



## Uppföljning av LSS-verksamheter

**Enhetens namn:** Gärdets gruppbostad

**Enhetens adress:** Sandhamnsgatan 4

**Företag:** Stockholms stad/ Östermalms stadsdelsförvaltning

**Hemsida:** [www.stockholm.se/jamforservice](http://www.stockholm.se/jamforservice)

**Föreståndare:** Kristina Sturmhowel

**Telefon:** 05 508 10 400

**e-post:** [kristina.sturmhowel.se](mailto:kristina.sturmhowel.se)

### Regi

☒ Kommunal regi

☐ Entreprenad

☐ Enskild (privat) regi

☐ Det finns aktuellt tillstånd eller anmälan till IVO

**Upphandlande nämnd:**

**Datum för uppföljning:** 2015-03-02

**Uppföljning utförd av:** Anne Menes, utvecklingssekreterare

**Medverkande från utföraren:** Gisela Palm Lamerstedt enhetschef,

Kristina Sturmhowel biträdande enhetschef, Katarina Rohlin

Bosnjak samordnare

### Metod för uppföljning

☒ Platsbesök med intervju

☐ Annat

**Om annat, ange vilken metod som använts:**

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

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

Om daglig verksamhet kryssats i, ange öppettiderna:

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

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

Antal brukare i verksamheten: 6

Antal brukare från Stockholms  
stad: 6

**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:**

- saknas genomförandeplaner för några brukare
- gamla beställningar
- GP behöver utvecklas så att insatsernas mål, vad- när- hur insatserna ska genomföras
- vem som närvarat när GP har upprättats framgår inte
- dokumentationen i paraplyet/ParaSol innehåller inte avvikelser från GP. Utveckla genom att skriva sammanfattande minnesanteckningar (minst 1 ggr/mån).
- revidera och uppdatering av rutiner

**Avvikelserna ska vara åtgärdade senast:**

2015-12-31

**Kommentarer kring samlad bedömning**

**EKONOMI OCH ADMINISTRATION**

- ☒ Fakturor kan verifieras
- ☒ Det finns skriftlig rutin för att rapportera förändrat behov hos brukaren
- ☐ Det finns skriftlig rutin för att rapportera förändringar i verksamheten

**Kommentarer kring ekonomi och administration:**

**LEDNING OCH PERSONAL**

- ☒ Föreståndaren har adekvat högskoleutbildning, t ex sociala omsorgslinjen, socionomexamen eller paramedicinsk utbildning
  - ☒ Föreståndaren har lägst tre års sammanlagd yrkeserfarenhet av målgruppen på heltid, förvärvad efter år 2000
- Del av heltidsarbetstid som enhetschefen arbetar för enheten: 50

- ☒ Minst 80 % av personalen har adekvat utbildning, d.v.s. minst gymnasial utbildning med inriktning mot omsorg om personer med funktionsnedsättning
- ☐ All personal behärskar svenska språket i tal
- ☐ All personal behärskar svenska språket i skrift

- ☒ Det finns plan för personalens kompetensutveckling
- ☒ Det finns extern handledning
- ☒ Det finns skriftlig rutin för introduktion av nyanställda
- ☒ Det finns skriftlig rutin med information om tystnadsplikt

Antal anställda på enheten: 11

Antal helårsanställningar: 10

Antal tillsvidareanställda: 10

Korttidssjukfrånvaro i %: 2,2

Långtidssjukfrånvaro i %: 2,61

Personalomsättning i %:

**Kommentarer kring ledning och personal:** två vakanta tjänster-  
nattpersonal

## DOKUMENTATION

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

☐ Genomförandeplan finns för samtliga brukare

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

☐ Samtliga genomförandeplaner följs upp minst 1 gång per år.

Antal brukares dokumentation som kontrollerats vid uppföljningen:  
6

☐ Genomförandeplanen innehåller mål och eventuella delmål

☐ Genomförandeplanen tydliggör vad som ska göras

☐ Genomförandeplanen tydliggör hur det ska göras

☐ Genomförandeplanen tydliggör när det ska göras

☐ Genomförandeplanen innehåller datum för uppföljning

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

☒ Det finns löpande dokumentation (journalanteckningar)

☐ Den löpande dokumentationen innehåller information om faktiska omständigheter, händelser av vikt samt måluppfyllelse

☐ Den löpande dokumentationen innehåller information om avvikelser från genomförandeplanen

**Kommentarer kring dokumentation:** Gamla beställningar.

Saknas GP för 2 personer. GP utvecklas så att det tydligare framgår vad insatsernas mål ska leda till och vad som ska göras, hur

det ska göras samt när det ska. Ske utifrån brukarens önskemål. Framgår inte om den enskilde varit närvarande vid upprättandet av GP (eller vid uppföljningen). Dokumentera tydligare utifrån händelser av vikt och avvikelser från GP. Tips att i större utstreckning skriva sammanfattande anteckningar.

