

**Mall för Uppföljning av utförare av LSS-verksamhet****A Basuppgifter**

Utförare och enhet	Rinkeby-Kista gruppbo­städer
Verksamhetens regi­form	<input checked="" type="checkbox"/> Kommunal regi <input type="checkbox"/> Enskild (privat) regi <input type="checkbox"/> Entreprenad
Tillstånd från Socialstyrelsen	<input type="checkbox"/> Datum fr.o.m.- t.o.m. [redacted]
Tillståndets omfattning (platser, insatser etc.)	[redacted]
För kommunal regi, anmälan till socialstyrelsen gjord den (datum)	2009
Inriktning på verksamheten	Gruppbo­stad enligt LSS
Antal brukare i verksamheten	6
Varav från Stockholms Stad	6
Avtalspart/nämnd	Rinkeby-Kista stadsdelsnämnd
Adress	Bergengatan 7
Verksamhetschef/enhetschef	Jeanette Linhardt
Telefon	508 01 492
Hemsida	[redacted]
Jämför service är uppdaterad	2011
Metod för uppföljningen (platsbesök, intervju etc.)	Platsbesök, intervju, granskning av dokument
Uppföljningen utförd av	Ellinor Forssmed-Östh, Mikael Holmström
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Jeanette Linhardt, Sonia Selander, Daniel Mafsen, Gunnel Stålhandske
Datum för uppföljningen	2012 02 16
Datum för föregående uppföljning	2008 09 30

B Uppföljning

Hela eller delar av dokumentet kan komma att publiceras på Jämför service, www.stockholm.se. Tänk på att formulera texten som en redovisning av fakta och var försiktig med värderingar.

Om något område inte är relevant vid uppföljningen, skriv en kommentar om varför frågan inte besvaras.

1. Sammanfattande bedömning

Den sammanfattande bedömningen ska ge en allmän objektiv bedömning av verksamheten.

Samlad bedömning av uppföljningen: Den sammantagna bedömningen är att den verksamhet som bedrivs är god och personalen är mycket mån om brukarna. Verksamheten har i många fall fungerande rutiner men några behöver uppdateras och några upprättas.

Rutiner som saknas och måste upprättas:

- Rutin för hur det går till när brukaren önskar byta stödperson
- Rutin för hur personal introduceras för ny brukare.
- Rutiner för brukarnas stöd vid in- och utflyttning till gruppboenden
- Rutin för information till personal om anmälningsskyldighet om barns skydd enl. 14 kap.1§SoL.

Rutiner som ska uppdateras och aktualiseras:

- Rutinen gällande introduktion av nyanställda
- Rutinen gällande tystnadsplikt och sekretess
- Rutiner kring hantering av nycklar
- Justering och uppdatering av det systematiska brandskyddsarbetet(SBA)

Inga avvikelser finns

Vissa avvikelser finns som åtgärdas i samråd med beställaren senast till nästa uppföljning – se detaljkommentarer i respektive punkt

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast: [] (ÅÅMMDD)

Nytt möte för uppföljning av avvikelser bokad: [] (ÅÅMMDD)

Följande avvikelser kräver omedelbara åtgärder och uppföljningsmöte: []

2. Ekonomi och administration

Välj ut ett antal brukare innan besöket. Paraplysamordnaren kan ta fram uppgifter på brukare och fakturaunderlag.

- Rutin finns för avstämning med beställaren för reglering av ersättning
- Rutin finns för avvikelserapportering
- Fakturorna avser rätt period gentemot beställningen
- Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning (dvs. antalet utförda timmar och vem det avser med namnkod)

Kommentar

Enheten följer förvaltningens rutiner gällande ekonomi och administration. Alla fakturor och underlag, utom nattschablon, administreras genom paraplyet.

Definitioner och instruktioner:

- Med rutiner avses dokumenterade aktuella beskrivningar av arbetssätt eller metod
- Om verksamheten drivs på entreprenad ska även skatter och dylikt följas upp enligt förvaltningens egna rutiner (exempelvis genom skatteverkets SKV 4820)

3. Ledning och personal

3.1 Ledningssystem¹

- Kompletta ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2011:9
- Arbete med att ta fram ett ledningssystem i enlighet med SOSFS 2011:9 pågår

Kommentar

Förvaltningen arbetar för närvarande med att ta fram ett ledningssystem enligt SOSFS 2011:9, vilket nämnden beräknas ta beslut om våren 2012. Enheten har rutiner gällande dokumentation, introduktion av ny personal, sekretess och tystnadsplikt, synpunkts- och klagomålshantering, per rutin gällande lex Sarah.

3.2 Ledning

Enhetschef/den som förestår verksamheten (enligt socialstyrelsens tillstånd) har:

- Dokumenterad arbetsledarerfarenhet och högskoleutbildning, med inriktning mot funktionsnedsättning/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller

¹ Ledningssystemet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

funktionsnedsättning/omsorg. I utbildningen skall ingående kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd inom verksamhetsområdet ingå

Minst 3 års praktisk erfarenhet av arbete heltid med personer med funktionsnedsättning, eller som arbetsledare inom verksamhetsområdet

Kommentar

Enhetschefen har 14 års dokumenterad arbetsledarerfarenhet inom verksamhetsområdet.
Enhetschefen har högskoleutbildning motsvarande 50p +15 h.

3.3 Personal

Totalt antal anställda personer på enheten: 8

Totalt antal anställda på enheten omräknat till helårsanställningar: 7,0

Det finns registerutdrag ur belastningsregistret för personal som arbetar med barn och som anstälts efter 1 januari 2011

Ja

Nej

3.4 Personalomsättningen i procent har under de senaste 12 månaderna varit:

12,5 %

Eventuell personalomsättning beror på:

Pensionsavgång.

3.5 Personalens sjukfrånvaro i procent har under de senaste 12 månaderna varit:

3,63 %

Sjukfrånvarons fördelning på kort-/långtidsfrånvaro är:

3,80%

Korttidsfrånvaro: 3,41% Långtidsfrånvaro: 0,39%

3.6 Personalens kompetens totalt (oavsett anställningsform)

Personal ska ha adekvat utbildning, det vill säga minst gymnasial utbildning med inriktning mot t.ex. funktionsnedsättning/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller funktionsnedsättningar. Saknas adekvat utbildning ska minst två års erfarenhet av yrkesområdet vara dokumenterat.

Kompetens

100% Hur stor andel i % av personalen har adekvat utbildning eller mer än två års dokumenterad yrkeserfarenhet?

Språkfärdighet

100% Hur stor andel i % av personalen behärskar nöjaktigt det svenska språket i tal?

100% Hur stor andel i % av personalen behärskar nöjaktigt det svenska språket i skrift?

3.7 Personalens anställningsformer

100% Hur stor andel i % av den schemalagda personalen är tillsvidareanställda?

3.8 Rutiner för kompetensutveckling, introduktion och handledning

- Plan finns för personalens kompetensutveckling (inkl färdighet i det svenska språket i tal och skrift)
- Rutin finns för introduktion av nyanställda.
- Rutin finns för information om sekretesslagstiftningen
- Handledning (extern) finns att tillgå

Kommentar

Rutinen för introduktion av nyanställda och rutinen för information om sekretesslagstiftningen ska uppdateras och aktualiseras.

Personalgruppen hade extern handledning under 2010 – 2011. Personalen arbetar idag efter den struktur som då beslutades

Definitioner och instruktioner:

- 3.6: *Språkfärdigheten bedöms av enhetschef/den som förestår verksamheten och kontrolleras via brukarundersökning och status på social dokumentation*

4. Stödperson och personal runt brukaren

- Det finns en eller flera dokumenterad(e) stödperson(er) för varje brukare.
- Brukaren har möjlighet att byta stödperson enligt en given rutin.
- Rutin finns för hur personal introduceras för en (för personalen) ny brukare
- Utföraren har en rutin för att fastställa och uppnå brukarens behov av kontinuitet
- Utföraren har en rutin för att fastställa brukarens behov av ev. minimering av antalet personal

Kommentar

Det finns en *kommunicerad* rutin om hur det kan gå till om en brukare önskar byta stödperson, viken inte är dokumenterad. Detsamma gäller för hur personal introduceras för en(för personalen)ny brukare. Rutinerna ska dokumenteras, vilket kommer att följas upp vid nästa uppföljningstillfälle.

5. Dokumentation med utgångspunkt från riktlinjerna

Dokumentationen ska föras på ett respektfullt sätt utifrån den enskildes integritet och de tre vägledande uttrycken: tillräcklig, väsentlig och korrekt.

5.1 Övergripande dokumentation

Det finns löpande dokumentation

Antal brukares löpande dokumentation som kontrollerades vid uppföljningen: 6

Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt

Det finns en rutin för hur avslut av insats ska utföras

Genomförandeplaner finns för samtliga brukare

Ange andel i % för andelen brukare som inte har genomförandeplan

Samtliga brukare och/eller dess företrädare deltar vid upprättande av genomförandeplan

Ange andel i % av brukarna och/eller dess företrädare som inte deltar vid upprättande av genomförandeplan

Samtliga genomförandeplaner har upprättats inom två veckor från insatsens början

Ange andel i % av genomförandeplaner som upprättats inom två veckor

Utföraren dokumenterar frånvaro av insats som en avvikelse gentemot genomförandeplan

Kommentar

Av de granskade genomförandeplanerna var det 1 som inte var uppdaterad vid denna uppföljning.

5.2 Genomförandeplaner

Genomförandeplanerna innehåller:

Stödpersonens namn

Sammanfattning av beställningen

Vad som ingår i insatsen (t ex stöd avseende att handla, tvätta eller vad den enskilde behöver för stöd för att klara av att delta på en sysselsättningsverksamhet, etc)

Den enskildes fritid och det stöd som behövs finns tydligt beskrivet i genomförandeplanen

Mål, delmål och syfte med insatsen

Hur och När insatsen ska genomföras (arbetssätt) och Vem som ska ge stödet

Datum för utförarens/beställarens uppföljning av genomförandeplanen

Underskrift av enhetschef/den som förestår verksamheten

Underskrift av den enskilde och/eller dess företrädare

Antal genomförandeplaner som kontrollerades vid uppföljningen: 6

Kommentar

Samtliga genomförandeplaner skrivs under av brukarens stödperson, brukaren och/eller dennes företrädare, i samband med utformningen av genomförandeplanen. Enhetschef har

delegerat till stödpersonen att skriva under genomförandeplanen eftersom det är denne som står brukaren närmast och är också den person som deltar vid upprättandet av planen.

Definitioner och instruktioner:

- 5.1: Med förvaring på betryggande sätt menas inlåsta i ett brandsäkert arkivskåp

6. Synpunkts- och klagomålshantering

- Rutin finns för synpunkts- och klagomålshantering
- Rutin finns för uppföljning och utvärdering av synpunkts- och klagomålshantering
- Rutin finns för att ge information till den enskilde avseende synpunkts- och klagomålshantering inklusive för var hon/han ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål
- Redovisning finns över inkomna synpunkter och klagomål samt vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa

Antal synpunkter och klagomål som inkommit de 12 senaste månaderna: 0

Kommentar



7. Samarbete/samverkan med beställaren, utförare och övriga myndigheter

- Rutin finns för hur ansvar och uppgifter ska fördelas mellan beställare och utförare
- Rutin finns för att utförare underrättar berörd nämnd om väsentliga förändringar i verksamheten
- Rutin finns för att utförare underrättar berörd nämnd om väsentliga förändringar kring den enskilde
- Rutin finns för hur samverkan med andra myndigheter till exempel habilitering, psykiatri och primärvård ska gå till

Kommentar

Gruppboenden följer förvaltningens rutiner och överenskommelser. Gruppboenden hade dessutom en egen rutin gällande samverkan, vilken behöver uppdateras.

8. Övriga rutiner

Finns dokumenterade arbetssätt och kontinuerlig fortbildning för att säkerställa

Ett respektfullt bemötande

Den enskildes trygghet

Metodutveckling

Utvecklar utföraren sina arbetssätt enligt en specifik metod?

I så fall enligt vilken metod:

Om inte: Görs metodutveckling på annat dokumenterat sätt?

I så fall hur: Kommunikationen förtydligas för brukarna genom att personalen använder sig av pictogram, teckenkommunikation och bilder.

Inflyttning

Rutiner finns vid inflyttning/börja och utflyttning/sluta

Kommentar

Muntlig rutin finns om hur det går till att stödja brukarna vid deras inflyttning och utflyttning. En skriftlig rutin kring ovanstående kommer snarast att upprättas, vilken kommer att granskas vid nästkommande uppföljning.

9. Lex Sarah enligt 23 e § 24 a-g §§ LSS; SOSFS 2011:5²

Rutin finns för anmälan/rapport enligt Lex Sarah

Rutin finns för att beställande stadsdelsnämnd omedelbart får kännedom om anmälan/rapport enligt Lex Sarah

Ingen anmälan/rapport enligt Lex Sarah har skett sedan föregående uppföljning

Om anmälan om Lex Sarah har gjorts; antal anmälningar _____, avseende:

Åtgärdsplan finns för dessa anmälningar

Om rapport om Lex Sarah har gjorts; antal rapporter _____, avseende:

Åtgärdsplan finns för dessa rapporter

Kommentar

Den rutin som finns enligt lex Sarah är preliminär och upprättad inom förvaltningen. Så snart stadens riktlinjer blir fastställda kommer en ny rutin att upprättas och fastställas.

² Rutinerna kring Lex Sarah ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

10. Barns skydd

Gäller både barn som finns i verksamheten och barn i verksamhetens närhet, t.ex. brukares barn eller syskon till barn som finns i verksamheten

- Personal har kunskap om anmälningsskyldigheten om socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd enligt 14 kap. 1 § SoL
- Rutin finns för anmälan enligt 14 kap. 1 § SoL

Kommentar

En rutin som säkerställer att personal blir informerade om anmälningsskyldigheten kommer att upprättas och implementeras i personalgruppen. Följs upp vid nästa uppföljningstillfälle.

11. Hantering av egna medel och nycklar

Be att få se eventuellt nyckel-/kassaskåp.

- Rutin finns för hantering av privata medel
- Rutin finns för hantering av nycklar

Kommentar

Rutiner finns, men ska uppdateras.

Definitioner och instruktioner:

- Med rutin avses dokumenterad aktuell beskrivning av arbetsätt eller metod
- Rutinen för nycklar ska avse både brukarnas egna nycklar och verksamhetens nycklar, t.ex. huvudnyckel och andra nycklar som ger personal tillgång till brukarens lägenhet

12. Systematiskt brandskyddsarbete³ (SBA) enligt lag 2003:778 om skydd mot olyckor 2 kap. § 2

Be att få se exempelvis brandsläckare och kontrollmärkning (dvs. datum när brandföretaget kontrollerade att den fungerade).

- Det finns en tydlig och fastställd brandskyddsorganisation
- Det finns en plan för egenkontroll av lokalerna och brandutrustning (släckare, filter etc.)
- Det finns en handlingsplan för brand
- Det finns en utrymningsplan
 - Utrymning övas regelbundet, med periodicitet: [redacted]. Senaste övningen genomfördes den: 2009 (ÅÅMMDD)

Kommentar

Vid uppföljningen granskades gruppbestadens SBA-pärm. Uppgift lämnades om att den som svarade för brandskyddet höll på med justeringar och uppdateringar av pärmen. Dessa

³ Det systematiska brandskyddsarbetet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

uppdateringar tas upp på gruppbestadens APT. Brandskyddsutbildning kommer att ske den 25 april 2012 och därefter kommer regelbundna utrymningsövningar att ske minst en gång per år. Dessa övningar ska dokumenteras i SBA-pärmen. Följs upp vid nästa uppföljningstillfälle. Brandskyddsinspektion gjordes 2011 utan anmärkning.

Definitioner och instruktioner:

- *Planerna ska vara aktuella, finnas lätt tillgängliga och/eller tydligt anslagna. Hänsyn ska tas till de särskilda behov som brukarna kan ha för att genomföra en utrymning*
- *Med periodicitet avses t.ex. 1 gång/år*

13. Kost

Det kan finnas stora skillnader i hur mycket stöd, om något, en brukare har behov av. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

Andel personal som har genomgått utbildning avseende kost, med hänsyn till brukarnas behov:

2

Andel personal på daglig verksamhet som har genomgått utbildning avseende livsmedelshygien:

Kommentar

Definitioner och instruktioner:

- *Kost: Utbildningen kan avse tillagning av specialkost, hälsofrämjande måltider, pedagogisk matlagning, tillagning av särskild kost av religiösa eller etiska skäl etc.*

14. Hygien och smittskydd (t.ex. MRSA och hepatit)

Det kan finnas stora skillnader i hur mycket stöd, om något, en brukare har behov av. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

All personal har utbildning i basala hygienrutiner

Utföraren arbetar med basala hygienrutiner i enlighet med vårdprogram om så behövs. Utrustning för detta finns tillgängligt för personalen (ex. engångshandskar, handsprit).

Kommentar

15. Medicintekniska produkter

Alla verksamheter har inte behov av medicintekniska produkter. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

Lokala rutiner finns i enlighet med SOSFS 2008:1⁴

Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, övrig utrustning, arbetstekniska, hjälpmedel, förbrukningsartiklar, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet.

