

Uppföljning bostad med särskild service för vuxna LSS

Enhetens namn

Björinge grupp och servicebostad

Enhetens adress

Björingeplan 2-4

Företag

Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning

Ansvarig chef

Enhetschef Hamid Radnahad, biträdande enhetschef Shideh Homaze Shandiz

Telefon

08-508 03235/267

E-post

Sammanfattande bedömning

Sammanfattande bedömning av uppföljningen (före åtgärd av eventuella brister):

Björinge grupp bostad har goda förutsättningar att bedriva en trygg och säker verksamhet med brukarna i fokus. Biträdande enhetschef beskriver hur förbättringar genomförts i verksamheten och hur många av de problem som man tidigare tampats med i verksamheten nu är lösta. Samtliga brukare har aktuella genomförandeplaner och detaljerade arbetsbeskrivningar. Verksamheten arbetar aktivt med att kompetensutveckla personalen och gör också utbildningsmaterial tillgängligt för timanställda medarbetare. Fem av sex tillsvidareanställda medarbetare är undersköterskor och den sjätte som saknar adekvat utbildningar har genomgått utbildningar i tjänsten. Merparten av de brister som har identifierats i verksamhetsuppföljningen innebär mindre justeringar eller tillägg till de befintliga rutinerna. Dock har verksamheten ett stort arbete framför sig med att skapa ett fungerande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Följande brister finns som kräver åtgärd

➤ Uppgifter på Hitta service

Uppdatera information på [start.stockholm/hitta service](http://start.stockholm/hitta-service) med bilder på grupp bostäderna.

➤ Rutin för uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten

Enheten saknar en skriftlig rutin för hur uppföljning och utvärdering av verksamheten ska ske. Verksamheten saknar systematiska egenkontroller men följer upp verksamheten genom minnesanteckningar från APT, brukarkonferenser, medarbetarenkät och brukarundersökningar. Enheten behöver ta fram en rutin där det framgår hur uppföljning och utvärdering ska genomföras. Som stöd i arbetet kan exempelvis följande material komma till användning: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/systematisk-uppfoljning/stod-for-systematisk-uppfoljning/>

➤ Introduktionsutbildning av personal

Rutin för introduktion och tillhörande checklista för introduktion behöver utvecklas. I rutinen ska det framgå vilka olika funktioner som har ansvar för de olika momenten i introduktionen, inom vilken tidsperiod introduktionen ska pågå och hur introduktionen ska följas upp. Önskvärt är också att introduktionschecklistan är utformad så att det går att boka av genomförda aktiviteter i introduktionsplanen. Verksamheten behöver också säkerställa att introduktionen omfattar utbildning inom funktionsnedsättningar, förflyttningsteknik, första hjälpen samt hjärt- och lungräddning.

➤ Dokumentation av genomförda utbildningar i den medarbetares akt

Medarbetare på Björinge har gått många utbildningar under 2021, bland annat i posttraumatisk stress, autism och neuropsykiatri och det pedagogiska ramverket. När medarbetare gått en utbildning som ger ett diplom/certifikat ska detta dokumenteras i den enskildes personalakt.

➤ Rutin för att uppnå kontinuitet och ev. minimering av antal personal

Verksamheten har ett befintligt arbetssätt, men saknar en skriftlig rutin för att fastställa och uppnå den enskildes behov av kontinuitet och eventuell minimering av antalet personal. En rutin som beskriver verksamhetens tillvägagångssätt behöver tas fram.

➤ Rutin för introduktion av ny medarbetare för brukare

Verksamheten behöver förtydliga hur nyanställd personal introduceras för brukare. Detta kan förslagsvis framgå i rutin/checklista för introduktion.

➤ Rutin för beaktande av barnperspektiv

Verksamheten saknar en rutin för hur barnperspektivet beaktas vid utförande av insatsen när så behövs.

➤ Rutin för delaktighet

Har bra arbetssätt för brukares delaktighet och inflytande men behöver använda program för tillgänglighet och delaktighet på ett mer aktivt sätt i planering och genomförande av verksamhet.

