

Uppföljning bostad med särskild service för vuxna LSS

Enhetens namn

Stranninge gruppbofastad

Enhetens adress

Elinsborgsbacken 9, 163 64 Spånga

Företag

Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning

Ansvarig chef

Enhetschef Hamid Radnahad, biträdande enhetschef Shideh Homaze Shandiz

Telefon

08-50803510

E-post

Sammanfattande bedömning

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

Stranninge gruppbofastad har goda förutsättningar att bedriva en trygg och säker verksamhet med brukarna i fokus. Samtliga brukare har aktuella genomförandeplaner och detaljerade arbetsbeskrivningar. Verksamheten arbetar aktivt med att kompetensutveckla personalen och gör också utbildningsmaterial tillgängligt för timanställda medarbetare. Sju av nio tillsvidareanställda medarbetare har adekvat utbildning. En av de två som ej har utbildning studerar till att bli undersköterska. Merparten av de brister som har identifierats i verksamhetsuppföljningen innebär mindre justeringar eller tillägg till de befintliga rutinerna. Dock har verksamheten ett stort arbete framför sig med att skapa ett fungerande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Följande brister finns som kräver åtgärd

- Uppgifter på Hitta service

Uppdatera information på [start.stockholm/hitta service](http://start.stockholm/hitta-service) med bilder på gruppbofastäderna.

- 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 bocka av genomförda aktiviteter i introduktionsplanen. Verksamheten behöver också säkerställa att introduktionen omfattar utbildning inom funktionsnedsättningar, förflyttningsteknik, första hjälpen samt hjärt- och lunggräddning.

➤ Dokumentation av genomförda utbildningar i den medarbetares akt
Medarbetare på Flysta har gått många utbildningar under 2021. 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.

➤ Rutin för delaktighet
Har bra arbetssätt för brukares delaktighet och inflytande men behöver använda program för tillgänglighet och delaktighet på ett mer aktivt sätt i planering och genomförande av verksamhet.

➤ 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 Flysta gruppbostad bor och arbetar personer med flera olika nationaliteter. Verksamheten uppger att man möter varje individ utifrån dess intressen, identitet och önskemål men att man inte arbetar aktivt med frågor om diskriminering annat än att de försöker hålla frågan öppen för diskussion. 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.

➤ 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 kända av personal och de går igenom på APT och planeringsdagar. 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 riskanalys 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. En kontroll visar att inga synpunkter och klagomål har diarieförts under perioden 2020-01-01 till och med 2022-03-01.

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 Flysta gruppbostad har säkerställt ett ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 ska en kvalitetberättelse upprättas i samband med verksamhetsberättelsen.

➤ Brukarundersökning

När verksamheten går igenom resultatet av brukarundersökningarna behöver det analyseras utifrån ett jämställdhetsperspektiv för att synliggöra möjliga omotiverade skillnader mellan könen i utförandet av insatser.

➤ 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

Vid nästa uppföljningstillfälle 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

Patric Stoor Karlberg och Moa Edin
Shideh Homae Shandiz
2022-03-07

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?

Är dessa förändringar meddelade till IVO?

- Ja
- Nej

Kommentar

Sex år sedan senaste ändringen. Enhetschefs ansvar att meddela till socialförvaltningen och IVO.

Hitta service – 1.7.19

Är uppgifter på hitta service uppdaterade och korrekta?

- Ja
- Nej

Kommentar

Bild inte uppdaterad på hitta service.

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

Arbete behöver göras gemensamt mellan gruppbestäderna. Behöver t ex gå igenom rutiner och se över systematiken i arbetet. Det finns en vilja och engagemang kring det systematiska kvalitets- och förändringsarbetet.

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

Kommentar

Uppföljning inom ramen för APT och brukarkonferens. Uppföljning med LSS-ssk varannan vecka. Uppföljning av brukarundersökning tillsammans med brukare. Arbetsbeskrivning för alla brukare, uppdateras minst en gång per år.

Personal - 1.6.7

Antal anställda på enheten? 9, varav 3 nattpersonal och 6 dagpersonal. 6 timanställda, som även är anställda på andra enheter. Vissa av dem arbetar väldigt sällan.

Andel timanställda? 6 personer (66 %).

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

Kommentar

Två av de fast anställda har inte adekvat utbildning. En av dem har påbörjat usk-utbildning men inte gått klart den.

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. Instruktion ges till medarbetare kring arbetstekniska hjälpmedel från arbetsterapeut/sjukgymnast när ett nytt hjälpmedel ska användas hos brukare. Meddelar personal att alla ska ta del av information. Begär läskvitto för att säkerställa att alla personal tar del av skriftlig information via mejl.