Kommentar

16. Underskrifter



För utföraren

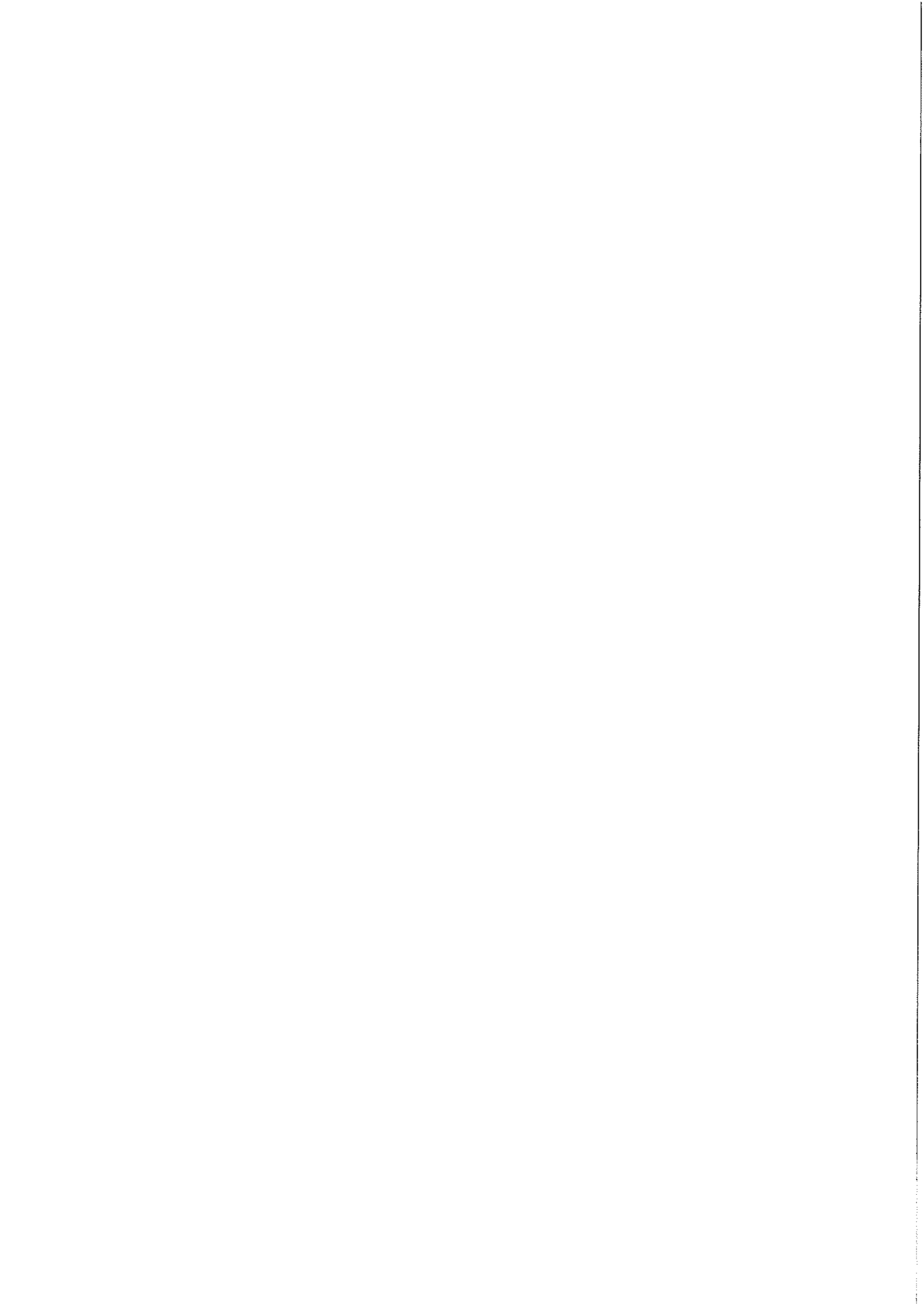
Jeanette Linhardt
Namnförtydligande



För Stockholms stad

Ellinor Forssmed-Östh
Namnförtydligande

⁴ Rutinerna för de medicintekniska produkterna ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter



**Mall för Uppföljning av utförare av LSS-verksamhet****A Basuppgifter**

Utförare och enhet	Rinkeby-Kista gruppbo­städer
Verksamhetens regi­form	<input checked="" type="checkbox"/> Kommunal regi <input type="checkbox"/> Enskild (privat) regi <input type="checkbox"/> Entreprenad
Tillstånd från Socialstyrelsen	<input type="checkbox"/> Datum fr.o.m.- t.o.m. [redacted]
Tillståndets omfattning (platser, insatser etc.)	[redacted]
För kommunal regi, anmälan till socialstyrelsen gjord den (datum)	2009
Inriktning på verksamheten	Gruppbo­stad enligt LSS
Antal brukare i verksamheten	6
Varav från Stockholms Stad	6
Avtalspart/nämnd	Rinkeby-Kista stadsdelsnämnd
Adress	Kista alléväg 37
Verksamhetschef/enhetschef	Jeanette Linhardt
Telefon	08 508 01492
Hemsida	Gruppbo­staden har ingen egen hemsida
Jämför service är uppdaterad	2011
Metod för uppföljningen (platsbesök, intervju etc.)	Platsbesök, intervju, granskning av dok.
Uppföljningen utförd av	Ellinor Forssmed-Östh och Mikael Holmgren
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Jeanette Linhardt, Sonia Selander, Tomas Crona, Mikael Karlberg
Datum för uppföljningen	2012 03 01
Datum för föregående uppföljning	2008 09 26

B Uppföljning

Hela eller delar av dokumentet kan komma att publiceras på Jämför service, www.stockholm.se. Tänk på att formulera texten som en redovisning av fakta och var försiktig med värderingar.

Om något område inte är relevant vid uppföljningen, skriv en kommentar om varför frågan inte besvaras.

1. Sammanfattande bedömning

Den sammanfattande bedömningen ska ge en allmän objektiv bedömning av verksamheten.

Samlad bedömning av uppföljningen: Den sammantagna bedömningen är att den verksamhet som bedrivs är god, personalen har varit anställd under lång tid och känner brukarna och deras behov mycket väl. Verksamheten bytte inriktning från gruppbostad i "gammal norm" till en ny gruppbostad med fullvärdiga lägenheter för sex brukare under första kvartalet 2011, då nya fräscha lokaler stod färdiga för inflyttning i Kista Gård. Vid uppföljningen framkom att det *saknades några rutiner och någon rutin behövde uppdateras.*

- Rutin avseende brukares möjlighet att byta stödperson
- Rutiner vid brukares inflyttning till respektive utflyttning från gruppboستaden.
- Rutin som säkerställer informationen till personal gällande barns skydd, enligt 14 kap. 1 § SoL
- Rutin för samverkan med andra myndigheter ex habiliteringen.

Inga avvikelser finns

Vissa avvikelser finns som åtgärdas i samråd med beställaren senast till nästa uppföljning – se detaljkommentarer i respektive punkt

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast: [] (ÅÅMMDD)

Nytt möte för uppföljning av avvikelser bokad: [] (ÅÅMMDD)

Följande avvikelser kräver omedelbara åtgärder och uppföljningsmöte: []

2. Ekonomi och administration

Välj ut ett antal brukare innan besöket. Paraplysamordnaren kan ta fram uppgifter på brukare och fakturaunderlag.

Rutin finns för avstämning med beställaren för reglering av ersättning

Rutin finns för avvikelserapportering

Fakturorna avser rätt period gentemot beställningen

Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning (dvs. antalet utförda timmar och vem det avser med namnkod)

Kommentar

All ekonomidokumentation och ekonomihantering sköts via Paraplyt och ParaSol.

Definitioner och instruktioner:

- Med rutiner avses dokumenterade aktuella beskrivningar av arbetsätt eller metod
- Om verksamheten drivs på entreprenad ska även skatter och dylikt följas upp enligt förvaltningens egna rutiner (exempelvis genom skatteverkets SKV 4820)

3. Ledning och personal

3.1 Ledningssystem¹

Kompletta ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2011:9

Arbete med att ta fram ett ledningssystem i enlighet med SOSFS 2011:9 pågår

Kommentar

Förvaltningen arbetar för närvarande med att ta fram ett ledningssystem enligt SOSFS 2011:9, vilket nämnden beräknas ta beslut om våren 2012. Enheten har rutiner gällande dokumentation, introduktion av ny personal, sekretess och tystnadsplikt, synpunkts- och klagomålshantering, prel rutin gällande Lex Sarah.

3.2 Ledning

Enhetschef/den som förestår verksamheten (enligt socialstyrelsens tillstånd) har:

Dokumenterad arbetsledarerfarenhet och högskoleutbildning, med inriktning mot funktionsnedsättning/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller funktionsnedsättning/omsorg. I utbildningen skall ingående kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd inom verksamhetsområdet ingå

Minst 3 års praktisk erfarenhet av arbete heltid med personer med funktionsnedsättning, eller som arbetsledare inom verksamhetsområdet

Kommentar

Enhetschefen har 14 års dokumenterad arbetsledarerfarenhet inom verksamhetsområdet.

Enhetschefen har högskoleutbildning motsvarande 50p +15hp.

3.3 Personal

Totalt antal anställda personer på enheten: 10

Totalt antal anställda på enheten omräknat till helårsanställningar: 8,83

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

Ja

Nej

3.4 Personalomsättningen i procent har under de senaste 12 månaderna varit:

¹ Ledningssystemet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

0

Eventuell personalomsättning beror på:

-

3.5 Personalens sjukfrånvaro i procent har under de senaste 12 månaderna varit:
2,30%

Sjukfrånvarons fördelning på kort-/långtidsfrånvaro är:

Kort = 1,72 % Lång = 0,58%

3.6 Personalens kompetens totalt (oavsett anställningsform)

Personal ska ha adekvat utbildning, det vill säga minst gymnasial utbildning med inriktning mot t.ex. funktionsnedsättning/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller funktionsnedsättningar. Saknas adekvat utbildning ska minst två års erfarenhet av yrkesområdet vara dokumenterat.

Kompetens

90% Hur stor andel i % av personalen har adekvat utbildning eller mer än två års dokumenterad yrkeserfarenhet?

Språkfärdighet

100% Hur stor andel i % av personalen behärskar nöjaktigt det svenska språket i tal?

100% Hur stor andel i % av personalen behärskar nöjaktigt det svenska språket i skrift?

3.7 Personalens anställningsformer

90% Hur stor andel i % av den schemalagda personalen är tillsvidareanställda?
(beräknat på 10 personer)

3.8 Rutiner för kompetensutveckling, introduktion och handledning

Plan finns för personalens kompetensutveckling (inkl färdighet i det svenska språket i tal och skrift)

Rutin finns för introduktion av nyanställda.

Rutin finns för information om sekretesslagstiftningen

Handledning (extern) finns att tillgå

Kommentar

Enheten har metodhandledning, med inriktning på bemötande och förhållningssätt mot brukarna. För den medarbetare som saknar kompetens inom funktionsnedsättning är en utbildning inplanerad.

Definitioner och instruktioner:

- 3.6: *Språkfärdigheten bedöms av enhetschef/den som förestår verksamheten och kontrolleras via brukarundersökning och status på social dokumentation*

4. Stödperson och personal runt brukaren

Det finns en eller flera dokumenterad(e) stödperson(er) för varje brukare.

Brukaren har möjlighet att byta stödperson enligt en given rutin.

Rutin finns för hur personal introduceras för en (för personalen) ny brukare

- Utföraren har en rutin för att fastställa och uppnå brukarens behov av kontinuitet
- Utföraren har en rutin för att fastställa brukarens behov av ev. minimering av antalet personal

Kommentar

Enheten har som policy att brukaren får möjlighet att byta stödperson. En dokumenterad rutin om hur detta går till ska upprättas.

5. Dokumentation med utgångspunkt från riktlinjerna

Dokumentationen ska föras på ett respektfullt sätt utifrån den enskildes integritet och de tre vägledande uttrycken: tillräcklig, väsentlig och korrekt.

5.1 Övergripande dokumentation

- Det finns löpande dokumentation
Antal brukares löpande dokumentation som kontrollerades vid uppföljningen: 6
- Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt
- Det finns en rutin för hur avslut av insats ska utföras
- Genomförandeplaner finns för samtliga brukare
- Ange andel i % för andelen brukare som inte har genomförandeplan
- Samtliga brukare och/eller dess företrädare deltar vid upprättande av genomförandeplan
- Ange andel i % av brukarna och/eller dess företrädare som inte deltar vid upprättande av genomförandeplan
- Samtliga genomförandeplaner har upprättats inom två veckor från insatsens början
- Ange andel i % av genomförandeplaner som upprättats inom två veckor
- Utföraren dokumenterar frånvaro av insats som en avvikelse gentemot genomförandeplan

Kommentar

5.2 Genomförandeplaner

Genomförandeplanerna innehåller:

- Stödpersonens namn
- Sammanfattning av beställningen
- Vad som ingår i insatsen (t ex stöd avseende att handla, tvätta eller vad den enskilde behöver för stöd för att klara av att delta på en sysselsättningsverksamhet, etc)
- Den enskildes fritid och det stöd som behövs finns tydligt beskrivet i genomförandeplanen
- Mål, delmål och syfte med insatsen
- Hur och När insatsen ska genomföras (arbetssätt) och Vem som ska ge stödet

Datum för utförarens/beställarens uppföljning av genomförandeplanen

Underskrift av enhetschef/den som förestår verksamheten

Underskrift av den enskilde och/eller dess företrädare

Antal genomförandeplaner som kontrollerades vid uppföljningen: 6

Kommentar

Underskrift av den enskilde / företrädare saknades i en av genomförandeplanerna.

Definitioner och instruktioner:

- 5.1: Med förvaring på betryggande sätt menas inlåsta i ett brandsäkert arkivskåp

6. Synpunkts- och klagomålshantering

Rutin finns för synpunkts- och klagomålshantering

Rutin finns för uppföljning och utvärdering av synpunkts- och klagomålshanteringen

Rutin finns för att ge information till den enskilde avseende synpunkts- och klagomålshanteringen inklusive för var hon/han ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål

Redovisning finns över inkomna synpunkter och klagomål samt vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa

Antal synpunkter och klagomål som inkommit de 12 senaste månaderna: 1

Kommentar

Ett klagomål från anhörig gällande information.

7. Samarbete/samverkan med beställaren, utförare och övriga myndigheter

Rutin finns för hur ansvar och uppgifter ska fördelas mellan beställare och utförare

Rutin finns för att utförare underrättar berörd nämnd om väsentliga förändringar i verksamheten

Rutin finns för att utförare underrättar berörd nämnd om väsentliga förändringar kring den enskilde

Rutin finns för hur samverkan med andra myndigheter till exempel habilitering, psykiatri och primärvård ska gå till

Kommentar

Uppdateras under mars 2012.

8. Övriga rutiner

Finns dokumenterade arbetssätt och kontinuerlig fortbildning för att säkerställa

Ett respektfullt bemötande

Den enskildes trygghet

Metodutveckling

Utvecklar utföraren sina arbetssätt enligt en specifik metod?

I så fall enligt vilken metod:

Om inte: Görs metodutveckling på annat dokumenterat sätt?

I så fall hur: Verksamheten arbetar med utveckling av kommunikation genom bilder, piktogram och livsberättelser.

Inflyttning

Rutiner finns vid inflyttning/börja och utflyttning/sluta

Kommentar

Dokumenterade rutiner gällande inflyttning och utflyttning saknas och ska upprättas.

9. Lex Sarah enligt 23 e § 24 a-g §§ LSS; SOSFS 2011:5²

Rutin finns för anmälan/rapport enligt Lex Sarah

Rutin finns för att beställande stadsdelsnämnd omedelbart får kännedom om anmälan/rapport enligt Lex Sarah

Ingen anmälan/rapport enligt Lex Sarah har skett sedan föregående uppföljning

Om anmälan om Lex Sarah har gjorts; antal anmälningar , avseende:

Åtgärdsplan finns för dessa anmälningar

Om rapport om Lex Sarah har gjorts; antal rapporter , avseende:

Åtgärdsplan finns för dessa rapporter

Kommentar

² Rutinerna kring Lex Sarah ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

10. Barns skydd

Gäller både barn som finns i verksamheten och barn i verksamhetens närhet, t.ex. brukares barn eller syskon till barn som finns i verksamheten

- Personal har kunskap om anmälningsskyldigheten om socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd enligt 14 kap. 1 § SoL
- Rutin finns för anmälan enligt 14 kap. 1 § SoL

Kommentar

Dokumenterad rutin för hur information till personal ska gå till ska upprättas.

11. Hantering av egna medel och nycklar

Be att få se eventuellt nyckel-/kassaskåp.

- Rutin finns för hantering av privata medel
- Rutin finns för hantering av nycklar

Kommentar

██████████

Definitioner och instruktioner:

- *Med rutin avses dokumenterad aktuell beskrivning av arbetsätt eller metod*
- *Rutinen för nycklar ska avse både brukarnas egna nycklar och verksamhetens nycklar, t.ex. huvudnyckel och andra nycklar som ger personal tillgång till brukarens lägenhet*

12. Systematiskt brandskyddsarbete³ (SBA) enligt lag 2003:778 om skydd mot olyckor 2 kap. § 2

Be att få se exempelvis brandsläckare och kontrollmärkning (dvs. datum när brandföretaget kontrollerade att den fungerade).

- Det finns en tydlig och fastställd brandskyddsorganisation
 - Det finns en plan för egenkontroll av lokalerna och brandutrustning (släckare, filter etc.)
 - Det finns en handlingsplan för brand
- Det finns en utrymningsplan
 - Utrymning övas regelbundet, med periodicitet: ██████████. Senaste övningen genomfördes den: 2009 (ÅÅMMDD)

Kommentar

Gruppbestaden är ny och brandbesiktades av byggherren den 25 maj 2011. Dessutom hade verksamheten kontakt och besök av Kista brandförsvaret den 1 juni 2011. Den SBA pärm som verksamheten förfogar över måste aktualiseras. En rutin gällande egenkontroll av lokalerna

³ Det systematiska brandskyddsarbetet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

bör finnas i pärmen och uppdateras kontinuerligt. En tydlig handlingsplan gällande brand måste anslås både synligt i lokalen och i SBA-pärmen. En brandskyddsutbildning genomförs den 25 april 2012. Utbildningen ska dokumenteras och anslås i SBA pärmen.

Definitioner och instruktioner:

- *Planerna ska vara aktuella, finnas lätt tillgängliga och/eller tydligt anslagna. Hänsyn ska tas till de särskilda behov som brukarna kan ha för att genomföra en utrymning*
- *Med periodicitet avses t.ex. 1 gång/år*

13. Kost

Det kan finnas stora skillnader i hur mycket stöd, om något, en brukare har behov av. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

Andel personal som har genomgått utbildning avseende kost, med hänsyn till brukarnas behov:

2

Andel personal på daglig verksamhet som har genomgått utbildning avseende livsmedelshygien:



Kommentar



Definitioner och instruktioner:

- *Kost: Utbildningen kan avse tillagning av specialkost, hälsofrämjande måltider, pedagogisk matlagning, tillagning av särskild kost av religiösa eller etiska skäl etc.*

14. Hygien och smittskydd (t.ex. MRSA och hepatit)

Det kan finnas stora skillnader i hur mycket stöd, om något, en brukare har behov av. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

All personal har utbildning i basala hygienrutiner

Utföraren arbetar med basala hygienrutiner i enlighet med vårdprogram om så behövs. Utrustning för detta finns tillgängligt för personalen (ex. engångshandskar, handsprit).

Kommentar



15. Medicintekniska produkter

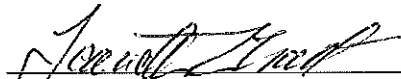
Alla verksamheter har inte behov av medicintekniska produkter. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

- Lokala rutiner finns i enlighet med SOSFS 2008:1⁴
- Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, övrig utrustning, arbetstekniska, hjälpmedel, förbrukningsartiklar, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet.

