

# Uppföljning bostad med särskild service för vuxna LSS

**Enhetens namn**

Järinge gruppbostad

**Enhetens adress**

Järingegränd 2, 136 63 Spånga

**Företag**

Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning

**Ansvarig chef**

Hamid Radnahad, enhetschef. Jesper Thorell, biträdande enhetschef

**Telefon**

08-508 03 510/05

**E-post**

## Sammanfattande bedömning

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

Järinge gruppbostad har förutsättningar att bedriva en trygg och säker verksamhet med brukarna i fokus. Utvecklingsområden är att brukarna har aktuella genomförandeplaner och detaljerade arbetsbeskrivningar. Strukturerad kompetensutveckling behöver säkerställas i verksamheten, där den senaste satsningen är det pedagogiska ramverket. Samtliga av de fast anställda har adekvat utbildning, inventering av utbildningsnivå behöver göras bland de timanställda. Verksamheten behöver få kontinuitet i ledning och styrning samt ta fram ett fungerande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

### **Följande brister finns som kräver åtgärd**

Att brukarna har aktuella genomförandeplaner.

- **Uppgifter på Hitta service**  
Uppdatera information på [start.stockholm/hitta service](http://start.stockholm/hitta-service) med bilder på gruppbostraden.
- **Följ APT-årshjul och dokumentera genomförda APT.**  
Solhem behöver säkerställa att årshjul för APT följs samt att minnesanteckningar från APT dokumenteras.
- **Genomförandeplaner och arbetsbeskrivningar**  
Verksamheten behöver säkerställa sina arbetssätt och rutiner så att genomförandeplaner och arbetsbeskrivningar uppdateras löpande i syfte att säkerställa kvaliteten i utförandet av insatser.
- **Implementering och hantering av verksamhetens rutiner**  
Rutinerna har nyligen uppdaterats i verksamheten. Tidigare fanns rutiner från 2017 som har ersatts av samma rutiner som finns på de övriga verksamheterna. Rutinerna är dock inte implementerade hos medarbetarna ännu.

Strukturerad förvaring av verksamhetens olika dokument behöver ordnas. Pärmarna följer inte den struktur som är satt genom register vilket gör det svårt att hitta rätt dokument.

➤ **Introduktion och dokumentation**

Solhem behöver säkerställa introduktionen av nya medarbetare, båda tillsvidareanställda och timanställda samt att samtliga medarbetare har förutsättningar att kunna dokumentera utförandet av insatser.

➤ **Rutin för delaktighet**

Solhem har en rutin för delaktighet men den är inte implementerad och det saknas tydliga arbetssätt för att göra brukare delaktiga i verksamheten. Det saknas även ett brukarråd där de boende ges möjlighet att påverka utformning av verksamhet och aktiviteter. Program för tillgänglighet och delaktighet ska användas på ett mer aktivt sätt i planering och genomförande av verksamhet.

➤ **Hälsa och aktiviteter**

Fyra av brukarna på Solhem har ingen eller mycket lite daglig verksamhet vilket ställer ökade krav på gruppboenden. Det behöver säkerställas att de brukare som tillbringar mycket tid hemma i gruppboenden aktiveras utifrån individuella önskemål och behov och att insatserna motsvarar beställning.

➤ **Plan för kompetensutveckling**

Strukturerad kompetensutveckling behöver säkerställas i verksamheten, där den senaste satsningen är det pedagogiska ramverket. Verksamheten behöver möjliggöra för medarbetare att ta del av det utbud som finns inom Forum Carpe och dokumentera vilka utbildningar som medarbetare genomgått.

➤ **Kommunikation/metodarbete**

Flera brukare på Solhem har kommunikationssvårigheter och är i behov av bildstöd/AKK för att kunna kommunicera. I verksamheten saknas exempelvis tavla över vilka medarbetare som är i tjänst, vilken mat som ska serveras etc. Intrycket är att man inte arbetar med bildstöd och tydliggörande pedagogik på ett tydligt sätt i verksamheten.

➤ **Medarbetarenkät**

Solhem har ett högt AMI-resultat i senaste medarbetarenkäten (94 %) men det saknas ett systematiskt sätt att arbeta med enkätens resultat i form av analys och handlingsplan.