Checklista för introduktion behöver uppdateras så att det framgår tydligt vilken information den nyanställde har tagit del av.

Kompetensutvecklingsplan – 1.6.9

Plan finns för kontinuerlig kompetensutveckling av personal

Extern handledning finns

Kommentar: Plan för kompetensutveckling görs i samband med medarbetarsamtal. Medarbetare har möjlighet att anmäla intresse till Carpe-utbildningar, anmälan till Carpe sitter på anslagstavla i personalrum. Finns behov av språksatsningar för medarbetare. Medarbetare som har gått på utbildningar skriver sammanfattningar av utbildningarna och delar med sig på APT.

Handledning finns inte, har inte haft behov av det på just denna gruppbostad.

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

Arbetar med omvärldsbevakning, finns exempelvis en pärm som samlar information från utbildningar. Bjuder in olika funktioner till APT (Marita - demenskoordinator, Susan – kostekonom).

APT-protokoll 2021:

Jan

Feb

Mars

Juni

Okt

Dec

Protokoll för tidigare års APT finns samlade i pärm.

Läskvitton för information, kan ta del av och läsa informationen i utbildningspärm. De timanställda som arbetar mycket är med i möten i mån av tid. Timanställda har deltagit i HLR-utbildning.

Utbildningar under 2021:

Autism och NFP – nästan alla har gått.

Psykisk ohälsa och intellektuell funktionsnedsättning

Smärta vid intellektuell funktionsnedsättning

Obligatoriska utbildningar om informationssäkerhet

Basala hygienrutiner

Lex Sarah

Undersköterskeutbildning (1 medarbetare)

Autism fördjupad nivå

Hot och våld

Självskaðebeteende inom socialpsykiatri

AKK – nästan alla medarbetare har gått.

Social dokumentation via metodutvecklare Catta.

Utmanande beteende

HLR och brand, tidigare år.

De utbildningar som ger diplom dokumenteras i personalakt. Personalakter ska gås igenom.

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

Alla medarbetare kan svenska i tal men några brister i skrift. Finns personer på enheten som medarbetare kan ta hjälp av för att formulera exempelvis arbetsbeskrivningar. De flesta medarbetare kan använda de IT-system som finns. Finns ett par som är särskilt duktiga som kan ge stöd till kollegor. Har tidigare haft systematisk uppföljning av den sociala dokumentationen, har tappats lite men ska ta upp det igen.

Ev en medarbetare som pratar finska.

Vilka språk finns representerade i verksamheten?

Kommentar

Spanska, urdu, tigrinja, sorani/kurdiska, arabiska, svenska, kanske finska (?).

Medarbetarundersökning

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

Kommentar

Medarbetare arbetar med åtgärdsplan utifrån resultatet av medarbetarenkät. Finns en handlingsplan från juni 2021. Verksamheten uppger att det är viktigt att medarbetarnas egna ord kommer fram i handlingsplanen. Handlingsplan upprättas med åtgärder.

<u>Rutiner – 1.7.8</u>	Finns	Finns delvis	Saknas
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)	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att uppnå kontinuitet och ev. minimering av antal personal Kommentar: har ingen skriftlig rutin men har ett arbetssätt för att uppnå kontinuitet. Timmisar arbetar på två gruppbestäder t ex.	<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 Kommentar: 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

Diskussioner på brukarkonferenser om hur brukare kan bibehålla sina förmågor, arbetsterapeut och sjukgymnast deltar ofta. Upplever sig vara duktiga på att inte ta över, de ger istället stöd för att tillvarata förmågor.

Gemensamma middagar och fikastunder på gruppboenden. De flesta brukare på gruppboenden har inte så många sociala kontakter. Utomhusaktiviteter genomförs samt dagsutflykter. Grillar på gruppboendens altan under sommaren.

Brukarmöten genomförs varje torsdag där brukare ges möjlighet till inflytande över aktiviteter, mat och andra frågor som brukare själva vill lyfta. Brukare och personal bakar inför mötena.

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

Kommentar: Arbetar även med genomförandeplan där brukare och/eller är delaktiga.

Har haft program för tillgänglighet och delaktighet och gått igenom det men inte gjort det på länge.

Verksamheten och dess innehåll – 1.7.2

Vilka metoder och arbetssätt används i verksamheten?

Har personalen aktuell kunskap om de metoder som används?

