



## Mall för Uppföljning av utförare av LSS-verksamhet

### A Basuppgifter

Utförare och enhet	Assistans och personligt stöd
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.)	
För kommunal regi, anmälan till socialstyrelsen gjord den (datum)	Våren 2009
Inriktning på verksamheten	Personlig assistans enl SoL och LSS
Antal brukare i verksamheten	80
Varav från Stockholms Stad	80
Avtalspart/nämnd	Rinkeby-Kista stadsdelsnämnd
Adress	Helsingörsgatan 35, Kista
Verksamhetschef/enhetschef	Marina Silfvast
Telefon	08-508 01414
Hemsida	
Jämför service är uppdaterad	2011
Metod för uppföljningen	Platsbesök, intervju, granskning av dokument Ellinor Forssmed-Östh och Mikael Holmgren
Uppföljningen utförd av	
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Marina Silfvast
Datum för uppföljningen	2012 01 18
Datum för föregående uppföljning	2008 10 29

## B Uppföljning

Hela eller delar av dokumentet kan komma att publiceras på Jämför service, [www.stockholm.se](http://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:** Verksamheten som bedrivs vid enheten är god och i stort sett välordnad. Dock finns det vissa brister och förbättringsåtgärder som snarast bör åtgärdas.

- *En översyn av samtliga genomförandeplaner bör genomföras.*
- *Osäkerhet kring personalens kunskaper om anmälningsskyldighet gällande barns skydd.*
- *Det finns vissa brister, avseende enhetens interna brandskyddsarbete (SBA)*
- *Rutin saknas som beskriver hur det går till om en 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** Utföraren kan ta del av beslut från försäkringskassan(FK), för att veta hur många timmar varje brukare fått beviljat. Utförare och beställare kommer under året att gemensamt uppdatera rutiner, gällande besluten från FK. Nya hjälpfiler är upprättade för att få en tydligare dokumentation kring ekonomin. Interndebitering sker manuellt och i paraplysystemet.

*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 Ledningssystem<sup>1</sup>

Komplett 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: Samverkan och samarbete, dokumentation, förebygga och hantera fel och brister i verksamheten, introduktion av ny personal, upphandlingsrutiner, 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

Verksamheten har för närvarande en tillfälligt tillsatt enhetschef. Denna har 156,5 högskolepoäng.

#### 3.3 Personal

Totalt antal anställda personer på enheten: 136 (PAN+AB+tim)bland de AB-anställda är det 26 personer.

Totalt antal anställda på enheten omräknat till helårsanställningar: 21,75 fördelat på

<sup>1</sup> Ledningssystemet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

26 personer ( AB-anställda )

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

Ja

Nej

**Kommentar:** Det finns ingen personal som arbetar med barn i denna verksamhet.

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

23 % ( 6 personer av de totalt 26 AB-anställda)

Eventuell personalomsättning beror på:

Egen begäran och övertalighet.

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

3,01%

Sjukfrånvarons fördelning på kort-/långtidsfrånvaro är:

Dag 2- 30: 2,33%

Övrigt: 0,69%

**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

Hur stor andel i % av personalen har adekvat utbildning eller mer än två års dokumenterad yrkeserfarenhet: Av PAN anställda är det 34 personer, PAN AV- (anhöriganställda) 31 personer, AB anställda 25 personer

Språkfärdighet

95% Hur stor andel i % av personalen behärskar nöjaktigt det svenska språket i tal?

60% Hur stor andel i % av personalen behärskar nöjaktigt det svenska språket i skrift

**3.7 Personalens anställningsformer**

93% 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

Pedagogisk utvecklare finns anställd som regelbundet träffar personal i de team och arbetslag som finns kring brukarna. Team-mötena har karaktären av ärendehandledning.

*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

Brukaren har möjlighet att byta stödperson, dock saknas en dokumenterad och given rutin kring hur detta går till, vilken 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

Dokumentation 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

25%  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

Verksamheten dokumenterar löpande i ParaSol. Dokumentationen går till så att personal dokumenterar med papper och penna och lämnar sedan detta till administrationen som för in uppgifterna i den enskildes genomförandeplan i ParaSol.

### 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

2 av 5 genomförandeplaner saknade namn på stödpersonerna. Datum saknades på alla för utförarens/beställarens uppföljningar av genomförandeplanen. 1 av 5 genomförandeplaner saknade underskrift. Enheten kompletterar och upprättar omgående det som saknas och gör en översyn av samtliga genomförandeplaner.

### 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 klagomålshandlingen
- Rutin finns för att ge information till den enskilde avseende synpunkts- och klagomålshandlingen 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: 10

**Kommentar**

Enligt enhetens rutin för uppföljning och utvärdering av synpunkts- och klagomålshantering tas detta upp som en stående punkt 1/månad på enhetens APT.

## 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**

[Redacted]

## 8. Övriga rutiner

Finns dokumenterade arbetsätt och kontinuerlig fortbildning för att säkerställa

Ett respektfullt bemötande

Den enskildes trygghet

Metodutveckling

Utvecklar utföraren sina arbetsätt enligt en specifik metod?

I så fall enligt vilken metod: [Redacted]

Om inte: Görs metodutveckling på annat dokumenterat sätt?

I så fall hur: Teamträffar

Inflyttning

Rutiner finns vid inflyttning/börja och utflyttning/sluta

**Kommentar** Enheten har nyligen anställt en pedagogisk utvecklare för kontinuerlig kompetens- och kvalitetsutveckling inom verksamheten, för att kunna säkerställa respektfullt bemötande och den enskildes trygghet.

## 9. Lex Sarah enligt 23 e § 24 a-g §§ LSS; SOSFS 2011:5<sup>2</sup>

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

Förvaltningen har upprättat preliminära rutiner enligt Lex Sarah i avvaktan på att stadens riktlinjer ska färdigställas och antas våren 2012. Enheten har och använder de prel rutinerna.

## 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

Inom verksamheten finns inga barn. Osäkerhet råder om personalen har kunskap om anmälningsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL. Detta kommer att kompletteras under året.

## 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

Några privata medel hanteras ej inom enheten.

*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*

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



## 12. Systematiskt brandskyddsarbete<sup>3</sup> (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: [ ] (ÅÅMMDD)

### Kommentar

Eftersom arbetet företas i brukarens egen bostad, blir detta speciellt. Detta innebär dock inte att arbetet rörande brand och utrymning kan förbises, varför enheten kommer att utveckla detta område mera under året. Upprätta en organisation med tydliga rutiner enligt SBA. Inom enhetens administrativa lokaler finns fullgod brandutrustning och skyltade nödutgångar.