➤ **Säkerställa hantering av synpunkter och klagomål**

Tar ofta emot synpunkter och klagomål från anhöriga muntligt men personalen har för vana att hänvisa till chefen. Har inga skriftliga blanketter för klagomål. Verksamheten behöver säkerställa att synpunkter och klagomål hanteras i enlighet med rutin.

- **Boende och utrustning**

Medarbetare berättar att det är något fel på elsystemet vilket gör att brukares larm inte alltid fungerar. Brant ramp till gruppboenden som gör det tungt att köra rullstol upp och ner. Lägenheterna i gruppboenden ligger längs en korridor som ansluter till kök och gemensamhetsutrymme. Har behov av viss uppfräschning och anpassning till målgruppen. Bristerna i den fysiska miljön behöver åtgärdas omgående.
- **Rutin för uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten**

Enheten saknar en skriftlig rutin för hur uppföljning och utvärdering av verksamheten ska ske. Verksamheten saknar systematiska egenkontroller men följer upp verksamheten genom minnesanteckningar från APT, brukarkonferenser, medarbetarenkät och brukarundersökningar. Enheten behöver ta fram en rutin där det framgår hur uppföljning och utvärdering ska genomföras. Som stöd i arbetet kan exempelvis följande material komma till användning:  
<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/systematisk-uppfoljning/stod-for-systematisk-uppfoljning/>
- **Introduktionsutbildning av personal**

Rutin för introduktion och tillhörande checklista för introduktion behöver utvecklas. I rutinen ska det framgå vilka olika funktioner som har ansvar för de olika momenten i introduktionen, inom vilken tidsperiod introduktionen ska pågå och hur introduktionen ska följas upp. Önskvärt är också att introduktionschecklistan är utformad så att det går att boka av genomförda aktiviteter i introduktionsplanen. Verksamheten behöver också säkerställa att introduktionen omfattar utbildning inom funktionsnedsättningar, förflyttningsteknik, första hjälpen samt hjärt- och lungräddning.
- **Dokumentation av genomförda utbildningar i den medarbetares akt**

När medarbetare gått en utbildning som ger ett diplom/certifikat ska detta dokumenteras i den enskildes personalakt.
- **Rutin för att uppnå kontinuitet och ev. minimering av antal personal**

Verksamheten har ett befintligt arbetssätt, men saknar en skriftlig rutin för att fastställa och uppnå den enskildes behov av kontinuitet och eventuell minimering av antalet personal. En rutin som beskriver verksamhetens tillvägagångssätt behöver tas fram.
- **Rutin för introduktion av ny medarbetare för brukare**

Verksamheten behöver förtydliga hur nyanställd personal introduceras för brukare. Detta kan förslagsvis framgå i rutin/checklista för introduktion.
- **Rutin för beaktande av barnperspektiv**

Verksamheten saknar en rutin för hur barnperspektivet beaktas vid utförande av insatsen när så behövs.
- **Kulturkompetens och jämställdhet**

Verksamheten ska ha kompetens att arbeta med enskilda från andra kulturer. Varje enskild ska bemötas på lika villkor oavsett etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning, kön, könsöverskridande identitet och uttryck samt ålder. På Solhem gruppbostad bor och arbetar personer med flera olika nationaliteter.

Verksamheten behöver säkerställa att chefer och medarbetare har kompetens för att arbeta med, och uppmärksamma, dessa frågor. Det gäller särskilt att stärka arbetet med att genomföra jämställdhetsanalyser för att uppmärksamma och förebygga omotiverade skillnader mellan könen i utförandet av insatser.

➤ **Rutin för anhörigstöd**

Verksamheten har en rutin för hur samverkan sker med anhöriga samt ett anhörigombud men saknar en rutin för hur man uppmärksammar att anhöriga behöver stöd för egen del. Rutinen är dock inte implementerad.

➤ **Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

Verksamheten ska ha ett väl fungerande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens författningssamling och allmänna råd. Ledningssystemet ska användas för att kontinuerligt utveckla och långsiktigt säkra verksamhetens kvalitet och för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

*Processer och rutiner*

Verksamheten har framtagna rutiner som förvaras tillgängligt för personal. Rutinerna är dock framtagna nyligen vilket innebär att de inte är implementerade och kända hos medarbetarna. Verksamhetens processer är inte kartlagda, vilket är något som behöver åtgärdas.