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

Kommentar

AKK, bildstöd, lågaffektivt bemötande, tydliggörande pedagogik tex vem som arbetar varje dag och vem man kan vända sig till i olika frågor. Framgår i brukares arbetsbeskrivningar och riskanalyser vilka metoder som ska användas i arbetet med de olika personerna.

Personalen har aktuell kunskap om alla arbetssätt/metoder.

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

Löpande diskussioner inom personalgruppen, läser ibland i Stockholm för alla som utgångspunkt för diskussion. Finns öppenhet hos medarbetare och arbetar med individanpassade lösningar. Bra resultat på medarbetar- och brukarundersökningen gällande frågor om diskriminering.

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

Könsperspektivet finns inte levande i det dagliga arbetet, istället ser man till individen. Försöker hålla balansen mellan manlig och kvinnlig personal för att tillgodose behoven hos brukarna av att kunna välja vem som utför insatserna. Svårt att ha ett riktigt jämställdhetsperspektiv och bli medveten om hur man gör skillnad på kvinnor och män.

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

Kommentar

För brukare – matlagning på gruppbestaden, lagar mat från grunden. Utevistelse och promenader i den mån de vill. Vissa brukare går ut på egen hand. Har haft kostekonom på besök på APT – ska komma tillbaka under våren och laga mat med personalen för att ge tips och råd om näringsrik mat. Följer tallriksmodellen och har fokus på bra och vällagad mat med fokus på mycket grönt och frukt. Den gemensamma matlagningen ger möjlighet att göra bra val. Brukare är delaktiga i matlagningen varje vecka.

Aktiviteter

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

Kommentar

Förslag på aktiviteter tas upp på brukarrådet. Förslag på aktiviteter utifrån aktivitetsprogram kommer också från aktivitetsledare.

Gemensamma måltider, fika erbjuds på gruppbestaden för de som vill delta.

Dans och konsert på Fryshuset varannan fredag.

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

Brukarmöte och egentid med stödperson. Brukare ger förslag på vad som ska ätas under de gemensamma måltiderna. De deltar i både planering och tillagning. Den som har valt maten hjälper till att tillreda maten.

Tillgång till digital teknik – 1.7.3

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

Kommentar

Finns öppet wifi i gemensamma utrymmena, inte lika bra uppkoppling i lägenheterna. Brukarna har inte så stor vana av att använda digitala hjälpmedel. Brukare som är mer intresserade har ett eget abonnemang. Det finns Ipads som brukare kan använda. Medarbetare har fått kompetensutveckling genom utbildningen Digt och de har kompetens att möta behoven hos brukarna.

Finns ett läsombud i verksamheten?

Finns gemensamma tidskrifter och böcker i digital och analog form tillgängligt för brukarna?

Kommentar

Inget läsombud eller gemensamma tidskrifter och böcker.

<u>Rutiner – 1.7.8</u>	Finns	Finns delvis	Saknas
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"/>
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) Kommentar: 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	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rutin för kommunikering av information till nyinflyttad om dess rättigheter, verksamhetens mål, hälso- och sjukvård samt stödperson med mera Kommentar: 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"	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enskilda medel	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar: Ekonomiska avtal med god man finns i boendepärm. Försöker att vara så lite involverade som möjligt i pengar. På Stranninge ska de boende ha bankkort, helst inte kontanter.			
Rutin vid anvisning av lägenhet	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

<u>Anhörigstöd – 1.7.12</u>	Finns	Finns delvis	Saknas
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

Personal känner till rutinerna och var de förvaras, finns i rutinpärm. Gås igenom på APT och planeringsdagar. Enhetschef borde vara den som ansvarar för att uppdateringar genomförs.

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

Kommentar

Samverkan 4 kap. 5§ (även 1.7.21)	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten (internt) Kommentar: finns ingen rutin för exempelvis samverkan med beställare men däremot lokal rutin för samverkan med DV	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Rutiner för hur samverkan med andra verksamheter/intressenter ska ske (externt) Kommentar: Finns rutiner för samverkan med psykiatrin.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar

Risakanalys 5 kap. 1§	Ja	Delvis	Nej
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

Egenkontroll 5 kap. 2§	Ja	Delvis	Nej
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

Det genomförs flera kontroller på enheten, exempelvis kontrolleras den sociala dokumentationen i Parasol en eller två gånger per vecka. Följer upp genomförandeplaner och arbetsbeskrivningar men kontrollerna dokumenteras inte.

