

Uppföljning av LSS-verksamheter

Enhetens namn: Limfjordsgränd

Enhetens adress: Limfjordsgränd 6, Kista

Företag: Olivia omsorg på entreprenad för Rinkeby-Kista sdf

Hemsida: stockholm.se och oliviaomsorg.se

Föreståndare: Lisa Bergström

Telefon: 0760507288

e-post: lisa.bergstrom@olivia.se

Regi

Kommunal regi

Entreprenad

Enskild (privat) regi

Det finns aktuellt tillstånd eller anmälan till IVO

Upphandlande nämnd:

Datum för uppföljning: 2017-02-28

Uppföljning utförd av: Linda Lantz

Medverkande från utföraren: Lisa Bergström

Metod för uppföljning

Platsbesök med intervju

Annat

Om annat, ange vilken metod som använts:

Insats (ett alternativ kan kryssas):

- Korttidsvistelse enligt 9 § 6
- Korttidstillsyn för skolorngdom över 12 år enligt 9 § 7
- Boende för barn och ungdomar enligt 9 § 8
- Boende för vuxna enligt 9 § 9
- Daglig verksamhet enligt 9 § 10

Om korttidsvistelse, korttidstillsyn eller daglig verksamhet kryssats i, ange öppettiderna:

Om korttidsvistelse kryssats i:

- Utföraren har kapacitet att ta emot brukare dygnet runt, årets alla dagar

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: 4 i gruppbostad 1 servicebostad

- Tillgänglighetsskattning genomförd (se separat mall)

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

Ger intryck av att vara en välfungerande verksamhet. Vissa genomförandeplaner har behov av att ses över. Dokumentation av hur den enskilde och eller företrädare varit delaktig saknas, t.ex. gett egna förslag, samtalat, skett över längre tid utifrån varje del av genomförandeplanen, godkänt per post el. dyl. Många rutiner finns i verksamheten och en hel del utveckling och uppdatering planeras. Flera byten av enhetschef på kort tid kan ha inneburit att vissa saker skjutits på framtiden eller att verksamhetsanpassade rutiner inte uppdaterats men vid uppföljning framkommer inget som bedöms ha påverkat driften av verksamheten..

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%, ansvarar för två enheter

- Minst 80 % av personalen har adekvat utbildning, d.v.s. minst gymnasial utbildning med inriktning mot omsorg om personer med funktionsnedsättning
- Kompetenstabell har överlämnats
- All personal behärskar svenska språket i tal (alternativt svenska teckenspråket)
- 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: 5,8

Antal tillsvidareanställda: 6

Korttidssjukfrånvaro i %: 4,37
Långtidssjukfrånvaro i %: 1,25
Personalomsättning i %: ingen uppgift

Kommentarer kring ledning och personal: Flera byten av enhetschef på kort tid.

BARN OCH UNGDOM Flyttat

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

Kommentarer kring barn och ungdom:

DOKUMENTATION

- Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt, d.v.s. inlåst i brandsäkert skåp och/eller på säker 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: 5

- 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: Fattas journalföring för en period i januari 2017 p.g. av dataproblem, då fört manuella anteckningar som ska föras in i efterhand. I några av genomförandeplanerna finns olika uppgifter om datum som inte uppdaterats/överensstämmer. Det framgår inte av genomförandeplanerna hur den enskilde och/eller företrädare varit delaktiga i upprättandet.

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)

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 44 st. synpunkter och klagomål de senaste tolv månaderna
- Rapporterat - st. Lex Sarah de senaste tolv månaderna
- Anmält - st. Lex Sarah de senaste tolv månaderna
- Anmält för barns skydd - st. gånger de senaste tolv månaderna

Kommentarer kring kvalitetsledningssystem: Rutin för egenkontroll kommer att omarbetas inom företaget. En speciell arbetsgrupp kommer att göra detta i alla verksamheter. Riskanalys för enskild ingår alltid i arbetet med upprättandet av genomförandeplan (ny och vid uppföljning).

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:

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

Kommentarer kring hälso- och sjukvård: apodos, ingen annan delegering

ARBETSSÄTT

- Det finns skriftlig plan/policy kring ett gott bemötande
- Personal fortbildas kontinuerligt. Beskriv:Handledning TBA, basala hygienrutiner, dokumentation, brandskydd, carpe-utbildningar, individuella behov och önskemål 2 betalda utbildningsdagar/år.
- Det finns skriftliga rutiner och arbetssätt som säkerställer att brukaren får information som är anpassad efter den enskildes förutsättningar

Kommentarer kring arbetssätt: Arbetar utifrån företagets värdegrund som nyligen uppdaterats. Alla boende är talande, arbete med kommunikation utvecklas kontinuerligt. Ökat användande av bildstöd och sociala berättelser planeras.

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: Brukarråd (mer övergripande) gemensamt för flera enheter 1-2 ggr/termin.
Husmöte på enhet en gång/vecka.

HJÄRT- OCH LUNGRÄDDNING

Personal har genomgått hjärt- och lungräddning

- Ja. Beskriv:
- Nej

Kommentarer kring hjärt- och lungräddning: planeras 2017 i samarbete med Anticimex.

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: dietist har haft utbildning för personalen gällande näringslära.
- Personal har genomgått utbildning kring livsmedelshygien, ange hur antal personal som genomgått utbildning:

- Personal stöttar inte brukarna att handla, laga eller äta mat och erbjuder inte mat via t.ex. catering

Kommentarer kring kost: En hälsoinspiratör på enheten har en gedigen utbildning inom området.

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: all personal gör detta vid anställning och därefter en gång/år.

Utföraren arbetar med basala hygienrutiner

Det finns tillgång till engångshandskar, handsprit och liknande skyddsmaterial

Kommentarer kring hygien och smittskydd:

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

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: Planeras en gång/år.

Kommentarer kring systematiskt brandskyddsarbete: Lokalerna belägna i markplan. 2016-08-13 genomgång av brandskydd av Anticimex.

LOKALER OCH INREDNING

- Lokaler och inredning är i gott skick
- Lokaler och inredning är ändamålsenliga
- Lokalerna är städade, vårdade och hygieniska

Beskriv kortfattat utemiljö/närmaste omgivning: Gruppbestaden belägen i markplan i ett flerbostadshus. Grönområde i anslutning till gruppbestaden. Inga terasser i anslutning till de boendes egna lägenheter. Utgång till uteplats ifrån gemensamt vardagsrum till stor gemensamhetsyta med sittgrupper och även annat upphöjda pallkragar för odling.

Kommentarer kring lokaler och inredning: Ingen renovering gjord i gruppbestaden sedan inflytt 1993. Även inredning är till större delen ifrån 1993. behov utifrån perceptionstörning bör beaktas vid genomgång/uppfräschning av gruppbestad. Två boende använder rullstol. Gamla lysrör och armatur, svårigheter att hitta reservdelar och glödlampor. Allt fungerar men är slitet, även kök och badrum.