

## **Verksamhetsuppföljning entreprenad bostad med särskild service LSS**

- Enhetens namn: Ullvidevägens gruppbofastad
- Enhetens adress: Ullvidevägen 19
- Företag: Nytida AB
- Ansvarig chef: Kim Kleimert
- Telefon:070-9610556
- E-post: kim.kleimert@nytida.se

### **Sammanfattning**

Utföraren bedriver verksamhet i enlighet med gällande avtal. Kvalitetsarbetet utvecklas på ett systematiskt och resultatbaserat sätt på individ- och verksamhetsnivå. Verksamheten bedöms bedrivas med god kvalitet.

Under pågående pandemi har verksamheten ställts om i möjligaste mån med exempelvis mer promenader och kulturaktiviteter i hemmet. Personal från daglig verksamhet har i viss mån kommit till gruppbofastaden för aktiviteter då de hållit stängt.

Medarbetare vet hur de ska agera vid oro för brukaren. En skriftlig rutin för orosanmälan upprättas.

Det är önskvärt att få information när det kommer en ny handläggare på förvaltningen med namn och kontaktpuppgifter. Verksamhetscontroller förmedlar informationen. Det finns ett visst renoveringsbehov i lokalerna som verksamhetscontroller informerar förvaltningens lokalintendent om. Besök på verksamheten planeras då restriktioner lättar.

### **Basuppgifter**

- Uppföljningen utförd av: Per Töremar, upphandlare, Ann Ulin, verksamhetscontroller. Digital uppföljning via Skype.
- Från utföraren medverkade: Kim Kleimert, verksamhetschef.
- Datum för uppföljningen: 2021-12-10
- Uppföljning avser: bostad med särskild service 9§9 LSS
- Regi: Entreprenad
- Antal brukare i verksamheten: 5

- Det har inte skett några förändringar i verksamheten som exempelvis byte av chef, lokal eller antal platser.
- Uppgifter på hitta service är uppdaterade och korrekta.

## **Ledning och personal**

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

- Ansvarig chef står som föreståndare på tillstånd utfärdat av Inspektionen för vård och omsorg.
- Ansvarig enhetschef är samma som anges på hitta service.
- Enhetschef arbetar minst 30 procent av heltidsarbetstid för verksamheten. 50/50 Ullvidevägens och Rosenbackens gruppbostad.

### **Kvalitetsarbete**

- Ansvarig chef utvecklar kvalitetsarbetet på ett systematiskt och resultatbaserat sätt på individ- och verksamhetsnivå, samt bedriver metodutveckling i verksamheten. Genom kvalitetsråd, förbättringslogg, hantering av avvikelser, konferens/APT varannan vecka, genomförandeplan, husmöte/planeringsdag, Uppföljning säkras i egenkontroll och i reflektion och genomgång av avvikelser och riskbedömningar. Det är viktigt ta sig tid att reflektera och fundera över hur vi jobbar innan vi skapar rutiner. Tid avsätts för uppföljning av exempelvis avvikelser för att undvika att det händer igen. Även fortsatt uppföljning av det som beslutats. Kontinuerlig process som inte får stanna av utan hela tiden dialog och eftertanke.
- Det finns rutiner för uppföljning och utvärdering av verksamheten.

### **Personal**

- Antal anställda på enheten: 10
- Andel personal med adekvat utbildning: Sju av tio har adekvat utbildning och alla har lång erfarenhet.
- Det finns introduktionsutbildning för nyanställda.
- Det finns kompetensutvecklingsplan.
- Vid behov finns extern handledning att tillgå.

### **Rutiner personal**

- Rutin för sekretess och tystnadsplikt inklusive undertecknande finns.
- Rutin för bemanning och vikarieanskaffning finns. Gruppchef ansvarar.
- Rutin för att uppnå kontinuitet och eventuellt minimering av antal personal finns.
- Rutin finns för hur ny enskild presenteras för personalen.

- Barnperspektivet beaktas vid behov vid utförandet av insatsen men är ej aktuellt.

### **Verksamhetens innehåll**

- Med motivation utifrån genomförandeplan och på husmöte med aktiviteter och individanpassat stöd stöttas den enskilde att utnyttja sin fysiska och sociala förmåga och främjas till delaktighet i samhället. Genomförandeplanen är ett levande dokument.
- Rutin finns för tillgänglighet och delaktighet. Inom det pedagogiska ramverket finns en delaktighetscertifiering. Två utomstående från Nytida följer upp och går igenom med medarbetare hur de ska jobba för att den enskilde ska bli mer delaktig. Det utmynnar i en rapport som sedan arbetas utifrån. Därtill används förbättringslogg som läses av en gång i månaden och dialog och uppföljning sker på husmöte och i samtal med den enskilde.
- Det säkerställs att personal inom verksamheten har kompetens att bemöta varje enskild på lika villkor oavsett kön, könsöverskridande identitet och uttryck samt ålder med löpande utbildning och reflektion tillsammans. Förhållningssättet i bemötande är inbjudande. Även en brukare har gått RFSL-kurs.
- Verksamheten arbetar med en hälsofrämjande inriktning i enlighet med samhällets utveckling inom området vad gäller kost, motion och levnadsvanor. Mycket motivation till promenader och regelbundna aktiviteter. Kontakt finns med dietist för näringsriktig kost.
- Verksamheten tillhandahåller internetuppkoppling och stödjer och uppmuntrar till användandet av digital teknik.

