

Uppföljning bostad med särskild service för vuxna LSS

Enhetens namn

Flysta gruppbofastad

Enhetens adress

Söderbergavägen 43

Företag

Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning

Ansvarig chef

Hamid Radnahad, enhetschef, Fatemeh Homae Shandiz, biträdande enhetschef

Telefon

08-508 03 475

E-post

Sammanfattande bedömning

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

Flysta gruppbofastad goda förutsättningar att bedriva en trygg och säker verksamhet med brukarna i fokus. Samtliga brukare har aktuella genomförandeplaner och detaljerade arbetsbeskrivningar. Verksamheten arbetar aktivt med att kompetensutveckla personalen och gör också utbildningsmaterial tillgängligt för timanställda medarbetare.

Merparten av de brister som har identifierats i verksamhetsuppföljningen innebär mindre justeringar eller tillägg till de befintliga rutinerna. Dock har verksamheten ett arbete framför sig med att skapa ett strukturerat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Följande brister finns som kräver åtgärd

- 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 bocka 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 Flysta har gått många utbildningar under 2021. 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 Flysta 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 Flysta gruppbostad har säkerställt ett ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 ska en kvalitetsberättelse upprättas i samband med verksamhetsberättelsen.

➤ Brukarundersökning

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.

Brister ska vara åtgärdade senast

Vid nästa uppföljningstillfälle 2023.

Slutlig bedömning av uppföljning

- Utföraren bedriver verksamhet i enlighet med gällande avtal
- 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
Från utföraren medverkade
Datum för uppföljningen

Moa Edin
Shideh Homae, två medarbetare
2021-04-22

Regi

- Kommunal regi
- Entreprenad
- Enskild (privat) regi

Antal

Antal boende i verksamheten totalt 5
Antal boende i verksamheten från Stockholm 5

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

Enhetschefs ansvar att meddela till socialförvaltning och IVO

Hitta service – 1.7.19

Är uppgifter på hitta service uppdaterade och korrekta?

- Ja
- Nej

Kommentar

En bild på gruppbestaden är publicerad på hitta service

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

<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? 7

Andel timanställda? 5 timanställda, varav 3 arbetar på övriga enheter som biträdande enhetschef ansvarar för.

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

Kommentar

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.

Kompetensutvecklingsplan – 1.6.9

Plan finns för kontinuerlig kompetensutveckling av personal

Extern handledning finns

Kommentar:

Plan för kompetensutveckling görs i samband med medarbetarsamtal. Medarbetare har möjlighet att anmäla intresse till Carpe-utbildningar. Finns behov av språksatser för medarbetare. Vissa av medarbetarna (de som har språklig kompetens) 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.

Inte handledning för närvarande. Avslutade handledningen i december, har haft tidigare.

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?

Kommentar:

Medarbetare delar av sig av information om utbildningar på APT. Information skrivs ut och sätts i pärm så att alla kan ta del av den. Ordinarie personal skapar utrymme och ger tid till timanställda för att kunna läsa informationen. Omvärldsbevakning sker i form av delandet av information om utbildningarna.

Antal minnesanteckningar APT:

8 har hållits under 2021

Under 2022 har tre APT hållits.

Minnesanteckningar sparas i pärm. Följer årshjulet för APT.

2021

Neuropsykiatrisk grundutbildning

Autism

Downs syndrom

Intellektuell funktionsnedsättning

Smärta hos personer med IF

Mat och hälsa

Psykisk ohälsa och intellektuell funktionsnedsättning

Självskadebeteende inom socialpsykiatri

Självskadebeteende hos personer med IF

2022

Pedagogiska ramverket

De utbildningar som ger någon form av intyg/diplom läggs i personalakt, inte de övriga utbildningarna.

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

Personalen kan göra sig förstådd på svenska i tal och skrift. Kan använda de datasystem som används i verksamheten.

Inga medarbetare som talar minoritetsspråk

Vilka språk finns representerade i verksamheten?

Kommentar

Kurdiska, arabiska, persiska, bengaliska, tigrinja, swahili och engelska, somaliska

Medarbetarundersökning

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

Kommentar

Går igenom resultatet på APT och tar fram fokusområden och skriver handlingsplan för de delar som ska förbättras. Pratar om hur de positiva resultaten kan behållas. Har ett AMI på 94 procent i medarbetarenkäten för 2022.

<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

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

Arbetar för att stötta brukarnas egen förmåga och självständighet.

Brukarmöte på torsdagar, då planeras vad brukare vill göra under helgen utifrån deras önskemål.

Finns tre ansvariga för aktiviteter för brukarna. Aktiviteter sätts upp på anslagstavla för att de ska vara synliga för brukare. Brukarnas önskemål och rutiner framgår i de individuella arbetsbeskrivningarna.

<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.

Finns en särskild pärm med dag-för-dagrutiner där det framgår hur brukare ska göras delaktiga i exempelvis mat och kök.

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

Arbetar aktivt med tydliggörande pedagogik och lågaffektivt beteende och AKK. Arbetar mycket med bildstöd och individanpassad kommunikation.

Handledning och pedagogiska ramverket är ett stöd i att hålla kunskaperna om metoderna aktuella hos medarbetarna. Använder socialstyrelsens material för att förebygga utmanande beteende.

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?

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

Tidigare HBTQ-utbildning. Anpassar efter varje individ. Respekterar brukarnas önskemål om t ex halal. Framgår i gfp och arbetsbeskrivning om brukare vill ha hjälp av manlig eller kvinnlig personal.

Gör inga jämställdhetsanalyser, tittar på skillnader mellan manligt och kvinnligt resultat i brukarundersökningarna.