➤ Kulturkompetens och jämställdhet

Verksamheten ska ha kompetens att arbeta med enskilda från andra kulturer. Varje enskild ska bemötas på lika villkor oavsett etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning, kön, könsöverskridande identitet och uttryck samt ålder. På Björinge gruppbostad bor och arbetar personer med flera olika nationaliteter. Verksamheten uppger att man möter varje individ utifrån dess intressen, identitet och önskemål men att man inte arbetar aktivt med frågor om diskriminering annat än att de försöker hålla frågan öppen för diskussion. Verksamheten behöver säkerställa att chefer och medarbetare har kompetens för att arbeta med, och uppmärksamma, dessa frågor. Det gäller särskilt att stärka arbetet med att genomföra jämställdhetsanalyser för att uppmärksamma och förebygga omotiverade skillnader mellan könen i utförandet av insatser.

➤ Rutin för anhörigstöd

Verksamheten har en rutin för hur samverkan sker med anhöriga samt ett anhörigombud men saknar en rutin för hur man uppmärksammar att anhöriga behöver stöd för egen del.

➤ **Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

Verksamheten ska ha ett väl fungerande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens författningssamling och allmänna råd. Ledningssystemet ska användas för att kontinuerligt utveckla och långsiktigt säkra verksamhetens kvalitet och för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Processer och rutiner

Verksamheten har framtagna rutiner som förvaras tillgängligt för personal. Rutinerna är kända av personal och de går igenom på APT och planeringsdagar. Verksamhetens processer är inte kartlagda, vilket är något som behöver åtgärdas.

Samverkan

Det finns en rutin för hur samverkan ska bedrivas med daglig verksamhet men det saknas en rutin för hur samverkan ska bedrivas med beställare.

Risikanalyt

Verksamheten har inte genomfört riskanalys i enlighet med SOSFS 2011:9 och inget resultat för det senaste året finns att tillgå.

Egenkontroll

Verksamheten saknar systematiska egenkontroller i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

Utredning av avvikelser

Verksamheten behöver säkerställa hanteringen av avvikelser, synpunkter och klagomål. En kontroll visar att inga synpunkter och klagomål har diarieförts under perioden 2020-01-01 till och med 2022-03-01.

Rutin för återkoppling till beställare vid avvikelser

Verksamheten har ett befintligt arbetssätt för att återkoppla till beställare vid avvikelser men det är inte tydliggjort i en skriftlig rutin.

Kvalitetsberättelse

En kvalitetsberättelse skrivs för att visa hur verksamheten har utvecklat och säkrat verksamhetens kvalitet under föregående år samt vilka åtgärder som har vidtagits och vilka resultat som uppnåtts. När Björinge gruppbostad har säkerställt ett ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 ska en kvalitetberättelse upprättas i samband med verksamhetsberättelsen.

➤ **Brukarundersökning**

Björinge har inte fått ett resultat på enhetsnivå i den senast genomförda brukarundersökningen vilket beror på att endast fyra brukare bodde på gruppbostad vid undersökningstillfället och det krävs fem svarande för att få ett specifikt resultat. När verksamheten går igenom resultatet av brukarundersökningarna behöver det analyseras utifrån ett jämställdhetsperspektiv för att synliggöra möjliga omotiverade skillnader mellan könen i utförandet av insatser.

➤ Uppföljning av insatser

Verksamheten ska säkerställa att dokumentationen av uppföljning av genomförandet av insatser utförs i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter om särskilda bestämmelser om dokumentation hos utföraren (6 kap. 4 § SOSFS 2014:5).

➤ Dokumentation och gallring

Verksamheten behöver ta fram rutin för att bara behörig personal kan och får ta del av dokumentationen om den enskilde samt en rutin för att hantera eventuella felaktiga uppgifter i dokumentationen.

➤ Systematiskt brandskyddsarbete och brandprevention

Verksamheten behöver säkerställa att rutin för brandprevention är framtagen, att organisationen för det systematiska brandskyddsarbetet är tydliggjord samt planera för genomförandet av regelbundna brandövningar i verksamheten.

➤ Miljö och hållbarhet

Verksamheten behöver kontrollera hos Familjebostäder om möjlighet till sortering av matavfall finns i verksamheten och om möjligt införa det.

Brister ska vara åtgärdade senast

Vid nästa uppföljningstillfälle under våren 2023.