Kommentar

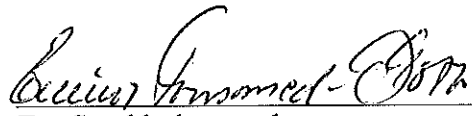
Finns inget behov i verksamheten.

16. Underskrifter



För utföraren

Jeanette Linhardt
Namnförtydligande



För Stockholms stad

Ellinor Forssmed-Östh
Namnförtydligande

⁴ Rutinerna för de medicintekniska produkterna ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

**Mall för Uppföljning av utförare av LSS-verksamhet****A Basuppgifter**

Utförare och enhet	Rinkeby-Kista gruppbo­städer
Verksamhetens regi­form	<input checked="" type="checkbox"/> Kommunal regi <input type="checkbox"/> Enskild (privat) regi <input type="checkbox"/> Entreprenad
Tillstånd från Socialstyrelsen	<input type="checkbox"/> Datum fr.o.m.- t.o.m. [redacted]
Tillståndets omfattning (platser, insatser etc.)	[redacted]
För kommunal regi, anmälan till socialstyrelsen gjord den (datum)	2009
Inriktning på verksamheten	Servicebostäder enligt LSS, Senior I
Antal brukare i verksamheten	8
Varav från Stockholms Stad	8
Avtalspart/nämnd	Rinkeby-Kista stadsdelsnämnd
Adress	Kista Torg 3
Verksamhetschef/enhetschef	Jeanette Linhardt
Telefon	08 508 01492
Hemsida	[redacted]
Jämför service är uppdaterad	2011
Metod för uppföljningen (platsbesök, intervju etc.)	Platsbesök, intervju, granskning av dokument
Uppföljningen utförd av	Ellinor Forssmed-Östh och Mikael Holmgren
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Jeanette Linhardt, Eva Max, Aronita Lal
Datum för uppföljningen	2012 03 09
Datum för föregående uppföljning	2008 10 24

B Uppföljning

Hela eller delar av dokumentet kan komma att publiceras på Jämför service, www.stockholm.se. Tänk på att formulera texten som en redovisning av fakta och var försiktig med värderingar.

Om något område inte är relevant vid uppföljningen, skriv en kommentar om varför frågan inte besvaras.

1. Sammanfattande bedömning

Den sammanfattande bedömningen ska ge en allmän objektiv bedömning av verksamheten.

Samlad bedömning av uppföljningen: Den sammantagna bedömningen är att den verksamhet som bedrivs är god och personalen är mån om de brukare som finns i verksamheten. Det finns dock en brist som verksamheten måste arbeta mera fokuserat omkring och det gäller framförallt dokumentationen. Personalen måste ges mera stöd i detta. Det fanns också ett antal *rutiner som behöver upprättas*:

- Rutin avseende brukares möjlighet att byta stödperson.
- Rutin för hur personal introduceras för en ny brukare
- Rutin vid brukares inflyttning resp utflyttning från gruppboenden
- Rutin som säkerställer informationen till personal gällande barns skydd, enligt 14 kap. 1 § SoL

Inga avvikelser finns

Vissa avvikelser finns som åtgärdas i samråd med beställaren senast till nästa uppföljning – se detaljkommentarer i respektive punkt

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast: [] (ÅÅMMDD)

Nytt möte för uppföljning av avvikelser bokat: [] (ÅÅMMDD)

Följande avvikelser kräver omedelbara åtgärder och uppföljningsmöte: []

2. Ekonomi och administration

Välj ut ett antal brukare innan besöket. Paraplysamordnaren kan ta fram uppgifter på brukare och fakturaunderlag.

Rutin finns för avstämning med beställaren för reglering av ersättning

Rutin finns för avvikelserapportering

Fakturorna avser rätt period gentemot beställningen

Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning (dvs. antalet utförda timmar och vem det avser med namnkod)

Kommentar

Nattschablon faktureras manuellt och resten sköts via Paraplyet.

Definitioner och instruktioner:

- Med rutiner avses dokumenterade aktuella beskrivningar av arbetsätt eller metod
- Om verksamheten drivs på entreprenad ska även skatter och dylikt följas upp enligt förvaltningens egna rutiner (exempelvis genom skatteverkets SKV 4820)

3. Ledning och personal

3.1 Ledningssystem¹

Kompletta ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2011:9

Arbete med att ta fram ett ledningssystem i enlighet med SOSFS 2011:9 pågår

Kommentar

Förvaltningen arbetar för närvarande med att ta fram ett ledningssystem enligt SOSFS 2011:9, vilket nämnden beräknas besluta om våren 2012. Enheten har rutiner gällande dokumentation, introduktion av ny personal, sekretess och tystnadsplikt, synpunkts- och klagomålshantering, prel rutin gällande lex Sarah.

3.2 Ledning

Enhetschef/den som förestår verksamheten (enligt socialstyrelsens tillstånd) har:

Dokumenterad arbetsledarerfarenhet och högskoleutbildning, med inriktning mot funktionsnedsättning/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller funktionsnedsättning/omsorg. I utbildningen skall ingående kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd inom verksamhetsområdet ingå

Minst 3 års praktisk erfarenhet av arbete heltid med personer med funktionsnedsättning, eller som arbetsledare inom verksamhetsområdet

Kommentar

Enhetschefen har 14 års dokumenterad arbetsledarerfarenhet inom verksamhetsområdet.

Enhetschefen har högskoleutbildning motsvarande 50p + 15 hp.

3.3 Personal

Totalt antal anställda personer på enheten: 13

Totalt antal anställda på enheten omräknat till helårsanställningar: 10,86

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

Ja

Nej

¹ Ledningssystemet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

3.4 Personalomsättningen i procent har under de senaste 12 månaderna varit:

23% (3 av 13)

Eventuell personalomsättning beror på:

Byte av yrke och hälsoskäl.

3.5 Personalens sjukfrånvaro i procent har under de senaste 12 månaderna varit:

14,12%

Sjukfrånvarons fördelning på kort-/långtidsfrånvaro är:

Korttidsfrånvaro = 2,8% Långtidsfrånvaro = 11,32%

3.6 Personalens kompetens totalt (oavsett anställningsform)

Personal ska ha adekvat utbildning, det vill säga minst gymnasial utbildning med inriktning mot t.ex. funktionsnedsättning/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller funktionsnedsättningar. Saknas adekvat utbildning ska minst två års erfarenhet av yrkesområdet vara dokumenterat.

Kompetens

100% Hur stor andel i % av personalen har adekvat utbildning eller mer än två års dokumenterad yrkeserfarenhet?

Språkfärdighet

100% Hur stor andel i % av personalen behärskar nöjaktigt det svenska språket i tal?

100% Hur stor andel i % av personalen behärskar nöjaktigt det svenska språket i skrift?

3.7 Personalens anställningsformer

100% Hur stor andel i % av den schemalagda personalen är tillsvidareanställda?

3.8 Rutiner för kompetensutveckling, introduktion och handledning

Plan finns för personalens kompetensutveckling (inkl färdighet i det svenska språket i tal och skrift)

Rutin finns för introduktion av nyanställda.

Rutin finns för information om sekretesslagstiftningen

Handledning (extern) finns att tillgå

Kommentar

Enheten har inte haft någon extern handledning sedan 2006. Det har ej funnits något påkallat behov.

Definitioner och instruktioner:

- 3.6: *Språkfärdigheten bedöms av enhetschef/den som förestår verksamheten och kontrolleras via brukarundersökning och status på social dokumentation*

4. Stödperson och personal runt brukaren

- Det finns en eller flera dokumenterad(e) stödperson(er) för varje brukare.
- Brukaren har möjlighet att byta stödperson enligt en given rutin.
- Rutin finns för hur personal introduceras för en (för personalen) ny brukare
- Utföraren har en rutin för att fastställa och uppnå brukarens behov av kontinuitet
- Utföraren har en rutin för att fastställa brukarens behov av ev. minimering av antalet personal

Kommentar

Det finns ingen dokumenterad rutin avseende brukarens möjlighet att byta stödperson. En sådan ska snarast upprättas. Ej heller finns någon dokumenterad rutin avseende introduktion av ny brukare. Upprättas.

5. Dokumentation med utgångspunkt från riktlinjerna

Dokumentationen ska föras på ett respektfullt sätt utifrån den enskildes integritet och de tre vägledande uttrycken: tillräcklig, väsentlig och korrekt.

5.1 Övergripande dokumentation

- Det finns löpande dokumentation
- Antal brukares löpande dokumentation som kontrollerades vid uppföljningen: 8
- Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt
- Det finns en rutin för hur avslut av insats ska utföras
- Genomförandeplaner finns för samtliga brukare
- Ange andel i % för andelen brukare som inte har genomförandeplan
- Samtliga brukare och/eller dess företrädare deltar vid upprättande av genomförandeplan
- Ange andel i % av brukarna och/eller dess företrädare som inte deltar vid upprättande av genomförandeplan
- Samtliga genomförandeplaner har upprättats inom två veckor från insatsens början
- Ange andel i % av genomförandeplaner som upprättats inom två veckor
- Utföraren dokumenterar frånvaro av insats som en avvikelse gentemot genomförandeplan

Kommentar

Dokumentationen är bristfällig. Det förekom kommentarer om hälsa och liknande som sedan inte följdes upp på något ställe i dokumentationen, även den sociala dokumentationen avseende bland annat brukarens aktiviteter är knapphändig och bör förbättras.

5.2 Genomförandeplaner

Genomförandeplanerna innehåller:

- Stödpersonens namn
- Sammanfattning av beställningen
- Vad som ingår i insatsen (t ex stöd avseende att handla, tvätta eller vad den enskilde behöver för stöd för att klara av att delta på en sysselsättningsverksamhet, etc)
- Den enskildes fritid och det stöd som behövs finns tydligt beskrivet i genomförandeplanen
- Mål, delmål och syfte med insatsen
- Hur och När insatsen ska genomföras (arbetssätt) och Vem som ska ge stödet
- Datum för utförarens/beställarens uppföljning av genomförandeplanen
- Underskrift av enhetschef/den som förestår verksamheten
- Underskrift av den enskilde och/eller dess företrädare

Antal genomförandeplaner som kontrollerades vid uppföljningen: 8

Kommentar



Definitioner och instruktioner:

- 5.1: Med förvaring på betryggande sätt menas inlåsta i ett brandsäkert arkivskåp

6. Synpunkts- och klagomålshantering

- Rutin finns för synpunkts- och klagomålshantering
- Rutin finns för uppföljning och utvärdering av synpunkts- och klagomålshantering
- Rutin finns för att ge information till den enskilde avseende synpunkts- och klagomålshantering inklusive för var hon/han ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål
- Redovisning finns över inkomna synpunkter och klagomål samt vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa

Antal synpunkter och klagomål som inkommit de 12 senaste månaderna: 2

Kommentar

Ett klagomål handlade om att brukaren inte var nöjd med sin stödperson och önskade byta, vilket beaktades. Det andra klagomålet handlade om dåligt bemötande från en personal, vilket togs upp och behandlades enligt enhetens rutiner.

7. Samarbete/samverkan med beställaren, utförare och övriga myndigheter

- Rutin finns för hur ansvar och uppgifter ska fördelas mellan beställare och utförare
- Rutin finns för att utförare underrättar berörd nämnd om väsentliga förändringar i verksamheten
- Rutin finns för att utförare underrättar berörd nämnd om väsentliga förändringar kring den enskilde
- Rutin finns för hur samverkan med andra myndigheter till exempel habilitering, psykiatri och primärvård ska gå till

Kommentar

En överenskommelse finns med landstinget. Enheten har rutiner kring samverkan med Kista vårdcentral. Rutiner finns kring hur kontakter tas och hur handlingsplaner upprättas med Järva psykiatri. Dessa rutiner är gamla och uppdatering pågår.

8. Övriga rutiner

Finns dokumenterade arbetssätt och kontinuerlig fortbildning för att säkerställa

- Ett respektfullt bemötande
- Den enskildes trygghet

Kommentar: Enheten har upprättat en gemensam värdegrund som tas upp och diskuteras på enhetens personalmöten med jämna mellanrum.

Metodutveckling

- Utvecklar utföraren sina arbetssätt enligt en specifik metod?
I så fall enligt vilken metod:

- Om inte: Görs metodutveckling på annat dokumenterat sätt?

I så fall hur: Enheten arbetar efter upprättade strukturer för varje brukare, bildkommunikation, husmöten.

Inflyttning

- Rutiner finns vid inflyttning/börja och utflyttning/sluta

Kommentar

Det finns inga dokumenterade rutiner som gäller inflyttning och utflyttning. Dessa ska snarast upprättas.

9. Lex Sarah enligt 23 e § 24 a-g §§ LSS; SOSFS 2011:5²

- Rutin finns för anmälan/rapport enligt Lex Sarah
- Rutin finns för att beställande stadsdelsnämnd omedelbart får kännedom om anmälan/rapport enligt Lex Sarah
- Ingen anmälan/rapport enligt Lex Sarah har skett sedan föregående uppföljning

Om anmälan om Lex Sarah har gjorts; antal anmälningar 2 , avseende: Stöld (2010) och bemötande(2008)

- Åtgärdsplan finns för dessa anmälningar
- Om rapport om Lex Sarah har gjorts; antal rapporter , avseende: [REDACTED]
- Åtgärdsplan finns för dessa rapporter

Kommentar

10. Barns skydd

Gäller både barn som finns i verksamheten och barn i verksamhetens närhet, t.ex. brukares barn eller syskon till barn som finns i verksamheten

- Personal har kunskap om anmälningsskyldigheten om socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd enligt 14 kap. 1 § SoL
- Rutin finns för anmälan enligt 14 kap. 1 § SoL

Kommentar

Kunskapen saknas och rutin för hur informationen ska gå till kommer att upprättas.

11. Hantering av egna medel och nycklar

Be att få se eventuellt nyckel-/kassaskåp.

- Rutin finns för hantering av privata medel
- Rutin finns för hantering av nycklar

Kommentar

Definitioner och instruktioner:

- Med rutin avses dokumenterad aktuell beskrivning av arbetssätt eller metod
- Rutinen för nycklar ska avse både brukarnas egna nycklar och verksamhetens nycklar, t.ex. huvudnyckel och andra nycklar som ger personal tillgång till brukarens lägenhet

² Rutinerna kring Lex Sarah ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

12. Systematiskt brandskyddsarbete³ (SBA) enligt lag 2003:778 om skydd mot olyckor 2 kap. § 2

Be att få se exempelvis brandsläckare och kontrollmärkning (dvs. datum när brandföretaget kontrollerade att den fungerade).

- Det finns en tydlig och fastställd brandskyddsorganisation
- Det finns en plan för egenkontroll av lokalerna och brandutrustning (släckare, filter etc.)
- Det finns en handlingsplan för brand
- Det finns en utrymningsplan
- Utrymning övas regelbundet, med periodicitet: [REDACTED]. Senaste övningen genomfördes den: 2009 (ÅÅMMDD)

Kommentar

En brandövning kommer att genomföras den 25 april 2012 och därefter kommer regelbundna utrymningsövningar att ske minst en gång per år. Dokumentation kring övningarna ska ske i enhetens SBA pärm, så att de går att följa. Vartannat år kommer enheten att satsa på hjärt-lung räddning och vartannat år kommer en grundligare satsning på brandskyddet att ske. Dokumentationen i SBA pärm kommer att följas upp vid nästa tillfälle.

Definitioner och instruktioner:

- Planerna ska vara aktuella, finnas lätt tillgängliga och/eller tydligt anslagna. Hänsyn ska tas till de särskilda behov som brukarna kan ha för att genomföra en utrymning
- Med periodicitet avses t.ex. 1 gång/år

13. Kost

Det kan finnas stora skillnader i hur mycket stöd, om något, en brukare har behov av. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

Andel personal som har genomgått utbildning avseende kost, med hänsyn till brukarnas behov: 5 av 13 personal har nyligen genomgått utbildning avseende kost.

[REDACTED]

Andel personal på daglig verksamhet som har genomgått utbildning avseende livsmedelshygien:

[REDACTED]

Kommentar

[REDACTED]

Definitioner och instruktioner:

- *Kost: Utbildningen kan avse tillagning av specialkost, hälsofrämjande måltider, pedagogisk matlagning, tillagning av särskild kost av religiösa eller etiska skäl etc.*

³ Det systematiska brandskyddsarbetet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

14. Hygien och smittskydd (t.ex. MRSA och hepatit)

Det kan finnas stora skillnader i hur mycket stöd, om något, en brukare har behov av. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

- All personal har utbildning i basala hygienrutiner
- Utföraren arbetar med basala hygienrutiner i enlighet med vårdprogram om så behövs. Utrustning för detta finns tillgängligt för personalen (ex. engångshandskar, handsprit).

Kommentar

MRSA förekommer på enheten varför personalen är välutbildade i detta. Kontinuerlig utbildning planeras av förvaltningens MAS.


15. Medicintekniska produkter

Alla verksamheter har inte behov av medicintekniska produkter. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.


- Lokala rutiner finns i enlighet med SOSFS 2008:1⁴
- Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, övrig utrustning, arbetstekniska, hjälpmedel, förbrukningsartiklar, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet.

Kommentar

16. Underskrifter


För utföraren

Jeanette Linhardt
Namnförtydligande


För Stockholms stad

Ellinor Forssmed-Östh
Namnförtydligande

⁴ Rutinerna för de medicintekniska produkterna ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

**Mall för Uppföljning av utförare av LSS-verksamhet****A Basuppgifter**

Utförare och enhet	Rinkeby-Kista gruppbestäder
Verksamhetens regiform	<input checked="" type="checkbox"/> Kommunal regi <input type="checkbox"/> Enskild (privat) regi <input type="checkbox"/> Entreprenad
Tillstånd från Socialstyrelsen	<input type="checkbox"/> Datum fr.o.m.- t.o.m. [redacted]
Tillståndets omfattning (platser, insatser etc.)	[redacted]
För kommunal regi, anmälan till socialstyrelsen gjord den (datum)	2009
Inriktning på verksamheten	Gruppbestad enligt LSS, Senior 2
Antal brukare i verksamheten	6
Varav från Stockholms Stad	6
Avtalspart/nämnd	Rinkeby-Kista stadsdelsnämnd
Adress	Kista Torg 3
Verksamhetschef/enhetschef	Jeanette Linhardt
Telefon	08 508 01492
Hemsida	[redacted]
Jämför service är uppdaterad	2011
Metod för uppföljningen (platsbesök, intervju etc.)	Platsbesök, intervju, granskning av dokument
Uppföljningen utförd av	Ellinor Forssmed-Östh, Gunilla Berg
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Jeanette Linhardt, Eva Max, Marie Persson, Börje Sjödin
Datum för uppföljningen	2012 03 30
Datum för föregående uppföljning	2008 10 23

B Uppföljning

Hela eller delar av dokumentet kan komma att publiceras på Jämför service, www.stockholm.se. Tänk på att formulera texten som en redovisning av fakta och var försiktig med värderingar.

