

Uppföljning av LSS-verksamheter

Enhetens namn: daglig verksamhet

Enhetens adress: Vejlegatan 7, Kista

Företag: egen regi

Hemsida: <http://www.stockholm.se/rinkeby-kista-dagliga-verksamheter>

Föreståndare: Gunnar Schenström

Telefon: 08-508 016 44

e-post: gunnar.schenstrom@stockholm.se

Regi

☒ Kommunal regi

☐ Entreprenad

☐ Enskild (privat) regi

☒ Det finns aktuellt tillstånd eller anmälan till IVO

Upphandlande nämnd: -

Datum för uppföljning: 2017-12-07

genomförandeplaner 171201-171231

Uppföljning utförd av: Linda Lantz, utredare Socialtjänst vuxna

Medverkande från utföraren: Gunnar Schenström och Lena Skjäl

Biträdande enhetschef 08-508 011 05, lena.skjal@stockholm.se

Metod för uppföljning

☒ Platsbesök med intervju

☐ Annat

Om annat, ange vilken metod som använts:

Insats (ett alternativ kan kryssas):

- ☐ Korttidsvistelse enligt 9 § 6
- ☐ Korttidstillsyn för skolutövning över 12 år enligt 9 § 7
- ☐ Boende för barn och ungdomar enligt 9 § 8
- ☐ Boende för vuxna enligt 9 § 9
- ☒ Daglig verksamhet enligt 9 § 10

Om korttidsvistelse, korttidstillsyn eller daglig verksamhet kryssats i, ange öppettiderna: 7 olika adresser m olika öppettider.

7.30-16.30 Tornskuggan. En del brukare börjar på Tornskuggan och går sedan gå ut i annan verksamhet.

Hunddagis 7-17.

Många har individuella lösningar och deltar i önskade aktiviteter.

Om korttidsvistelse kryssats i:

- ☐ Utföraren har kapacitet att ta emot brukare dygnet runt, årets alla dagar

Målgrupp (fler alternativ kan kryssas):

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

Antal brukare i verksamheten:

78 ifrån staden, en ifrån Sundbyberg. Inte så mycket utrymme för fler just nu. Letar fler lokaler framför allt i Rinkeby.

Antal brukare från Stockholms stad: 78

Möjlighet till tillgänglighetsskattning för olika adresser efterfrågas

- ☒ Tillgänglighetsskattning genomförd (se separat mall)

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:

Dokumentation av uppföljning av genomförandeplaner

Avvikelserna ska vara åtgärdade senast:

nästa uppföljning

Kommentarer kring samlad bedömning

Verksamheten är belägen på flera olika adresser och med olika inriktningar. Gällande lokaler avses främst tornskuggan, Vejlegatan 7, Kista.

Enligt utföraren görs uppföljningar av genomförandeplanen. Detta finns dock inte dokumenterat vilket är ett utvecklingsområde för att utgöra ett bra underlag för både utförare och beställare. Uppföljning av genomförandeplanen är också en viktig del i brukarens möjlighet att påverka sin insats.

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:

Rutiner uppdaterade i mars 2017.

Nivåbedömning problematisk då det blir väldigt beroende på personals/ stödpersons kompetens och förmåga att uttrycka sig vilken kan vara ojämn.

Nivåbedömning önskas initiering även efter uppföljning av biståndshandläggaren, detta fungerar inte alltid idag.

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, förvärvat efter år 2000
Del av heltidsarbetstid som enhetschefen arbetar för enheten:
60% dv, efter den nya organisationen vid årsskiftet, 100% m dv
- ☒ Minst 80 % av personalen har adekvat utbildning, d.v.s. minst gymnasial utbildning med inriktning mot omsorg om personer med funktionsnedsättning
- ☐ Kompetenstabell har överlämnats
- ☒ All personal behärskar svenska språket i tal (alternativt svenska teckenspråket)
- ☐ 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: 45

Antal helårsanställningar: 40

Antal tillsvidareanställda: 36

Korttidssjukfrånvaro i %:

Långtidssjukfrånvaro i %:

Personalomsättning i %:

8,3 varav två pensionärer 3,7 (en person)

Kommentarer kring ledning och personal: Två medarbetare bedöms ha brister i att skriva och dokumentera på svenska. Även teckenspråkskompetens. TAKK, finns i arbetsgruppen. Gemensam kompetensplan, främst fokus på neuropsykiatri och stora- omfattande behov. Även individuella kompetensutvecklingsplaner. Kommunikation prioriterat som utvecklingsområde i arbetsgruppen.