*Samverkan*

Det finns en rutin för hur samverkan ska bedrivas med daglig verksamhet men det saknas en rutin för hur samverkan ska bedrivas med beställare.

*Risikanalys*

Verksamheten har inte genomfört risikanalys i enlighet med SOSFS 2011:9 och inget resultat för det senaste året finns att tillgå.

*Egenkontroll*

Verksamheten saknar systematiska egenkontroller i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

*Utredning av avvikelser*

Verksamheten behöver säkerställa hanteringen av avvikelser, synpunkter och klagomål.

*Rutin för återkoppling till beställare vid avvikelser*

Verksamheten har ett befintligt arbetssätt för att återkoppla till beställare vid avvikelser men det är inte tydliggjort i en skriftlig rutin.

#### *Kvalitetsberättelse*

En kvalitetsberättelse skrivs för att visa hur verksamheten har utvecklat och säkrat verksamhetens kvalitet under föregående år samt vilka åtgärder som har vidtagits och vilka resultat som uppnåtts. När Solhem gruppbostad har säkerställt ett ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 ska en kvalitetsberättelse upprättas i samband med verksamhetsberättelsen.

#### ➤ **Uppföljning av insatser**

Verksamheten ska säkerställa att dokumentationen av uppföljning av genomförandet av insatser utförs i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter om särskilda bestämmelser om dokumentation hos utföraren (6 kap. 4 § SOSFS 2014:5).

#### ➤ **Dokumentation och gallring**

Verksamheten behöver ta fram rutin för att bara behörig personal kan och får ta del av dokumentationen om den enskilde samt en rutin för att hantera eventuella felaktiga uppgifter i dokumentationen.

#### ➤ **Systematiskt brandskyddsarbete och brandprevention**

Verksamheten behöver säkerställa att rutin för brandprevention är framtagen, att organisationen för det systematiska brandskyddsarbetet är tydliggjord samt planera för genomförandet av regelbundna brandövningar i verksamheten.

#### **Brister ska vara åtgärdade senast**

Verksamheten behöver åtgärda brister avseende genomförandeplaner och arbetsbeskrivningar. Ska vara klart senast 2022-06-30. Övriga brister ska vara åtgärdade innan verksamhetsuppföljning 2023.

#### **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**  
**Från utföraren medverkade**  
**Datum för uppföljningen**

Moa Edin och Patric Stoor Karlberg  
Jesper Thorell  
2022-02-25

### **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?  
Byte av biträdande enhetschef i december 2021.  
Är dessa förändringar meddelade till socialförvaltningen?  
Är dessa förändringar meddelade till IVO?

- Ja
- Nej

### **Kommentar**

Nej, inga ändringar meddelade. Oklart vem som rapporterar förändringar, finns ingen rutin

### **Hitta service – 1.7.19**

Är uppgifter på hitta service uppdaterade och korrekta?

- Ja
- Nej

### **Kommentar**

Uppgifter på hitta service inte uppdaterade med information om ny biträdande chef. Bild på gruppboenden saknas.

## **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)  
Ej relevant
- Ansvarig enhetschef är godkänd av socialförvaltningen (om ej samma som på tillstånd)  
Ej relevant
- Ansvarig enhetschef är samma som anges på hitta service
- Enhetschef arbetar minst 30 % av heltidsarbetstid för verksamheten  
Ej relevant

### **Kommentar**

Då verksamheten bedrivs i egen regi är flera av frågorna ovan ej relevanta.

### **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**

Biträdande enhetschef har inte varit involverad i gruppbestäderna så länge, endast sedan december, men uppfattningen är att det inte har jobbats med genomförandeplaner på ett systematiskt sätt. Finns bara enstaka APT-protokoll och har inte hållits strukturerade APT-möten. Det finns gemensamma rutiner för gruppbestäderna.

<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	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>

#### **Kommentar**

Uppföljning på individnivå genomförs tillsammans med beställare, i brukarkonferenser och tillsammans med ssk Narges. Bristande uppföljning av genomförandeplan.

### **Personal - 1.6.7**

Antal anställda på enheten? Åtta fast anställda. Åtta timanställda.

Andel timanställda? 50 procent.