Om något område inte är relevant vid uppföljningen, skriv en kommentar om varför frågan inte besvaras.

1. Sammanfattande bedömning

Den sammanfattande bedömningen ska ge en allmän objektiv bedömning av verksamheten.

Samlad bedömning av uppföljningen: Den samlade bedömningen är att den verksamhet som bedrivs är god, en stabil personalgrupp som värnar om de brukare som bor i gruppboenden. Verksamheten deltar i stadens övergripande projekt "verksamhet och hälsa". Syftet är att utveckla det dagliga arbetet och göra det mera synligt och därigenom skapa en friskare arbetsplats för personalen. (se bilaga) Uppföljningen visade att det finns brister i det systematiska brandskyddsarbetet och detta ska vara åtgärdat senast den 1 juli 2012. Den löpande dokumentationen är ett utvecklingsområde. Dessutom finns det *några rutiner som bör upprättas och något som bör uppdateras*.

- Rutin avseende brukarens möjlighet att byta stödperson
- Rutin för hur personal introduceras för en ny brukare
- Rutin vid brukares inflyttning resp utflyttning från gruppboendet
- Rutin som säkerställer informationen till personal gällande barns skydd, enligt 14 kap. 1 § SoL
- Rutiner kring samverkan med Kista vårdcentral (uppdateras)

Inga avvikelser finns

Vissa avvikelser finns som åtgärdas i samråd med beställaren senast till nästa uppföljning – se detaljkommentarer i respektive punkt

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast: 2012 07 01. Verksamhetens systematiska brandskyddsarbete (SBA).

Nytt möte för uppföljning av avvikelser bokat: 2012 06 29 (ÅÅMMDD)

Följande avvikelser kräver omedelbara åtgärder och uppföljningsmöte:

2. Ekonomi och administration

Välj ut ett antal brukare innan besöket. Paraplysamordnaren kan ta fram uppgifter på brukare och fakturaunderlag.

Rutin finns för avstämning med beställaren för reglering av ersättning

Rutin finns för avvikelserrapportering

Fakturorna avser rätt period gentemot beställningen

- Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning (dvs. antalet utförda timmar och vem det avser med namnkod)

Kommentar

Ekonomi redovisas och hanteras inom förvaltningens rutiner i ParaSol och Paraplyt för fakturering av utförda insatser.

Definitioner och instruktioner:

- *Med rutiner avses dokumenterade aktuella beskrivningar av arbetssätt eller metod*
- *Om verksamheten drivs på entreprenad ska även skatter och dylikt följas upp enligt förvaltningens egna rutiner (exempelvis genom skatteverkets SKV 4820)*

3. Ledning och personal

3.1 Ledningssystem¹

- Kompletta ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2011:9

Arbete med att ta fram ett ledningssystem i enlighet med SOSFS 2011:9 pågår

Kommentar

Förvaltningen arbetar för närvarande med att ta fram ett ledningssystem enligt SOSFS 2011:9, vilket nämnden beräknas kunna fatta beslut om våren 2012. Enheten har dock rutiner avseende dokumentation, introduktion av ny personal, sekretess och tystnadsplikt, synpunkts- och klagomålshantering, prel rutin lex Sarah.

3.2 Ledning

Enhetschef/den som förestår verksamheten (enligt socialstyrelsens tillstånd) har:

Dokumenterad arbetsledarerfarenhet och högskoleutbildning, med inriktning mot funktionsnedsättning/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller funktionsnedsättning/omsorg. I utbildningen skall ingående kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd inom verksamhetsområdet ingå

Minst 3 års praktisk erfarenhet av arbete heltid med personer med funktionsnedsättning, eller som arbetsledare inom verksamhetsområdet

Kommentar: Enhetschef har 14 års dokumenterad arbetsledarerfarenhet inom verksamhetsområdet. Enhetschef har högskoleutbildning motsvarande 50 p +15 hp.

3.3 Personal

Totalt antal anställda personer på enheten: 9

Totalt antal anställda på enheten omräknat till helårsanställningar: 7,30 (gruppboenden har en helglöpare 0,33% vilket ligger utanför ordinarie schema och redovisas ej i ovanstående siffra)

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

Ja

Nej

¹ Ledningssystemet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

3.4 Personalomsättningen i procent har under de senaste 12 månaderna varit: 0

Eventuell personalomsättning beror på:

3.5 Personalens sjukfrånvaro i procent har under de senaste 12 månaderna varit:

6,80%

Sjukfrånvarons fördelning på kort-/långtidsfrånvaro är:

Korttid = 3,0% Långtid = 3,80%

3.6 Personalens kompetens totalt (oavsett anställningsform)

Personal ska ha adekvat utbildning, det vill säga minst gymnasial utbildning med inriktning mot t.ex. funktionsnedsättning/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller funktionsnedsättningar. Saknas adekvat utbildning ska minst två års erfarenhet av yrkesområdet vara dokumenterat.

Kompetens

100% Hur stor andel i % av personalen har adekvat utbildning eller mer än två års dokumenterad yrkeserfarenhet?

Språkfärdighet

100% Hur stor andel i % av personalen behärskar nöjaktigt det svenska språket i tal?

100% Hur stor andel i % av personalen behärskar nöjaktigt det svenska språket i skrift?

3.7 Personalens anställningsformer

100% Hur stor andel i % av den schemalagda personalen är tillsvidareanställda?

3.8 Rutiner för kompetensutveckling, introduktion och handledning

Plan finns för personalens kompetensutveckling (inkl färdighet i det svenska språket i tal och skrift)

Rutin finns för introduktion av nyanställda.

Rutin finns för information om sekretesslagstiftningen

Handledning (extern) finns att tillgå

Kommentar

Verksamheten ingår i stadens övergripande projekt "Verksamhet och hälsa" (se bilaga)

Definitioner och instruktioner:

- 3.6: *Språkfärdigheten bedöms av enhetschef/den som förestår verksamheten och kontrolleras via brukarundersökning och status på social dokumentation*

4. Stödperson och personal runt brukaren

Det finns en eller flera dokumenterad(e) stödperson(er) för varje brukare.

Brukaren har möjlighet att byta stödperson enligt en given rutin.

Rutin finns för hur personal introduceras för en (för personalen) ny brukare

- Utföraren har en rutin för att fastställa och uppnå brukarens behov av kontinuitet
- Utföraren har en rutin för att fastställa brukarens behov av ev. minimering av antalet personal

Kommentar

Rutin avseende brukarens möjlighet att byta stödperson och rutin för hur personal introduceras för ny brukare ska upprättas.

5. Dokumentation med utgångspunkt från riktlinjerna

Dokumentationen ska föras på ett respektfullt sätt utifrån den enskildes integritet och de tre vägledande uttrycken: tillräcklig, väsentlig och korrekt.

5.1 Övergripande dokumentation

- Det finns löpande dokumentation
Antal brukares löpande dokumentation som kontrollerades vid uppföljningen: 6
- Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt
- Det finns en rutin för hur avslut av insats ska utföras
- Genomförandeplaner finns för samtliga brukare
- Ange andel i % för andelen brukare som inte har genomförandeplan
- Samtliga brukare och/eller dess företrädare deltar vid upprättande av genomförandeplan
- Ange andel i % av brukarna och/eller dess företrädare som inte deltar vid upprättande av genomförandeplan
- Samtliga genomförandeplaner har upprättats inom två veckor från insatsens början
- Ange andel i % av genomförandeplaner som upprättats inom två veckor
- Utföraren dokumenterar frånvaro av insats som en avvikelse gentemot genomförandeplan

Kommentar: Den löpande sociala dokumentationen är knapphändig och bör förbättras. Personalen bör ges mera stöd i dokumentationsarbetet. Ett utvecklingsområde.

5.2 Genomförandeplaner

Genomförandeplanerna innehåller:

- Stödpersonens namn
- Sammanfattning av beställningen
- Vad som ingår i insatsen (t ex stöd avseende att handla, tvätta eller vad den enskilde behöver för stöd för att klara av att delta på en sysselsättningsverksamhet, etc)
- Den enskildes fritid och det stöd som behövs finns tydligt beskrivet i genomförandeplanen

- Mål, delmål och syfte med insatsen
- Hur och När insatsen ska genomföras (arbetssätt) och Vem som ska ge stödet
- Datum för utförarens/beställarens uppföljning av genomförandeplanen
- Underskrift av enhetschef/den som förestår verksamheten
- Underskrift av den enskilde och/eller dess företrädare

Antal genomförandeplaner som kontrollerades vid uppföljningen: 6

Kommentar



Definitioner och instruktioner:

- 5.1: Med förvaring på betryggande sätt menas inlåsta i ett brandsäkert arkivskåp

6. Synpunkts- och klagomålshantering

- Rutin finns för synpunkts- och klagomålshantering
- Rutin finns för uppföljning och utvärdering av synpunkts- och klagomålshanteringen
- Rutin finns för att ge information till den enskilde avseende synpunkts- och klagomålshanteringen inklusive för var hon/han ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål
- Redovisning finns över inkomna synpunkter och klagomål samt vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa

Antal synpunkter och klagomål som inkommit de 12 senaste månaderna: 0

Kommentar



7. Samarbete/samverkan med beställaren, utförare och övriga myndigheter

- Rutin finns för hur ansvar och uppgifter ska fördelas mellan beställare och utförare
- Rutin finns för att utförare underrättar berörd nämnd om väsentliga förändringar i verksamheten
- Rutin finns för att utförare underrättar berörd nämnd om väsentliga förändringar kring den enskilde

- Rutin finns för hur samverkan med andra myndigheter till exempel habilitering, psykiatri och primärvård ska gå till

Kommentar

En överenskommelse finns med landstinget. Enheten har rutiner kring samverkan med Kista vårdcentral. Rutiner finns kring hur kontakter tas och hur handlingsplaner upprättas med Järva psykiatri. Dessa rutiner är gamla och uppdatering pågår. Gruppbofastaden har en telefonlista med aktuella telefonnummer vid akuta situationer.

8. Övriga rutiner

Finns dokumenterade arbetssätt och kontinuerlig fortbildning för att säkerställa

- Ett respektfullt bemötande

- Den enskildes trygghet

Kommentar: Enheten har upprättat en gemensam värdegrund som tas upp och diskuteras på enhetens personalmöten med jämna mellanrum.

Metodutveckling

- Utvecklar utföraren sina arbetssätt enligt en specifik metod?
I så fall enligt vilken metod:

- Om inte: Görs metodutveckling på annat dokumenterat sätt?
I så fall hur: Verksamheten arbetar med bildstöd i kommunikationen med brukarna.

Inflyttning

- Rutiner finns vid inflyttning/börja och utflyttning/sluta

Kommentar

En dokumenterad rutin kring inflyttning och utflyttning saknas och ska uppföras.

9. Lex Sarah enligt 23 e § 24 a-g §§ LSS; SOSFS 2011:5²

- Rutin finns för anmälan/rapport enligt Lex Sarah

- Rutin finns för att beställande stadsdelsnämnd omedelbart får kännedom om anmälan/rapport enligt Lex Sarah

- Ingen anmälan/rapport enligt Lex Sarah har skett sedan föregående uppföljning

² Rutinerna kring Lex Sarah ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

Om anmälan om Lex Sarah har gjorts; antal anmälningar _____ , avseende: _____

Åtgärdsplan finns för dessa anmälningar

Om rapport om Lex Sarah har gjorts; antal rapporter _____ , avseende: _____

Åtgärdsplan finns för dessa rapporter

Kommentar

10. Barns skydd

Gäller både barn som finns i verksamheten och barn i verksamhetens närhet, t.ex. brukares barn eller syskon till barn som finns i verksamheten

Personal har kunskap om anmälningskyldigheten om socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd enligt 14 kap. 1 § SoL

Rutin finns för anmälan enligt 14 kap. 1 § SoL

Kommentar

En informationsrutin ska uppföras som säkerställer att personalen har kunskap om skyldigheten.

11. Hantering av egna medel och nycklar

Be att få se eventuellt nyckel-/kassaskåp.

Rutin finns för hantering av privata medel

Rutin finns för hantering av nycklar

Kommentar

Definitioner och instruktioner:

- Med rutin avses dokumenterad aktuell beskrivning av arbetssätt eller metod
- Rutinen för nycklar ska avse både brukarnas egna nycklar och verksamhetens nycklar, t.ex. huvudnyckel och andra nycklar som ger personal tillgång till brukarens lägenhet

12. Systematiskt brandskyddsarbete³ (SBA) enligt lag 2003:778 om skydd mot olyckor 2 kap. § 2

Be att få se exempelvis brandsläckare och kontrollmärkning (dvs. datum när brandföretaget kontrollerade att den fungerade).

Det finns en tydlig och fastställd brandskyddsorganisation

Det finns en plan för egenkontroll av lokalerna och brandutrustning (släckare, filter etc.)

³ Det systematiska brandskyddsarbetet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

- Det finns en handlingsplan för brand
- Det finns en utrymningsplan
- Utrymning övas regelbundet, med periodicitet: [REDACTED]. Senaste övningen genomfördes den: [REDACTED] (ÅÅMMDD)

Kommentar

Inom det systematiska brandskyddsarbetet(SBA) finns brister som omedelbart ska åtgärdas. Enhetschef och omvårdnadsansvarig ansvarar för att detta omgående sker. En tydlig och fastställd brandskyddsorganisation ska upprättas, plan för egenkontroll av lokaler och brandutrustning, handlingsplan för brand, utrymningsplan vid brand. Detta ska finnas i SBA pärmen och denna ska kontinuerligt gås igenom vid enhetens APT.

Definitioner och instruktioner:

- *Planerna ska vara aktuella, finnas lätt tillgängliga och/eller tydligt anslagna. Hänsyn ska tas till de särskilda behov som brukarna kan ha för att genomföra en utrymning*
- *Med periodicitet avses t.ex. 1 gång/år*

13. Kost

Det kan finnas stora skillnader i hur mycket stöd, om något, en brukare har behov av. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

Andel personal som har genomgått utbildning avseende kost, med hänsyn till brukarnas behov:

2

Andel personal på daglig verksamhet som har genomgått utbildning avseende livsmedelshygien:

[REDACTED]

Kommentar

[REDACTED]

Definitioner och instruktioner:

- *Kost: Utbildningen kan avse tillagning av specialkost, hälsofrämjande måltider, pedagogisk matlagning, tillagning av särskild kost av religiösa eller etiska skäl etc.*

14. Hygien och smittskydd (t.ex. MRSA och hepatit)

Det kan finnas stora skillnader i hur mycket stöd, om något, en brukare har behov av. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

All personal har utbildning i basala hygienrutiner

Utföraren arbetar med basala hygienrutiner i enlighet med vårdprogram om så behövs. Utrustning för detta finns tillgängligt för personalen (ex. engångshandskar, handsprit).

Kommentar

█

15. Medicintekniska produkter

Alla verksamheter har inte behov av medicintekniska produkter. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

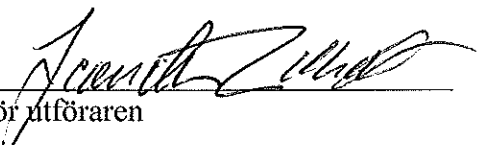
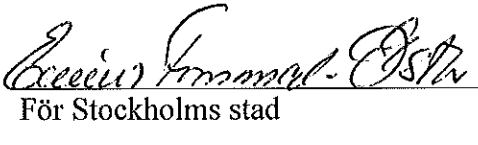
Lokala rutiner finns i enlighet med SOSFS 2008:1⁴

Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, övrig utrustning, arbetstekniska, hjälpmedel, förbrukningsartiklar, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet.

Kommentar

█

16. Underskrifter

 För utföraren	 För Stockholms stad
Jeanette Linhardt Namnförtydligande	Ellinor Forssmed-Östh Namnförtydligande

⁴ Rutinerna för de medicintekniska produkterna ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter



Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning

"Vi kan tycka olika men ska inte göra olika"

Datum:

2012-05-10

Kategori:

Personal

Samsyn är en viktig del av arbetet inom projektet Verksamhet och hälsa tycker vårdarna vid Seniorboende 2 i Kista.

Det är knappt ett år sedan medarbetarna började arbeta i Verksamhet och hälsa. Det gick lite trögt i början.

- Metoden verkade krångligare än den egentligen är och mycket av vår mötestid gick åt till projektet. Vi ville hellre prata om arbetet med de boende, minns vårdarna Marie Persson och Nasser Golsirat.

Men numera är det just arbetet med de boende som är i fokus på mötena inom Verksamhet och hälsa. Projektet upplevs inte som något "extra" utan handlar just om att utveckla det dagliga arbetet. Under ett seminarium i maj enas medarbetarna om ett så kallat medarbetaråtagande om personlig hygien.

- Vi kan ha olika åsikter om vad personlig hygien står för men vi måste enas om ett gemensamt sätt att jobba med de boende. Vi kan tycka olika men får inte göra olika, är några kommentarer från gruppen under grupparbetet.

Kläder i rätt låda ger trygghet

Vårdarna på Seniorboende 2 är den minsta enheten bland dem som deltar i Verksamhet och hälsa i Rinkeby-Kista. Gruppen har valt att göra medarbetaråtaganden som är gemensamma för alla åtta vårdare. Inom andra enheter har man valt mer personliga åtaganden.

Ett av gruppens första åtaganden var att prioritera stunderna av högläsning. Numera är besöken på biblioteket och lässtunden en uppskattad del av dagen som de flesta av de sex boende deltar i. De boende är äldre och har ofta flera olika funktionsnedsättningar. Nasser berättar att bemötande, trygghet och respekt är viktiga ledord för arbetet. Han ger ett exempel på vad orden kan betyda konkret för en av de boende som är synskadad.



- Genom att vi är noga och alltid lägger hennes kläder i rätt låda blir hon tryggare och mer självständig. Men ska det fungera måste alla självklart göra på samma sätt, säger Nasser.

Matpärm med favoriträtter

Att komma överens om arbetssätt och skriva ned rutiner är en viktig del av Verksamhet och hälsa.

- Mycket sitter i ryggmärgen på oss som jobbat ett tag men det är viktigt att få ned det på papper, inte minst är det till hjälp för vikarier, säger Marie.