### 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: 25 AB anställda.

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

[ ]

### Kommentar

25 AB anställda personal har genomgått diabetesutbildning. Utbildningsmaterialet är framtaget av förvaltningens MAS.

### Definitioner och instruktioner:

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

<sup>3</sup> 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

## 15. Medicintekniska produkter

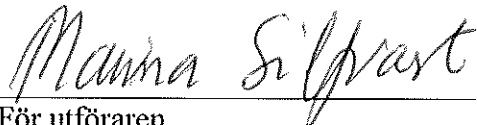
Alla verksamheter har inte behov av medicintekniska produkter. Om frågorna inte är aktuella, skriv en kommentar om varför.

- Lokala rutiner finns i enlighet med SOSFS 2008:1<sup>4</sup>
- Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, övrig utrustning, arbetstekniska, hjälpmedel, förbrukningsartiklar, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet.

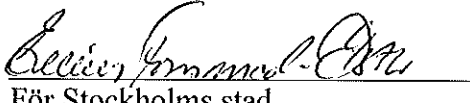
### Kommentar

Det ingår inte i denna utförares uppdrag att tillhandahålla medicintekniska produkter. Dock finns det ett flertal brukare som har dessa och det finns utförliga rutiner hos varje brukare hur man handskas med dessa.

## 16. Underskrifter

  
För utföraren

Marina Silfvast  
Namnförtydligande

  
För Stockholms stad

Ellinor Forssmed-Östh  
Namnförtydligande

<sup>4</sup> 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	Enheten barn och unga vuxna, Kymlinge korttidshem
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	Korttidshem
Antal brukare i verksamheten	19
Varav från Stockholms Stad	19
Avtalspart/nämnd	Rinkeby-Kista stadsdelsnämnd
Adress	Dovregatan 16
Verksamhetschef/enhetschef	Mari-Kristin ElMorabet
Telefon	08 508 01301
Hemsida	[redacted]
Jämför service är uppdaterad	2011
Metod för uppföljningen (platsbesök, intervju etc.)	Platsbesök, intervju, granskning av dokument
Uppföljningen utförd av	Ellinor Forssmed-Östh
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Mari-Kristin ElMorabet, Anna Lindberg
Datum för uppföljningen	2012 04 16
Datum för föregående uppföljning	2008 10 15

## B Uppföljning

Hela eller delar av dokumentet kan komma att publiceras på Jämför service, [www.stockholm.se](http://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 sammanfattande bedömningen av den verksamhet som bedrivs vid korttidshemmet är att den är god. Verksamheten riktar sig till barn och ungdomar med autism eller olika autismspektrumstörningar. Personalen arbetar strikt efter varje barns/ungdoms uppgjorda struktur och schema för att på bästa sätt göra dagen tydlig och god för varje brukare. Uppföljningen visade att det fanns några rutiner som behövde uppdateras och uppföras.

- Uppdatera synpunkts- och klagomålsrutinen
- Uppföra en rutin avseende brukares möjlighet att 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**

*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 Ledningssystem<sup>1</sup>

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 högskolekompetens motsvarande 140p + 7,5hp

#### 3.3 Personal

Totalt antal anställda personer på enheten: 11

Totalt antal anställda på enheten omräknat till helårsanställningar: 10,75

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:

Ca 27% (3 pers)

Eventuell personalomsättning beror på:

Studier, annat arbete

<sup>1</sup> 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:  
4,82 %

Sjukfrånvarons fördelning på kort-/långtidsfrånvaro är:

1,27 % korttidsfrånvaro      3,55 % långtidsfrånvaro

### 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

80% 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 gemensam kompetensutveckling i form av teman. Varannan vecka får personalgruppen extern metodhandledning. Det finns dessutom intern handledning, både individuellt och i grupp att tillgå inom enheten.

#### *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**

Inom enheten förs en diskussion om hur en rutin gällande byte av stödperson ska se ut.

## 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**

En av enhetens biträdande enhetschefer har stor kunskap om det digitala systemet ParaSol och är dessutom en god handledare gällande dokumentation för resten av enhetens medarbetare, vilket framgår av enhetens dokumentation. Dokumentationen är tydlig och god.

### 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: 6

#### **Kommentar**

Enheten har upprättat individuella pärmar med tydlig struktur och rutiner specifikt för varje barn. Pärmen är uppbyggd efter samma princip som 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**

Rutinen avseende synpunkts- och klagomålshanteringen bör uppdateras.

## **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 är föräldrar till barnen som är kontaktsökande med andra myndigheter. Korttidshemmet hjälper till med kontakterna efter föräldrarnas önskemål.



## 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: Tydliggörande pedagogik för barn med autism. Man använder sig av olika delar ur exempelvis beteendeterapi och teachprogram. All personal får introduktion och utbildning i enhetens metoder.

Om inte: Görs metodutveckling på annat dokumenterat sätt?

I så fall hur:

Inflyttning

Rutiner finns vid inflyttning/börja och utflyttning/sluta

**Kommentar**

## 9. Lex Sarah enligt 23 e § 24 a-g §§ LSS; SOSFS 2011:5<sup>2</sup>

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: Avvikelse från korttidshemmet under nattetid.

Åtgärdsplan finns för dessa anmälningar

Om rapport om Lex Sarah har gjorts; antal rapporter, 1 avseende: (se ovan)

Åtgärdsplan finns för dessa rapporter

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

## 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

## 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

Enheten 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 brandskyddsarbete<sup>3</sup> (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

<sup>3</sup> Det systematiska brandskyddsarbetet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

Utrymning övas regelbundet, med periodicitet: 1 gång/år. Senaste övningen genomfördes den: 2011 10 31

**Kommentar**

██████████

*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:

██████████

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

██████████

**Kommentar**

Frågorna är inte aktuella för enheten på grund av att det inte föreligger några behov.

*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**

I introduktion av nyanställd personal ingår information om basala hygienrutiner. Under året kommer stadsdelens MAS att hålla utbildning till samtlig personal om vikten av basala hygienrutiner.

## 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 2008:1<sup>4</sup>
- Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, övrig utrustning, arbetstekniska, hjälpmedel, förbrukningsartiklar, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet.

### Kommentar

Frågorna är inte aktuella på grund av att det inte föreligger några behov.