## KVALITETSLEDNINGSSYSTEM

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

### Ledningssystemet omfattar rutiner och processer för:

- ☐ Riskanalys
- ☐ Egenkontroll
- ☒ Avvikelsehantering
- ☒ Klagomål och synpunkter
- ☒ Lex Sarah (SOSFS 2011:5)
- ☐ Barns skydd (14 kap 1 § SoL)
- ☐ Samverkan
- ☒ Dokumentation enligt LSS
  
- ☒ Hot och våld
- ☒ Dödsfall och/eller traumatiska händelser
  
- ☒ Vikarieanskaffning
- ☒ Hur verksamheten bemannas efter brukarnas behov
- ☐ Hur insatsen påbörjas respektive avslutas

### Verksamheten har:

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

**Kommentarer kring kvalitetsledningssystem:** Rutin för barns skydd behövs inte då verksamheten ej omfattas av detta. Vissa av rutinerna är gamla och behöver revideras och uppdateras. Oskert om personalen vet var de kan finna rutinerna.

## BARN OCH UNGDOM

- ☐ Det finns registerutdrag ur belastningsregistret för personal som arbetar med barn och som anstälts efter 1/1 2011
- ☒ Inte aktuellt för verksamheten

**Kommentarer kring barn och ungdom:**

## EGNA MEDEL OCH NYCKLAR

Verksamheten hanterar brukares egna medel.

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

Verksamheten hanterar nycklar till brukares rum/lägenhet.

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

**Kommentarer kring egna medel och nycklar:** Hanteringen sker efter samtycke från brukaren/ företrädare

## HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

- ☒ Verksamheten hanterar brukares mediciner. Om ja besvara följande fråga, hoppa annars över den
- ☒ 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:**

## ARBETSSÄTT

☒ Det finns skriftlig plan/policy kring ett gott bemötande

☒ Personal fortbildas kontinuerligt. Följande fortbildning har skett de senaste 12 månaderna, ange även hur många som deltagit i fortbildningen: 10 personal har genomgått BAS-psykiatriutbildning.

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

**Kommentarer kring arbetssätt:** Behöver utveckla detta. Ex BoardMarker- metoden.

## BRUKARINFLYTANDE

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

☐ Ja, minst varje vecka

☒ Ja, minst varje månad

☐ Ja, minst varje kvartal

☐ Ja, mer sällan än varje kvartal

☐ Nej

☐ Verksamheten genomför egna brukarundersökningar

☒ Verksamheten har fått eget resultat från Stockholms stads brukarundersökning

**Kommentarer kring brukarinflytande:** Plan finns för egna



brukarundersökningar som ett komplement till stadens.

**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: 2015-01-27

Kommentarer kring systematiskt brandskyddsarbete:

**KOST**

- ☒ Personal stöttar brukarna att handla, laga eller äta mat eller erbjuder mat via t.ex. catering. Om ja besvara följande två frågor, hoppa annars över dem
- ☒ Personal har genomgått utbildning kring kost och, ange hur antal personal som genomgått utbildning: alla
- ☒ Personal har genomgått utbildning kring livsmedelshygien, ange hur antal personal som genomgått utbildning: 5
- ☐ Personal stöttar inte brukarna att handla, laga eller äta mat och erbjuder inte mat via t.ex. catering

Kommentarer kring kost: Har kontakt med en dietist. Utbildningsförslag från äldreförvaltningen.

**HYGIEN OCH SMITTSKYDD**

Personal stöttar brukarna med personlig hygien.

- ☒ Ja. Besvara frågorna om utbildning och rutin, hoppa annars över dem
- ☐ Nej
- ☒ Personal har genomgått utbildning i basala hygienrutiner, ange antal personal som genomgått utbildning: alla
- ☒ Utföraren arbetar med basala hygienrutiner
- ☒ Det finns tillgång till engångshandskar, handsprit och liknande skyddsmaterial

**Kommentarer kring hygien och smittskydd:**