Ett sådant exempel är Matpärmen som numera innehåller listor över de boendes favoriträtter och över varor som ska finnas i kylskåp och skafferier.

En annan fördel med Verksamhet och hälsa är att vårdarnas arbete blir mer synligt. Nasser och Marie tycker båda deras arbete uppmärksammas mer av chefen. En del av Verksamhet och hälsa är "resultatdialoger" då medarbetaråtagandena följs upp av närmaste chef.

Innan seminariet avslutas har arbetsgruppen kommit överens om att personlig hygien är temat för nästa veckas diskussion. På längre sikt vill man också arbeta för förbättrad kommunikation. Även om arbetsgruppen redan har ett bra arbetsklimat finns det alltid saker att utveckla menar Marie och Nasser.

- Vi kan bli bättre på att ta vara på våra egna och andras erfarenheter i arbetet, tycker Marie.

Finansieras av EU

Från Rinkeby-Kista deltar också medarbetare på förskolan Solrosen och förskolorna Hindertorps- och Degerbygränd, Kista servicehus, Ungdomsgårdarna i Akalla, Husby och Rinkeby samt Akalla psykiatriska gruppboende och Rinkeby-Kista boendestöd, i projektet.

Verksamhet och hälsa drivs av Stockholms stad tillsammans med Upplands Väsby kommun och finansieras av Svenska ESF-rådet. Totalt deltar ca 900 medarbetare från fem olika stadsdelsförvaltningar samt Upplands Väsby kommun.

[Gå till lista med notiser](#)

Relaterade länkar

- [Läs tidigare artikel om förskolan Solrosen](#)
- [Läs tidigare artikel om ungdomsgårdarna i Akalla, Husby och Rinkeby](#)

Om denna sida

Kontaktperson för sidan

[Elenor Marklund-Bergman](#)

elenor.marklund-bergman@stockholm.se

Senast uppdaterad: 2012-05-11 av [Annika Fritsby](#)

Bevakningar

1. Inga bevakningar uppdaterade

**Mall för Uppföljning av utförare av LSS-verksamhet****A Basuppgifter**

Utförare och enhet	Rinkeby-Kista gruppbestäder
Verksamhetens regiform	<input checked="" type="checkbox"/> Kommunal regi <input type="checkbox"/> Enskild (privat) regi <input type="checkbox"/> Entreprenad
Tillstånd från Socialstyrelsen	<input type="checkbox"/> Datum fr.o.m.- t.o.m. [redacted]
Tillståndets omfattning (platser, insatser etc.)	[redacted]
För kommunal regi, anmälan till socialstyrelsen gjord den (datum)	2009
Inriktning på verksamheten	Gruppbestad enligt LSS (gammal norm)
Antal brukare i verksamheten	4
Varav från Stockholms Stad	4
Avtalspart/nämnd	Rinkeby-Kista
Adress	Köpenhamngatan 16
Verksamhetschef/enhetschef	Jeanette Linhardt
Telefon	08 508 01492
Hemsida	2011
Jämför service är uppdaterad	
Metod för uppföljningen (platsbesök, intervju etc.)	Platsbesök, intervju, granskning av dok.
Uppföljningen utförd av	Ellinor Forssmed-Östh och Yasmine Ekman-Munir
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Jeanette Linhardt, Sonia Selander
Datum för uppföljningen	2012 03 16
Datum för föregående uppföljning	2008 10 13

B Uppföljning

Hela eller delar av dokumentet kan komma att publiceras på Jämför service, www.stockholm.se. Tänk på att formulera texten som en redovisning av fakta och var försiktig med värderingar.

Om något område inte är relevant vid uppföljningen, skriv en kommentar om varför frågan inte besvaras.

1. Sammanfattande bedömning

Den sammanfattande bedömningen ska ge en allmän objektiv bedömning av verksamheten.

Samlad bedömning av uppföljningen: Den samlade bedömningen är att den verksamhet som bedrivs är god i förhållande till de lokaler som verksamheten inryms i. Personalen värnar om de brukare som bor där. Gruppboenden är en gruppboende enligt gammal norm där brukarna endast har tillgång till ett sovrum som sin egen privata "sfär" och delar på övriga gemensamma utrymmen i gruppboendet. Lokalerna är trånga och ger ett allmänt slitet och rörigt intryck. Uppföljningen visade att det finns brister i det systematiska brandskyddsarbetet och detta ska vara åtgärdat senast den 1 juli 2012. Dessutom saknas några rutiner som verksamheten kommer att upprätta.

- Rutin avseende brukares möjlighet att byta stödperson.
- Rutin för brukares avflyttning från gruppboendet.
- Rutin som säkerställer informationen till personal avseende barns skydd, enligt 14 kap. 1 § SoL.
- Rutiner för samverkan med ex habilitering och primärvård.

Inga avvikelser finns

Vissa avvikelser finns som åtgärdas i samråd med beställaren senast till nästa uppföljning – se detaljkommentarer i respektive punkt

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast: 2012 07 01. Verksamhetens systematiska brandskyddsarbete. (SBA)

Nytt möte för uppföljning av avvikelser bokat: (ÅÅMMDD)

Följande avvikelser kräver omedelbara åtgärder och uppföljningsmöte:

2. Ekonomi och administration

Välj ut ett antal brukare innan besöket. Paraplysamordnaren kan ta fram uppgifter på brukare och fakturaunderlag.

Rutin finns för avstämning med beställaren för reglering av ersättning

Rutin finns för avvikelserapportering

Fakturorna avser rätt period gentemot beställningen

Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning (dvs. antalet utförda timmar och vem det avser med namnkod)

Kommentar

██████████

Definitioner och instruktioner:

- Med rutiner avses dokumenterade aktuella beskrivningar av arbetssätt eller metod
- Om verksamheten drivs på entreprenad ska även skatter och dylikt följas upp enligt förvaltningens egna rutiner (exempelvis genom skatteverkets SKV 4820)

3. Ledning och personal

3.1 Ledningssystem¹

Kompletta ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2011:9

Arbete med att ta fram ett ledningssystem i enlighet med SOSFS 2011:9 pågår

Kommentar

██████████ Förvaltningen arbetar för närvarande med att ta fram ett ledningssystem enligt SOSFS 2011:9, vilket nämnden beräknas ta beslut om våren 2012. Enheten har rutiner gällande dokumentation, introduktion av ny personal, sekretess och tystnadsplikt, synpunkts- och klagomålshantering, prel rutin gällande lex Sarah.

3.2 Ledning

Enhetschef/den som förestår verksamheten (enligt socialstyrelsens tillstånd) har:

Dokumenterad arbetsledarerfarenhet och högskoleutbildning, med inriktning mot funktionsnedsättning/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller funktionsnedsättning/omsorg. I utbildningen skall ingående kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd inom verksamhetsområdet ingå

Minst 3 års praktisk erfarenhet av arbete heltid med personer med funktionsnedsättning, eller som arbetsledare inom verksamhetsområdet

Kommentar: Enhetschefen har 14 års dokumenterad arbetsledarerfarenhet inom verksamhetsområdet. Enhetschefen har högskoleutbildning motsvarande 50 p +15 hp.

3.3 Personal

Totalt antal anställda personer på enheten: 6

Totalt antal anställda på enheten omräknat till helårsanställningar: 5,92

Det finns registerutdrag ur belastningsregistret för personal som arbetar med barn och

¹ Ledningssystemet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

som anställts efter 1 januari 2011

Ja

Nej Enheten arbetar ej med barn.

3.4 Personalomsättningen i procent har under de senaste 12 månaderna varit:

16 % (1 av 6)

Eventuell personalomsättning beror på:

Personal har valt att arbeta vid en annan gruppbostad.

3.5 Personalens sjukfrånvaro i procent har under de senaste 12 månaderna varit:

1,42%

Sjukfrånvarons fördelning på kort-/långtidsfrånvaro är:

Korttidsfrånvaro = 1,42% Långtidsfrånvaro = 0

3.6 Personalens kompetens totalt (oavsett anställningsform)

Personal ska ha adekvat utbildning, det vill säga minst gymnasial utbildning med inriktning mot t.ex. funktionsnedsättning/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller funktionsnedsättningar. Saknas adekvat utbildning ska minst två års erfarenhet av yrkesområdet vara dokumenterat.

Kompetens

100% Hur stor andel i % av personalen har adekvat utbildning eller mer än två års dokumenterad yrkeserfarenhet?

Språkfärdighet

100% Hur stor andel i % av personalen behärskar nöjaktigt det svenska språket i tal?

100% Hur stor andel i % av personalen behärskar nöjaktigt det svenska språket i skrift?

3.7 Personalens anställningsformer

100% Hur stor andel i % av den schemaagda personalen är tillsvidareanställda?

3.8 Rutiner för kompetensutveckling, introduktion och handledning

Plan finns för personalens kompetensutveckling (inkl färdighet i det svenska språket i tal och skrift)

Rutin finns för introduktion av nyanställda.

Rutin finns för information om sekretesslagstiftningen

Handledning (extern) finns att tillgå

Kommentar

Personalen får handledning från habiliteringscenter gällande hjälpmedel och i bemötandefrågor för en brukare. 2010 fick personalgruppen personalhandledning i teamutvecklingsfrågor.

Definitioner och instruktioner:

- 3.6: *Språkfärdigheten bedöms av enhetschef/den som förestår verksamheten och kontrolleras via brukarundersökning och status på social dokumentation*

4. Stödperson och personal runt brukaren

- Det finns en eller flera dokumenterad(e) stödperson(er) för varje brukare.
- Brukaren har möjlighet att byta stödperson enligt en given rutin.
- Rutin finns för hur personal introduceras för en (för personalen) ny brukare
- Utföraren har en rutin för att fastställa och uppnå brukarens behov av kontinuitet
- Utföraren har en rutin för att fastställa brukarens behov av ev. minimering av antalet personal

Kommentar

Rutin som säkerställer brukarens möjlighet att byta stödperson ska utarbetas. Rutin för hur det går till när en ny brukare tas emot inom gruppboenden saknas, men behöver ej utarbetas på grund av att det ej är aktuellt för några nya brukare att flytta in på denna gruppboende.

5. Dokumentation med utgångspunkt från riktlinjerna

Dokumentationen ska föras på ett respektfullt sätt utifrån den enskildes integritet och de tre vägledande uttrycken: tillräcklig, väsentlig och korrekt.

5.1 Övergripande dokumentation

- Det finns löpande dokumentation
- Antal brukares löpande dokumentation som kontrollerades vid uppföljningen: 4
- Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt
- Det finns en rutin för hur avslut av insats ska utföras
- Genomförandeplaner finns för samtliga brukare
- Ange andel i % för andelen brukare som inte har genomförandeplan
- Samtliga brukare och/eller dess företrädare deltar vid upprättande av genomförandeplan
- Ange andel i % av brukarna och/eller dess företrädare som inte deltar vid upprättande av genomförandeplan
- Samtliga genomförandeplaner har upprättats inom två veckor från insatsens början
- Ange andel i % av genomförandeplaner som upprättats inom två veckor
- Utföraren dokumenterar frånvaro av insats som en avvikelse gentemot genomförandeplan

Kommentar

Löpande dokumentation förs. När det gäller genomförandeplanerna se kommentarer under 5.2

5.2 Genomförandeplaner

Genomförandeplanerna innehåller:

- Stödpersonens namn
- Sammanfattning av beställningen
- Vad som ingår i insatsen (t ex stöd avseende att handla, tvätta eller vad den enskilde behöver för stöd för att klara av att delta på en sysselsättningsverksamhet, etc)
- Den enskildes fritid och det stöd som behövs finns tydligt beskrivet i genomförandeplanen
- Mål, delmål och syfte med insatsen
- Hur och När insatsen ska genomföras (arbetsätt) och Vem som ska ge stödet
- Datum för utförarens/beställarens uppföljning av genomförandeplanen
- Underskrift av enhetschef/den som förestår verksamheten
- Underskrift av den enskilde och/eller dess företrädare

Antal genomförandeplaner som kontrollerades vid uppföljningen: 4

Kommentar

Av 4 kontrollerade genomförandeplaner kunde konstateras att 3 var under ny bearbetning. Det framgick att planerna var uppföljda men att det saknades nya planer. Biträdande enhetschef ansvarar för att detta snarast åtgärdas. Vid kontroll av tidigare upprättade genomförandeplaner kunde konstateras att de hade det innehåll som krävs. Planerna skrivs inte under av enhetschef utan detta är delegerat till brukarens stödperson som ansvarar för upprättandet av genomförandeplanen.

Definitioner och instruktioner:

- 5.1: Med förvaring på betryggande sätt menas inlåsta i ett brandsäkert arkivskåp

6. Synpunkts- och klagomålshantering

- Rutin finns för synpunkts- och klagomålshantering
- Rutin finns för uppföljning och utvärdering av synpunkts- och klagomålshanteringen
- Rutin finns för att ge information till den enskilde avseende synpunkts- och klagomålshanteringen inklusive för var hon/han ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål
 - Redovisning finns över inkomna synpunkter och klagomål samt vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa

Antal synpunkter och klagomål som inkommit de 12 senaste månaderna: 0

Kommentar

7. Samarbete/samverkan med beställaren, utförare och övriga myndigheter

- Rutin finns för hur ansvar och uppgifter ska fördelas mellan beställare och utförare
- Rutin finns för att utförare underrättar berörd nämnd om väsentliga förändringar i verksamheten
- Rutin finns för att utförare underrättar berörd nämnd om väsentliga förändringar kring den enskilde
- Rutin finns för hur samverkan med andra myndigheter till exempel habilitering, psykiatri och primärvård ska gå till.

Kommentar

Det finns en övergripande överenskommelse med landstinget. Inom enheten förs regelbundna möten med MAS och primärvård. En dokumenterad rutin runt samverkan ska upprättas.

8. Övriga rutiner

Finns dokumenterade arbetssätt och kontinuerlig fortbildning för att säkerställa

- Ett respektfullt bemötande
- Den enskildes trygghet

Metodutveckling

- Utvecklar utföraren sina arbetssätt enligt en specifik metod?
I så fall enligt vilken metod:

- Om inte: Görs metodutveckling på annat dokumenterat sätt?

I så fall hur: Gruppboenden arbetar efter upprättade strukturer. Kommunikation är ett prioriterat område och personalen arbetar med olika sätt att kommunicera med brukarna. Bland annat används bilder som stöd i kommunikationen.

Inflyttning

- Rutiner finns vid inflyttning/börja och utflyttning/sluta

Kommentar

Eftersom det är en gruppboende i gammal norm kommer ingen ny brukare att flytta in på enheten. Däremot kan en utflyttning förekomma och en dokumenterad rutin kring detta ska upprättas.

9. Lex Sarah enligt 23 e § 24 a-g §§ LSS; SOSFS 2011:5²

² Rutinerna kring Lex Sarah ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

Rutin finns för anmälan/rapport enligt Lex Sarah

Rutin finns för att beställande stadsdelsnämnd omedelbart får kännedom om anmälan/rapport enligt Lex Sarah

Ingen anmälan/rapport enligt Lex Sarah har skett sedan föregående uppföljning

Om anmälan om Lex Sarah har gjorts; antal anmälningar, 1 avseende: En brukare som försvann under en utflykt 2010.

Åtgärdsplan finns för dessa anmälningar

Om rapport om Lex Sarah har gjorts; antal rapporter , avseende: [redacted]

Åtgärdsplan finns för dessa rapporter

Kommentar

[redacted]

10. Barns skydd

Gäller både barn som finns i verksamheten och barn i verksamhetens närhet, t.ex. brukares barn eller syskon till barn som finns i verksamheten

Personal har kunskap om anmälningsskyldigheten om socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd enligt 14 kap. 1 § SoL

Rutin finns för anmälan enligt 14 kap. 1 § SoL

Kommentar

Enheten kommer att ta fram en gemensam rutin gällande hur information ska ges.

11. Hantering av egna medel och nycklar

Be att få se eventuellt nyckel-/kassaskåp.

Rutin finns för hantering av privata medel

Rutin finns för hantering av nycklar

Kommentar

[redacted]

Definitioner och instruktioner:

- Med rutin avses dokumenterad aktuell beskrivning av arbetssätt eller metod
- Rutinen för nycklar ska avse både brukarnas egna nycklar och verksamhetens nycklar, t.ex. huvudnyckel och andra nycklar som ger personal tillgång till brukarens lägenhet

12. Systematiskt brandskyddsarbete³ (SBA) enligt lag 2003:778 om skydd mot olyckor 2 kap. § 2

Be att få se exempelvis brandsläckare och kontrollmärkning (dvs. datum när brandföretaget kontrollerade att den fungerade).

- Det finns en tydlig och fastställd brandskyddsorganisation
- Det finns en plan för egenkontroll av lokalerna och brandutrustning (släckare, filter etc.)
- Det finns en handlingsplan för brand
- Det finns en utrymningsplan
- Utrymning övas regelbundet, med periodicitet: [REDACTED]. Senaste övningen genomfördes den: 2009 (ÅÅMMDD)

Kommentar

Brister finns i gruppbestadens brandskyddsorganisation. Det måste förbättras i samtliga delar gällande det systematiska brandskyddet vid gruppbestaden. Det finns brister även gällande skyltning och fastsättning av visst brandredskap. Samtliga brister måste omedelbart åtgärdas. En ny uppföljning gällande brandskyddet vid gruppbestaden kommer att ske senast den 1 juli 2012. Brandskyddsutbildning kommer att ges till samtlig personal den 25 april 2012.

Definitioner och instruktioner:

- Planerna ska vara aktuella, finnas lätt tillgängliga och/eller tydligt anslagna. Hänsyn ska tas till de särskilda behov som brukarna kan ha för att genomföra en utrymning
- Med periodicitet avses t.ex. 1 gång/år

13. Kost

Det kan finnas stora skillnader i hur mycket stöd, om något, en brukare har behov av. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

Andel personal som har genomgått utbildning avseende kost, med hänsyn till brukarnas behov: 2 personal

[REDACTED]

Andel personal på daglig verksamhet som har genomgått utbildning avseende livsmedelshygien:

[REDACTED]

Kommentar

[REDACTED]

Definitioner och instruktioner:

- *Kost: Utbildningen kan avse tillagning av specialkost, hälsofrämjande måltider, pedagogisk matlagning, tillagning av särskild kost av religiösa eller etiska skäl etc.*

³ Det systematiska brandskyddsarbetet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

14. Hygien och smittskydd (t.ex. MRSA och hepatit)

Det kan finnas stora skillnader i hur mycket stöd, om något, en brukare har behov av. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

All personal har utbildning i basala hygienrutiner

Utföraren arbetar med basala hygienrutiner i enlighet med vårdprogram om så behövs. Utrustning för detta finns tillgängligt för personalen (ex. engångshandskar, handsprit).