Minst 80% av personalen har adekvat utbildning (se uppdragsbeskrivning)

#### **Kommentar**

Finns vaken natt på gruppbestaden. Den enda gruppbestaden i stadsdelen som har vaken natt. Det beror på att det saknas ett personalutrymme med plats för säng i gruppbestaden.

Hög sjukfrånvaro i verksamheten, och det har varit så i flera år, inte bara pandemirelaterat.

Hundra procent har undersköterskeutbildning. Har inte information om samtliga timanställda men några studerar. Svårt att rekrytera timanställda med undersköterskeutbildning.

### **Introduktionsutbildning av personal**

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

#### **Kommentar**

Delvis. Framgår att information ska lämnas av ansvarig chef gällande första hjälpen samt ergonomi och användande av arbetstekniska hjälpmedel. Introduktionen inkluderar inte utbildning i funktionsnedsättningar men det är ett krav vid anställning.

### **Kompetensutvecklingsplan – 1.6.9**

Plan finns för kontinuerlig kompetensutveckling av personal

Extern handledning finns

#### **Kommentar**

Så vitt biträdande enhetschef vet finns det inga individuella kompetensutvecklingsplaner för medarbetarna.

Extern handledning finns med inriktning tydliggörande pedagogik och lågaffektivt bemötande. Har funnits behov med anledning av en boende med stora behov. Metodutvecklare inom daglig verksamhet har deltagit i handledningstillfällena.

Personalakter förvaras på Stormbyvägen. Oklart om det är kopior eller original i personalakterna. Bristfällig dokumentation om personal. Finns i princip ingenting på timanställda.

### **Övrigt om kompetensutveckling**

- Kan man se i APT-protokoll att omvärldsbevakning sker?
- Hur arbetar enheten med att säkerställa kompetens hos visstids- och timanställda och hur tar dessa medarbetare del av information och kompetensutveckling?
- Genomförda utbildningar det senaste året?
- Dokumentation av genomgångna utbildningar i personalakt?

### **Kommentar**

Merparten av APT-protokoll saknas. I pärm på gruppboenden finns ett protokoll från 2019, tre protokoll från 2018. Under 2022 finns ett protokoll.

I mapp ÄOF:s samverkansprotokoll finns följande:

2021 – inga protokoll

2020 - ett i augusti och ett i september

2019 – tre protokoll (oktober, september, januari)

2018 – inga protokoll

Vissa timanställda studerar, i övrigt läggs inga resurser på timanställda vad gäller kompetensutveckling.

Genomföra utbildningar: det pedagogiska ramverket. Har troligtvis inte genomgått utbildning via Carpe under pandemin.

Genomförda utbildningar dokumenteras inte löpande i personalakt.

### **Språk**

- Kan personalen svenska i tal och skrift och har grundläggande datavana/IT-kunskaper?
- Antal medarbetare som har kompetens i något av de nationella minoritetsspråken; jiddisch, romani chib, samiska, finska och meänkieli

### **Kommentar**

Personalen har tillräckligt god kompetens i tal och skrift. Personalen klarar av de IT-system som de behöver klara av, har tillräckligt god kunskap.

Inga medarbetare med kompetens i de nationella minoritetsspråken.

Vilka språk finns representerade i verksamheten?

Inga

### **Medarbetarundersökning**

Hur arbetar enheten med resultatet av medarbetarundersökningen? Informerar chef om resultatet inom ramen för APT och upprättas handlingsplaner vid behov?

### Kommentar

Har inte funnits ett systematiskt arbetssätt för att arbeta med arbetsmiljön utifrån det som framkommit i medarbetarundersökningen. Planen är att ta fram fokusområden för arbetsmiljön utifrån det kommande resultatet och jobba med dem under året.