## 16. Underskrifter



För utföraren  
Mari-Kristin ElMorabet  
Namnförtydligande



För Stockholms stad  
Ellinor Forssmed-Östh  
Namnförtydligande

<sup>4</sup> 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	Enheten barn och unga vuxna med funk.neds.
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	4 (gruppboستaden innehåller 5 lägenheter)
Varav från Stockholms Stad	4
Avtalspart/nämnd	Rinkeby-Kista stadsdelsnämnd
Adress	Silkeborgsgatan 77
Verksamhetschef/enhetschef	Mari-Kristin ElMorabet
Telefon	08 508 01301
Hemsida	[redacted]
Jämför service är uppdaterad	2011
Metod för uppföljningen (platsbesök, intervju etc.)	Platsbesök, intervju och granskning av dokument
Uppföljningen utförd av	Ellinor Forssmed-Östh, Mikael Holmgren
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Mari-Kristin ElMorabeth och Regine Cajar
Datum för uppföljningen	2012 03 28
Datum för föregående uppföljning	Ingen uppföljning har skett sedan starten 2010

## B Uppföljning

Hela eller delar av dokumentet kan komma att publiceras på Jämför service, [www.stockholm.se](http://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 av verksamheten är att den är god. Den riktar sig till brukare med mycket stora och omfattande omvårdnadsbehov. Inom gruppbestaden finns biträdande enhetschef, vårdare och sjuksköterska. Enhetschefen har därmed också ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Det framkom vid uppföljningen att det fanns brister i det systematiska brandskyddsarbetet, vilket snarast kommer att åtgärdas. Dessutom fanns det ett par rutiner som skulle uppföras:

- Rutin avseende brukarens möjlighet att byta stödperson
- Rutin för brukares in- och utflyttning till gruppbestaden
- Rutin för nyckelhantering

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

Det systematiska brandskyddsarbetet (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 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 inom förvaltningens rutiner för fakturering av utförda insatser. Nattschablon faktureras manuellt.

#### 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 Ledningssystem<sup>1</sup>

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:** Enhetschefen har högskolekompetens motsvarande 140 p + 7,5 hp.

### 3.3 Personal

Totalt antal anställda personer på enheten: 15

Totalt antal anställda på enheten omräknat till helårsanställningar: 13.0

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

Ja

Nej

<sup>1</sup> Ledningssystemet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

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

13% (2 st på ett år- varav en kom från ett bemanningsföretag)

Eventuell personalomsättning beror på:

Annat arbete.

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

11,41%

Sjukfrånvarons fördelning på kort-/långtidsfrånvaro är:

Korttid = 2,92%    Långtid = 8,49%

**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

93% Hur stor andel i % av personalen behärskar nöjaktigt det svenska språket i tal?

93% 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**

Personalhandledning ges av extern handledare. Intern omvårdnadshandledning ges av verksamhetens sjuksköterska.

*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 för brukarens möjlighet att byta stödperson diskuteras inom enheten.

#### 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

Den övergripande löpande dokumentationen är bra, tydlig och korrekt redovisad. Av dokumentationen framgår väl vad som förväntas och hur det ska gå till. Viktigt med tanke på brukarnas mycket stora omvårdnadsbehov.

##### 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**

Genomförandeplanerna håller på att uppdateras och bearbetas.

*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: 2

#### **Kommentar**

Synpunkterna och klagomålen har rört röklukt hos personal och bemötande.

## **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 övergripande överenskommelse finns upprättad mellan förvaltning och landsting. Läkare från Kista vårdcentral besöker verksamheten varannan vecka. Habiliteringscenter kallar verksamheten till möte 1 /år. Verksamheten har dokumenterade rutiner som gäller för varje brukare med anledning av sjukhusvistelse.

## **8. Övriga rutiner**

Finns dokumenterade arbetsätt och kontinuerlig fortbildning för att säkerställa

- Ett respektfullt bemötande
- Den enskildes trygghet

**Kommentar.** Enheten har en policy, vilken man kommer att förankra och arbeta med inom verksamheten under året.

#### **Metodutveckling**

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

- Om inte: Görs metodutveckling på annat dokumenterat sätt?

I så fall hur: Omvårdnadens betydelse för att öka brukarnas möjlighet att bibehålla sina färdigheter och resurser.

#### **Inflyttning**

- Rutiner finns vid inflyttning/börja och utflyttning/sluta

#### **Kommentar**

I samband med att ny brukare flyttar in i gruppboenden kommer dokumenterade rutiner att tas fram.

## **9. Lex Sarah enligt 23 e § 24 a-g §§ LSS; SOSFS 2011:5<sup>2</sup>**

- Rutin finns för anmälan/rapport enligt Lex Sarah

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

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

\_\_\_\_\_

### 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

Enheten har en rutin, vilken kommer att implementeras på gruppboenden.

### 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

En dokumenterad rutin för hantering av nycklar ska snarast tas fram.

*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 brandskyddsarbete<sup>3</sup> (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: [ ] (ÅÅMMDD)

### Kommentar

Gruppbestadens systematiska brandskyddsarbete (SBA) brister för närvarande. Detta kommer snarast att åtgärdas och brandskyddet kommer att uppdateras bland samtlig personal. En utrymning kommer att genomföras innan sommaren. Ansvarig för att så sker är enhetschef och biträdande enhetschef.

### 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:

[ ]

### 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.

<sup>3</sup> 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**

#### 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 2008:1<sup>4</sup>
- 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

Mari-Kristin ElMorabet  
Namnförtydligande



För Stockholms stad

Ellinor Forssmed-Östh  
Namnförtydligande

<sup>4</sup> 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	<b>Barn och unga vuxna (Smultronet)</b>
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	Korttidstillsyn
Antal brukare i verksamheten	14
Varav från Stockholms Stad	14
Avtalspart/nämnd	Rinkeby-Kista SDN
Adress	Akalla By
Verksamhetschef/enhetschef	Mari-Kristin ElMorabet
Telefon	08 508 01301
Hemsida	<a href="http://www.barnungavuxna@stockholm.se">www.barnungavuxna@stockholm.se</a>
Jämför service är uppdaterad	2011
Metod för uppföljningen (platsbesök, intervju etc.)	Platsbesök, intervju, granskning av dokument
Uppföljningen utförd av	Ellinor Forssmed-Östh
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Mari-Kristin ElMorabet, Margareta Sundberg
Datum för uppföljningen	2012 04 18
Datum för föregående uppföljning	2008 10 10

## B Uppföljning

Hela eller delar av dokumentet kan komma att publiceras på Jämför service, [www.stockholm.se](http://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 av den verksamhet som bedrivs inom Smultronets korttidstillsyn är att det ges en god, trygg och utvecklande verksamhet för de barn/ungdomar som har sin tillsyn här. Under uppföljningen framkom att det endast är en rutin som saknas och det är *brukarens möjlighet att byta stödperson*. Enheten diskuterar hur denna rutin ska utvecklas.