Kommentar

MAS har satt samman en utbildning till personal gällande basala hygienrutiner och utbildning pågår.

15. Medicintekniska produkter

Alla verksamheter har inte behov av medicintekniska produkter. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

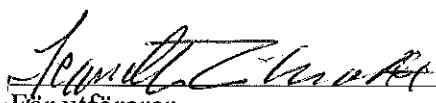
Lokala rutiner finns i enlighet med SOSFS 2008:1⁴

Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, övrig utrustning, arbetstekniska, hjälpmedel, förbrukningsartiklar, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet.

Kommentar

Det finns ingen brukare vid gruppboenden som har behov av några medicintekniska produkter.

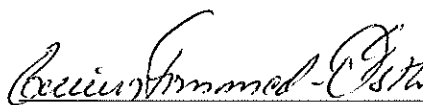
16. Underskrifter



För utföraren

Jeanette Linhardt

Namnförtydligande



För Stockholms stad

Ellinor Forssmed-Östh

Namnförtydligande

⁴ Rutinerna för de medicintekniska produkterna ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

**Mall för Uppföljning av utförare av LSS-verksamhet****A Basuppgifter**

Utförare och enhet	Rinkeby-Kista gruppbo­städer
Verksamhetens regi­form	<input checked="" type="checkbox"/> Kommunal regi <input type="checkbox"/> Enskild (privat) regi <input type="checkbox"/> Entreprenad
Tillstånd från Socialstyrelsen	<input type="checkbox"/> Datum fr.o.m.- t.o.m. [redacted]
Tillståndets omfattning (platser, insatser etc.)	[redacted]
För kommunal regi, anmälan till socialstyrelsen gjord den (datum)	2009
Inriktning på verksamheten	Gruppbo­stad enligt LSS(gammal norm)
Antal brukare i verksamheten	(5) 4 beslut gruppbo­stad och 1 beslut servicebo­stad
Varav från Stockholms Stad	5
Avtalspart/nämnd	Rinkeby-Kista stadsdelsnämnd
Adress	Helsingörsgatan 35
Verksamhetschef/enhetschef	Jeanette Linhardt
Telefon	08 508 01492
Hemsida	[redacted]
Jämför service är uppdaterad	2011
Metod för uppföljningen (platsbesök, intervju etc.)	Platsbesök, intervju, granskning av dok.
Uppföljningen utförd av	Ellinor Forssmed-Östh och Mikael Holmgren
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Jeanette Linhardt och Mia Holmström
Datum för uppföljningen	2012 02 09
Datum för föregående uppföljning	2008 09 23

B Uppföljning

Hela eller delar av dokumentet kan komma att publiceras på Jämför service, www.stockholm.se. Tänk på att formulera texten som en redovisning av fakta och var försiktig med värderingar.

Om något område inte är relevant vid uppföljningen, skriv en kommentar om varför frågan inte besvaras.

1. Sammanfattande bedömning

Den sammanfattande bedömningen ska ge en allmän objektiv bedömning av verksamheten.

Samlad bedömning av uppföljningen: Den samlade bedömningen är att den verksamhet som bedrivs vid gruppbestaden är god. Personalen är mån om brukarna i deras vardag. Gruppbestaden är en gruppbestad i "gammal norm" vilket innebär att fyra brukare har ett sovrum som enda privata "sfär", köks- hygien- och gemensamhetsutrymmen delas av samtliga brukare. Trots de knappa utrymmena upplevs gruppbestaden som fräsch och strukturerad. En brukare har beslut om servicebestad och bor i egen lägenhet utanför gruppbestaden och han får sitt stöd av gruppbestadens personal. Dock finns det *rutin som behöver uppdateras*:

- Rutin för samverkan med andra myndigheter

Och några rutiner som behöver upprättas:

- Rutin för hur det går till när brukare önskar byta stödperson
- Rutiner för brukares stöd vid flytt från gruppbestad
- Rutin för information till personal om anmälningsskyldighet om barns skydd enl. 14 kap.1§ SoL

Inga avvikelser finns

Vissa avvikelser finns som åtgärdas i samråd med beställaren senast till nästa uppföljning – se detaljkommentarer i respektive punkt

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast: [] (ÅÅMMDD)

Nytt möte för uppföljning av avvikelser bokad: [] (ÅÅMMDD)

Följande avvikelser kräver omedelbara åtgärder och uppföljningsmöte: []

2. Ekonomi och administration

Välj ut ett antal brukare innan besöket. Paraplysamordnaren kan ta fram uppgifter på brukare och fakturaunderlag.

Rutin finns för avstämning med beställaren för reglering av ersättning

Rutin finns för avvikelserapportering

Fakturorna avser rätt period gentemot beställningen

Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning (dvs. antalet utförda timmar och vem det avser med namnkod)

Kommentar

Enheten följer förvaltningens rutiner gällande ekonomi och administration. Alla fakturor och underlag, utom nattschablon, administreras genom paraplyet.

Definitioner och instruktioner:

- *Med rutiner avses dokumenterade aktuella beskrivningar av arbetssätt eller metod*
- *Om verksamheten drivs på entreprenad ska även skatter och dylikt följas upp enligt förvaltningens egna rutiner (exempelvis genom skatteverkets SKV 4820)*

3. Ledning och personal

3.1 Ledningssystem¹

Kompletta ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2011:9

Arbete med att ta fram ett ledningssystem i enlighet med SOSFS 2011:9 pågår

Kommentar

Förvaltningen arbetar för närvarande med att ta fram ett ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 vilket nämnden beräknas fatta beslut om våren 2012. Enheten har specifika rutiner gällande dokumentation, introduktion av ny personal, sekretess och tystnadsplikt, synpunkts- och klagomålshantering, prel rutin lex Sarah.

3.2 Ledning

Enhetschef/den som förestår verksamheten (enligt socialstyrelsens tillstånd) har:

Dokumenterad arbetsledarerfarenhet och högskoleutbildning, med inriktning mot funktionsnedsättning/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller funktionsnedsättning/omsorg. I utbildningen skall ingående kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd inom verksamhetsområdet ingå

Minst 3 års praktisk erfarenhet av arbete heltid med personer med funktionsnedsättning, eller som arbetsledare inom verksamhetsområdet

Enhetschef har 14 års dokumenterad arbetsledarerfarenhet inom verksamhetsområdet.
Enhetschef har högskoleutbildning motsvarande 50p + 15hp.

3.3 Personal

Totalt antal anställda personer på enheten: 8

Totalt antal anställda på enheten omräknat till helårsanställningar: 7,14

¹ Ledningssystemet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

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

Ja

Nej

Det förekommer inga barn inom enheten.

3.4 Personalomsättningen i procent har under de senaste 12 månaderna varit:

12,5 % (1 av 8)

Eventuell personalomsättning beror på:

Pensionsavgång, byte av enhet.

3.5 Personalens sjukfrånvaro i procent har under de senaste 12 månaderna varit:

1,15%

Sjukfrånvarons fördelning på kort-/långtidsfrånvaro är:

Enbart korttidsfrånvaro: 1,15%

3.6 Personalens kompetens totalt (oavsett anställningsform)

Personal ska ha adekvat utbildning, det vill säga minst gymnasial utbildning med inriktning mot t.ex. funktionsnedsättning/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller funktionsnedsättningar. Saknas adekvat utbildning ska minst två års erfarenhet av yrkesområdet vara dokumenterat.

Kompetens

100% Hur stor andel i % av personalen har adekvat utbildning eller mer än två års dokumenterad yrkeserfarenhet?

Språkfärdighet

100% Hur stor andel i % av personalen behärskar nöjaktigt det svenska språket i tal?

100% Hur stor andel i % av personalen behärskar nöjaktigt det svenska språket i skrift?

3.7 Personalens anställningsformer

100% Hur stor andel i % av den schemalagda personalen är tillsvidareanställda?

3.8 Rutiner för kompetensutveckling, introduktion och handledning

Plan finns för personalens kompetensutveckling (inkl färdighet i det svenska språket i tal och skrift)

Rutin finns för introduktion av nyanställda.

Rutin finns för information om sekretesslagstiftningen

Handledning (extern) finns att tillgå

Kommentar

En person i personalgruppen har grundutbildning som undersköterska, men endast 6 mån erfarenhet inom omsorg om personer med funktionsnedsättning. Hon går för närvarande på

kompetensutveckling inom området.

Någon extern- eller intern handledning har inte förekommit på gruppboenden under flera år, p g a att det inte funnits någon efterfrågan eller något behov. Uppstår önskemål från personal eller om enhetschef anser att behov föreligger kommer extern handledning att tillhandahållas.

Definitioner och instruktioner:

- 3.6: *Språkfärdigheten bedöms av enhetschef/den som förestår verksamheten och kontrolleras via brukarundersökning och status på social dokumentation*

4. Stödperson och personal runt brukaren

- Det finns en eller flera dokumenterad(e) stödperson(er) för varje brukare.
- Brukaren har möjlighet att byta stödperson enligt en given rutin.
- Rutin finns för hur personal introduceras för en (för personalen) ny brukare
- Utföraren har en rutin för att fastställa och uppnå brukarens behov av kontinuitet
- Utföraren har en rutin för att fastställa brukarens behov av ev. minimering av antalet personal

Kommentar

Dokumenterad rutin som visar hur det går till om en brukare önskar byta stödperson, kommer att upprättas under året. Nya brukare kommer inte att få erbjudande om att flytta in på gruppboenden p g a att det är "gammal norm". Brukarens behov av minimering av personal beskrivs i den individuella genomförandeplanen.

5. Dokumentation med utgångspunkt från riktlinjerna

Dokumentationen ska föras på ett respektfullt sätt utifrån den enskildes integritet och de tre vägledande uttrycken: tillräcklig, väsentlig och korrekt.

5.1 Övergripande dokumentation

- Det finns löpande dokumentation
- Antal brukares löpande dokumentation som kontrollerades vid uppföljningen: 4
- Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt
- Det finns en rutin för hur avslut av insats ska utföras
- Genomförandeplaner finns för samtliga brukare
- Ange andel i % för andelen brukare som inte har genomförandeplan
- Samtliga brukare och/eller dess företrädare deltar vid upprättande av genomförandeplan
- Ange andel i % av brukarna och/eller dess företrädare som inte deltar vid upprättande av genomförandeplan

Samtliga genomförandeplaner har upprättats inom två veckor från insatsens början

Ange andel i % av genomförandeplaner som upprättats inom två veckor

Utföraren dokumenterar frånvaro av insats som en avvikelse gentemot genomförandeplan

Kommentar

5.2 Genomförandeplaner

Genomförandeplanerna innehåller:

Stödpersonens namn

Sammanfattning av beställningen

Vad som ingår i insatsen (t ex stöd avseende att handla, tvätta eller vad den enskilde behöver för stöd för att klara av att delta på en sysselsättningsverksamhet, etc)

Den enskildes fritid och det stöd som behövs finns tydligt beskrivet i genomförandeplanen

Mål, delmål och syfte med insatsen

Hur och När insatsen ska genomföras (arbetssätt) och Vem som ska ge stödet

Datum för utförarens/beställarens uppföljning av genomförandeplanen

Underskrift av enhetschef/den som förestår verksamheten

Underskrift av den enskilde och/eller dess företrädare

Antal genomförandeplaner som kontrollerades vid uppföljningen: 4

Kommentar

Underskrifterna i genomförandeplanen är delegerat till stödpersonen.

Definitioner och instruktioner:

- 5.1: Med förvaring på betryggande sätt menas inlåsta i ett brandsäkert arkivskåp

6. Synpunkts- och klagomålshantering

Rutin finns för synpunkts- och klagomålshantering

Rutin finns för uppföljning och utvärdering av synpunkts- och klagomålshantering

Rutin finns för att ge information till den enskilde avseende synpunkts- och klagomålshantering inklusive för var hon/han ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål

- Redovisning finns över inkomna synpunkter och klagomål samt vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa

Antal synpunkter och klagomål som inkommit de 12 senaste månaderna: 0

Kommentar

█

7. Samarbete/samverkan med beställaren, utförare och övriga myndigheter

- Rutin finns för hur ansvar och uppgifter ska fördelas mellan beställare och utförare
- Rutin finns för att utförare underrättar berörd nämnd om väsentliga förändringar i verksamheten
- Rutin finns för att utförare underrättar berörd nämnd om väsentliga förändringar kring den enskilde
- Rutin finns för hur samverkan med andra myndigheter till exempel habilitering, psykiatri och primärvård ska gå till

Kommentar

Rutinen för hur samverkan med andra myndigheter ska gå till finns, men ska uppdateras.

█

8. Övriga rutiner

Finns dokumenterade arbetssätt och kontinuerlig fortbildning för att säkerställa

- Ett respektfullt bemötande
- Den enskildes trygghet

Metodutveckling

- Utvecklar utföraren sina arbetssätt enligt en specifik metod?

I så fall enligt vilken metod: █

- Om inte: Görs metodutveckling på annat dokumenterat sätt?

I så fall hur: Strukturer och rutiner för enskilda brukare diskuteras och dokumenteras kontinuerligt i särskilda forum.

Inflyttning

Rutiner finns vid inflyttning/börja och utflyttning/sluta

Kommentar

Gruppboenden är ett boende enligt gammal norm (fyra brukare har var sitt sovrum och delar hygienutrymmen och kök) inga nya brukare kommer att få erbjudande om bostad här. Dokumenterade rutiner för brukares utflyttning från gruppboendet bör upprättas. [REDACTED]

9. Lex Sarah enligt 23 e § 24 a-g §§ LSS; SOSFS 2011:5²

Rutin finns för anmälan/rapport enligt Lex Sarah

Rutin finns för att beställande stadsdelsnämnd omedelbart får kännedom om anmälan/rapport enligt Lex Sarah

Ingen anmälan/rapport enligt Lex Sarah har skett sedan föregående uppföljning

Om anmälan om Lex Sarah har gjorts; antal anmälningar [REDACTED], avseende: [REDACTED]

Åtgärdsplan finns för dessa anmälningar

Om rapport om Lex Sarah har gjorts; antal rapporter [REDACTED], avseende: [REDACTED]

Åtgärdsplan finns för dessa rapporter

Kommentar

10. Barns skydd

Gäller både barn som finns i verksamheten och barn i verksamhetens närhet, t.ex. brukares barn eller syskon till barn som finns i verksamheten

Personal har kunskap om anmälningsskyldigheten om socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd enligt 14 kap. 1 § SoL

Rutin finns för anmälan enligt 14 kap. 1 § SoL

Kommentar

Frågan om personalens kunskap om anmälningsskyldigheten lyftes under uppföljningen och det bestämdes att information om detta kommer att tas upp på gruppboendets APT under innevarande år. En dokumenterad rutin som säkerställer hur personal informeras om anmälningsskyldigheten bör upprättas.

² Rutinerna kring Lex Sarah ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

11. Hantering av egna medel och nycklar

Be att få se eventuellt nyckel-/kassaskåp.

Rutin finns för hantering av privata medel

Rutin finns för hantering av nycklar

Kommentar

██████████

Definitioner och instruktioner:

- Med rutin avses dokumenterad aktuell beskrivning av arbetsätt eller metod
- Rutinen för nycklar ska avse både brukarnas egna nycklar och verksamhetens nycklar, t.ex. huvudnyckel och andra nycklar som ger personal tillgång till brukarens lägenhet

12. Systematiskt brandskyddsarbete³ (SBA) enligt lag 2003:778 om skydd mot olyckor 2 kap. § 2

Be att få se exempelvis brandsläckare och kontrollmärkning (dvs. datum när brandföretaget kontrollerade att den fungerade).

Det finns en tydlig och fastställd brandskyddsorganisation

Det finns en plan för egenkontroll av lokalerna och brandutrustning (släckare, filter etc.)

Det finns en handlingsplan för brand

Det finns en utrymningsplan

Utrymning övas regelbundet, med periodicitet: ██████████. Senaste övningen genomfördes den: 2009 (ÅÅMMDD)

Kommentar

Den 25 april 2012 kommer en brandövning att genomföras för all personal. Därefter kommer regelbundet dokumenterade utrymningsövningar att ske. All dokumentation ska föras in i SBA pärmen.

██████████

Definitioner och instruktioner:

- Planerna ska vara aktuella, finnas lätt tillgängliga och/eller tydligt anslagna. Hänsyn ska tas till de särskilda behov som brukarna kan ha för att genomföra en utrymning
- Med periodicitet avses t.ex. 1 gång/år

³ Det systematiska brandskyddsarbetet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

13. Kost

Det kan finnas stora skillnader i hur mycket stöd, om något, en brukare har behov av. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

Andel personal som har genomgått utbildning avseende kost, med hänsyn till brukarnas behov: 1 personal har genomgått kostutbildning under 2011. Denna personal delger sina kunskaper vidare till övrig personal.

Andel personal på daglig verksamhet som har genomgått utbildning avseende livsmedelshygien:

Kommentar

Definitioner och instruktioner:

- *Kost: Utbildningen kan avse tillagning av specialkost, hälsofrämjande måltider, pedagogisk matlagning, tillagning av särskild kost av religiösa eller etiska skäl etc.*

14. Hygien och smittskydd (t.ex. MRSA och hepatit)

Det kan finnas stora skillnader i hur mycket stöd, om något, en brukare har behov av. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

All personal har utbildning i basala hygienrutiner

Utföraren arbetar med basala hygienrutiner i enlighet med vårdprogram om så behövs. Utrustning för detta finns tillgängligt för personalen (ex. engångshandskar, handsprit).

Kommentar

En inventering av personalens kunskaper pågår för närvarande.

15. Medicintekniska produkter

Alla verksamheter har inte behov av medicintekniska produkter. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

Lokala rutiner finns i enlighet med SOSFS 2008:1⁴

Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, övrig utrustning, arbetstekniska, hjälpmedel, förbrukningsartiklar, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet.

