd för målgruppen.

<b><u>Rutiner – 1.7.8</u></b>	<b>Finns</b>	<b>Finns delvis</b>	<b>Saknas</b>
Rutin för brandprevention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kommentar**

Tillsyn av brandskyddsmyndigheten, fastighetsägaren testar varje kvartal larm

Från hösten en webbaserad brandsäkerhetsutbildning. Ska ingå i introduktionen och digitalt. Finns redan.

### **Övrigt**

Har ni någon feedback till förvaltningen vad gäller upphandlingen och ert avtal med förvaltningen?

#### **Kommentar**

Parasol är fyrkantigt, avsaknad av synpunkthantering.

## **Attesterat av**

Detta dokument har godkänts digitalt av följande personer:

<b>Namn</b>	<b>Datum</b>
Yvonne Kokkola, avdelningschef	2021-09-16