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

Kommentar

Använder tallriksmodellen vid måltider. Alla måltider intas gemensamt då lägenheterna saknar kök. Brukare väljer om de vill äta tillsammans med de andra eller i sin lägenhet. 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.

Använder tallriksmodellen vid måltider. Alla måltider intas gemensamt då lägenheterna saknar kök. Brukare väljer om de vill äta tillsammans med de andra eller i sin lägenhet. 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. Kontakt tas med dietist vid behov.

Aktiviteter

Genomför verksamheten regelbundet kulturella och sociala och för brukarna?

Görs brukare delaktiga i att ta fram förslag på aktiviteter?

Kommentar

Brukare erbjuds aktiviteter regelbundet. Brukare deltar i planeringen genom brukarrådet. Aktiviteter som anordnas i staden anslås på anslagstavla.

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

Alla måltider tillagas i det gemensamma köket. Varje söndag planeras veckans måltider, en brukare är delaktig i tillagandet varje dag. Brukare väljer den mat som ska tillagas den dag som de är med och är ansvarig för.

Tillgång till digital teknik – 1.7.3

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

Kommentar

Finns wifi på boendet. De boende kan koppla upp sig via gästnätverk men har bara nät i gemensamma utrymmet. En av brukarna har eget internetabonnemang.

Arbetsterapeut kan hjälpa till i användning av digitala verktyg. Personal lär sig den utrustning som används.

Finns ett läsobud i verksamheten?

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

Kommentar

En av de boende prenumererar på en tidning som han sedan lämnar till de andra.
 Gruppbestaden har inga böcker eller tidningar. De boende kan inte 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)	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	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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

Har ett anhörigombud i verksamheten. Behöver utveckla arbetet med att uppmärksamma anhörigas behov av stöd.

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

Rutiner går igenom på planeringsdagar. Rutinerna sitter i en pärm som personalen har tillgång till.

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	<input type="checkbox"/>

Kommentar

Det finns framtagna rutiner men processer är inte kartlagda.

Samverkan 4 kap. 5§ (även 1.7.21)	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten (internt)	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Rutiner för hur samverkan med andra verksamheter/intressenter ska ske (externt)	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar

Finns ingen rutin för exempelvis samverkan med beställare men däremot lokal rutin för samverkan med DV

Finns rutiner för samverkan med psykiatrin.

Risikanalyis 5 kap. 1§	Ja	Delvis	Nej
Verksamheten genomför riskanalyis fortlöpande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Resultat av riskanalyis 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)	X	<input type="checkbox"/>	<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 går igenom på varje APT.

Blanketter för synpunkter och klagomål delas ut till anhöriga. Får inte in så många formella klagomål eller synpunkter men de anhöriga har många synpunkter. Muntliga synpunkter från anhöriga tas upp på varje möte och försöker lösa frågan direkt.

<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

Saknas rutin för återkoppling till beställare men arbetssättet är att biträdande enhetschef meddelar och har kontakt via mejl.

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:

1

Kommentar

Ett anonymt klagomål har skickats till IVO.

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

Kommentar

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	<input type="checkbox"/>	X	<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. Uppdaterar och skapar nya rutiner vid behov.

Alla medarbetare har inte genomgått digital lex Sarahutbildning.

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

Brugarundersökningar

- Ett resultat på enhetsnivå finns i den senast genomförda brukarundersökningen
- Enheten har analyserat resultatet i den senast genomförda brukarundersökningen
- Enheten har genomfört en jämställdhetsanalys utifrån det könsuppdelade resultatet i den senast genomförda brukarundersökningen.

Kommentar:

Inget enhetsresultat på enhetsnivå i senaste brukarundersökningen.

Har gått igenom resultatet på nämndnivå för att bibehålla positiva resultat och förbättra de negativa. Väljer ut frågor som man vill arbeta vidare med.

Har inte genomfört en jämställdhetsanalys.

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

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

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.

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

Saknas ett brandsäkert skåp i personalrummet där rutinerna och förvaras. Informationen om brukarna är inlåsta i varsitt skåp. Skåpen är brandsäkra. Dörren till personalrummet är låst.

<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"/>	X	<input type="checkbox"/>

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:

Dokumentation förs löpande och biträdande enhetschef läser dokumentationen varje vecka.

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

Kommentar

Skriver alltid om insatsen utförts eller inte utförts. Biträdande enhetschef läser dokumentationen varje vecka

<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

Gruppboenden är friliggande och har tillgång till en trädgård. Boendet är trivsamt och hemlikt men de boendes lägenheter saknar tillgång till fullvärdiga kök. Lägenheterna har endast ett pentry för enklare matlagning.

<u>Rutiner – 1.7.8</u>	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutin för brandprevention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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

Två personal är ansvariga brandskyddsombud, går igenom checklista för brandprevention varje månad. Har mall för checklista/egenkontroll men den är inte uppdaterad och verksamheten har behov av stöd i uppdateringen. Har vänt sig till Micasa för att få hjälp men

de hänvisar till att det inte är deras ansvar. Micasa kommer regelbundet och kontrollerar brandskyddsutrustning.

Brandskyddsombud har gått brandskyddsutbildning för tre år sedan.

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 kännedom om stadens mål om 65 procent.

Har en miljöstuga där allt avfall sorteras. Har sortering för matavfall.

Brukare är inte så delaktiga i miljöarbetet eftersom maten tillagas gemensamt på gruppboenden.

Använder inte engångsprodukter.

Har tygförkläden till matlagning men plastförkläden till personnära omsorg. Har tygunderlägg.

Har inga transporter i tjänsten.

Har en utsedd kontaktperson för Chemsoft men har inte riktigt börjat använda det ännu.