Kommentar

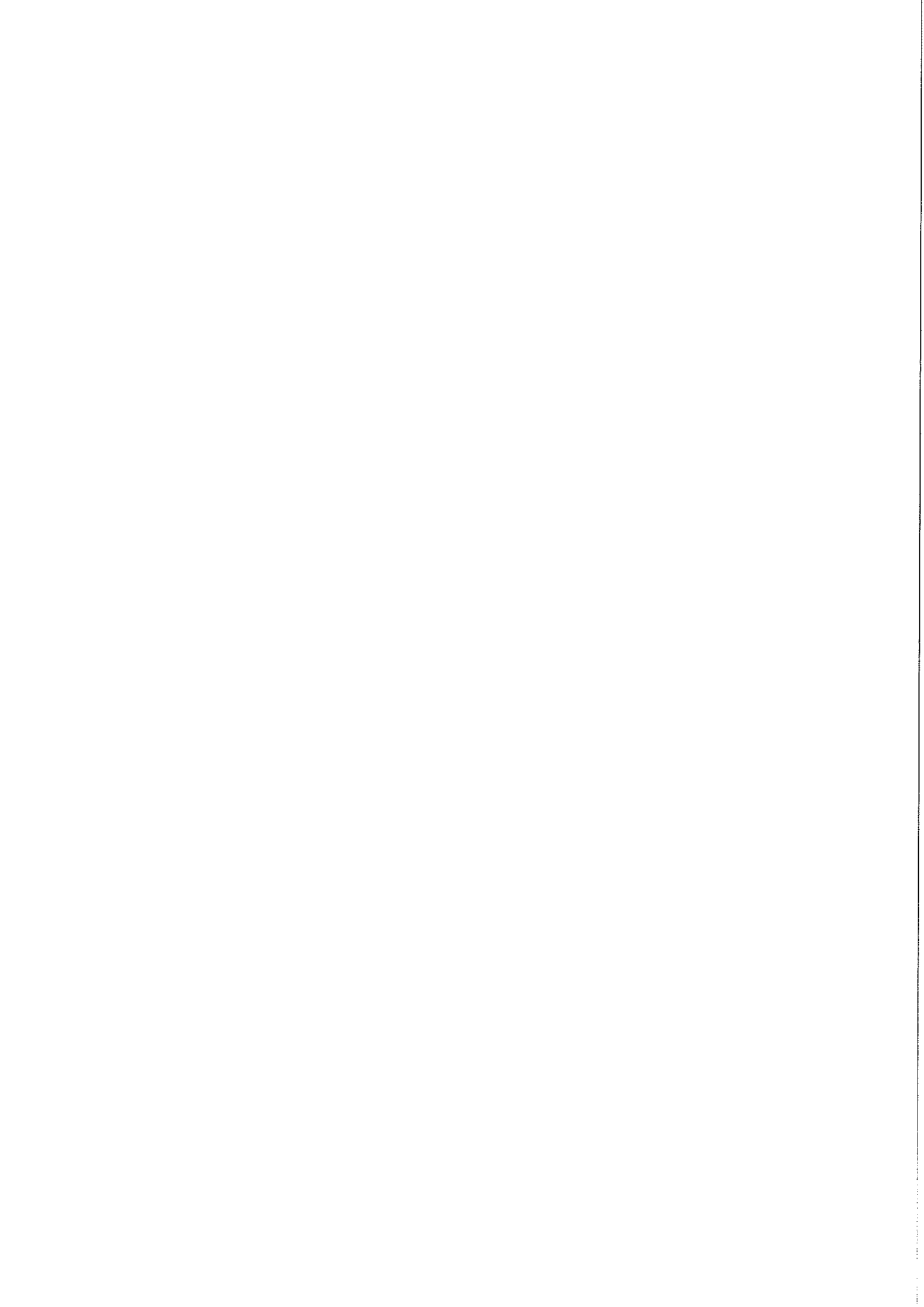


16. Underskrifter

för utföraren
Jeanette Linhardt
Namnförtydligande

För Stockholms stad
Ellinor Forssmed-Östh
Namnförtydligande

⁴ Rutinerna för de medicintekniska produkterna ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter



**Mall för Uppföljning av utförare av LSS-verksamhet****A Basuppgifter**

Utförare och enhet	Rinkeby-Kista gruppboistäder och daglig verksamhet, Blåklockan)
Verksamhetens regiform	<input checked="" type="checkbox"/> Kommunal regi <input type="checkbox"/> Enskild (privat) regi <input type="checkbox"/> Entreprenad
Tillstånd från Socialstyrelsen	<input type="checkbox"/> Datum fr.o.m.- t.o.m. []
Tillståndets omfattning (platser, insatser etc.)	[]
För kommunal regi, anmälan till socialstyrelsen gjord den (datum)	2009
Inriktning på verksamheten	Daglig verksamhet enligt LSS (verksamhet för personer över 65 år)
Antal brukare i verksamheten	10
Varav från Stockholms Stad	10
Avtalspart/nämnd	Rinkeby-Kista stadsdelsnämnd
Adress	Blåklockan, Kista Torg 3
Verksamhetschef/enhetschef	Jeanette Linhardt
Telefon	08 508 01492
Hemsida	[]
Jämför service är uppdaterad	2011
Metod för uppföljningen (platsbesök, intervju etc.)	Platsbesök, intervju, granskning av dokument.
Uppföljningen utförd av	Ellinor Forssmed-Östh, Gunilla Källqvist, Camila Jar
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Jeanette Linhardt, Eva Max, Monica Strömberg, Marianne Holmqvist, Nagme Zamanian.
Datum för uppföljningen	2012 03 19

B Uppföljning

Hela eller delar av dokumentet kan komma att publiceras på Jämför service, www.stockholm.se. Tänk på att formulera texten som en redovisning av fakta och var försiktig med värderingar.

Om något område inte är relevant vid uppföljningen, skriv en kommentar om varför frågan inte besvaras.

1. Sammanfattande bedömning

Den sammanfattande bedömningen ska ge en allmän objektiv bedömning av verksamheten.

Samlad bedömning av uppföljningen: Den samlade bedömningen är att verksamheten är god. En liten daglig verksamhet som anpassar sysselsättningen och dagen efter de äldre brukarnas behov. Verksamheten behöver fokusera på genomförandeplaner och dokumentation för att höja kvaliteten inom detta område. Detta är **ett förbättringsområde**. Det framkom också vid uppföljningen att det fanns brister i uppdateringen av det systematiska brandskyddsarbetet, vilket snarast ska åtgärdas och göras känt bland samtliga medarbetare. Några rutiner saknades och kommer att upprättas.

- Rutin avseende brukares möjlighet att byta stödperson
- Rutin för hur personal introduceras för ny brukare
- Rutin som säkerställer hur det går till när brukare slutar eller börjar vid verksamheten.

Inga avvikelser finns

Vissa avvikelser finns som åtgärdas i samråd med beställaren senast till nästa uppföljning – se detaljkommentarer i respektive punkt

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast: 2012 07 01

Nytt möte för uppföljning av avvikelser bokad: 2012 06 29

Följande avvikelser kräver omedelbara åtgärder och uppföljningsmöte:

2. Ekonomi och administration

Välj ut ett antal brukare innan besöket. Paraplysamordnaren kan ta fram uppgifter på brukare och fakturaunderlag.

Rutin finns för avstämning med beställaren för reglering av ersättning

Rutin finns för avvikelserapportering

Fakturorna avser rätt period gentemot beställningen

Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning (dvs. antalet utförda timmar och vem det avser med namnkod)

Kommentar

All ekonomidokumentation och ekonomihantering sköts via Paraplyet och ParaSol

Definitioner och instruktioner:

- Med rutiner avses dokumenterade aktuella beskrivningar av arbetssätt eller metod
- Om verksamheten drivs på entreprenad ska även skatter och dylikt följas upp enligt förvaltningens egna rutiner (exempelvis genom skatteverkets SKV 4820)

3. Ledning och personal

3.1 Ledningssystem¹

Kompletta ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2011:9

Arbete med att ta fram ett ledningssystem i enlighet med SOSFS 2011:9 pågår

Kommentar: Förvaltningen arbetar för närvarande med att ta fram ett ledningssystem enligt SOSFS 1:9, vilket nämnden beräknas kunna ta beslut om våren 2012. Enheten har dock rutiner avseende dokumentation, introduktion av ny personal, sekretess och tystnadsplikt, synpunkts- och klagomålshantering, prel rutin lex Sarah.

3.2 Ledning

Enhetschef/den som förestår verksamheten (enligt socialstyrelsens tillstånd) har:

Dokumenterad arbetsledarerfarenhet och högskoleutbildning, med inriktning mot funktionsnedsättning/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller funktionsnedsättning/omsorg. I utbildningen skall ingående kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd inom verksamhetsområdet ingå

Minst 3 års praktisk erfarenhet av arbete heltid med personer med funktionsnedsättning, eller som arbetsledare inom verksamhetsområdet

Kommentar Enhetschef har 14 års dokumenterad arbetsledarerfarenhet inom verksamhetsområdet. Enhetschef har högskoleutbildning motsvarande 50 p +15 hp.

3.3 Personal

Totalt antal anställda personer på enheten: 3,0

Totalt antal anställda på enheten omräknat till helårsanställningar: 2,40

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

Ja

Nej

3.4 Personalomsättningen i procent har under de senaste 12 månaderna varit:

1 person som slutat.

Eventuell personalomsättning beror på:

Flyttat från orten.

¹ Ledningssystemet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

3.5 Personalens sjukfrånvaro i procent har under de senaste 12 månaderna varit:

Det var svårt att fastställa siffran för personalens sjukfrånvaro på grund av att verksamhetens personal räknats samman med personalen på servicebostaden Senior 1. (Den siffra som tidigare redovisats på Senior 1 är: 14,12%)

Sjukfrånvarons fördelning på kort-/långtidsfrånvaro är:

3.6 Personalens kompetens totalt (oavsett anställningsform)

Personal ska ha adekvat utbildning, det vill säga minst gymnasial utbildning med inriktning mot t.ex. funktionsnedsättning/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller funktionsnedsättningar. Saknas adekvat utbildning ska minst två års erfarenhet av yrkesområdet vara dokumenterat.

Kompetens

100% Hur stor andel i % av personalen har adekvat utbildning eller mer än två års dokumenterad yrkeserfarenhet?

Språkfärdighet

100% Hur stor andel i % av personalen behärskar nöjaktigt det svenska språket i tal?

100% Hur stor andel i % av personalen behärskar nöjaktigt det svenska språket i skrift?

3.7 Personalens anställningsformer

100% Hur stor andel i % av den schemalagda personalen är tillsvidareanställda?

3.8 Rutiner för kompetensutveckling, introduktion och handledning

Plan finns för personalens kompetensutveckling (inkl färdighet i det svenska språket i tal och skrift)

Rutin finns för introduktion av nyanställda.

Rutin finns för information om sekretesslagstiftningen

Handledning (extern) finns att tillgå

Kommentar Personalgruppen har ingen extern handledning och har inte haft någon sådan. Dock framkom under samtalet att det fanns ett visst behov av detta. Enhetschefen undersöker behovet vidare.

Definitioner och instruktioner:

- 3.6: *Språkfärdigheten bedöms av enhetschef/den som förestår verksamheten och kontrolleras via brukarundersökning och status på social dokumentation*

4. Stödperson och personal runt brukaren

Det finns en eller flera dokumenterad(e) stödperson(er) för varje brukare.

Brukaren har möjlighet att byta stödperson enligt en given rutin.

Rutin finns för hur personal introduceras för en (för personalen) ny brukare

Utföraren har en rutin för att fastställa och uppnå brukarens behov av kontinuitet

- Utföraren har en rutin för att fastställa brukarens behov av ev. minimering av antalet personal

Kommentar Rutiner för brukarens möjlighet att byta stödperson och rutiner för hur personal introduceras för ny brukare ska upprättas.

5. Dokumentation med utgångspunkt från riktlinjerna

Dokumentationen ska föras på ett respektfullt sätt utifrån den enskildes integritet och de tre vägledande uttrycken: tillräcklig, väsentlig och korrekt.

5.1 Övergripande dokumentation

- Det finns löpande dokumentation

Antal brukares löpande dokumentation som kontrollerades vid uppföljningen: 5

- Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt

- Det finns en rutin för hur avslut av insats ska utföras

- Genomförandeplaner finns för samtliga brukare

Ange andel i % för andelen brukare som inte har genomförandeplan

- Samtliga brukare och/eller dess företrädare deltar vid upprättande av genomförandeplan

Ange andel i % av brukarna och/eller dess företrädare som inte deltar vid upprättande av genomförandeplan

- Samtliga genomförandeplaner har upprättats inom två veckor från insatsens början

Ange andel i % av genomförandeplaner som upprättats inom två veckor

- Utföraren dokumenterar frånvaro av insats som en avvikelse gentemot genomförandeplan

Kommentar

Den löpande dokumentationen bör förbättras. Den är mycket knapphändig i samtliga granskade akter och ger ingen större vägledning eller information. **Förbättringsområde.**

5.2 Genomförandeplaner

Genomförandeplanerna innehåller:

- Stödpersonens namn

- Sammanfattning av beställningen

- Vad som ingår i insatsen (t ex stöd avseende att handla, tvätta eller vad den enskilde behöver för stöd för att klara av att delta på en sysselsättningsverksamhet, etc)

- Den enskildes fritid och det stöd som behövs finns tydligt beskrivet i genomförandeplanen

- Mål, delmål och syfte med insatsen

- Hur och När insatsen ska genomföras (arbetssätt) och Vem som ska ge stödet

Datum för utförarens/beställarens uppföljning av genomförandeplanen

Underskrift av enhetschef/den som förestår verksamheten

Underskrift av den enskilde och/eller dess företrädare

Antal genomförandeplaner som kontrollerades vid uppföljningen: 5

Kommentar

Av de granskade genomförandeplanerna framgick att man haft svårigheter att bryta ned de beställda insatserna i mål, delmål och syfte. Hur och när insatserna ska genomföras(arbetsätt) och vem som ska ge stödet. Verksamheten behöver fokusera på genomförandeplaner och dokumentation för att höja kvaliteten inom detta område.

Definitioner och instruktioner:

- 5.1: Med förvaring på betryggande sätt menas inlåsta i ett brandsäkert arkivskåp

6. Synpunkts- och klagomålshantering

Rutin finns för synpunkts- och klagomålshantering

Rutin finns för uppföljning och utvärdering av synpunkts- och klagomålshanteringen

Rutin finns för att ge information till den enskilde avseende synpunkts- och klagomålshanteringen inklusive för var hon/han ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål

Redovisning finns över inkomna synpunkter och klagomål samt vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa

Antal synpunkter och klagomål som inkommit de 12 senaste månaderna: 0

Kommentar



7. Samarbete/samverkan med beställaren, utförare och övriga myndigheter

Rutin finns för hur ansvar och uppgifter ska fördelas mellan beställare och utförare

Rutin finns för att utförare underrättar berörd nämnd om väsentliga förändringar i verksamheten

Rutin finns för att utförare underrättar berörd nämnd om väsentliga förändringar kring den enskilde

Rutin finns för hur samverkan med andra myndigheter till exempel habilitering, psykiatri och primärvård ska gå till

Kommentar

Överenskommelse med landstinget finns på övergripande nivå. Enheten har en egen husläkare på Kista vårdcentral som man träffar med regelbundenhet. Kontakter finns upprättade med Järva psykiatri och habiliteringscenter Järva.

8. Övriga rutiner

Finns dokumenterade arbetssätt och kontinuerlig fortbildning för att säkerställa

Ett respektfullt bemötande

Den enskildes trygghet

Metodutveckling

Utvecklar utföraren sina arbetssätt enligt en specifik metod?

I så fall enligt vilken metod:

Om inte: Görs metodutveckling på annat dokumenterat sätt?

I så fall hur: Verksamheten arbetar ständigt med att utveckla sysselsättningen för de enskilda brukarna för att anpassa den till förändrade behov. Det är viktigt för verksamheten att de äldre brukarna i möjligaste mån ska bibehålla sina intressen och sina färdigheter.

Inflyttning

Rutiner finns vid inflyttning/börja och utflyttning/sluta

Kommentar

Rutiner för hur det ska gå till när en brukare börjar eller slutar vid verksamheten ska upprättas.

9. Lex Sarah enligt 23 e § 24 a-g §§ LSS; SOSFS 2011:5²

Rutin finns för anmälan/rapport enligt Lex Sarah

Rutin finns för att beställande stadsdelsnämnd omedelbart får kännedom om anmälan/rapport enligt Lex Sarah

Ingen anmälan/rapport enligt Lex Sarah har skett sedan föregående uppföljning

Om anmälan om Lex Sarah har gjorts; antal anmälningar , avseende:

² Rutinerna kring Lex Sarah ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

Åtgärdsplan finns för dessa anmälningar

Om rapport om Lex Sarah har gjorts; antal rapporter _____, avseende: _____

Åtgärdsplan finns för dessa rapporter

Kommentar

10. Barns skydd

Gäller både barn som finns i verksamheten och barn i verksamhetens närhet, t.ex. brukares barn eller syskon till barn som finns i verksamheten

Personal har kunskap om anmälningsskyldigheten om socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd enligt 14 kap. 1 § SoL

Rutin finns för anmälan enligt 14 kap. 1 § SoL

Kommentar

En rutin ska uppföras om anmälningsskyldigheten. Information om detta ska ges vid anställningens början.

11. Hantering av egna medel och nycklar

Be att få se eventuellt nyckel-/kassaskåp.

Rutin finns för hantering av privata medel

Rutin finns för hantering av nycklar

Kommentar

Verksamheten hanterar inga privata medel.

Definitioner och instruktioner:

- *Med rutin avses dokumenterad aktuell beskrivning av arbetssätt eller metod*
- *Rutinen för nycklar ska avse både brukarnas egna nycklar och verksamhetens nycklar, t.ex. huvudnyckel och andra nycklar som ger personal tillgång till brukarens lägenhet*

12. Systematiskt brandskyddsarbete³ (SBA) enligt lag 2003:778 om skydd mot olyckor 2 kap. § 2

Be att få se exempelvis brandsläckare och kontrollmärkning (dvs. datum när brandföretaget kontrollerade att den fungerade).

Det finns en tydlig och fastställd brandskyddsorganisation

Det finns en plan för egenkontroll av lokalerna och brandutrustning (släckare, filter etc.)

Det finns en handlingsplan för brand

³ Det systematiska brandskyddsarbetet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

- Det finns en utrymningsplan
- Utrymning övas regelbundet, med periodicitet: [redacted]. Senaste övningen genomfördes den: [redacted] (ÅÅMMDD)

Kommentar

Uppdatering ska omedelbart ske kring det systematiska brandskyddsarbetet. Det framkom vid uppföljningen att det fanns brister i detta. Omvårdnadsansvarig har uppdraget att snarast uppdatera detta och göra det känt bland samtliga medarbetare. Brandutbildning kommer att genomföras den 25 april 2012. Ny uppföljning av SBA kommer att genomföras senast den 1 juli 2012.