<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) Sker i samband med anställning och skrivs under innan anställningsavtal undertecknas.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemanning och vikarieanskaffning (även 1.6.8) Gemensam rutin för gruppbestäderna. En medarbetare har särskilt ansvar för att bemanna verksamheten utifrån känd frånvaro.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att uppnå kontinuitet och ev. minimering av antal personal. Finns ingen rutin men det är inte så många timvikarier så kontinuiteten uppnås på det sättet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Hur ny enskild presenteras för personalen	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ny personal presenteras för brukarna – det sker i samband med introduktion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Att barnperspektivet, vid behov, beaktas vid utförande av insatsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

### Kommentar

## **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

Normalt sett finns flera aktiviteter för brukarna, har dock varit färre aktiviteter under pandemin. Finns inget aktivt brukarråd utan arbetar utifrån individens önskemål och behov. Har inte arbetat tillräckligt med delaktighet utifrån genomförandeplanerna. Arbetet med genomförandeplanerna har varit bristfälligt på gruppbestaden. Finns mappar för brukare där det framgår exempelvis hur planeringen kring mat eller aktiviteter ser ut. Alla brukare ska ha en plan, oklart om det finns upprättat för samtliga brukare.

<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"/>

**Kommentar** Finns rutin för brukares delaktighet och inflytande. Har inte kännedom om program för tillgänglighet och delaktighet.

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

Vilka metoder och arbetssätt används i verksamheten?

Man arbetar lågaffektivt i verksamheten och med tydliggörande pedagogik. Behöver fyllas på med kompetens. Bildstöd. Har kunskap och förståelse.

Har personalen aktuell kunskap om de metoder som används?

Personalen har fått kunskap om lågaffektivt bemötande via handledning. Vet inte om det finns formell kompetens i form av utbildning hos medarbetare. Chef har utbildning i metoden.

Hur kommunicerar personalen med de enskilda brukarna som har behov av anpassat kommunikationsstöd?

#### **Kommentar**

Personalen arbetar med pictogram och anpassar kommunikationen till brukare. Vissa har eget språk som personalen lär sig.

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**

Många medarbetare har egna erfarenheter av etnicitet och religion – finns hög medvetenhet om det. Medarbetare har inte deltagit i HBTQ-diplomeringen. Finns inget aktivt arbete i det dagliga.

Hur uppmärksammar och förebygger verksamheten omotiverade skillnader mellan könen i utförandet av insatser? Hur hålls frågan om diskriminering, jämlikhet och jämställdhet levande inom personalgruppen?

#### **Kommentar**

Två kvinnor bor på gruppboenden, resterande män. Inget som diskuteras men det finns inte heller ett stort behov av att prata om frågorna. Inte så mycket gemensamma aktiviteter etc. Gemensamma aktiviteter på fredagar, antingen gemensamt fredagsmys eller aktivitet på Fryshuset.

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

#### **Kommentar**

Motiverar den enskilde till att göra mer hälsosamma val, tar promenader etc.

### **Aktiviteter**

- Genomför verksamheten regelbundet kulturella och sociala och för brukarna?
- Görs brukare delaktiga i att ta fram förslag på aktiviteter?

**Kommentar**

Fredagsaktiviteter, antingen gemensamt fredagsmys eller aktiviteter på Fryshuset. Löpande individuella aktiviteter.

**Kost (enl uppdragsbeskrivningar)**

Hur ser ni till att ta tillvara den enskildes individuella önskemål utifrån hälso-, etniska och religiösa skäl? Hur gör ni brukarna delaktiga i planering och tillagning av måltider?

**Kommentar**

Utifrån den enskildes önskemål, delaktig i inköp av livsmedel. Både brukare och personal har mångkulturell bakgrund vilket gör att hänsyn till etniska och religiösa perspektiv tas per automatik.

**Tillgång till digital teknik – 1.7.3**

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

**Kommentar**

Kan logga in sig på gruppbestadens gästnätverk. De boende har egna mobiler men det förekommer inte så mycket datorer eller paddor. De boende är i yngre medelåldern. Om det finns behov av stöd kring användandet av digital teknik kan gruppbestaden svara upp mot det. Är något som skulle kunna utvecklas.

- Finns ett läsombud i verksamheten?
- Finns gemensamma tidskrifter och böcker i digital och analog form tillgängligt för brukarna?

**Kommentar**

Inget läsombud, inga gemensamma tidskrifter eller böcker. Besöker bibliotek och den enskilde väljer själv vad den vill läsa.