Svårare att tillgodose kompetensbehovet vid nyanställning än tidigare, personal kommer ut med sämre grundutbildning för att arbeta m personer m funktionsnedsättning.

Pedagog och arbetsterapeut som har intern handledning med medarbetarna. Extern handledning tas in vid behov inom uppmärksammat område.

Antalet brukare med omfattande och stora funktionsnedsättningar samt med neuropsykiatriska diagnoser ökar, vilket innebär att kompetensutveckling inom dessa områden nu behövs.

Verksamheten behöver även personal som förutom sin grundkompetens kan kommunicera på andra språk.

BARN OCH UNGDOM Flyttat

- ☐ Det finns registerutdrag ur belastningsregistret för personal som arbetar med barn och som anställdts efter 1/1 2011

☐ Inte aktuellt för verksamheten

Kommentarer kring barn och ungdom: Utdrag ur belastningsregistret tas sedan något år tillbaka vid alla anställningar.

DOKUMENTATION

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

☒ Genomförandeplan finns för samtliga brukare enligt utförare

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

☒ Samtliga genomförandeplaner följs upp minst 1 gång per år enligt utförare

Antal brukares dokumentation som kontrollerats vid uppföljningen: 5

☒ Genomförandeplaner innehåller mål och eventuella delmål

☒ Genomförandeplaner tydliggör vad som ska göras

☐ Genomförandeplaner tydliggör hur det ska göras

☒ Genomförandeplaner tydliggör när det ska göras

☒ Genomförandeplaner innehåller datum för uppföljning

☐ Det framgår hur den enskilde eller dess företrädare varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplaner

☒ 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 genomförandeplaner

Kommentarer kring dokumentation: Viss dokumentation finns på papper men det är främst genomförandeplaner.

Vissa skador på brukare har dokumenterats med foto.

Genomförandeplaner följs enligt utföraren oftast upp var sjätte månad, oftare för verksamhetens nya brukare än för de som varit i verksamheten i många år.

Journalanteckningar förs löpande i parasol av arbetslaget. Avvikelser från genomförandeplanen journalförs. Även överenskomelser och möten journalförs.

journal i parasol ej granskad.

Vid granskning av genomförandeplaner uppmärksammas att 4 av 5 inte har en dokumenterad uppföljning av sin genomförandeplan. Beslut och beställning (underlag för genomförandeplanen är på två år). Datum för uppföljning finns angivet men någon uppföljning har inte dokumenterats. Genomförandeplanerna innehåller angivna uppgifter men är ojämna och bristfälliga i omfattning av beskrivning för att utgöra underlag för utförandet av insatsen. Ofta är det HUR som behöver utvecklas.

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/orosanmälan (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:

- ☒ Genomfört riskanalys de senaste tolv månaderna
- ☒ Genomfört egenkontroll de senaste tolv månaderna
- ☐ Tagit emot 0 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 - st. gånger de senaste tolv månaderna

Kommentarer kring kvalitetsledningssystem:

Positiva till ett gemensamt kvalitets- och ledningssystem.

Riskanalys görs vid ny brukare och vid behov.

Riskanalys på org. nivå i samband med organisations- och lokalförändringar. Även på individnivå.

SBA - brandskydd olika ansvarsområden har fördelats i arbetsgruppen, arbetsmiljöronder sker 2 ggr/år (fysisk och psykosocial). Följer årshjulet.

Klagomål och synpunkter har inkommit men då gällt annan verksamhet t.ex. taxiresor.

Rutinen då brukarna har egna barn håller på att uppdaterats.

Vissa incidenter har rapporterats i IA, t.ex halka.