### **Rutiner verksamheten**

- Rutin finns för hur ny personal presenteras för den enskilde. Sker vid introduktion.
- För hot och våld, hur konflikter och övergrepp ska förhindras, upptäckas samt hanteras finns rutin. Riskbedömningar görs och det reflekteras över det i dialog.
- Rutin finns för dödsfall.
- Ingen direkt skriftlig rutin för orosanmälan finns men medarbetare vet hur de ska agera, framgår exempelvis i rutin för våld i nära relation och lex Sarah.
- Rutin finns för att kontakta hälso- och sjukvården, inklusive rehabiliteringen och habiliteringen utifrån den enskildes behov. Det ingår i stödpersons uppgifter. Ett exemplariskt samarbete med LSS-hälsan beskrivs, det sker regelbunden avstämning med sjuksköterska, arbetsterapeut och

sjukgymnast. Sjuksköterskan kommer varje vecka och vid behov.

- Lokala instruktioner för läkemedelshantering om det förekommer i verksamheten finns.
- Rutin för basala hygienrutiner finns och påminns om hela tiden, återkommande webbutbildning.
- Samverkan med anhöriga sker till exempel kring informationsutbyte och delaktighet och det uppmärksammas om anhöriga behöver stöd för egen del. Anhöriga kan delta vid upprättandet av genomförandeplan om den enskilde samtycker. Verksamheten jobbar för att det ska vara en bra relation med anhöriga och ordnar anhörigräffar. När det uppmärksammas att anhöriga behöver stöd för egen del förmedlas kontakter.

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

- Verksamheten har identifierat och beskriver de processer och aktiviteter som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Följs upp i egenkontroll, kvalitetsråd, kvalitetstillsyn, avvikelshantering och förbättringslogg.
- Rutiner finns för hur samverkan ska bedrivas internt och externt.
- Fortlöpande genomförs riskanalys och det finns resultat att ta del av för senaste året.
- Egenkontroll utövas för att kunna säkra verksamhetens kvalitet och det finns resultat att ta del av för senaste året.
- Finns resultat av egenkontroll att ta del av för senaste året.
- Rutin för hantering av synpunkter och klagomål finns.
- Beställaren meddelas vid större avvikelser.
- Verksamheten har tagit emot synpunkter och klagomål de senaste tolv månaderna som hanterats och åtgärdats. Alla kvalitetssiffror följs upp en gång i månaden med överordnad chef.
- Rutin finns för lex Sarah. Verksamheten har inte rapporterat eller anmält enligt lex Sara de senaste tolv månaderna.
- Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord. Att personalen arbetar i enlighet med processer och rutiner säkerställs i ledningssystemet. Genom kvalitetsråd, egenkontroll men framförallt på konferenser och i uppföljning av avvikelser.
- Kvalitetsberättelse visar hur verksamheten har utvecklat och säkrat verksamhetens kvalitet under föregående år samt vilka åtgärder som vidtagits och vilka resultat som uppnåtts.

### **Dokumentation i verksamhet**

- Leverantören är ansluten till stadens sociala system.

- Genomförandeplan finns upprättade, inom 15 dagar från påbörjad insats, för samtliga brukare.
- Genomförandeplaner följs upp löpande och revideras.
- Genomförandeplaner upprättas tillsammans med brukare eller dess företrädare, delaktigheten framgår i planen.
- För att säkerställa att genomförandeplanerna innehåller mål samt att det tydliggörs vad och hur det ska göras gås de igenom tillsammans och är en del av det systematiska utvecklingsarbetet.
- Leverantören har dokumenterat uppföljning av insatsen.
- Dokumentation förvaras på ett betryggande sätt, inlåst i brandsäkert skåp/säker server.
- Rutin finns för att bara behörig personal kan och får ta del av dokumentation om den enskilde.
- Rutin finns för att hantera eventuella felaktiga uppgifter i dokumentationen.
- Rutin finns för dokumentation. Löpande dokumentation förs (journalanteckningar). Ses som viktigt för den röda tråden i verksamheten.
- Det säkerställs att dokumentation förs löpande och innehåller information om faktiska omständigheter, händelser av vikt, måluppfyllelse samt avvikelser från genomförandeplaner. Det följs löpande upp gås igenom tillsammans.
- Det pågår en drive med att alla dokument ska hänvisa till varandra, följas upp och utvecklas – den röda tråden för bästa kvalitet.

### **Lokaler**

- Boendet är ändamålsenligt för verksamheten, i gott skick, utrustat för målgruppen och erbjuder en god och hemlik boendemiljö. Men det finns ett renoveringsbehov.
- Rutiner finns för brandprevention.

### **Övrigt**

Det är önskvärt att få information när det kommer en ny handläggare på förvaltningen med namn och kontaktuppgifter.

En pepparkakstävling planeras med Rosenbackens gruppbostad.

**Pepparkakstävling Rosenbacken, julfika,**