

12

Till  
Hässelby-Vällingby  
stadsdelsnämnd  
2014-08-28

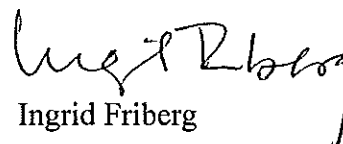
## Uppföljning av LSS verksamhet – Svärds- liljans gruppbostad

### Förvaltningens förslag till beslut

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



Ulla Thorslund  
stadsdelsdirektör



Ingrid Friberg  
avdelningschef

### Sammanfattning

Alla utförare som bedriver LSS-verksamhet på entreprenad inom stadsdelen följs kontinuerligt upp av stadsdelsförvaltningen. Uppföljningen görs genom att uppföljare från stadsdelsförvaltningen gör besök ute i verksamheterna. Förvaltningen har följt upp Svärds-  
liljans gruppbostad som drivs av Attendo. Verksamheten ansågs fungera väl enligt lagar, föreskrifter och gällande avtal.

### Bilaga

Mall för uppföljning.

Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning  
Avdelningen för äldre  
och funktionsnedsatta

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

### Ärendets beredning

Detta ärende har utarbetats inom avdelningen för äldre och funktionsnedsatta.

## Ärendet

Alla utförare som bedriver LSS-verksamhet på entreprenad inom stadsdelen följs kontinuerligt upp av stadsdelsförvaltningen. Uppföljningen görs genom att uppföljare från stadsdelsförvaltningen gör besök ute i verksamheterna. Stockholms stads uppföljningsmodell bygger på att verksamheten följs upp utifrån en stadsgemensam mall. Syftet med uppföljningen är att få kunskap om vilka styrkor, svagheter och angelägna förbättringsområden som finns i allmänhet inom verksamheten och för det enskilda företaget. Uppföljningsbesöket fungerar som en avtalsuppföljning.

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

Svärdsliljans gruppbostad drivs av Attendo. Insatsen är boende för vuxna enligt LSS 9§9. Verksamheten bedrivs i en enplansvilla i Backlura. Det bor fem personer med måttlig till grav utvecklingsstörning på gruppboenden. Uppföljningen gjordes den 12 juni 2014. Den besökta verksamheten ansågs fungera väl enligt lagar och riktlinjer.

## Förvaltningens synpunkter och förslag

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

-----



## Uppföljning LSS-verksamhet

Enhetens namn: Svärdsliljans gruppbostad

Enhetens adress: Svärdsliljevägen 153, 16578 Hässelby

Företag: Attendo

Hemsida: [attendo.se](http://attendo.se)

Föreståndare: Marie Lang-Karlsson

Telefon: 072-171 50 70

e-post: [marie.lang.karlsson@attendo.se](mailto:marie.lang.karlsson@attendo.se)

### Regi

Kommunal regi

Entreprenad

Enskild (privat) regi

Det finns aktuellt tillstånd eller anmälan till socialstyrelsen

Upphandlande nämnd: Hässelby-Vällingby sdn

Datum för uppföljning: 140612

Uppföljning utförd av: Anna Stolpe, utvecklingssekreterare

Medverkande från utföraren:

Marie Lang-Karlsson verksamhetschef

Monica Smedman regionchef

Maria samordnare

Asha Mohammed vårdare

### Metod för uppföljning

Platsbesök med intervju

Annat



Stockholms  
stad

Om annat, ange vilken metod som använts:



**Insats** (ett alternativ kan kryssas):

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

Om daglig verksamhet kryssats i, ange öppetiderna:

**Målgrupp** (fler alternativ kan kryssas):

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

Antal brukare i verksamheten: 5

Antal brukare från Stockholms

stad: 5



## SAMMANFATTNING

### Samlad bedömning av uppföljningen:

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

Följande avvikelser kräver åtgärd:

Avvikelserna ska vara åtgärdade senast:

### Kommentarer kring samlad bedömning

Vid uppföljningstillfället bedrivs en väl fungerande verksamhet.



## EKONOMI OCH ADMINISTRATION

- Det finns skriftlig rutin för att stämma av ersättning och reglering av ersättning
- Fakturor kan verifieras
- Det finns skriftlig rutin för att rapportera förändrat behov hos brukaren
- Det finns skriftlig rutin för att rapportera förändringar i verksamheten

**Kommentarer kring ekonomi och administration:**

## LEDNING OCH PERSONAL

- Föreståndaren har adekvat högskoleutbildning, t ex sociala omsorgslinjen, socionomexamen eller paramedicinsk utbildning
- Föreståndaren har lägst tre års sammanlagd yrkeserfarenhet av målgruppen på heltid, förvärvat efter år 2000  
Del av heltidsarbetstid som föreståndaren arbetar för enheten:  
33%
- Minst 80 % av personalen har adekvat utbildning, d.v.s. minst gymnasial utbildning med inriktning mot omsorg om personer med funktionsnedsättning
- All personal behärskar svenska språket i tal
- All personal behärskar svenska språket i skrift
- Det finns plan för personalens kompetensutveckling
- Det finns extern handledning
- Det finns skriftlig rutin för introduktion av nyanställda
- Det finns skriftlig rutin med information om sekretesslagstiftning



Antal anställda på enheten:	13
Antal helårsanställningar:	9,22
Antal tillsvidareanställda:	12
Korttidssjukfrånvaro i %:	0,75
Långtidssjukfrånvaro i %:	0,34
Personalomsättning i %:	0

**Kommentarer kring ledning och personal:** De flesta anställda har undersköterskeutbildning. Enheten har extern handledning via Avonova, förflyttningsteknik, handledning av dietist samt via handledning av Habiliteringen.

