

05

Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd
2015-09-24

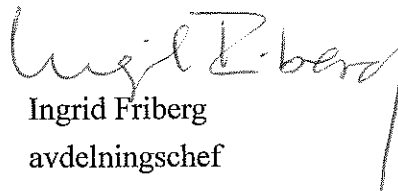
Uppföljning av LSS verksamhet – Aktivera Skurugården

Förvaltningens förslag till beslut

Stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens redovisning av uppföljningen och lägger den till handlingarna.



Ulla Thorslund
stadsdelsdirektör



Ingrid Friberg
avdelningschef

Sammanfattning

Förvaltningen har följt upp Skurugårdens korttidshem som drivs av Aktivera. Utföraren bedriver till största del verksamhet i enlighet med gällande avtal, men det finns behov av viss utveckling. Dokumentation och genomförandeplaner kan utvecklas och bli bättre. Verksamheten har lämnat in en åtgärdsplan. Förvaltningen bedömer att planen är tillräcklig för att säkerställa att verksamheten arbetar enligt gällande avtal.

Bilaga

1. Mall för uppföljning
2. Åtgärdsplan

Ärendets beredning

Avdelningen för äldre och funktionsnedsatta har skrivit detta ärende.

Ärendet

Staden följer kontinuerligt upp de företag som ingår i Stockholms stads kundval för boendestöd, avlösar- och ledsagarservice samt LSS-verksamhet. Besöket görs av uppföljare från stadsdelsförvaltningen eller från socialförvaltningen. Stockholms stads uppföljningsmodell bygger på att verksamheten följs upp utifrån en stadsgemensam mall. Syftet med uppföljningen är att få kunskap om vilka styrkor, svagheter och angelägna förbättringsområden som finns i allmänhet inom verksamheten och för det enskilda företaget. Uppföljningsbesöket fungerar som en avtalsuppföljning.

Förvaltningen har följt upp verksamheten med platsbesök där förvaltningens representanter har fått information via intervju med verksamhetsansvarig, granskning av rutiner och dokumentation samt observationer i verksamhetens lokaler.

Staden har ramavtal med Aktivera Skurugården. Stadsdelen utför uppföljningen på uppdrag av Socialnämnden. Detta ärende är således enbart för kännedom. Socialnämnden ansvarar för avtalet.

Skurugården vänder sig till barn och ungdomar som har högfungerande autism. Skurugårdens korttidshem drivs av Aktivera och ligger i Ektorps centrum i Nacka. Skurugården har 20 brukare varav 15 kommer från Stockholms stad. Uppföljningen gjordes den 25 maj 2015. Utföraren bedriver till största del verksamhet i enlighet med gällande avtal, men det finns behov av viss utveckling. Skurugården saknade vid uppföljningsbesöket utrymningstavla och i personalens pärm saknades rutin för barns skydd. Utrymningstavla är nu på plats och rutinen är insatt i pärmen. Skurugården kommer till hösten att utbilda all personal inom kost och livsmedelshantering vilket de inte hade gjort tidigare. Skurugården har inga brukare från stadsdelen så dokumentation har följts upp med frågor kring rutiner för dokumentation. Enligt det som framkommit kring dokumentation och genomförandeplaner så kan det utvecklas och bli bättre. Genomförandeplanerna kan bli tydligare och dokumentationen kan göras mer regelbundet. Skurugården har lämnat in en åtgärdsplan över hur de ska utveckla arbetet med dokumentation och genomförandeplaner. Förvaltningen bedömer att planen är tillräcklig för att säkerställa att verksamheten arbetar enligt gällande avtal.

Förvaltningens synpunkter och förslag

Förvaltningen föreslår att stadsdelsnämnden godkänner förvaltningens redovisning av uppföljningen och lägger den till handlingarna.



**Stockholms
stad**

Upphandlande nämnd: Socialnämnden

Enhetens namn: Skurugården

Följs upp av: Hässelby-Vällingby

Enhetens adress:

Ektorpsvägen 4, Nacka

Företag:

Aktivera Skurugården

Hemsida:

aktiverakorttidshem.se

Föreståndare:

Britta Stugemo

Telefon:

070-779 62 05

E-post:

info@aktiverakorttidshem.se

Insats:

- ☒ Korttidsvistelse enligt 9 § 6
- ☐ Boende för barn och ungdomar enligt 9 § 8
- ☐ Boende för vuxna enligt 9 § 9
- ☐ Daglig verksamhet enligt 9 § 10

Ange öppettiderna för daglig verksamhet:

--

Målgrupp:

- ☐ Ingen utvecklingsstörning
- ☐ Lindrig utvecklingsstörning
- ☐ Måttlig utvecklingsstörning
- ☐ Grav utvecklingsstörning
- ☒ Autismspektrumtillstånd
- ☐ Förvärvad hjärnskada

Antal brukare i verksamheten:

20

Antal brukare från Stockholms stad:

15

Finns aktuellt tillstånd?

