

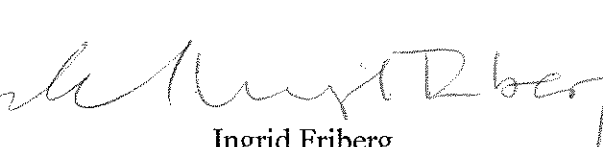
12

Till
Hässelby-Vällingby
stadsdelsnämnd
2015-11-26

Uppföljning av LSS verksamhet – Astrakans dagliga verksamhet

Förvaltningens förslag till beslut

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

Ulla Thorslund
stadsdelsdirektörIngrid Friberg
avdelningschef

Sammanfattning

Stadsdelsförvaltningen följer kontinuerligt upp alla utförare som bedriver LSS-verksamhet på entreprenad på uppdrag av stadsdelsförvaltningen. Uppföljningen görs genom att medarbetare från stadsdelsförvaltningen gör besök ute i verksamheterna. Förvaltningen har följt upp Astrakans dagliga verksamhet som drivs av Nytida. Förvaltningen bedömer att utföraren har förutsättningar för att bedriva verksamhet i enlighet med gällande avtal.

Bilaga

Mall för uppföljning

Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning
Avdelningen för äldre
och funktionsnedsatta

Hässelby Torg 20-22
Box 3424
165 23 Hässelby
Växel 08-508 04 000
hasselby-vallingby@stockholm.se
stockholm.se

Ärendets beredning

Detta ärende har skrivits inom avdelningen för äldre och funktionsnedsatta.

Ärendet

Stadsdelsförvaltningen följer kontinuerligt upp alla utförare som bedriver LSS-verksamhet på entreprenad på uppdrag av stadsdelsförvaltningen. Uppföljningen görs genom att medarbetare från stadsdelsförvaltningen gör besök ute i verksamheterna. 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 intervjuer, granskning av rutiner och dokumentation samt observationer i verksamhetens lokaler.

Astrakans dagliga verksamhet drivs av Nytida. Insatsen är daglig verksamhet enligt LSS 9§10. Verksamheten bedrivs i lokaler i samma hus som förvaltningens huvudkontor på Astrakangatan 21 i Hässelby gård. Verksamheten har 39 brukare och 17 anställda. Uppföljningen gjordes den 13 oktober 2015. Förvaltningen bedömer att utföraren har förutsättningar för att bedriva verksamhet i enlighet med gällande avtal.

Förvaltningens synpunkter och förslag

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

Bilaga

Uppföljning av LSS-verksamheter

Enhetens namn: Astrakan daglig verksamhet

Enhetens adress: Astrakangatan 21

165 52 Hässelby

Företag: Nytida

Hemsida: www.nytida.se

Föreståndare: Maria Johnson, Verksamhetschef

Telefon: 0733-77 59 12

e-post: maria.johnson@nytida.se**Regi**☐ Kommunal regi☒ Entreprenad☐ Enskild (privat) regi☒ Det finns aktuellt tillstånd eller anmälan till IVO

Upphandlande nämnd: Hässelby-Vällingby sdn

Datum för uppföljning: 2015-10-13

Uppföljning utförd av: Ingrid Friberg, avdelningschef, Kerstin Medin,
enhetschef och Anna Stolpe, utvecklingssekreterare

Medverkande från utföraren: Maria Johnson, Verksamhetschef

Metod för uppföljning☒ Platsbesök med intervju☐ Annat

Om annat, ange vilken metod som använts:

Insats (ett alternativ kan kryssas):

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

Om daglig verksamhet kryssas i, ange öppettiderna: 8-16

Målgrupp (fler alternativ kan kryssas):

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

Antal brukare i verksamheten: 39

Antal brukare från Stockholms
stad: 39

SAMMANFATTNING**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:

Avvikelse ska vara åtgärdade senast:

Kommentarer kring samlad bedömning

Bedömningen är att utföraren har förutsättningar att bedriva verksamhet i enlighet med gällande avtal.

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:

LEDNING OCH PERSONAL

- ☒ 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 som enhetschefen arbetar för enheten: ungefär 40 % av tiden arbetar enhetschefen för Astrakan DV, resterande tid ägnas åt de dagliga verksamheterna Containerråttan, Praktikcentrum samt Spegeln
- ☒ Minst 80 % av personalen har adekvat utbildning, d.v.s. 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: 17

Antal helårsanställningar: 16,15

Antal tillsvidareanställda: 17

Korttidssjukfrånvaro i %: 9,9 sedan januari
Långtidssjukfrånvaro i %: 10,1 sedan januari
Personalomsättning i %: 0

Kommentarer kring ledning och personal: Enheten har ingen extern handledning, däremot har gruppledaren handledning för arbetsgruppen

DOKUMENTATION

☒ Dokumentation förvaras på ett betryggande sätt, d.v.s. inlåst i brandsäkert skåp och/eller på säker server

☒ Genomförandeplan finns för samtliga brukare

☒ Samtliga brukare och/eller dess företrädare deltar i upprättandet av genomförandeplanen

☒ Samtliga genomförandeplaner följs upp minst 1 gång per år.