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

[ ]

*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 Ledningssystem<sup>1</sup>

- 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 högskolekompetens motsvarande 140p +7,5hp

#### 3.3 Personal

Totalt antal anställda personer på enheten: 6

Totalt antal anställda på enheten omräknat till helårsanställningar: 4,72

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

- Ja  
 Nej

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

40% (2 pers. och 1 timanställd)

Eventuell personalomsättning beror på:

Annat arbete, studier

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

1,26

<sup>1</sup> Ledningssystemet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

Sjukfrånvarons fördelning på kort-/långtidsfrånvaro är:

Korttidsfrånvaro: 0,04%    Långtidsfrånvaro: 1.22%

### 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**

Under 2011 hade verksamheten både personal- och metodhandledning ledd av extern handledare, våren 2012 har man valt att avstå handledning.

#### *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**

Inom enheten förs en diskussion om hur en rutin gällande byte av stödperson ska se ut.

## 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

Dokumentationen är god och innehöll tydlig information. En av enhetens biträdande enhetschefer har stor kunskap om det digitala systemet ParaSol och är dessutom en god handledare gällande dokumentation för resten av enhetens medarbetare, vilket framgår av enhetens dokumentation.

### 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**

Eftersom verksamhetens uppdrag är korttidstillsyn före och efter skoltid och vid lov, så är verksamheten framförallt fokuserad på brukarnas fritid.

*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**

Synpunkterna rörande omärkta kläder.

## 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**

Verksamheten har en mycket nära föräldrasamverkan kring varje enskild brukare. Det är dock föräldrarna som har föräldraansvaret och därmed också de flesta kontakterna med andra myndigheter.

## 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: Tydliggörande pedagogik, individuella aktivitetsscheman för varje brukare, sociala berättelser.

Inflyttning

Rutiner finns vid inflyttning/börja och utflyttning/sluta

**Kommentar**

## 9. Lex Sarah enligt 23 e § 24 a-g §§ LSS; SOSFS 2011:5<sup>2</sup>

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**

<sup>2</sup> 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**

## 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 brandskyddsarbete<sup>3</sup> (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: 1 gång/år. Senaste övningen genomfördes den: 2011 10 31

<sup>3</sup> Det systematiska brandskyddsarbetet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

### Kommentar

#### 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:

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

### Kommentar

Det serveras endast mellanmål på verksamheten, varför frågorna inte är aktuella för denna verksamhet.

#### 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 2008:1<sup>4</sup>
- Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, övrig utrustning, arbetstekniska, hjälpmedel, förbrukningsartiklar, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet.

### Kommentar

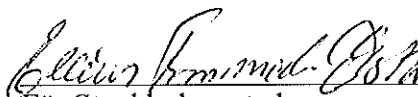
Frågorna är inte aktuella för verksamheten på grund av att det inte finns något behov.

## 16. Underskrifter



För utföraren

Mari-Kristin ElMorabet  
Namnförtydligande



För Stockholms stad

Ellinor Forssmed-Östh  
Namnförtydligande

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



**Mall för Uppföljning av utförare inom socialpsykiatri****A Basuppgifter**

<b>Utförare och enhet</b>	Verksamhetsområdet omsorg om personer med psykisk funktionsnedsättning, Akalla gruppboende med särskilt stöd och service enligt SoL.
<b>Verksamhetens regiform</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Kommunal regi <input type="checkbox"/> Enskild (privat) regi <input type="checkbox"/> Entreprenad
<b>Tillstånd från Socialstyrelsen</b>	<input type="checkbox"/> Datum fr.o.m.- t.o.m.
<b>Tillståndets omfattning (platser, insatser etc.)</b>	
<b>För kommunal regi, anmälan till socialstyrelsen gjord den (datum)</b>	2009
<b>Inriktning på verksamheten</b>	Gruppboende med särskild service, SoL
<b>Antal brukare i verksamheten</b>	16
<b>Varav från Stockholms Stad</b>	16
<b>Avtalspart/nämnd</b>	Rinkeby-Kista
<b>Adress</b>	Sibeliusgången 20 B, Kista
<b>Verksamhetschef/enhetschef</b>	Anna Lundin
<b>Telefon</b>	08 508 01321
<b>Hemsida</b>	-
<b>Jämför service är uppdaterad</b>	2011
<b>Metod för uppföljningen (platsbesök, intervju etc.)</b>	Verksamhetsbesök, intervju, granskning av dokument
<b>Uppföljningen utförd av</b>	Ellinor Forssmed-Östh, Abdi-Nur Isse och Johanna Klemola
<b>Vid uppföljningen medverkade från utföraren</b>	Anna Lundin och Andrew Mullen

<b>Datum för uppföljningen</b>	2011 12 19
<b>Datum för föregående uppföljning</b>	2008

## **B Uppföljning**

Hela eller delar av dokumentet kan komma att publiceras på Jämför service, [www.stockholm.se](http://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:**

Ledningen har under året arbetat med att organisera och strukturera verksamheten för att förbättra kvaliteten. En granskning av verksamheten genomfördes av socialstyrelsen under 2010, då verksamheten fick kritik på flera punkter. Under 2011 har denna granskning legat till grund för verksamhetens förbättringsarbete. Vissa delar återstår dock att fortsätta förbättra under 2012, rutiner behöver uppdateras och ses över. Detta följs upp vid nästkommande uppföljning.

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 gällande ekonomi.

*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 Ledningssystem<sup>1</sup>

Kompletta ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2011:9

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

#### Kommentar

Inom verksamhetsområdet har ett gemensamt förslag till ledningssystem i enlighet med SOSFS 2011:9 tagits fram under hösten 2011. Detta system har dock inte antagits av nämnden vid tidpunkten för denna uppföljning och kan komma att revideras under 2012. Verksamheten är medveten om vad den nya SOSFS 2011:9 innebär.

#### 3.2 Ledning

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

Dokumenterad arbetsledarerfarenhet och högskoleutbildning, med inriktning mot socialpsykiatri/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller psykiska funktionshinder och/eller missbruk. 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 psykiskt funktionshindrade, eller som arbetsledare inom verksamhetsområdet

#### Kommentar

Enhetschef har högskoleutbildning omfattande 80p (främst gällande äldreomsorg) och lång arbetsledarerfarenhet. Inom verksamheten finns även en biträdande enhetschef med ca 30 års dokumenterad erfarenhet gällande psykiska funktionsnedsättningar.

#### 3.3 Personal

Totalt antal anställda personer på enheten: 14

Totalt antal anställda på enheten omräknat till helårsanställningar: 12,75

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

Ja

Nej (finns ingen brukare under 18 år inom enheten)

<sup>1</sup> Ledningssystemet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

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

0,28%

Eventuell personalomsättning beror på:

Personal har gått vidare till annat arbete.

