

## Uppföljning av LSS-verksamheter

**Enhetens namn:** Senior 1

Enhetens adress: Kista torg 3

Företag: Stockholms stad

Hemsida: stockholm.se

Föreståndare: Jeanette Linhardt enhetschef.

Lena Werner biträdande enhetschef

Telefon: 08-50801492 (Jeanette), 08-50801023 (Lena)

e-post: jeanette.linhardt@stockholm.se; lena.werner@stockholm.se

### Regi

Kommunal regi

Entreprenad

Enskild (privat) regi

Det finns aktuellt tillstånd eller anmälan till IVO

Upphandlande nämnd:

Datum för uppföljning: 170505

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: 8

Antal brukare från Stockholms  
stad: 8

- 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:

Arbetet med genomförandeplanerna bör förbättras (maj 2017). För att kunna arbeta med genomförandeplanen krävs ett bättre samarbete med beställaren. Idag saknas aktuella underlag för de boende ifrån biståndshandläggare.

Mål och delmål bör upprättas i genomförandeplanen för att kunna följa brukarens förmågor, utveckling, mående och intressen. Mål och delmål är det som skall eftersträvas i stödet brukaren erhåller, inte vara arbetsmetoden. Arbetsmetoden kan beskrivas under rubriken hur. Mål och delmål är föränderliga, kanske inte nås eller blir inaktuella, detta bör dokumenteras och andra mål och/eller delmål kan då upprättas.

Avvikelserna ska vara åtgärdade senast:

Nästa verksamhetsuppföljning

### **Kommentarer kring samlad bedömning**

Genomförandeplanerna upprättas utifrån beställning.

Beställningarna är i de flesta fall inaktuella och genomförandeplaner har ändå följts upp av verksamheten.

Samarbetsrutiner med beställarenheten bör ses över för att på bästa sätt kunna säkerställa brukarnas delaktighet och rättigheter i arbetet med uppföljningar/beställningar/genomförandeplaner.

VB 2017: Många aktiviteter görs på enheterna men det framgår inte om hyresgästen kan göra sina aktiviteter enligt målet pga att dokumentationen är bristfällig. Under året har stort fokus legat på att upprätta strukturerade genomförandeplaner. 2018 behöver fokus ligga på den daglig dokumentationen.

Utbildning gällande livsmedelshygien och kost behöver kompletteras/uppdateras.

## 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:  
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: 12

Antal helårsanställningar: 9,02

Antal tillsvidareanställda: 11

Korttidssjukfrånvaro i %:

Långtidssjukfrånvaro i %:

Personalomsättning i %: 1 pension 2017, 1 avliden 2016.

**Kommentarer kring ledning och personal:** Personalen har olika utbildningar. Flera medarbetare har brister i svenska språket, handlingsplan finns för dessa personer. Skriftprov görs numer alltid vid anställning. Individuell kompetensutvecklingsplan för alla. Varje enhet har också en särskild kompetensutvecklingsplan utifrån enhetens samlade kompetensutvecklingsbehov. Extern handledning 2015/2016, inväntar nu ny upphandling. Särskilt utsedd introduktionspersonal för introduktion av nyanställda. Aktivitetsansvariga på varje enhet.

## **BARN OCH UNGDOM Flyttat**

Det finns registerutdrag ur belastningsregistret för personal som arbetar med barn och som anställdts 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: 8

- 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:** De boendes pärmar för personliga angelägenheter, ekonomi och medicin förvaras i låst kontor i låst skåp (ej brandsäkert). Genomförandeplanerna följs upp var sjätte månad av stödperson (oftast i samråd per tfn m god man). Varje år följs genomförandeplan upp av brukare och god man tillsammans med stödperson.

Alla brukare har inte aktuella genomförandeplaner. Någon genomförandeplan är kopierad helt utan ändringar ifrån föregående. Mål och delmål beskriver inte faktiska mål och delmål att sträva efter. När saker ska göras anges med tillfällen/vecka, månad eller år. Felaktiga uppgifter anges gällande ansvarig handläggare.

Även aktuella beställningar saknas trots att uppföljning gjorts av beställarenheten. Någon brukare har inte följts upp av ansvarig handläggare.

## 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 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:** 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. 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:** LSS-hälsan har inneburit delvis nya rutiner.

## ARBETSSÄTT

- Det finns skriftlig plan/policy kring ett gott bemötande
- Personal utbildas kontinuerligt. Beskriv: Individuell utbildningsplan för varje medarbetare. Första hjälpen 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 gruppbestäderna. Denna ska genomsyra hela verksamheten, även genomförandeplanerna. I värdegrunden ingår beömtande. 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:** Husmöte varje vecka.  
Bomöte regelbundet utifrån den boendes önskemål, då närvarar  
endast stödperson och den boende.

## 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: endast ett fåtal

Personal har genomgått utbildning kring livsmedelshygien,  
ange hur antal personal som genomgått utbildning: endast ett få-  
tal

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

Kommentarer kring kost: Utbildning bör kompletteras.

## 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: webbutbildning, 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: Görs på egenkontrollen enhetsvis.**Kommentarer kring systematiskt brandskyddsarbete: Möte om brandskydd två gånger/år.****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: Uteplats på innergård, utgång ifrån gemensamhetsutrymmen. Gruppobstad belägen i flerbostadshus centralt i Kista.**

**Kommentarer kring lokaler och inredning:**