

Uppföljning av LSS-verksamheter

Enhetens namn: Värtans gruppbostad

Enhetens adress: Sandhamnsgatan 8

Företag: Östermalms stadsdelsförvaltning

Hemsida: stockholm.se/jamforservice

Föreståndare: Katarina Rohlin Bosnjak, bitr. enhetschef, Gisela Palm, enhetschef

Telefon: 08 508 10 500

Regi

- Kommunal regi
 Entreprenad
 Enskild (privat) regi

Datum för uppföljning: 2016-12-13

Uppföljning utförd av: Anne Menes, utvecklingssekreterare

Medverkande från utföraren: Katarina Rohlin Bosnjak, Gisela Palm

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 kryssas i, ange öppettiderna:

Målgrupp (fler alternativ kan kryssas):

- Ingen utvecklingsstörning
- Lindrig utvecklingsstörning
- Måttlig utvecklingsstörning
- Grav utvecklingsstörning
- Autismspektrumstörning/ neuropsykiatridiagnoser
- 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 underskrifter från arbetsledare på flera genomförandeplaner.

Avvikelserna ska vara åtgärdade senast:

2016-12-31

Kommentarer kring samlad bedömning

Verksamheten har kommit till rätta med flertalet av de uppmärksammade bristerna som påträffades under uppföljningen 2015. I journalanteckningarna används emellanåt värdeord (hävdade, ansåg, påstår m.fl.). Fortsatt utveckling av att använda arbetsanteckningar. Behöver tydligare framgå i journalanteckningarna när det är avvikelser från genomförandeplanen

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

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: 5 samt 15 timanställda

Antal helårsanställningar: 4,75

Antal tillsvidareanställda: 4,75

Korttidssjukfrånvaro i %: 0,8

Långtidssjukfrånvaro i %: 1

Personalomsättning: obefintlig

Kommentarer kring ledning och personal: Personalen på gruppbestaden har jobbat där under många år.

DOKUMENTATION

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

Genomförandeplan finns för samtliga brukare enligt utförare

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

Samtliga genomförandeplaner följs upp minst 1 gång per år enligt utförare

Antal brukares dokumentation som kontrollerats vid uppföljningen:

6

Genomförandeplaner innehåller mål och eventuella delmål

Genomförandeplaner tydliggör vad som ska göras

Genomförandeplaner tydliggör hur det ska göras

Genomförandeplaner tydliggör när det ska göras

Genomförandeplaner innehåller datum för uppföljning

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

Det finns löpande dokumentation (journalanteckningar)

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

Den löpande dokumentationen innehåller information om avvikelser från genomförandeplaner

Kommentarer kring dokumentation: Saknas underskrifter från arbetsledare på flera genomförandeplaner. I journalanteckningarna används emellanåt värdeord (hävdade, ansåg, påstår m.fl.). Fortsatt utveckling av att använda arbetsanteckningar. Behöver tydligare framgå i journalanteckningarna när det är avvikelser från genomfö-

randeplanen.

KVALITETSLEDNINGSSYSTEM

Det finns ett komplett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9

Det finns en verksamhets-/kvalitetsberättelse för föregående år

Ledningssystemet omfattar rutiner och processer för:

Riskanalys

Egenkontroll

Avvikelsehantering

Klagomål och synpunkter

Lex Sarah (SOSFS 2011:5)

Barns skydd/orosanmälan (14 kap 1 § SoL)/ ej aktuellt för verksamheten

Samverkan

Dokumentation enligt LSS

Hot och våld

Dödsfall och/eller traumatiska händelser

Vikarieanskaffning

Hur verksamheten bemannas efter brukarnas behov

Hur insatsen påbörjas respektive avslutas

Verksamheten har:

Genomfört riskanalys de senaste tolv månaderna

Genomfört egenkontroll de senaste tolv månaderna

Tagit emot 10 st. synpunkter och klagomål de senaste tolv månaderna, framförallt från en brukare. Beröm från anhöriga som är nöjda med hur verksamheten tar hand om brukarna.

Rapporterat 1 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

BARN OCH UNGDOM

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

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

- Det finns skriftlig rutin som beskriver hur brukarnas behov av hälso- och sjukvård säkerställs
- Det finns skriftlig rutin för delegering och/eller skriftlig dokumentation från HSL-personal i det fall personal stöttar brukare med egenvård

ARBETSSÄTT

- Det finns skriftlig plan/policy kring ett gott bemötande
- Personal fortbildas kontinuerligt. Beskriv: Under året har personalen bland annat genomgått följande utbildningar/kurser: gruppleदारutbildning, LSS 7,5 hp, BAS-psykiatriutbildning, e-utbildning i handhygien, specialpedagogik 1 och 2, stimuleringspengar till LSS utbildning, delaktighet
- Det finns skriftliga rutiner och arbetssätt som säkerställer att brukaren får information som är anpassad efter den enskildes förutsättningar: Personalen använder sig av genomförandeplaner och individuella planer (SIP).

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: Brukarna är inte intresserade av brukarmöte. Enheten bjuder in men det kommer inte så många. Personalen brukar fråga vad brukarna önskar ta upp. Utifrån resultaten från den centrala brukarenkäten har boendet brutit ner vissa frågor för att ta reda på mer. Försökte ett nytt sätt att ta reda på vad brukarna tyckte genom att samordnare gick runt och frågade, men med varierande resultat. Personalens uppfattning är att det är svårt med brukarfrågor, framförallt utifrån frågornas om-

fattning och hur de ställs.

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 utrymningsövningen genomfördes: Det är inte genomförbart med brandövningar på boendet. Personalen pratar med brukarna och informerar om att man ska stanna i sitt boende om det börjar brinna. Varje lägenhet är en brandcell, dessutom har samtliga lägenheter brandfilt. Inga levande ljus används.

HJÄRT- OCH LUNGRÄDDNING

Personal har genomgått hjärt- och lungräddning

- Ja. Beskriv: förvaltningens utbildning. Finns hjärtstartare
- Nej

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
- Personal har genomgått utbildning kring livsmedelshygien
- Personal stöttar inte brukarna att handla, laga eller äta mat och

erbjuder inte mat via t.ex. catering

Kommentarer kring kost: Brukarna lagar mat i lägenheten 2 ggr i veckan med stöd av personal. Frukost äter de själva. På kvällarna brukar det vara gemensamma måltider.

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

Utföraren arbetar med basala hygienrutiner

Det finns tillgång till engångshandskar, handsprit och liknande skyddsmaterial

Kommentarer kring hygien och smittskydd: Personalen har genomfört e-utbildning samt att förvaltningens MAS har varit på besök. Ny rutin med arbetskläder inom LSS.