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

9,80% (1 person har varit sjukskriven sedan flera år)

Sjukfrånvarons fördelning på kort-/långtidsfrånvaro är:

Korttidsfrånvaron: = 1,82      Långtidsfrånvaro:= 7,98

**3.6 Personalens kompetens totalt (oavsett anställningsform)**

Personal ska ha adekvat utbildning, det vill säga minst gymnasial utbildning med inriktning mot t.ex. socialpsykiatri/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller psykiska funktionshinder och/eller missbruk. 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

**3.9 Vid skrivet avtal:**

Personalsituationen följer gällande avtal

**Kommentar** Verksamheten deltar i stadens projekt *Verksamhet och hälsa*. Medarbetarna ges ökat inflytande och ansvar över sitt dagliga arbete, vilket ökar engagemang, självkänsla och tillfredsställelse i arbetet. Detta resulterar i friskare medarbetare och bättre service till brukarna.

*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 dokumenterade rutiner i de flesta fall. Dock inte när det gäller brukarens möjlighet att byta stödperson. Samtliga rutiner bör ses över och i vissa fall uppdateras.

#### 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  
100% Ange andel i % av genomförandeplaner som upprättats inom två veckor
- Utföraren dokumenterar frånvaro av insats som en avvikelse gentemot genomförandeplan

**Kommentar**

2 genomförandeplaner var inte uppdaterade vid uppföljningstillfället.

## 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: 5

### Kommentar

Vid genomgången av genomförandeplanerna framkom att det finns brister i flera av beställningarna, vilket medför att även genomförandeplanerna i vissa fall var bristfälliga.

### 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** På enhetens brukarråd som hålls 2-3 gånger/termin tas synpunkter och klagomål upp, minnesanteckningar förs på brukarråden och synpunkter tas sedan upp på APT. Detta används i enhetens fortsatta förbättringsarbete.

## 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

Samverkansöverenskommelse finns med psykiatri och primärvård, men rutinerna inom området är otillräckliga för att få det att fungera på ett tillfredställande sätt. Detta måste ses över och förbättras under kommande år.

## 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: Ett självständigt liv( ESL)
- Om inte: Görs metodutveckling på annat dokumenterat sätt?  
I så fall hur:

Inflyttning

- Rutiner finns vid inflyttning/börja och utflyttning/sluta

Kommentar

## 9. Lex Sarah enligt 24 b-24 e §§ LSS; SOSFS 2011:5<sup>2</sup>

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

Preliminära rutiner för Lex Sarah har upprättats inom förvaltningen. Dessa är kända och följs i verksamheten.

## 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

Det finns inga barn inom verksamheten eller i verksamhetens närhet för tillfället. Rutin för anmälan saknas och ska upprättas till nästa uppföljning.

## 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

\_\_\_\_\_

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



*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 brandskyddsarbete<sup>3</sup> (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: 1/år. Senaste övningen genomfördes den: 2011-06-28 (se kommentar) (ÅÅMMDD)

### **Kommentar**

Den 28 juni 2011 utbröt en brand på gruppboendet. Brand och utrymning behandlades enligt enhetens gällande rutiner. Personalen fick vid tillfället stort beröm av räddningstjänsten för sina insatser.

*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.

<sup>3</sup> Det systematiska brandskyddsarbetet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

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

100%

Andel personal som har genomgått utbildning avseende livsmedelshygien:

100%

#### 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 2008:1<sup>4</sup>
- 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 för närvarande inga brukare inom verksamheten som har dessa behov.

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

## 16. Dokumentation av HSL

- Journaler finns och innehåller den lagstadgade journalföringen
- Journalhandlingarna förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem
- Valda delar av journalen finns tillgänglig för berörda personalkategorier så att de boende får nödvändig vård och omsorg
- Vårdplanen respektive rehabiliteringsplanen uppdateras minst en gång per år samt vid förändringar i hälsotillståndet
- Rutin finns för att stödja den enskilde som fått tandvårdsintyg till årlig munhälsobedömning

### Kommentar



## 17. Underskrifter

För utföraren

Anna Lundin  
Namnförtydligande

För Stockholms stad

Ellinor Forssmed-Östh  
Namnförtydligande





## Mall för Uppföljning av utförare inom socialpsykiatri

### A Basuppgifter

Utförare och enhet	Verksamhetsområdet omsorg om personer med psykisk funktionsnedsättning, Akalla stödboende.
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	Stödboende
Antal brukare i verksamheten	10
Varav från Stockholms Stad	10
Avtalspart/nämnd	Rinkeby-Kista
Adress	Sibeliusingången 20 B, Kista
Verksamhetschef/enhetschef	Anna Lundin
Telefon	08 508 01321
Hemsida	[ ]
Jämför service är uppdaterad	2011
Metod för uppföljningen (platsbesök, intervju etc.)	Verksamhetsbesök, intervju, granskning av dokument
Uppföljningen utförd av	Ellinor Forssmed-Östh, Abdi-Nur Isse, Johanna Klemola
Vid uppföljningen medverkade från utföraren	Anna Lundin och Andrew Mullen
Datum för uppföljningen	2011 12 19

## B Uppföljning

Hela eller delar av dokumentet kan komma att publiceras på Jämför service, [www.stockholm.se](http://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:

Stor vikt har under året lagts vid att organisera och strukturera verksamheten för att förbättra kvaliteten. En granskning genomfördes 2010 av socialstyrelsen, då verksamheten fick kritik på ett flertal punkter. Under 2011 har denna granskning legat till grund för verksamhetens förbättringsarbete men vissa delar återstår dock att fortsätta förbättra under 2012. Ny uppföljning av stödboendet kommer att genomföras hösten 2012.

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

Verksamheten följer förvaltningens rutiner gällande ekonomi.

*Definitioner och instruktioner:*

- *Med rutiner avses dokumenterade aktuella beskrivningar av arbetssätt eller metod*

*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 Ledningssystem<sup>1</sup>

Kompletta ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2011:9

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

#### Kommentar

Inom verksamhetsområdet har ett gemensamt förslag till ledningssystem i enlighet med SOSFS 2011:9 tagits fram under hösten 2011. Detta system har dock inte behandlats av nämnden vid tidpunkten för denna uppföljning.