Utredning av avvikelser 5 kap. 3§ och 6§	Ja	Delvis	Nej
Verksamheten tar emot och utreder avvikelser, klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet (även 1.6.11) Kommentar: Finns tydliga rutiner och anhöriga informeras löpande men det kommer inte in så många klagomål och synpunkter. Stående punkt på APT att fånga upp avvikelser. Behöver stärka arbetet med avvikelser.	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Avvikelser, klagomål, synpunkter och rapporter sammanställs och analyseras för att ge indikation på kvalitetsbrister i verksamheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

Kommentar

Arbetar mycket med ständiga förbättringar och åtgärder men det sammanställs, analyseras och dokumenteras inte.

<u>Rutiner – 1.7.8</u>	Finns	Finns delvis	Saknas
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 mejlar beställare vid avvikelse, finns ingen skriftlig rutin men ett tydligt arbetssätt.

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:

0

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: 0

Antal gånger verksamheten har anmält Lex Sarah de senaste tolv månaderna: 0

Kommentar

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet 6 kap. 1§ och 3§	Ja	Delvis	Nej
Verksamheten säkerställer att personal arbetar i enlighet med processer och rutiner i ledningssystem	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalen har genomgått lex Sarahutbildning under det senaste året	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar

Går igenom rutiner på APT och planeringsdagar. När ny rutin har skapats signerar medarbetare att de läst och tagit del av rutinen. Det är tydliggjort för medarbetare ska medverka i kvalitetsarbetet genom att signalera när en rutin inte fungerar etc. Medarbetare duktiga på att anmäla i IA.

Dokumentationsskyldighet 7 kap. 1§	Ja	Delvis	Nej
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"/>	<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: Går igenom resultatet tillsammans med brukare. Gör inte jämställdhetsanalyser utifrån resultatet.

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

Samtliga gfp är inte upprättade inom 15 dagar. Biträdande chef meddelar beställare om gfp blir försenade, ger påminnelser till stödpersoner. Gäller särskilt när man behöver invänta god mans godkännande. Följer upp gfp årligen och revideras vid behov. Förändringar i arbetsbeskrivningar leder till reviderad gfp om förändringarna är stora. De brukare som själva kan vara delaktiga är med i upprättandet. God man/företrädare informeras för godkännande. Finns en rutin för uppföljning och revidering, rutin för upprättande är nyligen framtagen.

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

Kommentar

Gfp följer beställning. Arbetsbeskrivning är mer detaljerad avseende hur och när saker ska göras.

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

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

Kommentar

Genomgång av social dokumentation varje vecka. Uppföljning av gfp, deltar i uppföljning tillsammans med beställare. Brukarråd dokumenteras. Brukarkonferenserna dokumenteras.

Dokumentation och gallring – 1.7.15

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

- Ja
 Nej

Kommentar

Förvaras i låsbart brandsäkert skåp i gruppbestaden. Sociala dokumentationen i Parasol.

<u>Dokumentation och gallring – 1.7.15</u>	Finns	Finns delvis	Saknas
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

Finns inte en skriftlig rutin för hantering av felaktiga uppgifter i dokumentationen. Finns ett arbetssätt där biträdande enhetschef begär borttagning av felaktig uppgift via blankett i Parasol.

Löpande dokumentation förs (journalanteckningar)

- Ja
 Nej

Kommentar:

Social dokumentation genomförs dagligen. Information överlämnas vid varje arbetspass.

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

Kommentar

Biträdande enhetschef går igenom den sociala dokumentationen varje vecka. Uppmärksammar dels vad som dokumenteras, dels hur. Återkopplar till medarbetare om justeringar behövs.

<u>Rutiner – 1.7.8</u>	Finns	Finns delvis	Saknas

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

Behov av uppfräschning av gruppbestaden men det är ändamålsenligt planerat för målgruppen.

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

Kommentar

Brandskyddsansvarig finns utsedd som gör årlig kontroll. Fastighetsägaren gör också årliga kontroller. Brandövning genomfördes 3 eller 4 år sedan. Behöver tydlig gränsdragning mellan olika funktioner som är involverade i brandskyddsfrågor. Finns tre brukare som röker i gruppbestaden vilket ökar risken för brand.

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

Har bra måluppfyllnad i inköp av ekologiska livsmedel ca 70-80 procent.
Källsortering finns men ingen möjlighet att sortera matavfall pga stora rättproblem i området.
Vissa brukare deltar i miljöarbetet.
Använder inga engångsprodukter. Försöker använda tygförkläden vid duschning.
Plastförbrukningen har minskat i verksamheten.

Har inga färdmedel i gruppboenden.
Har utsedd kontaktperson till Chemsoft.