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

☒ Det finns skriftlig rutin som beskriver hur brukarnas behov av hälso- och sjukvård säkerställs☒ 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: (16) olika rutiner, pers ass ej LSS-hälsan. Uppdelat akut och inte. Många har delegering, funkade bra m LSS-sköterskan. Rutin håller på att upprättas gällande de som bor hemma, sker i samarbete m LSS-hälsans MAS.

ARBETSSÄTT

☒ Det finns skriftlig plan/policy kring ett gott bemötande☒ Personal fortbildas kontinuerligt. Beskriv: Alla har en individuell fortbildningsplan.☒ Det finns skriftliga rutiner och arbetssätt som säkerställer att brukaren får information som är anpassad efter den enskildes förutsättningar

Kommentarer kring arbetssätt: Har en egen värdegrund. Har benat ner begreppet bemötande och dess innebörd för verksamheten.

Årliga egna brukarundersökningar anpassad till personens förutsättningar och språk.

Många i personalen har kompetens inom alternativ kommunikation vilket är något man i verksamheterna arbetar aktivt med.

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: Jobbmöten minst en gång i veckan men detta är olika, även en gång/dag. Går igenom vad man gjort, omröstningar o.s.v.

Verkstadsklubb, cirkelledare ifrån vuxenskolan hanterar inflytande frågor (en slags fackklubb), en fråga i brukarundersökningen formuleras i klubben. De som vill är med. Dagordning varje vecka inprint och minnesanteckningar. Årsmöte.

Egen brukarundersökningar med pict-o-stat, ett webb – baserat program som anpassas individuellt efter var och ens förutsättningar. Tidigare har RKDV testat intervjuer men det fun-

kade inte så bra. Brukarna uppskattar att bli tillfrågade. Könstistik på undersökningen. Män verkar mer nöjda. Enkäten bestod 2017 av frågor som utgick från verksamhetens mål i VP. Frågorna handlade om inflytande, kvalité, självständighet och delaktighet. Nytt för i år, var att verkstadsklubben fick lägga till en egen fråga. De valde att fråga om brukarnas syn på sin resa till och från daglig verksamhet.

Två reflektionsmöten m personal gällande resultatet.

Tidningen pennan sprids i 300 ex.

HJÄRT- OCH LUNGRÄDDNING

Personal har genomgått hjärt- och lungräddning

☒ Ja. Beskriv: bokat i tre olika omgångar våren 2018.

☐ Nej

Kommentarer kring hjärt- och lungräddning: var annat år.

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: 1

☒ Personal har genomgått utbildning kring livsmedelshygien, ange hur antal personal som genomgått utbildning: 1

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

Kommentarer kring kost: Kock lagar maten på dv.

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: samtliga

☒ Utföraren arbetar med basala hygienrutiner

☒ Det finns tillgång till engångshandskar, handsprit och liknande skyddsmaterial

Kommentarer kring hygien och smittskydd: Hygiensköterska ifrån LSS-hälsan har varit på plats för utbildning av personal. Långskaftade handskar finns utifrån personalens önskemål.

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

☒ 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: Presto kollar en gång/år. Brandövningar m personal, inte m brukarna i överenskommelse m brandmyndigheten. Två brandceller, finns en gård ifrån övre plan där man vid brand kan vistas utomhus i en timme.

LOKALER OCH INREDNING

- ☐ Lokaler och inredning är i gott skick
- ☒ Lokaler och inredning är ändamålsenliga
- ☒ Lokalerna är städade, vårdade och hygieniska

Beskriv kortfattat utemiljö/närmaste omgivning: Ligger vid Kista centrum, utegård som används mycket på sommaren. Odlingslådor som är förhöjda. Kan äta lunch utomhus vid bra väder.

Hästagård och hunddagis (Oslogatan 7) har väldigt bra utomhusmiljö och passar de som vill arbeta utomhus.

Kommentarer kring lokaler och inredning: Reparerat ca 4 år sedan i samband m en vattenskada. Fönster ansvarar värden för och dessa skulle behöva åtgärdas. Städbolag två dagar/v. Städar själva däremellan. Stort slitage på lokaler i denna typ av verksamhet.

Problem m kyla i lokalerna. Ventilationen utdömd av Hälsa (företagshälsovård).