#### 3.2 Ledning

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

Dokumenterad arbetsledarerfarenhet och högskoleutbildning, med inriktning mot socialpsykiatri/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller psykiska funktionshinder och/eller missbruk. 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 psykiskt funktionshindrade, eller som arbetsledare inom verksamhetsområdet

#### Kommentar

Enhetschefen har högskoleutbildning omfattande 80 p (främst gällande äldreomsorg) och lång arbetsledarerfarenhet. Inom verksamheten finns även en biträdande enhetschef med ca 30 års dokumenterad erfarenhet gällande psykiska funktionsnedsättningar.

#### 3.3 Personal

Totalt antal anställda personer på enheten: 2

Totalt antal anställda på enheten omräknat till helårsanställningar: 2,0

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

Ja

Nej

<sup>1</sup> 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:

-

Sjukfrånvarons fördelning på kort-/långtidsfrånvaro är:

-

**Kommentar:** Sjukfrånvaron för personalen är mycket låg.

**3.6 Personalens kompetens totalt (oavsett anställningsform)**

Personal ska ha adekvat utbildning, det vill säga minst gymnasial utbildning med inriktning mot t.ex. socialpsykiatri/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller psykiska funktionshinder och/eller missbruk. 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

**3.9 Vid skrivet avtal:**

Personalsituationen följer gällande avtal

**Kommentar**

*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 dokumenterade rutiner i de flesta fall. Dock inte när det gäller brukarens möjlighet att byta stödperson. Samtliga granskade rutiner bör ses över och i vissa fall uppdateras.

#### 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

5 genomförandeplaner granskades och för 2 brukare var genomförandeplanerna ej uppdaterade.

## 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: 5

**Kommentar:** Vid genomgången av genomförandeplanerna framkom att det finns brister i en del beställningar, vilket medför att även genomförandeplanerna till viss del uppvisade vissa brister.

*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: 1

### **Kommentar**

På enhetens brukarråd tas synpunkter och klagomål upp. Minnesanteckningar förs från brukarrådet, för att kunna användas i enhetens utvecklingsarbete.

## 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

Samverkansöverenskommelse finns med psykiatri och primärvård, men rutinerna inom området är otillräckliga för att få samverkan att fungera på ett tillfredsställande sätt. Detta bör förbättras och följs upp vid kommande uppföljningstillfälle.

## 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: ESL (ett självständigt liv)
- Om inte: Görs metodutveckling på annat dokumenterat sätt?
  - I så fall hur:

Inflyttning

- Rutiner finns vid inflyttning/börja och utflyttning/sluta

Kommentar

## 9. Lex Sarah enligt 24 b-24 e §§ LSS; SOSFS 2011:5<sup>2</sup>

- 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

Förvaltningen har upprättat nya preliminära rutiner gällande Lex Sarah. Nya rutiner upprättas och implementeras när stadens riktlinjer är klara.

## 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

Rutin för anmälan enligt 14 kap. 1 § SoL saknas och bör snarast 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

\_\_\_\_\_

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

*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 brandskyddsarbete<sup>3</sup> (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: 1/år. Senaste övningen genomfördes den: 2011 06 28 (ÅÅMMDD)

### **Kommentar**

Den 28 juni 2011 utbröt en brand på stödboendet. Brand och utrymning genomfördes helt enligt enhetens gällande rutiner. Personalen fick vid tillfället stort beröm för sina insatser.

*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.

<sup>3</sup> Det systematiska brandskyddsarbetet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

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

100%

Andel personal som har genomgått utbildning avseende livsmedelshygien:

100%

#### 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

Frågorna är inte aktuella för enheten på grund av att ingen av brukarna har något behov av stöd.

### 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 2008:1<sup>4</sup>
- 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 inget behov inom enheten.

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

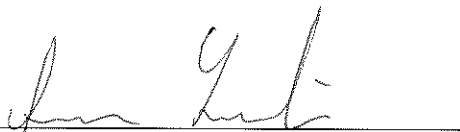
## 16. Dokumentation av HSL

- Journaler finns och innehåller den lagstadgade journalföringen
- Journalhandlingarna förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem
- Valda delar av journalen finns tillgänglig för berörda personalkategorier så att de boende får nödvändig vård och omsorg
- Vårdplanen respektive rehabiliteringsplanen uppdateras minst en gång per år samt vid förändringar i hälsotillståndet
- Rutin finns för att stödja den enskilde som fått tandvårdsintyg till årlig munhälsobedömning

### Kommentar

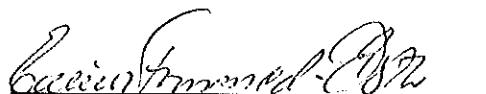
Verksamheten har ingen skyldighet att dokumentera enligt HSL.

## 17. Underskrifter



För utföraren

Anna Lundin  
Namnförtydligande



För Stockholms stad

Ellinor Forssmed-Östh  
Namnförtydligande





**Mall för Uppföljning av utförare inom socialpsykiatri****A Basuppgifter**

<b>Utförare och enhet</b>	<b>Omsorg om personer med psykisk funktionsnedsättning: Boendestöd.</b>
<b>Verksamhetens regiform</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Kommunal regi <input type="checkbox"/> Enskild (privat) regi <input type="checkbox"/> Entreprenad
<b>Tillstånd från Socialstyrelsen</b>	<input type="checkbox"/> Datum fr.o.m.- t.o.m. [redacted]
<b>Tillståndets omfattning (platser, insatser etc.)</b>	[redacted]
<b>För kommunal regi, anmälan till socialstyrelsen gjord den (datum)</b>	2009
<b>Inriktning på verksamheten</b>	Boendestöd
<b>Antal brukare i verksamheten</b>	112
<b>Varav från Stockholms Stad</b>	112
<b>Avtalspart/nämnd</b>	Rinkeby-Kista stadsdelsnämnd
<b>Adress</b>	Nybykroken 1-5 Spånga
<b>Verksamhetschef/enhetschef</b>	Anna Lundin
<b>Telefon</b>	08 508 01321
<b>Hemsida</b>	[redacted]
<b>Jämför service är uppdaterad</b>	2011
<b>Metod för uppföljningen (platsbesök, intervju etc.)</b>	Platsbesök, intervju, granskning av dok
<b>Uppföljningen utförd av</b>	Ellinor Forssmed-Östh, Johanna Klemola
<b>Vid uppföljningen medverkade från utföraren</b>	Anna Lundin, Magnus Nordh
<b>Datum för uppföljningen</b>	2012 02 20
<b>Datum för föregående uppföljning</b>	2009

## B Uppföljning

Hela eller delar av dokumentet kan komma att publiceras på Jämför service, [www.stockholm.se](http://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:** 2010 genomförde socialstyrelsen en granskning av socialpsykiatrin och under hela 2011 har resultatet av denna granskning legat till grund för verksamhetens förbättringsarbete. Den samlade bedömningen av genomförd uppföljning av boendestödet är att den verksamhet som bedrivs är god och utvecklingsarbetet fortsätter med engagerad personal. *Ett antal rutiner behöver uppdateras och vissa rutiner behöver utformas:*

#### Uppdateras

- Rutin för introduktion av nyanställd personal
- Planen för egenkontroll av lokaler och brandutrustning

#### Utformas

- Rutin som säkerställer hur det går till om en brukare önskar byta stödperson
- Rutin som säkerställer informationen till brukare gällande synpunkter och klagomål
- Rutin för samverkan mellan utföraren och Järva psykiatri
- Rutin som säkerställer informationen till personal om anmälningsplikten om 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 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**

Gemensamma rutiner finns och uppdateras 1/år. Avvikelsehanteringen och övriga rutiner kommer att aktualiseras under våren 2012 och kommer därefter att stämmas av 1/mån.