#### DOKUMENTATION

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

Genomförandeplan finns för samtliga brukare

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

Samtliga genomförandeplaner följs upp minst 1 gång per år.

Antal brukares dokumentation som kontrollerats vid uppföljningen: 5

Genomförandeplanen innehåller mål och eventuella delmål

Genomförandeplanen tydliggör vad som ska göras

Genomförandeplanen tydliggör hur det ska göras

Genomförandeplanen tydliggör när det ska göras

Genomförandeplanen innehåller datum för uppföljning

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



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

**Kommentarer kring dokumentation:**

### **KVALITETSLEDNINGSSYSTEM**

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

Ledningssystemet omfattar rutiner och processer för:

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



- Hur enskilda brukares behov av kontinuitet säkerställs
- Hur den enskildes trygghet säkerställs
- Hur insatsen påbörjas respektive avslutas

Verksamheten har:

- Tagit emot 1 st. synpunkter och klagomål de senaste tolv månaderna
- Rapporterat 0 st. Lex Sarah de senaste tolv månaderna
- Anmält 0 st. Lex Sarah de senaste tolv månaderna
- Anmält för barns skydd 0 st. gånger de senaste tolv månaderna

**Kommentarer kring kvalitetsledningssystem:**

**BARN OCH UNGDOM**

- Det finns registerutdrag ur belastningsregistret för personal som arbetar med barn och som anställdes efter 1/1 2011
- Inte aktuellt för typ av verksamhet

**Kommentarer kring barn och ungdom:**

**EGNA MEDEL OCH NYCKLAR**

- Verksamheten hanterar brukares egna medel och/eller nycklar till brukares rum/lägenhet. Om ja besvara följande två frågor, hoppa annars över dem
- Det finns skriftlig rutin för hantering av egna medel
- Det finns skriftlig rutin för hantering av nycklar
- Verksamheten hanterar inte brukares egna medel och/eller nycklar till brukares rum/lägenhet



**Kommentarer kring egna medel och nycklar:**

### HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

- Verksamheten hanterar brukares mediciner. Om ja besvara följande två frågor, hoppa annars över dem
- Mediciner förvaras på ett betryggande sätt
- Det finns skriftlig rutin för delegering och/eller skriftlig dokumentation från HSL-personal i det fall personal stöttar brukare med egenvård

Verksamheten hanterar inte brukares mediciner.

**Kommentarer kring hälso- och sjukvård:** Medicinen förvaras inlåst i skåp i brukarens lägenhet.

### ARBETSSÄTT

- Det finns skriftlig rutin för att säkerställa ett gott bemötande
- Personal fortbildas kontinuerligt kring etik och bemötande  
Följande fortbildning har skett de senaste 12 månaderna, ange även hur många som deltagit i fortbildningen:
- Utföraren arbetar efter specifika pedagogiska metoder, ange i så fall metoder: Tydliggörande pedagogik
- Det finns skriftliga rutiner och arbetssätt som säkerställer att brukaren får information som är anpassad efter den enskildes förutsättningar

**Kommentarer kring arbetssätt:** Enheten har en



värderingscoach som har en egen punkt på arbetsplatsträffarna.  
Enheten har också ett projekt om bemötande som omfattar  
både personal och anhöriga.

### BRUKARINFLYTANDE

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

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

- Verksamheten genomför egna brukarundersökningar
- Verksamheten har fått eget resultat från Stockholms stads brukarundersökning, ange i så fall hur resultatet kommuniceras med brukare/god män: Månadsbrev

**Kommentarer kring brukarinflytande:** Enheten arbetar  
med individanpassade brukarråd.

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

- Det finns en tydlig och fastställd brandskyddsorganisation
- Det finns en plan för egenkontroll av lokalerna och brandutrustning
- Det finns skriftlig handlingsplan för brand
- Det finns en tydligt anslagen utrymningsplan
- Utrymning övas regelbundet, ange i så fall när senaste brandövningen genomfördes: 140326



**Kommentarer kring systematiskt brandskyddsarbete:**

Enhetens brandombud har en egen punkt på arbetsplatsträffarna.

**KOST**

Personal stöttar brukarna att handla, laga eller äta mat. Om ja besvara följande två frågor, hoppa annars över dem

Personal har genomgått utbildning kring kost och, ange hur antal personal som genomgått utbildning: 1 kostombud

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

Personal stöttar inte brukarna att handla, laga eller äta mat

**Kommentarer kring kost:** Kostombudet tar upp kost, motion och hälsa på arbetsplatsträffar.

**HYGIEN OCH SMITTSKYDD**

Personal stöttar brukarna med personlig hygien. Om ja besvara följande tre frågor, hoppa annars över dem

Personal har genomgått utbildning i basala hygienrutiner, ange antal personal som genomgått utbildning: 13

Utföraren arbetar med basala hygienrutiner

Det finns tillgång till engångshandskar, handsprit och liknande skyddsmaterial

Personal stöttar inte brukarna med personlig hygien.

**Kommentarer kring hygien och smittskydd:**

