

Uppföljning av LSS-verksamheter

Enhetens namn: Borgarfjordsgatan 21

Enhetens adress:

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: 170620

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 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: 6, full beläggning

Antal brukare från Stockholms
stad: 6

- 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

Bra beskrivningar av hur brukaren varit delaktig eller representerats av annan, i upprättandet av genomförandeplanen. Nya genomförandeplaner görs vid halvårsuppföljningar istället för "genomförandeplan med uppföljning" det blir en annan dokumentation och svårare att utvärdera/följa stödet den den boende får.

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: samma

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: 9

Antal helårsanställningar: 9,04

Antal tillsvidareanställda: 9

Korttidssjukfrånvaro i %:

Långtidssjukfrånvaro i %:

Personalomsättning i %:

Kommentarer kring ledning och personal: 1 vakant tjänst. Två personer vissa brister i svenska språket, en person har en handlingsplan utifrån detta. Extern handledning planeras ht 2017. Intern reflektionsgrupp vt 2017. 2 personer introduktionsansvariga för nyanställda.

BARN OCH UNGDOM Flyttat

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:

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: 6 (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. Omvårdnadsansvarig stöttar i uppföljning av genomförandeplan. löpande dokumentation granskas ej. Bra beskrivningar av hur brukaren varit delaktig eller representerats av annan, i upprättandet av genomförandeplanen. Nya genomförandeplaner görs vid halvårsuppföljningar istället för "genomförandeplan med uppföljning" det blir en annan dokumentation och svårare att utvärdera/följa stödet den den boende får.

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

<input checked="" type="checkbox"/> Egenkontroll
<input checked="" type="checkbox"/> Avvikelsehantering
<input checked="" type="checkbox"/> Klagomål och synpunkter
<input checked="" type="checkbox"/> Lex Sarah (SOSFS 2011:5)
<input checked="" type="checkbox"/> Barns skydd/orosanmälan (14 kap 1 § SoL)
<input checked="" type="checkbox"/> Samverkan
<input checked="" type="checkbox"/> Dokumentation enligt LSS
<input checked="" type="checkbox"/> Hot och våld
<input checked="" type="checkbox"/> Dödsfall och/eller traumatiska händelser
<input type="checkbox"/> Vikarieanskaffning
<input type="checkbox"/> Hur verksamheten bemannas efter brukarnas behov
<input checked="" type="checkbox"/> Hur insatsen påbörjas respektive avslutas
<u>Verksamheten har:</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Genomfört riskanalys de senaste tolv månaderna
<input checked="" type="checkbox"/> Genomfört egenkontroll de senaste tolv månaderna
<input type="checkbox"/> Tagit emot 0 st. synpunkter och klagomål de senaste tolv månaderna
<input type="checkbox"/> Rapporterat 0 st. Lex Sarah de senaste tolv månaderna
<input type="checkbox"/> Anmält 0 st. Lex Sarah de senaste tolv månaderna
<input type="checkbox"/> 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: Personal ska göra web-utbildning. Ökad otrygghet i detta gällande när i tid som det görs, att rätt person verkligen gjort utbildningen, att man förstått utbildningens innehåll o.s.v. Oklart om LSS-hälsan haft uppföljning.

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 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: Under våren 2017 har verksamheten kommit igång ordentligt med husmöte varje vecka. En dagordning, inkluderar även teman t.ex. närproducerad mat. Bomöte har brukare och kontaktperson.

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: några har en gammal utbildning. Kontakt med dietist som besöker alla personalgrupper. Omvårdnadsansvarig har kontakt med dietisten.

Personal har genomgått utbildning kring livsmedelshygien, ange hur antal personal som genomgått utbildning: några har en gammal utbildning.

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

Kommentarer kring kost:

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 BRANDSKYDDSRARBETE (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: ingen dokumentation om detta finns.

Kommentarer kring systematiskt brandskyddsarbete: Handlingsplan ej färdigställd. Plan för egenkontroll finns i årshjulet.

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: Innergård under arbete. Nära Kista galleria, t-bana och buss. Beläget på andra våningen i flerbostadshus. Lodge (istället för balkong) i varje lägenhet.

Kommentarer kring lokaler och inredning: Nybyggt flerbostadshus.