Antal brukares dokumentation som kontrollerats vid uppföljningen:
3

☒ Genomförandeplanen innehåller mål och eventuella delmål

☒ Genomförandeplanen tydliggör vad som ska göras

☒ Genomförandeplanen tydliggör hur det ska göras

☒ Genomförandeplanen tydliggör när det ska göras

☒ Genomförandeplanen innehåller datum för uppföljning

☒ Det framgår hur den enskilde eller dess företrädare varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplanen

☒ 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: Ett par genomförandeplaner var nyligen upprättade och hade ännu inte godkänts av brukaren eller dess företrädare.

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 4 st. synpunkter och klagomål de senaste tolv månaderna

☐ Rapporterat 0 st. Lex Sarah de senaste tolv månaderna

☐ Anmält 0 st. Lex Sarah de senaste tolv månaderna

☐ Anmält för barns skydd 0 st. gånger de senaste tolv månaderna

Kommentarer kring kvalitetsledningssystem: Enheten har tagit emot tre skriftliga synpunkter som varit positiva och en negativ som varit muntlig.

BARN OCH UNGDOM

- ☐ 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 och ungdom:

EGNA MEDEL OCH NYCKLAR

Verksamheten hanterar brukares egna medel.

- ☐ Ja. Besvara frågan om rutin, hoppa annars över den
- ☒ Nej
- ☐ Det finns skriftlig rutin för hantering av egna medel

Verksamheten hanterar nycklar till brukares rum/lägenhet.

- ☐ Ja. Besvara frågan om rutin, hoppa annars över den
- ☒ Nej
- ☐ Det finns skriftlig rutin för hantering av nycklar

Kommentarer kring egna medel och nycklar:

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

- ☒ Verksamheten hanterar brukares mediciner. Om ja besvara följande två frågor, hoppa annars över dem
- ☒ 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

☐ Verksamheten hanterar inte brukares mediciner.

Kommentarer kring hälso- och sjukvård: Delegering saknas vid uppföljningstillfället. Det beror på ändringen kring utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser som övergick från landstinget till kommunen den 1 oktober. Enheten medarbetare arbetar som de gjorde före ändringen vilket innebär samma kontinuitet för brukarna.

ARBETSSÄTT

☒ Det finns skriftlig plan/policy kring ett gott bemötande
☒ Personal fortbildas kontinuerligt. Följande fortbildning har skett de senaste 12 månaderna, ange även hur många som deltagit i fortbildningen: Alla medarbetare har genomgått företagets webbutbildning i bemötande. De flesta medarbetarna har varit på en föreläsning om bemötande och alla har fått utbildning i kommunikation.

☒ Det finns skriftliga rutiner och arbetssätt som säkerställer att brukaren får information som är anpassad efter den enskildes förutsättningar

Kommentarer kring arbetssätt:

BRUKARINFLYTANDE

Verksamheten har brukarråd/möte (be att få se protokoll/dagordning)

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

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

Kommentarer kring brukarinflytande: Enheten har en verkstadsklubb som träffas varje vecka och för protokoll med hjälp av pictobilder. Enheten arbetar med resultat från olika brukarundersökningar; stadens, företagets brukarenkät och företagets anhörigenkät.

SYSTEMATISKT BRANDSKYDDSARBETE (enligt lag 2003:778 om skydd mot olyckor 2 kap. § 2)

- ☒ 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, ange i så fall när senaste utrymningsövningen genomfördes:

Kommentarer kring systematiskt brandskyddsarbete:

KOST

- ☒ Personal stöttar brukarna att handla, laga eller äta mat eller erbjuder mat via t.ex. catering. Om ja besvara följande två frågor, hoppa annars över dem
- ☒ Personal har genomgått utbildning kring kost och, ange hur antal personal som genomgått utbildning: 17
- ☒ Personal har genomgått utbildning kring livsmedelshygien, ange hur antal personal som genomgått utbildning: 17
- ☐ Personal stöttar inte brukarna att handla, laga eller äta mat och

erbjuder inte mat via t.ex. catering

Kommentarer kring kost: Enheten arbetar bland annat med matlagningsgrupper.

HYGIEN OCH SMITTSKYDD

Personal stöttar brukarna med personlig hygien.

☒ Ja. Besvara frågorna om utbildning och rutin, hoppa annars över dem

☐ Nej

☒ Personal har genomgått utbildning i basala hygienrutiner, ange antal personal som genomgått utbildning: 17

☒ Utföraren arbetar med basala hygienrutiner

☒ Det finns tillgång till engångshandskar, handsprit och liknande skyddsmaterial

Kommentarer kring hygien och smittskydd: Medarbetarna gör webbutbildningen varje år i basala hygienrutiner.