Slutlig bedömning av uppföljning

- Utföraren bedriver verksamhet i enlighet med gällande avtal/i enlighet med uppdragsbeskrivning
- Utföraren bedöms efter åtgärd av påtalade brister utföra verksamhet i enlighet med gällande avtal
- Utföraren bedriver till största del verksamhet i enlighet med gällande avtal men vissa brister kvarstår
- Utföraren bedriver inte verksamhet i enlighet med gällande avtal

Kommentarer kring slutlig bedömning

Basuppgifter

Uppföljningen utförd av Moa Edin
Från utföraren medverkade Shideh Homae Shadiz samt en
medarbetare
Datum för uppföljningen 2022-04-08

Regi

- Kommunal regi
 Entreprenad
 Enskild (privat) regi

Antal

Antal boende i verksamheten totalt Totalt 9 varav 4 i gruppboestad och 5 i
servicelägenheter
Antal boende i verksamheten från Stockholm 9

Leverantörens ändringar under kontraktstiden - 1.4.9

Har det skett några förändringar i verksamheten? Ex. byte av chef, lokal, antal platser?

Nej, inga förändringar på sex år.

Är dessa förändringar meddelade till socialförvaltningen?

Är dessa förändringar meddelade till IVO?

- Ja
 Nej

Kommentar

Enhetschefens ansvar att meddela till socialförvaltning och IVO.

Förslag att ta fram checklista vid ändringar i verksamheten som stöd för ledningen för att tydliggöra vad som behöver göras och vilka som behöver informeras vid förändringar.

Hitta service – 1.7.19

Är uppgifter på hitta service uppdaterade och korrekta?

- Ja
 Nej

Kommentar

Uppgifterna är uppdaterade men det saknas en bild på gruppboestaden.

Ledning och personal

Ansvar för den dagliga driften, enhetschefens kompetens - 1.6.6

- Ansvarig chef står som föreståndare på tillstånd utfärdat av Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Ej relevant
 Ansvarig enhetschef är godkänd av socialförvaltningen (om ej samma som på tillstånd)
Ej relevant
 Ansvarig enhetschef är samma som anges på hitta service

Enhetschef arbetar minst 30 % av heltidsarbetstid för verksamheten

Ej relevant

Kommentar

Då verksamheten bedrivs i egen regi är flera av frågorna ovan ej relevanta.

Kvalitetsarbete – 1.7.8

Hur utvecklar ansvarig enhetschef kvalitetsarbetet på ett systematiskt och resultatbaserat sätt på individ- och verksamhetsnivå, samt driver metodutveckling i verksamheten?

Kommentar

Handledning används vid behov för att arbeta med individanpassad metodutveckling. Utbildning i pedagogiska ramverket har genomförts under 2022, använder många Forum Carpeutbildningar för att kompetensutveckla medarbetare. Demenskoordinator och metodutvecklade från Fridagruppen har bidragit med metodutveckling i verksamheten.

<u>Rutiner – 1.7.8</u>	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner finns för uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>

Kommentar

Saknas egenkontroller i verksamheten, minnesanteckningar via APT och brukarkonferenser som följs upp vid nästa möte. Finns rutiner för brukarkonferenser som hålls varje månad. Medarbetare håller i brukarkonferenserna. Uppföljning av medarbetarenkät.

Personal - 1.6.7

Antal anställda på enheten? 6 tillsvidareanställda, en vakanshållen tjänst.

Andel timanställda? 5 timanställda som arbetar regelbundet i verksamheten.

Minst 80% av personalen har adekvat utbildning (se uppdragsbeskrivning)

Kommentar

Fem av sex tillsvidareanställda är undersköterskor. En saknar adekvat utbildning men har fått utbildningar i tjänsten.

Introduktionsutbildning av personal

Nyanställda genomgår introduktion som inkluderar utbildning i funktionsnedsättningar, förflyttningsteknik, första hjälpen samt hjärt- och lungräddning.

Kommentar

Delvis. Framgår att information ska lämnas av ansvarig chef gällande första hjälpen samt ergonomi och användande av arbetstekniska hjälpmedel. Introduktionen inkluderar inte utbildning i funktionsnedsättningar men det är ett krav vid anställning. Instruktion ges till medarbetare kring arbetstekniska hjälpmedel från arbetsterapeut/sjukgymnast när ett nytt hjälpmedel ska användas hos brukare. Meddelar personal att alla ska ta del av information. Begär läskvitto för att säkerställa att alla personal tar del av skriftlig information via mejl.

Checklista för introduktion behöver uppdateras så att det framgår tydligt vilken information den nyanställde har tagit del av.

Kompetensutvecklingsplan – 1.6.9

- Plan finns för kontinuerlig kompetensutveckling av personal
- Extern handledning finns

Plan för kompetensutveckling görs i samband med medarbetarsamtal. Medarbetare har möjlighet att anmäla intresse till Carpe-utbildningar. Finns behov av språksatsningar för medarbetare. Medarbetare som har gått på utbildningar skriver sammanfattningar av utbildningarna och delar med sig på APT. I samband med att informationen och kunskapen delas förklaras ord som är svåra att förstå för vissa medarbetare som inte har svenska som förstaspråk i syfte att alla ska kunna ta till sig kunskapen.

Har funnits handledning på gruppboenden men har det inte i dagsläget. I nuläget finns inte behov av handledning.

Övrigt om kompetensutveckling

- Kan man se i APT-protokoll att omvärldsbevakning sker?
- Hur arbetar enheten med att säkerställa kompetens hos visstids- och timanställda och hur tar dessa medarbetare del av information och kompetensutveckling?
- Genomförda utbildningar det senaste året?
- Dokumentation av genomgångna utbildningar i personalakt?

Utbildningar går igenom på varje APT och de medarbetare som har gått utbildningar skriver ut materialet och sätter i en pärm.

Tim- och visstidsanställda informeras om att möjligheten att ta del av information om utbildningar i pärm. De timanställda som arbetar ofta deltar i brukarkonferens.

Utbildningar under 2021

Posttraumatisk stress
Autism och neuropsykiatri
Smärta vid IF
MI
Autism grundläggande nivå
Autism fördjupad nivå
GDPR
Downs syndrom
Lex Sarah
Självskadebeteende inom socialpsykiatri
Informationssäkerhet
Pedagogiska ramverket (under 2022)

De gemensamma större utbildningar (ex ramverket) sparas i personalakt, inte seminarier eller kortare kurser som ges via Carpe.

APT-minnesanteckningar

Under 2021 har 8 APT hållits.

Språk

- Kan personalen svenska i tal och skrift och har grundläggande datavana/IT-kunskaper?
 Antal medarbetare som har kompetens i något av de nationella minoritetsspråken; jiddisch, romani chib, samiska, finska och meänkieli

Kommentar

Basal datavana, medarbetare kan dokumentera i Parasol. Vissa medarbetare har språksvårigheter, majoriteten har inte svenska som modersmål. De kan göra sig förstådda i text men behöver visst stöd för att kunna ta till sig information via utbildningar etc.

Vilka språk finns representerade i verksamheten?

Kommentar

Franska, swahili, svenska, spanska, persiska, somali, tigrinja, arabiska. Ingen av medarbetarna talar något av de nationella minoritetsspråken.

Medarbetarundersökning

Hur arbetar enheten med resultatet av medarbetarundersökningen? Informerar chef om resultatet inom ramen för APT och upprättas handlingsplaner vid behov?

Kommentar

Resultatet går igenom på APT och medarbetare ges möjlighet att komma med synpunkter på resultatet. Medarbetare upprättar handlingsplan tillsammans med biträdande enhetschef. Upplever att det tidigare inte fanns så mycket förtroende för medarbetarenkäten, att det fanns flera svåra frågor men att det har blivit bättre.

<u>Rutiner – 1.7.8</u>	Finns	Finns delvis	Saknas
Sekretess och tystnadsplikt inklusive undertecknande (även 1.6.7)	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemanning och vikarieanskaffning (även 1.6.8)	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att uppnå kontinuitet och ev. minimering av antal personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Hur ny enskild presenteras för personalen	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ny personal presenteras för brukarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Att barnperspektivet, vid behov, beaktas vid utförande av insatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

Kommentar

En av brukarna i servicelägenhet har barn under 18 år.

Verksamhetens innehåll

Allmänna krav på verksamheten – 1.7.1

Hur stöttas den enskilde att utnyttja sin fysiska och sociala förmåga och hur främjas den enskildes delaktighet i samhället?

Kommentar

Brukarmöte hålls på söndagar där man går igenom aktiviteter och önskemål. Veckans meny går igenom då brukare planerar vad som ska ätas. Många brukare har egna aktiviteter som de går på. Många av brukarna har engagerade och närvarande anhöriga och ett starkt socialt nätverk. Finns en ansvarig för fritidsaktiviteter för brukarna. Diskussioner på brukarkonferenser om hur brukare kan bibehålla sina förmågor, arbetsterapeut och sjukgymnast deltar ofta. Brukarkonferens hålls enligt en punktmall där socialt nätverk och aktiviteter ingår. Uteaktiviteter på sommaren med grillning på Järvafältet exempelvis.

Tavla finns i korridor med information om vilka medarbetare som ska jobba.

<u>Tillgänglighet och delaktighet – 1.7.22</u>	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutin för delaktighet	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar Finns en rutin för delaktighet där det framgår hur brukare ska göra sin individuella veckoplanering och brukarmöten. Genomförandeplan upprättas tillsammans med brukare. Individuell arbetsbeskrivning upprättas för brukare med detaljerad information om hur insatserna ska utföras och individuellt schema. Behov av uppdatering av arbetsbeskrivningarna tas upp på brukarkonferenser och de uppdateras löpande. Individuella riskanalyser finns för samtliga brukare i förebyggande syfte.

Program för tillgänglighet och delaktighet har tidigare gått igenom i verksamheten men det var ett par år sen och det behöver fräschas upp.

Verksamheten och dess innehåll – 1.7.2

Vilka metoder och arbetssätt används i verksamheten?

Har personalen aktuell kunskap om de metoder som används?

Hur kommunicerar personalen med de enskilda brukarna som har behov av anpassat kommunikationsstöd?

Kommentar

Metoder och arbetssätt i verksamheten: AKK, lågaffektivt bemötande, tydliggörande pedagogik, kartläggningsverktyg, bildstöd. Anpassas utifrån brukares behov.

Personal får påfyllnad via exempelvis Carpeutbildningar. Alla har inte samma eller lika aktuell kunskap men personalen kompletterar varandra. Försöker ta efter goda exempel från andra verksamheter, exempelvis daglig verksamhet.

Personalen kommunicerar individanpassat, mycket med hjälp av bilder och vissa tecken. Har en app som kan användas för teckenanvändning.

Hur säkerställs det att personal inom verksamheten har kompetens att bemöta varje enskild på lika villkor oavsett etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning, kön, könsöverskridande identitet och uttryck samt ålder?

Kommentar: Försöker ta upp frågor om diskriminering, hålla frågan öppen och normalisera. Halalkött köps in till verksamheten. Möter varje individ utifrån dennes intressen och önskemål. Skulle behöva jobba mer med jämställdhetsperspektiv. Har plan för att gå igenom program för jämställdhet, Stockholm för alla och program för tillgänglighet och delaktighet på kommande planeringsdag.

Hur uppmärksammar och förebygger verksamheten omotiverade skillnader mellan könen i utförandet av insatser? Hur hålls frågan om diskriminering, jämlikhet och jämställdhet levande inom personalgruppen?

Kommentar

Se ovan.

På vilket sätt arbetar verksamheten med en hälsobefrämjande inriktning i enlighet med samhällets utveckling inom området vad gäller kost, motion och levnadsvanor?

Kommentar

Maten lagas från grunden, finns personal som är duktiga på att baka och laga mat. Brukarna deltar i planering av måltider. Måltiderna har fokus på grönsaker och frukt. Har kontakt med dietister för att hålla koll på brukares vikt. Vikten följs upp regelbundet. Promenader och fotboll för brukare. Brukare som är sportintresserade går på matcher, vissa går på gym. Motiverande samtal hålls med brukare som är svårare att motivera till hälsofrämjande aktiviteter.

Aktiviteter

Genomför verksamheten regelbundet kulturella och sociala och för brukarna?

Görs brukare delaktiga i att ta fram förslag på aktiviteter?

Kommentar

En medarbetare är ansvarig för fritidsaktiviteter, planerar för aktiviteter som brukare är intresserade av. Delaktighet via brukarmöte.

Kost (enl uppdragsbeskrivningar)

Hur ser ni till att ta tillvara den enskildes individuella önskemål utifrån hälso-, etniska och religiösa skäl? Hur gör ni brukarna delaktiga i planering och tillagning av måltider?

Kommentar

Vissa brukare deltar i matlagning, andra deltar i dukning inför gemensamma måltider. Varannan vecka fredagsmys – brukare får välja mellan att äta i gemensamma måltider eller att äta i egna lägenheten. Vissa brukare lagar maten i sin egen lägenhet men äter tillsammans med andra. Planeras för måltider på söndagars brukarmöten. Brukare som bor i servicelägenhet erbjuds att delta i gemensamma måltider (mot en kostnad) och fika.

Halalkött köps in till brukare som vill äta det. Anpassningar görs individuellt.

Tillgång till digital teknik – 1.7.3

Verksamheten ska tillhandahålla internetuppkoppling. Hur stödjer verksamheten den enskilde i användandet av digital teknik?

Kommentar

Finns wifi i gruppboenden men det är inte lika starkt i alla utrymmen. Har installerat signalförstärkare. Gästnätverk funkar inte i brukarnas lägenheter men de kan använda digitala verktyg i gemensamma utrymmen. Brukare i servicelägenheterna har egna abonnemang.

Personal har kompetens att ge stöd i användning av t ex Ipads. Har inte tillgång till någon egentlig välfärdsteknik i verksamheten.

Finns ett läsobud i verksamheten?

Finns gemensamma tidskrifter och böcker i digital och analog form tillgängligt för brukarna?

Kommentar

Finns några böcker som är gemensamma för gruppboenden. Böckerna riktar sig mer mot personalen och är på temat funktionsnedsättningar. Läsobud finns inte. Flera av brukarna kan varken läsa eller skriva.

<u>Rutiner – 1.7.8</u>	Finns	Finns delvis	Saknas
Hot och våld, hur konflikter och övergrepp ska förhindras, upptäckas samt hanteras (i verksamheten och om den enskilde kan vara utsatt för hot eller våld, även 1.7.10)	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dödsfall	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orosanmälan 14 kap. 1§ SoL	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att kontakta hälso-och sjukvården, inklusive rehabiliteringen och habiliteringen utifrån den enskildes behov (även 1.7.2) Kommentar: Finns lokal rutin för informationsöverföring till sjukvården men ingen rutin för kontakt med habilitering.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokala instruktioner för läkemedelshantering om det förekommer i verksamheten i samråd med vårdgivaren/MAS	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Basala hygienrutiner och lokala hygienombud	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rutin för kommunikering av information till nyinflyttad om dess rättigheter, verksamhetens mål, hälso- och sjukvård samt stödperson med mera Kommentar: Finns rutin för inflyttning som beskriver hur det fungerar på gruppboenden, vilka regler som gäller och info	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

om HSL. Dock inte verksamhetens mål och det är oklart vad som avses med "rättigheter"			
Enskilda medel	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rutin vid anvisning av lägenhet	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rutin för kartläggning och åtgärder vid beteendeförändringar hos de enskilda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

Kommentar

Har orosanmälan gjorts senaste tolv månaderna?

- Ja
 Nej

Antal orosanmälan som gjorts senaste tolv månaderna: 0

Kommentar

<u>Anhörigstöd – 1.7.12</u>	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutin finns för hur samverkan sker med anhöriga, till exempel kring informationsutbyte och delaktighet.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rutin finns för hur man uppmärksammar att anhöriga behöver stöd för egen del.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

Kommentar

Veckovis avstämning med anhöriga via mejl och kommunikation sker därefter vid behov. Har ett anhörigombud i verksamheten som också kan hänvisa anhöriga till det stöd som finns att få.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Ledningssystem för systematisk uppföljning av verksamheten – 1.6.11

- Verksamhetens kvalitetsledningssystem är känt av medarbetare och tillgängligt för samtliga.
 Det är tydligt vem som ansvarar för uppdateringar i ledningssystemet.

Kommentar

Personal känner till rutinerna och var de förvaras, finns i rutinpärm. Gås igenom på APT och planeringsdagar. Enhetschef borde vara den som ansvarar för att uppdateringar genomförs.

Processer och rutiner 4 kap. 2-4§	Ja	Delvis	Nej
Verksamheten har identifierat och beskriver de processer och aktiviteter som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.	<input type="checkbox"/>	X	

Kommentar

Samverkan 4 kap. 5§ (även 1.7.21)	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten (internt) Kommentar: finns ingen rutin för exempelvis samverkan med beställare men däremot lokal rutin för samverkan med DV	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Rutiner för hur samverkan med andra verksamheter/intressenter ska ske (externt) Kommentar: Finns rutiner för samverkan med psykiatrin.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar

Risakanalys 5 kap. 1§	Ja	Delvis	Nej
Verksamheten genomför riskanalys fortlöpande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Resultat av riskanalys finns att ta del av för senaste året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

Kommentar

Egenkontroll 5 kap. 2§	Ja	Delvis	Nej
Verksamheten utövar egenkontroll för att kunna säkra verksamhetens kvalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Resultat av egenkontroll finns att ta del av för senaste året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

Kommentar

Utredning av avvikelser 5 kap. 3§ och 6§	Ja	Delvis	Nej
Verksamheten tar emot och utreder avvikelser, klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet (även 1.6.11) Kommentar: kommer inte in många synpunkter och klagomål. Har blankett för klagomål och synpunkter som förvaras på kontoret.	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Avvikelser, klagomål, synpunkter och rapporter sammanställs och analyseras för att ge indikation på kvalitetsbrister i verksamheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

Kommentar

Avvikelser sammanställs och analyseras inte. Är något verksamheten behöver arbeta med men systemen underlättar inte sammanställning, kräver mycket handpåläggning.

<u>Rutiner – 1.7.8</u>	Finns	Finns delvis	Saknas
Återkoppling till beställaren vid avvikelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Synpunkts- och klagomålshantering	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar

Biträdande enhetschef mejlar beställare vid avvikelse, finns ingen skriftlig rutin men ett tydligt arbetssätt.

Har verksamheten tagit emot avvikelser, klagomål eller synpunkter de senaste tolv månaderna?

- Ja
 Nej

Antal gånger verksamheten har tagit emot klagomål och synpunkter de senaste tolv månaderna:

0 klagomål synpunkter, en dokumenterad avvikelse

Kommentar

<u>Lex Sarah – 1.7.16</u>	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutin finns för Lex Sarah	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar

Webbutbildning lex Sarah har genomgåts under 2021

Verksamheten har

Rapporterat 0 st. Lex Sarah de senaste tolv månaderna

Anmält 0 st. Lex Sarah de senaste tolv månaderna

Antal gånger verksamheten har rapporterat Lex Sarah de senaste tolv månaderna: 0

Antal gånger verksamheten har anmält Lex Sarah de senaste tolv månaderna: 0

Kommentar

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet 6 kap. 1§ och 3§	Ja	Delvis	Nej
Verksamheten säkerställer att personal arbetar i enlighet med processer och rutiner i ledningssystem	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalen har genomgått lex Sarahutbildning under det senaste året	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar

Går igenom rutiner på APT och planeringsdagar. När ny rutin har skapats signerar medarbetare att de läst och tagit del av rutinen. Det är tydliggjort för medarbetare ska medverka i kvalitetsarbetet genom att signalera när en rutin inte fungerar etc.

Dokumentationsskyldighet 7 kap. 1§	Ja	Delvis	Nej
Kvalitetsberättelse visar hur verksamheten har utvecklats och säkrat verksamhetens kvalitet under föregående år samt vilka åtgärder som vidtagits och vilka resultat som uppnåtts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Kvalitetsberättelse är upprättad senast 1 april (1.6.11)	<input type="checkbox"/>		X

Kommentar

Brukarundersökningar

Ett resultat på enhetsnivå finns i den senaste genomförda brukarundersökningen

Enheten har analyserat resultatet i den senaste genomförda brukarundersökningen

Enheten har genomfört en jämföringsanalys utifrån det könsuppdelade resultatet i den senaste genomförda brukarundersökningen.

Kommentar: ett resultat på enhetsnivå finns inte men det beror på att det bara bodde fyra brukare på gruppboenden vid undersökningstillfället (krävs fem svar för att få ett resultat). Vid besvarandet av brukarundersökningarna arbetar personalen med att förklara innebörden i frågorna. Svårt med vissa brukare som inte förstår eller kan svara.

Har inte genomfört en jämställdhetsanalys. Resultatet går igenom tillsammans med brukarna och de får kommentera resultatet.

Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5)

Anslutning till Stockholms stads sociala verksamhetssystem – 1.7.13

Leverantör är ansluten till stadens sociala system

- Ja
 Nej

Kommentar:

Beställning och genomförandeplan – 1.7.14

- Genomförandeplaner finns upprättade för samtliga boende i sociala system
 Genomförandeplaner är upprättade inom 15 dagar från påbörjad insats
 Genomförandeplaner följs upp löpande och revideras
 Samtliga boende och/eller dess företrädare deltar i upprättandet av genomförandeplanen
 Det framgår hur den enskilde eller dess företrädare varit delaktiga
 Verksamheten har en rutin för upprättande, uppföljning och revidering av genomförandeplan

Kommentar: Tar ofta lite mer tid än 15 dagar att upprätta en genomförandeplan, särskilt när en ny brukare kommer. Måste också veta om och när det har kommit en ny beställning. Arbetsbeskrivningarna är det dokument som man använder mest och det uppdateras ofta.

Brukare eller företrädare (de brukar som kan) deltar i upprättandet av gfp.

Hur säkerställs att genomförandeplanerna innehåller mål samt att det tydliggörs vad, hur och när det ska göras?

Kommentar

Gfp följer beställning. Arbetsbeskrivning är mer detaljerad avseende hur och när saker ska göras. Kan behöva arbeta mer med delmål i genomförandeplan.

Uppföljning av insatser

Har verksamheten kännedom om hur dokumentation av uppföljning av genomförandet av insatserna ska utföras enligt 6 kap. 4 § SOSF 2014:5?

- Ja
 Nej

Dokumentation av uppföljning av insatsen 6 kap. 4 § SOSFS 2014:5	Ja	Delvis	Nej
Leverantör har dokumenterat sin uppföljning av insatsen	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar

Genomgång av social dokumentation varje vecka. Uppföljning av gfp, deltar i uppföljning tillsammans med beställare. Brukarråd dokumenteras. Brukarkonferenserna dokumenteras.

Dokumentation och gallring – 1.7.15

Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt, inlåst i brandsäkert skåp/säker server

- Ja
 Nej

Kommentar

Förvaras i låsbart brandsäkert skåp i gruppbestaden. Sociala dokumentationen i Parasol.

<u>Dokumentation och gallring – 1.7.15</u>	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutin finns för att bara behörig personal kan och får ta del av dokumentationen om den enskilde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Rutin finns för att hantera eventuella felaktiga uppgifter i dokumentationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

Kommentar

Finns inte en skriftlig rutin för hantering av felaktiga uppgifter i dokumentationen. Finns ett arbetssätt där biträdande enhetschef begär borttagning av felaktig uppgift via blankett i Parasol.

Löpande dokumentation förs (journalanteckningar)

- Ja
 Nej

Kommentar:

Biträdande enhetschef säger att man har lagt ner mycket arbete kring dokumentationen och att medarbetare är duktiga på att dokumentera.

Hur säkerställs så dokumentation förs löpande och innehåller information om faktiska omständigheter, händelser av vikt, måluppfyllelse samt avvikelser från genomförandeplaner?

Kommentar

Biträdande enhetschef går igenom den sociala dokumentationen varje vecka. Uppmärksammar dels vad som dokumenteras, dels hur. Återkopplar till medarbetare om justeringar behövs.

<u>Rutiner – 1.7.8</u>	Finns	Finns delvis	Saknas
Dokumentation enligt SoL och LSS	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar

Lokaler

Boende och utrustning – 1.7.6

Boendet är ändamålsenligt för verksamheten, i gott skick, utrustat för målgruppen och erbjuder en god och hemlik boendemiljö.

- Ja
 Nej

Kommentar

<u>Rutiner – 1.7.8</u>	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutin för brandprevention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Finns det organisation i verksamheten för det systematiska brandskyddsarbetet?	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Genomförs regelbundna brandövningar i verksamheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

Kommentar

Brandskyddsombud finns utsedd i verksamheten (två personer delar på ansvaret). Gör kontroller av brandsläckare, nödutgångsskyltar kontakter etc en gång i månaden. Introducerar nyanställda i brandskydd. Fanns en rutin för brandprevention tidigare när det fanns handfast stöd från säkerhetssamordnare men den är inte aktuell och behöver förnyas. Flera år sedan verksamheten genomgick brandövning och det måste göras på nytt.

Miljöarbete

- Verksamheten har kännedom om stadens mål för andel inköpta ekologiska livsmedel och arbetar för att nå målet.
- Källsortering finns på enheten med särskild fraktion för matavfall.
- Brukare görs delaktiga i miljöarbetet
- Verksamheten arbetar för att minska användningen av plast och engångsprodukter
- Verksamheten arbetar för att främja andelen klimatsmarta transporter
- Verksamheten är ansluten till Chemsoft och har en utsedd kontaktperson för systemet

Kommentar

Har inte kännedom om målet på 65 % men har som ambition att i princip alla inköp ska vara ekologiska.

Brukare källsorterar också. Vissa brukare görs aktiva i att slänga avfall.

Matavfall sorteras inte, men man vet inte varför. Ska ställa frågan till Familjebostäder.

Har inga färdmedel i gruppbestaden.

Har utsedd kontaktperson till Chemsoft.