Definitioner och instruktioner:

- *Planerna ska vara aktuella, finnas lätt tillgängliga och/eller tydligt anslagna. Hänsyn ska tas till de särskilda behov som brukarna kan ha för att genomföra en utrymning*
- *Med periodicitet avses t.ex. 1 gång/år*

13. Kost

Det kan finnas stora skillnader i hur mycket stöd, om något, en brukare har behov av. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

Andel personal som har genomgått utbildning avseende kost, med hänsyn till brukarnas behov: 0

Andel personal på daglig verksamhet som har genomgått utbildning avseende livsmedelshygien: 1

Kommentar

[redacted]

Definitioner och instruktioner:

- *Kost: Utbildningen kan avse tillagning av specialkost, hälsofrämjande måltider, pedagogisk matlagning, tillagning av särskild kost av religiösa eller etiska skäl etc.*

14. Hygien och smittskydd (t.ex. MRSA och hepatit)

Det kan finnas stora skillnader i hur mycket stöd, om något, en brukare har behov av. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

- All personal har utbildning i basala hygienrutiner
- Utföraren arbetar med basala hygienrutiner i enlighet med vårdprogram om så behövs. Utrustning för detta finns tillgängligt för personalen (ex. engångshandskar, handsprit).

Kommentar

[redacted]

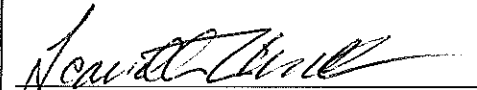
15. Medicintekniska produkter


Alla verksamheter har inte behov av medicintekniska produkter. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

- Lokala rutiner finns i enlighet med SOSFS 2008:1⁴
- Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, övrig utrustning, arbetstekniska, hjälpmedel, förbrukningsartiklar, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet.

Kommentar

16. Underskrifter


För utföraren
Jeanette Linhardt
Namnförtydligande


För Stockholms stad
Ellinor Forssmed-Östh
Namnförtydligande

⁴ Rutinerna för de medicintekniska produkterna ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

**Mall för Uppföljning av utförare av LSS-verksamhet****A Basuppgifter**

Utförare och enhet	Rinkeby-Kista dagliga verksamheter
Verksamhetens regiform	<input checked="" type="checkbox"/> Kommunal regi <input type="checkbox"/> Enskild (privat) regi <input type="checkbox"/> Entreprenad
Tillstånd från Socialstyrelsen	<input type="checkbox"/> Datum fr.o.m.- t.o.m. [redacted]
Tillståndets omfattning (platser, insatser etc.)	[redacted]
För kommunal regi, anmälan till socialstyrelsen gjord den (datum)	2009
Inriktning på verksamheten	Daglig verksamhet
Antal brukare i verksamheten	82
Varav från Stockholms Stad	79
Avtalspart/nämnd	Rinkeby-Kista stadsdelsnämnd
Adress	Vejlegatan 7
Verksamhetschef/enhetschef	Gunnar Schenström
Telefon	08 752 01 45
Hemsida	www.stockholm.se/rinkeby-kista-dagliga-verksamheter
Jämför service är uppdaterad	2011
Metod för uppföljningen (platsbesök, intervju etc.)	Platsbesök, intervju, granskning av dokument
Uppföljningen utförd av	Ellinor Forssmed-Östh, Mikael Holmgren
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Gunnar Schenström, Marina Silfvast, Lena Skäl
Datum för uppföljningen	2012 03 20
Datum för föregående uppföljning	2008

B Uppföljning

Hela eller delar av dokumentet kan komma att publiceras på Jämför service, www.stockholm.se. Tänk på att formulera texten som en redovisning av fakta och var försiktig med värderingar.

Om något område inte är relevant vid uppföljningen, skriv en kommentar om varför frågan inte besvaras.

1. Sammanfattande bedömning

Den sammanfattande bedömningen ska ge en allmän objektiv bedömning av verksamheten.

Samlad bedömning av uppföljningen: Den samlade bedömningen är att verksamheten är god. Personalen är mån om att brukarna har en god och tillrättalagd sysselsättning efter var och ens intresse och förmåga. **Förbättringsområde:** Uppföljningen visade att det fanns vissa brister gällande genomförandeplanerna och i ett par fall saknades genomförandeplaner helt. Den löpande dokumentationen var något knapphändig i vissa av de kontrollerade planerna.

- Rutin avseende information om anmälningskyldigheten enligt 14 kap. 1§ SoL ska upprättas.
- Rutin ska upprättas som beskriver hur det går till om brukare önskar byta stödperson.

Inga avvikelser finns

Vissa avvikelser finns som åtgärdas i samråd med beställaren senast till nästa uppföljning – se detaljkommentarer i respektive punkt

Följande avvikelser finns som ska vara åtgärdade senast: [] (ÅÅMMDD)

Nytt möte för uppföljning av avvikelser bokad: [] (ÅÅMMDD)

Följande avvikelser kräver omedelbara åtgärder och uppföljningsmöte: []

2. Ekonomi och administration

Välj ut ett antal brukare innan besöket. Paraplysamordnaren kan ta fram uppgifter på brukare och fakturaunderlag.

Rutin finns för avstämning med beställaren för reglering av ersättning

Rutin finns för avvikelserapportering

Fakturorna avser rätt period gentemot beställningen

Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning (dvs. antalet utförda timmar och vem det avser med namnkod)

Kommentar

Verksamheten följer förvaltningens rutiner avseende fakturering. Manuell fakturering sker för

tre brukare från två andra kommuner.

Definitioner och instruktioner:

- Med rutiner avses dokumenterade aktuella beskrivningar av arbetsätt eller metod
- Om verksamheten drivs på entreprenad ska även skatter och dylikt följas upp enligt förvaltningens egna rutiner (exempelvis genom skatteverkets SKV 4820)

3. Ledning och personal

3.1 Ledningssystem¹

Komplet ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2011:9

Arbete med att ta fram ett ledningssystem i enlighet med SOSFS 2011:9 pågår

Kommentar

Förvaltningen arbetar för närvarande med att ta fram ett ledningssystem enligt SOSFS 2011:9, vilket nämnden beräknas kunna fatta beslut om våren 2012. Enheten har dock rutiner avseende dokumentation, introduktion av ny personal, sekretess och tystnadsplikt, synpunkts- och klagomålshantering, prel rutin lex Sarah.

3.2 Ledning

Enhetschef/den som förestår verksamheten (enligt socialstyrelsens tillstånd) har:

Dokumenterad arbetsledarerfarenhet och högskoleutbildning, med inriktning mot funktionsnedsättning/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller funktionsnedsättning/omsorg. I utbildningen skall ingående kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd inom verksamhetsområdet ingå

Minst 3 års praktisk erfarenhet av arbete heltid med personer med funktionsnedsättning, eller som arbetsledare inom verksamhetsområdet

Kommentar: Enhetschef har högskolekompetens motsvarande 80 p

3.3 Personal

Totalt antal anställda personer på enheten: 40 (inkl.chefer)

Totalt antal anställda på enheten omräknat till helårsanställningar: 35,8

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

Ja

Nej

3.4 **Personalomsättningen i procent** har under de senaste 12 månaderna varit: 7,5 % (3 personer av 40)

Eventuell personalomsättning beror på:

Pensionsavgångar och byte av arbetsplats.

3.5 **Personalens sjukfrånvaro i procent** har under de senaste 12 månaderna varit: 3,5 %

¹ Ledningssystemet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

Sjukfrånvarons fördelning på kort-/långtidsfrånvaro är:

Korttidsfrånvaro: = 3,5 % Långtidsfrånvaro: = 0%

3.6 Personalens kompetens totalt (oavsett anställningsform)

Personal ska ha adekvat utbildning, det vill säga minst gymnasial utbildning med inriktning mot t.ex. funktionsnedsättning/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller funktionsnedsättningar. Saknas adekvat utbildning ska minst två års erfarenhet av yrkesområdet vara dokumenterat.

Kompetens

100% Hur stor andel i % av personalen har adekvat utbildning eller mer än två års dokumenterad yrkeserfarenhet?

Språkfärdighet

100% Hur stor andel i % av personalen behärskar nöjaktigt det svenska språket i tal?

100% Hur stor andel i % av personalen behärskar nöjaktigt det svenska språket i skrift?

3.7 Personalens anställningsformer

100% Hur stor andel i % av den schemalagda personalen är tillsvidareanställda?

3.8 Rutiner för kompetensutveckling, introduktion och handledning

Plan finns för personalens kompetensutveckling (inkl färdighet i det svenska språket i tal och skrift)

Rutin finns för introduktion av nyanställda.

Rutin finns för information om sekretesslagstiftningen

Handledning (extern) finns att tillgå

Kommentar

En grupp inom verksamheten kommer under våren att påbörja en metodhandledning kring bemötande av enskilda brukare.

Definitioner och instruktioner:

- 3.6: *Språkfärdigheten bedöms av enhetschef/den som förestår verksamheten och kontrolleras via brukarundersökning och status på social dokumentation*

4. Stödperson och personal runt brukaren

Det finns en eller flera dokumenterad(e) stödperson(er) för varje brukare.

Brukaren har möjlighet att byta stödperson enligt en given rutin.

Rutin finns för hur personal introduceras för en (för personalen) ny brukare

Utföraren har en rutin för att fastställa och uppnå brukarens behov av kontinuitet

Utföraren har en rutin för att fastställa brukarens behov av ev. minimering av antalet personal

Kommentar: Verksamheten saknar en dokumenterad rutin avseende hur det går till om brukaren önskar byta stödperson. Rutin kring detta kommer att upprättas.

5. Dokumentation med utgångspunkt från riktlinjerna

Dokumentationen ska föras på ett respektfullt sätt utifrån den enskildes integritet och de tre vägledande uttrycken: tillräcklig, väsentlig och korrekt.

5.1 Övergripande dokumentation

Det finns löpande dokumentation

Antal brukares löpande dokumentation som kontrollerades vid uppföljningen: 6

Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt

Det finns en rutin för hur avslut av insats ska utföras

Genomförandeplaner finns för samtliga brukare

Ange andel i % för andelen brukare som inte har genomförandeplan 2,4 %

Samtliga brukare och/eller dess företrädare deltar vid upprättande av genomförandeplan

Ange andel i % av brukarna och/eller dess företrädare som inte deltar vid upprättande av genomförandeplan

Samtliga genomförandeplaner har upprättats inom två veckor från insatsens början

Ange andel i % av genomförandeplaner som upprättats inom två veckor

Utföraren dokumenterar frånvaro av insats som en avvikelse gentemot genomförandeplan

Kommentar

Av 6 kontrollerade genomförandeplaner, saknades det aktuell genomförandeplan för 2 brukare. Den löpande dokumentationen var något knapphändig i 3 av de kontrollerade planerna. **Förbättringsområde.**

5.2 Genomförandeplaner

Genomförandeplanerna innehåller:

Stödpersonens namn

Sammanfattning av beställningen

Vad som ingår i insatsen (t ex stöd avseende att handla, tvätta eller vad den enskilde behöver för stöd för att klara av att delta på en sysselsättningsverksamhet, etc)

Den enskildes fritid och det stöd som behövs finns tydligt beskrivet i genomförandeplanen

Mål, delmål och syfte med insatsen

Hur och När insatsen ska genomföras (arbetssätt) och Vem som ska ge stödet

Datum för utförarens/beställarens uppföljning av genomförandeplanen

Underskrift av enhetschef/den som förestår verksamheten

Underskrift av den enskilde och/eller dess företrädare

Antal genomförandeplaner som kontrollerades vid uppföljningen: 6

Kommentar

Definitioner och instruktioner:

- 5.1: Med förvaring på betryggande sätt menas inlåsta i ett brandsäkert arkivskåp

6. Synpunkts- och klagomålshantering

- Rutin finns för synpunkts- och klagomålshantering
- Rutin finns för uppföljning och utvärdering av synpunkts- och klagomålshantering
- Rutin finns för att ge information till den enskilde avseende synpunkts- och klagomålshantering inklusive för var hon/han ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål
- Redovisning finns över inkomna synpunkter och klagomål samt vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa

Antal synpunkter och klagomål som inkommit de 12 senaste månaderna: 7

Kommentar

Aktuell rutin saknades i introduktions pärmen ,det fanns en gammal rutin, vilken snarast ska bytas ut.

7. Samarbete/samverkan med beställaren, utförare och övriga myndigheter

- Rutin finns för hur ansvar och uppgifter ska fördelas mellan beställare och utförare
- Rutin finns för att utförare underrättar berörd nämnd om väsentliga förändringar i verksamheten
- Rutin finns för att utförare underrättar berörd nämnd om väsentliga förändringar kring den enskilde
- Rutin finns för hur samverkan med andra myndigheter till exempel habilitering, psykiatri och primärvård ska gå till

Kommentar

Det finns en generell överenskommelse mellan förvaltningen och landstinget. Denna är dock inte nedbruten i några rutiner.

8. Övriga rutiner

Finns dokumenterade arbetssätt och kontinuerlig fortbildning för att säkerställa

Ett respektfullt bemötande

Den enskildes trygghet

Metodutveckling

Utvecklar utföraren sina arbetssätt enligt en specifik metod?

I så fall enligt vilken metod:

Om inte: Görs metodutveckling på annat dokumenterat sätt?

I så fall hur: Metodutveckling för att öka och utveckla kommunikationen sker på olika sätt inom verksamheten, framförallt är det en mindre verksamhet (Ateljén) inom enheten som arbetar strukturerat med framtagande av olika kommunikationshjälpmedel för de brukare som befinner sig där. För övrigt arbetar man inom enheten med IT-stöd och bildstöd.

Inflyttning

Rutiner finns vid inflyttning/börja och utflyttning/sluta

Kommentar

9. Lex Sarah enligt 23 e § 24 a-g §§ LSS; SOSFS 2011:5²

Rutin finns för anmälan/rapport enligt Lex Sarah

Rutin finns för att beställande stadsdelsnämnd omedelbart får kännedom om anmälan/rapport enligt Lex Sarah

Ingen anmälan/rapport enligt Lex Sarah har skett sedan föregående uppföljning

Om anmälan om Lex Sarah har gjorts; antal anmälningar 1, avseende Bemötande (2011)

Åtgärdsplan finns för dessa anmälningar

Om rapport om Lex Sarah har gjorts; antal rapporter 1, avseende: Brukares försvinnande under pågående verksamhet.(2011)

Åtgärdsplan finns för dessa rapporter

Kommentar: Lex Sarah rapporten gällande bemötande gick vidare som en anmälan till socialstyrelsen. Förvaltningens utredning godkändes och avslutades därmed.

² Rutinerna kring Lex Sarah ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

10. Barns skydd

Gäller både barn som finns i verksamheten och barn i verksamhetens närhet, t.ex. brukares barn eller syskon till barn som finns i verksamheten

- Personal har kunskap om anmälningsskyldigheten om socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd enligt 14 kap. 1 § SoL
- Rutin finns för anmälan enligt 14 kap. 1 § SoL

Kommentar

En rutin avseende information om anmälningsskyldigheten kommer att utformas.

11. Hantering av egna medel och nycklar

Be att få se eventuellt nyckel-/kassaskåp.

- Rutin finns för hantering av privata medel
- Rutin finns för hantering av nycklar

Kommentar

Inga privata medel hanteras inom verksamheten.

Definitioner och instruktioner:

- Med rutin avses dokumenterad aktuell beskrivning av arbetsätt eller metod
- Rutinen för nycklar ska avse både brukarnas egna nycklar och verksamhetens nycklar, t.ex. huvudnyckel och andra nycklar som ger personal tillgång till brukarens lägenhet

12. Systematiskt brandskyddsarbete³ (SBA) enligt lag 2003:778 om skydd mot olyckor 2 kap. § 2

Be att få se exempelvis brandsläckare och kontrollmärkning (dvs. datum när brandföretaget kontrollerade att den fungerade).

- Det finns en tydlig och fastställd brandskyddsorganisation
- Det finns en plan för egenkontroll av lokalerna och brandutrustning (släckare, filter etc.)
- Det finns en handlingsplan för brand
- Det finns en utrymningsplan
- Utrymning övas regelbundet, med periodicitet: [redacted]. Senaste övningen genomfördes den: [redacted] (ÅÅMMDD)

Kommentar

Verksamheten arbetar strukturerat med brandskyddsfrågorna. Ny uppdatering sker den 4 april 2012. En större brandskyddsgenomgång genomfördes 2010 under ledning av brandförsvaret. Utrymningsövningar med brukare sker endast på keramiken. En ombyggnation av Tornskuggan kommer att ske under 2012 och då kommer brandutgångar och utrymningsvägar att ses över på nytt.

³ Det systematiska brandskyddsarbetet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

Definitioner och instruktioner:

- Planerna ska vara aktuella, finnas lätt tillgängliga och/eller tydligt anslagna. Hänsyn ska tas till de särskilda behov som brukarna kan ha för att genomföra en utrymning
- Med periodicitet avses t.ex. 1 gång/år

13. Kost

Det kan finnas stora skillnader i hur mycket stöd, om något, en brukare har behov av. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

Andel personal som har genomgått utbildning avseende kost, med hänsyn till brukarnas behov: 8



Andel personal på daglig verksamhet som har genomgått utbildning avseende livsmedelshygien: 2



Kommentar



Definitioner och instruktioner:

- *Kost: Utbildningen kan avse tillagning av specialkost, hälsofrämjande måltider, pedagogisk matlagning, tillagning av särskild kost av religiösa eller etiska skäl etc.*

14. Hygien och smittskydd (t.ex. MRSA och hepatit)

Det kan finnas stora skillnader i hur mycket stöd, om något, en brukare har behov av. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

All personal har utbildning i basala hygienrutiner

Utföraren arbetar med basala hygienrutiner i enlighet med vårdprogram om så behövs. Utrustning för detta finns tillgängligt för personalen (ex. engångshandskar, handsprit).

Kommentar



15. Medicintekniska produkter

Alla verksamheter har inte behov av medicintekniska produkter. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

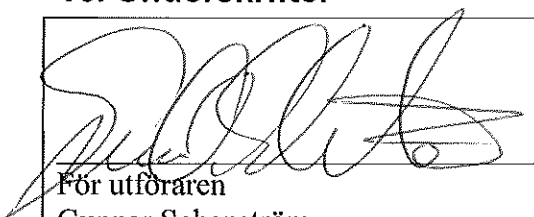
Lokala rutiner finns i enlighet med SOSFS 2008:1⁴

Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, övrig utrustning, arbetstekniska, hjälpmedel, förbrukningsartiklar, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet.

Kommentar



16. Underskrifter



För utföraren
Gunnar Schenström
Namnförtydligande



För Stockholms stad
Ellinor Forssmed-Östh
Namnförtydligande

⁴ Rutinerna för de medicintekniska produkterna ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter