

Uppföljning bostad med särskild service för vuxna LSS

Solhem gruppboestad

Enhetens namn

Solhem gruppboestad

Enhetens adress

Avestagatan 10

Företag

Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning

Ansvarig chef

Enhetschef Hamid Radnahad, biträdande enhetschefstjänst vakant

Telefon

08-508 03 474, 076-120 3474

E-post

Sammanfattande bedömning

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

Solhem gruppboestad har förutsättningar att bedriva en trygg och säker vård och omsorg för de boende men då det saknas dokumenterade arbetssätt och uppdaterade genomförandeplaner och arbetsbeskrivningar går det inte att säkerställa hur vården och omsorgen bedrivs. Det finns ett flertal större brister i verksamheten som behöver åtgärdas för att motsvara de krav som ställs i uppdragsbeskrivning för bostad med särskild service LSS.

De större bristerna avser genomförandeplaner och arbetsbeskrivningar, implementering av verksamheternas rutiner, introduktion av medarbetare, hantering av synpunkter och klagomål samt brister i den fysiska miljön som kräver åtgärd. Verksamheten behöver även säkerställa att årshjul för APT följs och att minnesanteckningar tas och dokumenteras efter genomfört APT.

I likhet med övriga gruppboestäder inom enheten behöver verksamheten ta fram ett strukturerat 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 gruppboestaden.
- **Följ APT-årshjul och dokumentera genomförda APT.**
Solhem behöver säkerställa att årshjul för APT följs samt att minnesanteckningar från APT dokumenteras.
- **Genomförandeplaner och arbetsbeskrivningar**

Verksamheten behöver säkerställa sina arbetssätt och rutiner så att genomförandeplaner och arbetsbeskrivningar uppdateras löpande i syfte att säkerställa kvaliteten i utförandet av insatser.

➤ **Implementering och hantering av verksamhetens rutiner**

Rutinerna har nyligen uppdaterats i verksamheten. Tidigare fanns rutiner från 2017 som har ersatts av samma rutiner som finns på de övriga verksamheterna. Rutinerna är dock inte implementerade hos medarbetarna ännu.

Strukturerad förvaring av verksamhetens olika dokument behöver ordnas. Pärmarna följer inte den struktur som är satt genom register vilket gör det svårt att hitta rätt dokument.

➤ **Introduktion och dokumentation**

Solhem behöver säkerställa introduktionen av nya medarbetare, båda tillsvidareanställda och timanställda samt att samtliga medarbetare har förutsättningar att kunna dokumentera utförandet av insatser.

➤ **Rutin för delaktighet**

Solhem har en rutin för delaktighet men den är inte implementerad och det saknas tydliga arbetssätt för att göra brukare delaktiga i verksamheten. Det saknas även ett brukarråd där de boende ges möjlighet att påverka utformning av verksamhet och aktiviteter. Program för tillgänglighet och delaktighet ska användas på ett mer aktivt sätt i planering och genomförande av verksamhet.

➤ **Hälsa och aktiviteter**

Fyra av brukarna på Solhem har ingen eller mycket lite daglig verksamhet vilket ställer ökade krav på gruppboenden. Det behöver säkerställas att de brukare som tillbringar mycket tid hemma i gruppboenden aktiveras utifrån individuella önskemål och behov och att insatserna motsvarar beställning.

➤ **Plan för kompetensutveckling**

Strukturerad kompetensutveckling behöver säkerställas i verksamheten, där den senaste satsningen är det pedagogiska ramverket. Verksamheten behöver möjliggöra för medarbetare att ta del av det utbud som finns inom Forum Carpe och dokumentera vilka utbildningar som medarbetare genomgått.

➤ **Kommunikation/metodarbete**

Flera brukare på Solhem har kommunikationssvårigheter och är i behov av bildstöd/AKK för att kunna kommunicera. I verksamheten saknas exempelvis tavla över vilka medarbetare som är i tjänst, vilken mat som ska serveras etc. Intrycket är att man inte arbetar med bildstöd och tydliggörande pedagogik på ett tydligt sätt i verksamheten.

➤ **Medarbetarenkät**

Solhem har ett högt AMI-resultat i senaste medarbetarenkäten (94 %) men det saknas ett systematiskt sätt att arbeta med enkätens resultat i form av analys och handlingsplan.

➤ **Säkerställa hantering av synpunkter och klagomål**

Tar ofta emot synpunkter och klagomål från anhöriga muntligt men personalen har för vana att hänvisa till chefen. Har inga skriftliga blanketter för klagomål. Verksamheten behöver säkerställa att synpunkter och klagomål hanteras i enlighet med rutin.

➤ **Boende och utrustning**

Medarbetare berättar att det är något fel på elsystemet vilket gör att brukares larm inte alltid fungerar. Brant ramp till gruppboenden som gör det tungt att köra rullstol upp och ner. Lägenheterna i gruppboenden ligger längs en korridor som ansluter till kök och gemensamhetsutrymme. Har behov av viss uppfräschning och anpassning till målgruppen. Bristerna i den fysiska miljön behöver åtgärdas omgående.

➤ **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**

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.

➤ **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 Solhem gruppbostad bor och arbetar personer med flera olika nationaliteter.

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. Rutinen är dock inte implementerad.

➤ **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 dock framtagna nyligen vilket innebär att de inte är implementerade och kända hos medarbetarna. 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.

Risikanalyser

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.

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 Solhem gruppbostad har säkerställt ett ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 ska en kvalitetsberättelse upprättas i samband med verksamhetsberättelsen.

➤ **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

Följande brister ska vara åtgärdade senast 2022-06-22:

- Uppdaterade genomförandeplaner och arbetsbeskrivningar
- Genomförda APT med dokumenterade minnesanteckning samt inplanerade datum för höstens kommande APT
- Säkerställa att samtliga medarbetare har förutsättningar att dokumentera
- Påbörja implementering av verksamhetens rutiner
- Säkerställt att brukares larm fungerar

Övriga brister ska vara åtgärdade innan verksamhetsuppföljning 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 Moa Edin
Från utföraren medverkade Shideh Homae Shandiz samt tre
medarbetare
Datum för uppföljningen 2022-04-29

Regi

- Kommunal regi
- Entreprenad
- Enskild (privat) regi

Antal

Antal boende i verksamheten totalt 6
Antal boende i verksamheten från Stockholm 6

Leverantörens ändringar under kontraktstiden - 1.4.9

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

Ja, biträdande enhetschefstjänst är vakant.

Är dessa förändringar meddelade till socialförvaltningen?

Är dessa förändringar meddelade till IVO?

- Ja
- Nej

Kommentar

Enhetschef ansvarar för att meddela förändringar.

Hitta service – 1.7.19

Är uppgifter på hitta service uppdaterade och korrekta?

- Ja
- Nej

Kommentar

Uppgift om biträdande enhetschef är inte korrigerad. Bild på gruppboenden saknas.

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

Brukarkonferens en gång i månaden. APT en gång i månaden. Minnesanteckningar tas vid mötena. Finns dock endast ett MA från APT och pärmen där MA från brukarkonferenser ska sitta är tom.

Personal - 1.6.7

Antal anställda på enheten? Sju tillsvidareanställda medarbetare

Andel timanställda? Fyra timanställda som arbetar i verksamheter. En av de timanställda arbetar på andra gruppbestäder i Spånga-Tensta.

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

Kommentar

En av de tillsvidareanställda saknar adekvat utbildning.

Introduktionsutbildning av personal

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

Kommentar

Finns en gammal rutin för introduktion av personal (från 2014) som sitter i pärm. Samuel som började i verksamheten för två år sedan fick gå bredvid personal och informerades muntligt av kollegorna.

Det har tagit lång tid för timanställd personal att få genomgå introduktion och få tillgång till tjänstekort för att kunna dokumentera. En timanställd har arbetat på gruppbestaden i fem år utan att ha ett tjänstekort.

Kompetensutvecklingsplan – 1.6.9

Plan finns för kontinuerlig kompetensutveckling av personal

Extern handledning finns

Kommentar: Samuel berättar att han på sitt senaste medarbetarsamtal fick frågor om vad han ville ha vidareutbildning i och han svarade att han behövde påfyllnad i autism och tydliggörande pedagogik och lågaffektivt bemötande.

Har inte gått någon Carpe-utbildning sedan han började på Solhem.

Har inte extern handledning. Har tidigare haft psykologkonsultation med medarbetarna.

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?

APT-protokoll

Saknas APT-minnesanteckningar i både pärm och gruppbestadens digitala mappar. Finns ett MA från 2019, ett MA från 2020 och saknas helt för 2021. Finns MA från april 2022. Samuel säger att någon alltid tar minnesanteckningar vid APT men de saknas i pärm och mapp.

Samuel berättar att de har fått information av chef om viktig information från förvaltningen och att medarbetarna har tagit stort eget ansvar för att anmäla sig till utbildningar.

Sarah berättar att hon som timanställd inte får ta del av information och/eller beslut i verksamheten. Att de har lämnat önskemål om att vara mer delaktiga men att det inte har hänt något med det.

Det pedagogiska ramverket har genomförts under 2022, inga övriga utbildningar.

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 svenska i tal och skrift och har grundläggande datavana i form av att de kan hantera de system som de arbetar i.

En medarbetare talar finska.

Vilka språk finns representerade i verksamheten?

Kommentar

Hindi, persiska, finska, spanska, serbiska, portugisiska och franska.

Medarbetarundersökning

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

Kommentar

Verksamheten har ett väldigt bra resultat i senaste medarbetarundersökning med ett AMI på 94 procent. Det framgår inte hur verksamheten har arbetat med återkoppling och

handlingsplaner utifrån resultatet. Finns inte dokumenterat i MA om resultatet har delgetts medarbetare.

<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

Rutinerna har nyligen uppdaterats i verksamheten. Tidigare fanns rutiner från 2017 som har ersatts av samma rutiner som finns på de övriga verksamheterna. Rutinerna är dock inte implementerade hos medarbetarna ännu.

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

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

Kommentar Det finns en nyligen uppdaterad rutin för delaktighet. Tidigare fanns rutin från 2017 som har ersatts av samma rutiner som finns på de övriga verksamheterna. Rutinerna är dock inte implementerade hos medarbetarna ännu.

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

Genomgång av arbetsbeskrivningar för att ta reda på vilka arbetssätt/metoder som används. Det framgår inte med tydlighet vilka metoder och arbetssätt som används då arbetsbeskrivningarna inte är uppdaterade.

Ex 1: ingen aktuell gfp – senaste gfp gällde till 2015, arbetsbeskrivning senast uppdaterad 2015.

Ex 2: Finns en beställning från 2022. Uppdaterad gfp, gäller tom juni 2022.

Ex 3: Beställning gäller tom mars 2020. Senaste aktuella gfp från 2017, har påbörjat en ny gfp men den är under bearbetning.

Ex 4: Beställningen ej uppdaterad, börjat uppdatera beställning 2013 (gäller tom 2011). Reviderad gfp påbörjad, den aktuella gäller till 2016.

Ex 5: Har påbörjat förlängning i februari 2022 men beställningsperioden är inte uppdaterad. Gfp 2021.

Ex 6: aktuell beställning. Gfp från 2017.

Sammanfattning: En aktuell gfp och tre aktuella beställningar.

Arbetsbeskrivningar

T: Arbetsbeskrivning 2015, individuell riskanalys 2011.

BM: Arbetsbeskrivning 2015. Individuell riskanalys 2010.

E: Arbetsbeskrivning 2016. Individuell riskanalys 2010.

D: Arbetsbeskrivning 2015. Individuell riskanalys 2010.

A: Arbetsbeskrivning 2019, individuell riskanalys 2011.

M: Arbetsbeskrivning 2013, individuell riskanalys 2010.

Generellt: pärmarna följer inte den struktur som är satt genom register vilket gör det svårt att hitta rätt dokument.

Svårt att avgöra vilka utbildningar medarbetare har gått på då det inte dokumenterats.

Uppfattningen hos tf chef är att det, bortsett från ramverket, är länge sedan personalen gått utbildning.

Fyra av brukarna saknar/har bristfälligt tal och är i behov av bildstöd/AKK för att kunna kommunicera. Saknas exempelvis tavla över vilka medarbetare som är i tjänst, vilken mat som ska serveras etc. Intrycket är att man inte arbetar med bildstöd på ett tydligt sätt i verksamheten.

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: Saknar möjlighet att ställa frågor till medarbetare kring denna fråga då tf chef inte har kännedom om hur man har arbetat med dessa frågor i verksamheten. Uppfattningen är dock att det inte finns ett pågående samtal om dessa frågor.

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

En av brukarna är mycket engagerad i träning pga en driven anhörig. Fyra av brukarna har ingen eller mycket lite DV vilket ställer ökade krav på gruppboenden. En av de andra brukarna tar promenader tillsammans med personal. Aktiviteter på helger.

Brukarnas måltider tillagas/värms i de egna lägenheterna. På vardagarna lagas mat inne hos brukare/äter färdigmat om det är stressigt. På helger gemensamma middagar som personalen lagar. De brukare som behöver hålla vikten läggs ett större fokus på grönsaker. Svårt att hinna med aktiviteter på dagarna, enklare på sommaren när man är ute.

Aktiviteter

- Genomför verksamheten regelbundet kulturella och sociala och för brukarna?
- Görs brukare delaktiga i att ta fram förslag på aktiviteter? **Till viss del**

Kommentar

Olika för de olika brukarna, vissa har regelbundna aktiviteter och anhöriga tar också brukarna på aktiviteter. Inget aktivt brukarråd. De frågar de boende vad de vill göra en och en. Svårt med gemensamma planeringar då vissa av brukarna inte fungerar tillsammans.

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

Brukare är inte delaktiga i matlagningen, frågar brukarna vad de vill äta men de är inte med och lagar maten.

Tillgång till digital teknik – 1.7.3

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

Kommentar

Wifi i de gemensamma utrymmena.

- Finns ett läsombud i verksamheten?
- Finns gemensamma tidskrifter och böcker i digital och analog form tillgängligt för brukarna?

Kommentar

Det finns en gemensam bokhylla i köket med skönlitteratur, facklitteratur och tidskrifter.

<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

Rutinerna har nyligen uppdaterats i verksamheten. Tidigare fanns rutiner från 2017 som har ersatts av samma rutiner som finns på de övriga verksamheterna. Rutinerna är dock inte implementerade hos medarbetarna ännu.

Har orosanmälan gjorts senaste tolv månaderna?

- Ja
 Nej
 Vet ej

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

De anhöriga till de boende på gruppboenden är mycket aktiva och kommer ofta med synpunkter på verksamheten. Verksamheten saknar en rutin för hur man ska gå till väga om man uppmärksammar att anhöriga behöver stöd för egen del.

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

Medarbetare uppger att de inte har så stor kännedom om rutinerna, de säger att de hellre informerar kollegor/vikarier muntligt istället för att exempelvis läsa arbetsbeskrivningarna då de ändå inte är uppdaterade.

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

Kommentar

Nyligen uppdaterade rutiner som inte har implementerats. Har inte kartlagt verksamhetens processer.

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

Kommentar

Rutin finns men är ej implementerad.

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)	<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

Medarbetare berättar att de skriver avvikelser, särskilt om det händer något med läkemedel. Tar ofta emot synpunkter och klagomål från anhöriga muntligt men personalen har för vana att hänvisa till chefen. Har inga skriftliga blanketter för klagomål.

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

Kommentar

Rutinen finns men är inte implementerad.

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

Ja

Nej

Ja men inga skriftliga.

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

Kommentar

Vet ej. Det senaste klagomålet som diarieförts är från 2020. Klagomålet gäller att genomförandeplaner inte revideras och att den boende är understimulerad och har tappat förmågor som hen tidigare besuttit. Vid kontroll 2022-05-20 är genomförandeplanen fortfarande inte reviderad.

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

Kommentar

Rutin finns för lex Sarah. Lex Sarah är känd hos medarbetarna men rutinen är inte implementerad.

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Personalen har genomgått lex Sarahutbildning under det senaste året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

Kommentar

Dokumentationsskyldighet 7 kap. 1§	Ja	Delvis	Nej
Kvalitetsberättelse visar hur verksamheten har utvecklat 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 jämföringsanalys utifrån det könsuppdelade resultatet i den senast genomförda brukarundersökningen.

Kommentar:

Brugarundersökningar har genomförts men medarbetare vet inte om det finns ett resultat för Solhem. Har inte gått igenom resultatet tillsammans när enkätsvaret kommit.

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

Endast en genomförandeplan är aktuell. Saknar fungerande rutin för att revidera och följa upp gfp. Upplever svårigheter att göra vissa brukare delaktiga i gfp.

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

Kommentar

Främst muntlig uppföljning. Dokumenterar i Parasol men ingen egentlig övrig dokumenterad uppföljning. Timanställda har inte haft tillgång till Parasol och har inte kunnat dokumentera utförandet av insatserna.

Dokumentation och gallring – 1.7.15

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

- Ja
 Nej

Kommentar

<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.

Löpande dokumentation förs (journalanteckningar)

- Ja
 Nej

Kommentar: Carina och Samuel säger att vissa är duktiga på att dokumentera och andra inte. Att det ibland är svårt att veta vad man ska dokumentera och varför. Vill inte dokumentera för dokumentations skull utan det ska vara relevant.

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

Kommentar

Saknar en rutin och en diskussion om vad som är viktigt att dokumentera.

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

Kommentar

Finns en nyligen uppdaterad rutin men den är inte känd av medarbetare och den är inte implementera.

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

Boendet är fullvärdigt. Har ett litet gemensamhetsutrymme i anslutning till köket. Medarbetare berättar att det är något fel på elsystemet vilket gör att brukares larm inte alltid fungerar. Brant ramp till gruppboenden som gör det tungt att köra rullstol upp och ner. Lägenheterna i gruppboenden ligger längs en korridor som ansluter till kök och gemensamhetsutrymme. Har behov av viss uppfräschning och anpassning till målgruppen.

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

Kommentar

Ingen genomförd brandutbildning de senaste två åren. Finns ett brandombud i gruppboenden men blankett för utnämning av brandansvarig är ej påskrivnen, det framgår alltså inte i pärmen vem som har ansvaret.

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

Vissa brukare källsorterar i de egna lägenheterna. Har en del engångsprodukter i form av duschförkläden och stolskydd. Medarbetare känner inte igen att det har funnits ett arbete för att minska plastanvändningen.