<b><u>Rutiner – 1.7.8</u></b>	<b>Finns</b>	<b>Finns delvis</b>	<b>Saknas</b>
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) Kommentar: Stickprov i en brukarpärm visar att individuella riskanalyser är upprättade men att de är gamla (2012 och 2014) och behöver uppdateras.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dödsfall	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orosanmälan 14 kap. 1§ SoL	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Att kontakta hälso-och sjukvården, inklusive rehabiliteringen och habiliteringen utifrån den enskildes behov (även 1.7.2) <b>Kommentar:</b> Finns lokal rutin för informationsöverföring till sjukvården men ingen rutin för kontakt med habilitering.	X	<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"/>
Basala hygienrutiner och lokala hygienombud <b>Kommentar:</b> Rutin för hygien och lokalt hygienombud finns	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rutin för kommunicering av information till nyinflyttad om dess rättigheter, verksamhetens mål, hälso- och sjukvård samt stödperson med mera <b>Kommentar:</b> Finns rutin för inflyttning som beskriver hur det fungerar på gruppboenden, vilka regler som gäller och info om HSL. Dock inte verksamhetens mål och det är oklart vad som avses med "rättigheter"	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Enskilda medel	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rutin vid anvisning av lägenhet <b>Kommentar:</b> Rutin vid inflyttning där det framgår besök innan brukare tackar ja till lgh	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rutin för kartläggning och åtgärder vid beteendeförändringar hos de enskilda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

**Kommentar**

Har orosanmälan gjorts senaste tolv månaderna?

- Ja  
 Nej

Antal orosanmälan som gjorts senaste tolv månaderna: 0

**Kommentar**

<b><u>Anhörigstöd – 1.7.12</u></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"/>
Rutin finns för hur man uppmärksammar att anhöriga behöver stöd för egen del.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

**Kommentar**

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

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

- Verksamhetens kvalitetsledningssystem är känt av medarbetare och tillgängligt för samtliga.
- Det är tydligt vem som ansvarar för uppdateringar i ledningssystemet.

**Kommentar**

Gemensamma uppdateringar av rutinerna i enhetens ledningsgrupp (BmSS). Oklart om medarbetare har tillgång till rutinerna digitalt, utöver rutinpärm.

<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. <b>Kommentar:</b> Rutiner/aktiviteter finns men processerna är inte klarlagda.	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>

**Kommentar**

<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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Rutiner för hur samverkan med andra verksamheter/intressenter ska ske (externt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

**Kommentar**

Finns ett etablerat arbetssätt att samverkan med beställarenheten sker genom biträdande chef. Medarbetare har oftast ingen direkt kontakt. Samverkan med DV sker i det dagliga. Biträdande enhetschef hanterar samverkansfrågor kring den enskildes stödbehov.

<b>Riskanalys 5 kap. 1§</b>	<b>Ja</b>	<b>Delvis</b>	<b>Nej</b>

Verksamheten genomför riskanalys fortlöpande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Resultat av riskanalys finns att ta del av för senaste året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

**Kommentar**

Riskanalys genomförs årligen genom VoR men inte genom SOSFS:en.

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

**Kommentar**

Har inte genomförts systematiska egenkontroller men den sociala dokumentationen följs löpande. Finns planer på att införa mer systematiska uppföljningar.

<b>Utredning av avvikelser 5 kap. 3§ och 6§</b>	<b>Ja</b>	<b>Delvis</b>	<b>Nej</b>
Verksamheten tar emot och utreder avvikelser, klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet (även 1.6.11) <b>Kommentar:</b> Rutin för avvikelser och synpunkter och klagomål finns men det är oklart hur det har hanterats tidigare.	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Avvikelser, klagomål, synpunkter och rapporter sammanställs och analyseras för att ge indikation på kvalitetsbrister i verksamheten. <b>Kommentar:</b> Allt formuleras inte skriftligt vilket gör att det blir svårt att följa upp systematiskt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

**Kommentar**

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

**Kommentar**

Biträdande enhetschef kommunicerar med beställare vid avvikelser/förändrade behov hos den enskilde.

Har verksamheten tagit emot avvikelser, klagomål eller synpunkter de senaste tolv månaderna?

- Ja  
 Nej

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

### Kommentar

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

### Kommentar

#### Verksamheten har

- Rapporterat 0 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>	Ja	Delvis	Nej
Verksamheten säkerställer att personal arbetar i enlighet med processer och rutiner i ledningssystem Kommentar: Svårt att svara på hur det har gjorts tidigare.	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Personalen har genomgått lex Sarahutbildning under det senaste året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

### Kommentar

<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
Kvalitetsberättelse är upprättad senast 1 april (1.6.11)	<input type="checkbox"/>		X

**Kommentar**

**Brukarundersökningar**

- Ett resultat på enhetsnivå finns i den senast genomförda brukarundersökningen
- Enheten har analyserat resultatet i den senast genomförda brukarundersökningen
- Enheten har genomfört en jämställdhetsanalys utifrån det könsuppdelade resultatet i den senast genomförda brukarundersökningen.

**Kommentar:**

Finns inte ett resultat för Järinge  
Känner inte till att det har funnits något särskilt arbete

**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
- Verksamheten har en rutin för upprättande, uppföljning och revidering av genomförandeplan

**Kommentar**

Två genomförandeplaner saknas.  
Stickprov – två av fyra gfp är inte upprättade inom 15 dagar.  
Tveksamt om samtliga gfp följs upp 2 ggr per år. Behöver kollas upp.  
Finns en rutin för uppföljning och revidering av gfp.

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

**Kommentar**

Det framgår på ett tydligt sätt vem som ansvarar för hur det ska göras. Enhetschef tar emot samtliga beställningar.

**Uppföljning av insatser**

Har verksamheten kännedom om hur dokumentation av uppföljning av genomförandet av insatserna ska utföras enligt 6 kap. 4 § SOSF 2014:5?

- Ja
- Nej

<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	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>

**Kommentar**

Följer upp dokumentation, deltar i uppföljning av insatser med beställare, uppföljning av gfp.

**Dokumentation och gallring – 1.7.15**

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

- Ja
- Nej

**Kommentar**

Förvaras i personalutrymme i en hylla. Inte i brandsäkert skåp.

<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Rutin finns för att hantera eventuella felaktiga uppgifter i dokumentationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

**Kommentar**

Personalutrymme där pappersakt förvaras ska vara låst när personal inte är där. Rutin finns dock inte. Tillgång till digital journal kräver behörighet.

Löpande dokumentation förs (journalanteckningar)

- Ja
- Nej

**Kommentar:**

Kan behöva utveckla dokumentationen. Det sker löpande men kan utvecklas i fråga om relevans och frekvens hos brukare med särskilt behov av stöd.

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

#### **Kommentar**

Biträdande enhetschef kontrollerar löpande antal och innehåll.

<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"/>

#### **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**

Gemensamhetsutrymmet är underdimensionerat. Saknas personalutrymme med säng för att kunna ha sovande jour. Finns uteplats och i övrigt helt ok.

<b><u>Rutiner – 1.7.8</u></b>	<b>Finns</b>	<b>Finns delvis</b>	<b>Saknas</b>
Rutin för brandprevention	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Finns det organisation i verksamheten för det systematiska brandskyddsarbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Genomförs regelbundna brandövningar i verksamheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

#### **Kommentar**

Saknas organisation för det systematiska brandskyddsarbetet. Finns ingen utsedd ansvarig som framgår i SBA-pärm. Brandskyddsansvarig har utsetts (Jasmine). Finns en brandskyddsplan från 2018.

Har haft brandövningar men det var några år sedan den senaste genomfördes.

### **Miljöarbete**

Verksamheten har kännedom om stadens mål för andel inköpta ekologiska livsmedel och arbetar för att nå målet

Källsortering finns på enheten med särskild fraktion för matavfall

Brukare görs delaktiga i miljöarbetet

Verksamheten arbetar för att minska användningen av plast och engångsprodukter

Verksamheten arbetar för att främja andelen klimatsmarta transporter

Verksamheten är ansluten till Chemsoft och har en utsedd kontaktperson för systemet

**Kommentar**

Verksamheten har kännedom om målet på 65 %. Köper in väldigt lite livsmedel, men man vet om att det man köper in ska vara ekologiska livsmedel.

Finns inga kärl för källsortering. Samlar avfall i ett förråd och går till återvinningen. Miljöombud på gruppbestaden ansvarar. Sortering för matavfall finns inte, beror på fastighetsägaren. Finns problem med råttor i området, förvaring av avfall kan därför inte förvaras utomhus.

En av brukarna är delaktiga i att ta hand om källsortering.

Inga engångsprodukter i verksamheten.

Inga transportmedel i verksamheten.

Utsedd kontaktperson till Chemsoft finns.