#### *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 Ledningssystem<sup>1</sup>**

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 under 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 socialpsykiatri/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller psykiska funktionshinder och/eller missbruk. 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 psykiskt funktionshindrade, eller som arbetsledare inom verksamhetsområdet

#### **Kommentar**

Enhetschef har högskoleutbildning omfattande 80p (främst gällande äldreomsorg) och lång arbetsledarerfarenhet. Inom verksamheten finns även en biträdande enhetschef med ca 30 års dokumenterad erfarenhet gällande psykiska funktionsnedsättningar.

#### **3.3 Personal**

Totalt antal anställda personer på enheten: 12

<sup>1</sup> Ledningssystemet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

Totalt antal anställda på enheten omräknat till helårsanställningar: 9,10

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: 0

Eventuell personalomsättning beror på:

-

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

5,72

Sjukfrånvaros fördelning på kort-/långtidsfrånvaro är:

Korttidsfrånvaro: = 2,14      Långtidsfrånvaro: = 3,57

**3.6 Personalens kompetens totalt (oavsett anställningsform)**

Personal ska ha adekvat utbildning, det vill säga minst gymnasial utbildning med inriktning mot t.ex. socialpsykiatri/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller psykiska funktionshinder och/eller missbruk. 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**

90% 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

**3.9 Vid skrivet avtal:**

Personalsituationen följer gällande avtal

### Kommentar

Rutinen för introduktion till nyanställda ska uppdateras, datum för senaste uppföljningen saknas på nuvarande dokument.Handledningen till personal är klientrelaterad. Rutin gällande tystnadsplikt och sekretess finns. En gemensam rutin gällande tystnadsplikt och sekretess för alla utförarverksamheter inom nämndens verksamheter i egen regi kommer att tas fram under året.

### 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

En rutin som beskriver hur det går till om en brukare önskar byta stödperson 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: 7
- Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt
- Det finns en rutin för hur avslut av insats ska utföras
- Genomförandeplaner finns för samtliga brukare ca 97%  
Ange andel i % för andelen brukare som inte har genomförandeplan Ca 3%
- 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**

Rutin som beskriver hur det går till vid avslut av insats, har utarbetats gemensamt mellan beställare och utförare.

#### **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: 7

#### **Kommentar**

Insatser gällande den enskildes fritid utförs endast om det finns beskrivet i beställningen till utföraren. Enhetschefen skriver inte under genomförandeplanerna, detta 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 klagomålshandlingen
- Rutin finns för att ge information till den enskilde avseende synpunkts- och klagomålshandlingen 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**

Information gällande synpunkts- och klagomålshantering lämnas muntligt till den enskilde och en rutin om hur detta ska gå till upprättas inom verksamheten.

**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 samverkansöverenskommelse finns med Järva psykiatri, men det finns ingen dokumenterad rutin mellan utföraren och Järva psyk. Boendestödet samverkar med kontaktperson på Järva psyk.

**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: ESL (ett självständigt liv)

Om inte: Görs metodutveckling på annat dokumenterat sätt?

I så fall hur:

Inflyttning

Rutiner finns vid inflyttning/börja och utflyttning/sluta

**Kommentar**

Verksamheten deltar i det stadsövergripande projektet, *Verksamhet och Hälsa*, där kontinuerlig fortbildning om bemötande och trygghet ges. Medarbetarna har dessutom extern handledning två gånger per månad.

## 9. Lex Sarah enligt 24 b-24 e §§ LSS; SOSFS 2011:5<sup>2</sup>

- 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:

## 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 rutin kommer att upprättas som beskriver hur information ska ges till personal.

## 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

Ingen hantering av privata medel förekommer. Hantering av nycklar sker endast avseende en brukare och då finns ett skriftligt godkännande. För övrigt hanteras inga nycklar.

### 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

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



## 12. Systematiskt brandskyddsarbete<sup>3</sup> (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: [ ] (ÅÅMMDD)

**Kommentar:** Arbete utförs i huvudsak i den enskildes egen bostad, varför utrymningsövningar inte kan ske på samma sätt och i samma omfattning som inom ett gruppboende. Detta förbiser dock inte att enheten inte behöver hantera detta på ett tillförlitligt sätt. Redovisning av hur enheten arbetat med frågan sker vid kommande uppföljning. Planen för egenkontroll av lokalerna och brandutrustning ska uppdateras.

*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: 4

Andel personal som har genomgått utbildning avseende livsmedelshygien: 4

**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.

<sup>3</sup> 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

## 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 2008:1<sup>4</sup>
- Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, övrig utrustning, arbetstekniska, hjälpmedel, förbrukningsartiklar, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet.

### Kommentar

Frågorna är ej aktuella för denna enhet på grund av att det inte finns något behov.

