

Uppföljning av LSS-verksamheter

Enhetens namn: Köpenhamnsgatan 16

Enhetens adress: Köpenhamnsgatan 16

Företag:

Hemsida:

Föreståndare: Jeanette Linhardt enhetschef. Kim Kleimert
bitr.enhetschef

Telefon: 08-50801492 (Jeanette), 08-50801 055 (Kim)

e-post:

Regi

☒ Kommunal regi

☐ Entreprenad

☐ Enskild (privat) regi

☒ Det finns aktuellt tillstånd eller anmälan till IVO

Upphandlande nämnd:

Datum för uppföljning: 170619

genomförandeplaner 171201-171231

Uppföljning utförd av: Linda Lantz

Medverkande från utföraren: Jeanette Linhardt

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 skolungdom 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: 4, full beläggning

Antal brukare från Stockholms
stad: 4

- ☐ 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:

-

Avvikelse ska vara åtgärdade senast:

-

Kommentarer kring samlad bedömning

Många aktiviteter görs på enheterna men det framgår inte om hyresgästen kan göra sina aktiviteter enligt målet pga att den löpande dokumentationen är bristfällig. Under året har stort fokus legat på att upprätta strukturerade genomförandeplaner. 2018 behöver fokus ligga på den daglig dokumentationen.

Behov av fortbildning inom livsmedelshygien.

Väldigt strukturerade, beskrivande och tydliga genomförandeplaner för samtliga boende.

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, förvärvat efter år 2000

Del av heltidsarbetstid som enhetschefen arbetar för enheten:
Jeanette anställd som enhetschef sedan 2003.

jeanette har totalt 72,5 hp, bl.a. socialomsorg 40 p, kvalificerat stöd till personer med utvecklingsstörning, o.s.v.

Enhetschef för 6 enheter, tiden fördelas efter behov.

Arbetar 100%

- ☐ 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: 6

Antal helårsanställningar: 5,9

Antal tillsvidareanställda: 6

Korttidssjukfrånvaro i %:

Långtidssjukfrånvaro i %:

Personalomsättning i %:

Kommentarer kring ledning och personal: 50% utbildning, samtliga har lång erfarenhet. Extern handledning planeras ht 2017.

BARN OCH UNGDOM Flyttat

☐ 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:

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: 4 (samtliga)

☒ 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: Ej brandsäkert skåp, men låsbart, på kontoret.

Väldigt tydliga beskrivande genomförandeplaner för samtliga boende. Framgår inte HUR den enskilde varit delaktig i upprättandet/uppföljningen av genomförandeplanen.

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 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: Riskanalys görs inför varje inflytt. I pågående ärenden görs riskanalys minst en gång/år och vid förändrade behov. Riskanalys dokumenteras och förvaras i personliga pärmen. Dokumentation sker enbart i parasol. Egenkontroll görs löpande under året utifrån upprättat årshjul. Rutin för dokumentation enligt LSS saknas i ledningssystemet men anges inom varje område.

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: Dokumentation och avtal finns i ekonomipärm.

Rutin finns för hantering av nycklar. Avtal finns att personal får gå in i boendes lägenhet med nyckel.

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:

ARBETSSÄTT

- ☒ Det finns skriftlig plan/policy kring ett gott bemötande
- ☒ Personal fortbildas kontinuerligt. Beskriv: Individuell fortbildningsplan för varje medarbetare. Första hjälpen (aug. 2017 nästa tillfälle) och brandsskydd vart annat år.
- ☐ Det finns skriftliga rutiner och arbetssätt som säkerställer att brukaren får information som är anpassad efter den enskildes förutsättningar

Kommentarer kring arbetssätt: Värdegrund är gemensam sedan 2007 för alla gruppbostäderna. Denna ska genomsyra hela verksamheten, även genomförandeplanerna. I värdegrunden ingår bemötande. Arbetar med att hitta bra sätt för att förbättra det individuella bemötandet. STOKK-besök under

2017 och jobba med individuella anpassningar gällande bemötande och kommunikation.

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: Varje tisdag husmöte, en väl inarbetad rutin.

HJÄRT- OCH LUNGRÄDDNING

Personal har genomgått hjärt- och lungräddning

- ☒ Ja. Beskriv: görs var annat år. Höst 2017 planeras utbildning.
- ☐ Nej

Kommentarer kring hjärt- och lungräddning:

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: en person som för många år sedan gått utbildning.

☐ 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: Kontakt med dietist som besöker alla personalgrupper. Omvårdnadsansvarig har kontakt med dietisten.

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: samtliga

☒ 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: har sedan länge en regelbunden rutin för att göra detta med de boende.

Kommentarer kring systematiskt brandskyddsarbete:

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: Stor balkong ena sidan, uteplats på andra sidan. Beläget i nedre botten i flerbostadshus. Lekplats finns nära uteplatsen.

Kommentarer kring lokaler och inredning: Äldre standard. Viss renovering av ytskick har skett. Kök och gemensammhetsutrymmen har fräschats upp. De boende har egna rum, delar hygienutrymme, kök och gemenskaphetsutrymme.