- ☒ Det finns aktuellt tillstånd eller anmälan till IVO

Följs verksamheten upp i år?

- ☒ Ja
- ☐ Nej

Om nej: Ange anledning till varför verksamheten inte har följts upp. Gå därefter till sista sidan i webbenkäten för att slutregistrera ert svar.

Datum för uppföljningen (ÅÅMMDD):

150525

Uppföljningen utförd av:

Anna Stolpe

Medverkande från utföraren:

Britta Stugemo

Metod för uppföljning:

- ☒ Platsbesök med intervju
- ☐ Annat

Om annat: Ange vilken annan metod som har använts:

Samlad bedömning av uppföljningen:

- ☐ Utföraren bedriver verksamhet i enlighet med gällande avtal
- ☒ Utföraren bedriver till största del verksamhet i enlighet med gällande avtal, men det finns behov av viss utveckling

☉ Utföraren bedriver inte verksamhet i enlighet med gällande avtal

Följande avvikelser kräver åtgärd:

Enheten saknar utrymningstavla vid brand vilket skall åtgärdas snarast, dock senast 150630.
Verksamheten hade ingen rutin kring barns skydd utskriven men de kommer att skriva ut den snarast och komplettera pärmen med den rutinen, dock senast 150630.
Personalen har inte genomgått någon utbildning inom kost och livsmedelshantering. Planering för utbildning bör ske senast 30 juni och utbildningen bör ske så snart som möjligt, dock senast 151231.

Avvikelserna skall vara åtgärdade senast (ÅÅMMDD):

150630

Kommentarer kring samlad bedömning:

Verksamheten bedöms vara fungerande vid uppföljningstillfället.
Genomförandeplaner och dokumentation kan utvecklas.
Verksamheten har tillstånd att ta emot 8 brukare. Verksamheten har valt att inrikta sig på brukare med autismspektrumtillstånd men har även tillstånd att ta emot brukare med utvecklingsstörning.

Ekonomi och administration:

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

Kommentarer kring ekonomi och administration:

Det sker få förändringar i verksamheten.

Föreståndare:

- ☒ Föreståndaren har adekvat högskoleutbildning, t ex sociala omsorgslinjen, socionomexamen eller paramedicinsk utbildning
- ☒ Föreståndaren har lägst tre års sammanlagd yrkeserfarenhet av målgruppen på heltid, förvärvad efter år 2000

Del av heltidsarbetstid, uttryckt i procent, som föreståndaren arbetar för enheten (ange med 2 decimaler):

50

Utbildning personal:

☒ Minst 80% av personalen har adekvat utbildning, dvs minst gymnasial utbildning med inriktning mot omsorg om personer med funktionsnedsättning

☒ All personal behärskar svenska språket i tal

☒ All personal behärskar svenska språket i skrift

☒ Det finns plan för personalens kompetensutveckling

☐ Det finns extern handledning

☒ Det finns skriftlig rutin för introduktion av nyanställda

☒ Det finns skriftlig rutin med information om tystnadsplikt

Antal anställda på enheten:

10

Antal helårsanställningar:

6

Antal tillsvidareanställda:

10

Korttidssjukfrånvaro i procent (ange med 2 decimaler):

0

Långtidssjukfrånvaro i procent (ange med 2 decimaler):

0

Personalomsättning i procent (ange med 2 decimaler):

0

Kommentarer kring ledning och personal:

Verksamhetschefen är utbildad förskollärare och har även vidareutbildning inom pedagogik.

Antalet medarbetare har ökat från 9 till 10.

Alla medarbetare har adekvat utbildning.

Verksamheten har ingen extern handledning men verksamhetschefen handleder medarbetarna kontinuerligt i det dagliga arbetet.