## 16. Dokumentation av HSL

- Journaler finns och innehåller den lagstadgade journalföringen
- Journalhandlingarna förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem
- Valda delar av journalen finns tillgänglig för berörda personalkategorier så att de boende får nödvändig vård och omsorg
- Vårdplanen respektive rehabiliteringsplanen uppdateras minst en gång per år samt vid förändringar i hälsotillståndet
- Rutin finns för att stödja den enskilde som fått tandvårdsintyg till årlig munhälsobedömning

**Kommentar** Denna dokumentation gäller inte för verksamheten boendestöd.

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

## 17. Underskrifter



För utföraren

Anna Lundin  
Namnförtydligande



För Stockholms stad

Ellinor Forssmed-Östh  
Namnförtydligande



**Mall för Uppföljning av utförare inom socialpsykiatri****A Basuppgifter**

<b>Utförare och enhet</b>	<b>Omsorg om personer med psykisk funktionsnedsättning: Akalla arbetscentrum</b>
<b>Verksamhetens regiform</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Kommunal regi <input type="checkbox"/> Enskild (privat) regi <input type="checkbox"/> Entreprenad
<b>Tillstånd från Socialstyrelsen</b>	<input type="checkbox"/> Datum fr.o.m.- t.o.m. [ ]
<b>Tillståndets omfattning (platser, insatser etc.)</b>	[ ]
<b>För kommunal regi, anmälan till socialstyrelsen gjord den (datum)</b>	2009
<b>Inriktning på verksamheten</b>	Sysselsättning
<b>Antal brukare i verksamheten</b>	38
<b>Varav från Stockholms Stad</b>	38
<b>Avtalspart/nämnd</b>	Rinkeby-Kista stadsdelsnämnd
<b>Adress</b>	Pargasgatan 20 -22
<b>Verksamhetschef/enhetschef</b>	Anna Lundin
<b>Telefon</b>	08 508 01321
<b>Hemsida</b>	<a href="http://www.acakalla.se">www.acakalla.se</a>
<b>Jämför service är uppdaterad</b>	2011
<b>Metod för uppföljningen (platsbesök, intervju etc.)</b>	Platsbesök, intervju, granskning av dokument
<b>Uppföljningen utförd av</b>	Ellinor Forssmed-Östh, Johanna Klemola
<b>Vid uppföljningen medverkade från utföraren</b>	Anna Lundin, Andrew Mullen, Ann Resmalm
<b>Datum för uppföljningen</b>	2012 02 24

## B Uppföljning

Hela eller delar av dokumentet kan komma att publiceras på Jämför service, [www.stockholm.se](http://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:** 2010 genomförde socialstyrelsen en granskning av socialpsykiatri och under 2011 har denna granskning legat till grund för verksamhetens förbättringsarbete. Den samlade bedömningen av genomförd uppföljning av Akalla arbetscentrum visar på en god verksamhet, inrymd i trevliga lokaler och med engagerad och kompetent personal. *En rutin bör upprättas om hur samverkan ska ske mellan utföraren och Järva psykiatri.*

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

Gemensamma rutiner finns och uppdateras 1/år. Avvikelsehantering och övriga rutiner kommer att aktualiseras under våren 2012. Biträdande enhetschefer för utförare och beställare kommer att bilda arbetsgrupp för att upprätta en dokumenterad rutin, vilken kommer att följas upp 1/mån. (gäller även boendestödet)

Biträdande enhetschef för beställaren kommer att vara sammankallande för arbetsgruppen.

*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 Ledningssystem<sup>1</sup>

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 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 socialpsykiatri/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller psykiska funktionshinder och/eller missbruk. 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 psykiskt funktionshindrade, eller som arbetsledare inom verksamhetsområdet

#### Kommentar

Enhetschef har högskoleutbildning omfattande 80 hp (främst inriktat på äldreomsorg) och lång dokumenterad arbetsledarerfarenhet. Biträdande enhetschef har ca 30 års erfarenhet inom verksamhetsområdet.

#### 3.3 Personal

Totalt antal anställda personer på enheten: 4

Totalt antal anställda på enheten omräknat till helårsanställningar: 2,8

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

Ja

Nej

<sup>1</sup> 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:

3,20

Sjukfrånvarons fördelning på kort-/långtidsfrånvaro är:

Korttidsfrånvaro: = 0,72      Långtidsfrånvaro:= 2,48

**3.6 Personalens kompetens totalt** (oavsett anställningsform)

Personal ska ha adekvat utbildning, det vill säga minst gymnasial utbildning med inriktning mot t.ex. socialpsykiatri/omsorg samt dokumenterade erfarenheter när det gäller psykiska funktionshinder och/eller missbruk. 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

**3.9 Vid skrivet avtal:**

Personalsituationen följer gällande avtal

**Kommentar**

Verksamheten har regelbunden handledning.

*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

#### 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: 2,5%
- 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

1 brukare saknade vid uppföljningstillfället aktuell plan. Det var svårt att svara på frågan om samtliga genomförandeplaner upprättats inom två veckor från insatsens början. Utföraren har dock full kännedom om vilka regler som gäller. All löpande dokumentation som fördes var tydlig och god i samtliga kontrollerade planer.

## 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

Arbetscentrum svara inte för den enskilde brukarens fritid.

### 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

Synpunkten/klagomålet togs upp och behandlades på brukarnas APT. Det togs även upp på personalens APT.

## 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 dokumenterad överenskommelse mellan Järva psykiatri och stadsdelsförvaltningen. Det finns inga dokumenterade rutiner om hur samverkan ska gå till. Rutiner bör snarast 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: Individuell och genomtänkt arbetsstruktur för varje brukare

Inflyttning

Rutiner finns vid inflyttning/börja och utflyttning/sluta

### Kommentar

Regelbunden handledning. En värdegrund har tagits fram gemensamt med verksamhetens brukare.

## 9. Lex Sarah enligt 24 b-24 e §§ LSS; SOSFS 2011:5<sup>2</sup>

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

\_\_\_\_\_

## 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

## 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 egna medel.

*Definitioner och instruktioner:*

- *Med rutin avses dokumenterad aktuell beskrivning av arbetssätt eller metod*

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

- *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 brandskyddsarbete<sup>3</sup> (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 har en tydlig och fastställd brandskyddsorganisation och egenkontroller genomförs och dokumenteras.

Det fanns tveksamheter för när senaste utrymningsövningen genomfördes.

*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:

1

Andel personal som har genomgått utbildning avseende livsmedelshygien:

1

**Kommentar**

[REDACTED]

<sup>3</sup> Det systematiska brandskyddsarbetet ska vara i enlighet med var tids gällande lagar och föreskrifter

*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 2008:1<sup>4</sup>
- 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 för närvarande inget behov av medicintekniska produkter i verksamheten.

---

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

## 16. Dokumentation av HSL

- Journaler finns och innehåller den lagstadgade journalföringen
- Journalhandlingarna förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem
- Valda delar av journalen finns tillgänglig för berörda personalkategorier så att de boende får nödvändig vård och omsorg
- Vårdplanen respektive rehabiliteringsplanen uppdateras minst en gång per år samt vid förändringar i hälsotillståndet
- Rutin finns för att stödja den enskilde som fått tandvårdsintyg till årlig munhälsobedömning

### Kommentar

Verksamheten har ingen skyldighet att föra någon HSL dokumentation.

## 17. Underskrifter



För utföraren  
Anna Lundin  
Namnförtydligande



För Stockholms stad  
Ellinor Forssmed-Östh  
Namnförtydligande