Dokumentation:

- ☒ Dokumentation förvaras på ett betryggande sätt, dvs inlåst i brandsäkert skåp och/eller på säker server
- ☒ Genomförandeplan finns för samtliga brukare
- ☒ Samtliga brukare och/eller dess företrädare deltar i upprättande av genomförandeplanen
- ☒ Samtliga genomförandeplaner följs upp minst 1 gång per år

Antal brukares dokumentation som kontrollerats vid uppföljningen:

1

Genomförandeplan:

- ☒ Genomförandeplanen innehåller mål och eventuella delmål
- ☒ Genomförandeplanen tydliggör vad som skall göras
- ☒ Genomförandeplanen tydliggör hur det skall göras
- ☒ Genomförandeplanen tydliggör när det skall göras
- ☒ Genomförandeplanen innehåller datum för uppföljning
- ☒ Det framgår hur den enskilde eller dess företrädare varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplanen

Löpande dokumentation:

- ☒ Det finns löpande dokumentation (journalanteckningar)
- ☒ Den löpande dokumentationen innehåller information om faktiska omständigheter, händelser av vikt samt måluppfyllelse
- ☒ Den löpande dokumentationen innehåller information om avvikelser från genomförandeplanen

Kommentarer kring dokumentation:

Dokumentation och genomförandeplaner görs på papper.
Verksamheten har ingen brukare från Hässelby-Vällingby.
Genomförandeplanerna kan bli tydligare och innehålla utförlig information om mål, delmål, vad, hur och när.
Verksamheten dokumenterar inget om det inte är en avvikelse. Uppföljaren tipsar om att det kan vara bra att kontinuerligt, exempelvis 1-2 gånger per månad, dokumentera att "allt följer planeringen" eller liknande för att undvika frågetecken kring varför dokumentation saknas.

Kvalitetsledningssystem:

- ☒ Det finns ett komplett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9
- ☒ Det finns en verksamhets-/kvalitetsberättelse för föregående år

Ledningssystemet omfattar rutiner och processer för:

- ☒ Riskanalys
- ☒ Egenkontroll
- ☒ Avvikelsehantering
- ☒ Klagomål och synpunkter
- ☒ Lex Sarah (SOSFS 2011:5)
- ☒ Barns skydd (14 kap 1 § SoL)
- ☒ Samverkan
- ☒ Dokumentation enligt LSS
- ☒ Hot och våld
- ☒ Dödsfall och/eller traumatiska händelser
- ☒ Vikarieanskaffning
- ☒ Hur verksamheten bemannas efter brukarnas behov
- ☒ Hur insatsen påbörjas respektive avslutas

Verksamheten har:

- ☒ Tagit emot synpunkter och klagomål de senaste 12 månaderna
- ☒ Rapporterat Lex Sarah de senaste 12 månaderna
- ☒ Anmält Lex Sarah de senaste 12 månaderna
- ☒ Anmält för barns skydd de senaste 12 månaderna

Antal inkomna synpunkter och klagomål de senaste 12 månaderna:**Antal rapporterade Lex Sarah de senaste 12 månaderna:**

Antal anmälda Lex Sarah de senaste 12 månaderna:

Antal gånger verksamheten anmält för barns skydd de senaste 12 månaderna:

Kommentarer kring kvalitetsledningssystem:

Verksamheten hade ingen rutin kring barns skydd utskrivna men de kommer att skriva ut den och komplettera pärmen med den rutinen.

Verksamheten har inte haft några synpunkter, klagomål, lex Sarah eller barns skydd senaste året.

Barn:

☒ Det finns registerutdrag ur belastningsregistret för personal som arbetar med barn och som anställts efter 1/1 2011

☐ Inte aktuellt för verksamheten

Kommentarer kring barn:

Verksamheten har tillstånd att ta emot barn och unga mellan 8 och 23 år.

Verksamheten hanterar brukares egna medel:

☒ Ja

☐ Nej

Verksamheten hanterar nycklar till brukares rum/lägenhet:

☐ Ja

☒ Nej

Verksamhet som hanterar egna medel och/eller nycklar:

☒ Det finns skriftlig rutin för hantering av egna medel

☐ Det finns skriftlig rutin för hantering av nycklar

Kommentarer kring egna medel och nycklar:

Hälso- och sjukvård:

- ☒ Verksamheten hanterar brukares mediciner
- ☐ Verksamheten hanterar inte brukares mediciner

Verksamhet som hanterar brukares mediciner:

- ☒ Mediciner förvaras på ett betryggande sätt
- ☒ Det finns skriftlig rutin för delegering och/eller skriftlig dokumentation från HSL-personal i det fall personal stöttar brukare med egenvård

Kommentarer kring hälso- och sjukvård:

Arbetssätt:

- ☒ Det finns skriftlig plan/policy kring ett gott bemötande
- ☒ Personal fortbildas kontinuerligt kring etik och bemötande
- ☐ Det finns skriftliga rutiner och arbetssätt som säkerställer att brukaren får information som är anpassad efter den enskildes förutsättningar

Följande fortbildning har skett de senaste 12 månaderna:

Verksamheten arbetar hela tiden med bemötande och får i det dagliga arbetet handledning av verksamhetschefen kring bemötande. Personalen har inte gått någon extern utbildning det senaste året.

Antal personal som deltagit i fortbildningen de senaste 12 månaderna:

Kommentarer kring arbetssätt:

Verksamheten har ingen skriftlig rutin kring hur de säkerställer att brukaren får information som är anpassad. Verksamheten arbetar dock hela tiden med att informera, tilltala och kommunicera med brukaren, och dennes närstående (oftas föräldrar) efter individens behov.

Verksamheten har brukarråd/möte:

- ☒ Ja, minst varje vecka
- ☐ Ja, minst varje månad
- ☐ Ja, minst varje kvartal
- ☐ Ja, mer sällan än varje kvartal
- ☐ Nej

Brukarundersökningar:

- ☐ Verksamheten genomför egna brukarundersökningar
- ☒ Verksamheten har fått eget resultat från Stockholms stads brukarundersökning

Kommentarer kring brukarinflytande:

Verksamheten har möten varje fredag då det bland annat beslutas vilka aktiviteter som ska ske under helgen. Mötena protokollförs inte utan de beslut som tas skrivs direkt på aktivitetstavlan eller på informationlappar som sätts upp i verksamheten.

Systematiskt brandskyddsarbete:

- ☒ Det finns en tydlig och fastställd brandskyddsorganisation
- ☒ Det finns en plan för egenkontroll av lokalerna och brandutrustning
- ☒ Det finns skriftlig handlingsplan för brand
- ☐ Det finns en tydligt anslagen utrymningsplan
- ☒ Utrymning övas regelbundet

Senaste brandövningen genomfördes (ÅÅMMDD):

150102

Kommentarer kring systematiskt brandskyddsarbete:

Utrymningsplan saknas. Verksamheten ska snarast sätta upp en tavla.
Utrymningsövning sker inte med brukarna eftersom verksamheten har erfarenhet av att det skapat stor oro bland flera brukare.

Kost:

- ☒ Personal stöttar brukarna att handla, laga eller äta mat eller erbjuder mat t.ex. via catering
- ☐ Personal stöttar inte brukarna att handla, äta eller laga mat och erbjuder inte mat via t.ex. catering

Personal som stöttar brukarna med att handla, laga eller äta mat:

- ☐ Personal har genomgått utbildning kring kost
- ☐ Personal har genomgått utbildning kring livsmedelshygien

Antal personal som genomgått utbildning kring kost:

Antal personal som genomgått utbildning kring livsmedelshygien:

Kommentarer kring kost:

Personalen har inte genomgått någon utbildning inom kost och livsmedelshantering.

Personal stöttar brukarna med personlig hygien:

- ☐ Ja
- ☒ Nej

Personal som stöttar brukarna med personlig hygien:

- ☐ Personal har genomgått utbildning i basala hygienrutiner
- ☐ Utföraren arbetar med basala hygienrutiner

Antal personal som genomgått utbildning i basala hygienrutiner:

Det finns tillgång till engångshandskar, handsprit och liknande skyddsmaterial:

☒ Ja

☐ Nej

Kommentarer kring hygien och smittskydd:

Personalen stöttar inte brukarna direkt med den personliga hygienens utan indirekt med påminnelse om att duka till exempel.
Uppföljaren tipsar om utbildning via vardhygien.nu

Åtgärdsplan för förbättrande av vår dokumentation. 2015-08-19

Med anledning av Stockholm stads tillsyn har vi fått i uppdrag att förbättra vår dokumentation.

Följande information anslås och signeras av våra anställda.

För att få mer kontinuitet i den löpande Dokumentationen skall den ske varje vistelse tillfälle och senast söndagar efter att barnen åkt hem.

Om allt löper enligt planen i dokumentationen ska vi kontinuerligt, dokumentera att "allt följer planeringen".

Detta för att undvika frågetecken kring dokumentationen.

Britta ska ta bearbeta den nuvarande Genomförandeplanen så att de blir tydliga och innehålla utförlig information om mål, delmål, vad, hur och när. I enlighet med beställningarna.

Genomförandeplanerna skall vara reviderade senast den 1 september 2015.

Personalhandledning i Dokumentation skall ske löpande under hösten.