

Uppföljning bostad med särskild service för vuxna LSS

Enhetens namn

Solrosen grupp- och servicebostad

Enhetens adress

Salagatan 32

Företag

Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning

Ansvarig chef

Enhetschef Hamid Radnahad, biträdande enhetschef Michael Cronberg

Telefon

08-508 03460, 08- 508 03 461

E-post

michael.cronberg@stockholm.se

Sammanfattande bedömning

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

Solrosen gruppboendestad och serviceboendestad har förutsättningar att bedriva en trygg och säker verksamhet med brukarna i fokus. Utvecklingsområde är att ha aktuella genomförandeplaner och uppdaterade arbetsbeskrivningar. Viss kompetensutveckling sker i verksamheten, där den senaste satsningen är det pedagogiska ramverket. Samtliga av de fast anställda har adekvat utbildning. Bland de timanställda har två av fem adekvat utbildning, resterande har någon form av erfarenhet av målgruppen. 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. Enheten boenden med särskild service har gemensamma rutiner för samtliga gruppboendestäder – riskerar att skapa otydlighet i fråga om vem som "äger" rutinen och därmed ansvaret för revidering och implementering. Löpande information till timanställda om förändringar i verksamhet etc ett utvecklingsområde.

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 gruppboendestäderna.

➤ 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 journalanteckningar i social dokumentation och minnesanteckningar från APT. 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

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 gruppboenden 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. 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.

Risakanalys

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 tas inte fram årligen. När gruppboenden har säkerställt ett ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 ska en kvalitetberättelse upprättas i samband med verksamhetsberättelsen.

➤ **Brukarundersökning**

Gruppboendet har inte fått ett resultat på enhetsnivå i den senast genomförda brukarundersökningen vilket beror på för få svarande. När verksamheten får ett resultat 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

Genomförandeplaner och arbetsbeskrivningar ska vara uppdaterade senast den 30 juni 2022. Övriga brister ska vara åtgärdade innan nästa uppföljningstillfälle under våren 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 och Patric Stoor Karlberg
Michael Cronberg
2022-02-22

Regi

- Kommunal regi
- Entreprenad
- Enskild (privat) regi

Antal

Antal boende i verksamheten totalt 11 totalt
Antal boende i verksamheten från Stockholm 11

Kommentar

6 boende i gruppboende och 5 i serviceboende

Leverantörens ändringar under kontraktstiden - 1.4.9

Har det skett några förändringar i verksamheten? Ex. byte av chef, lokal, antal platser?
Är dessa förändringar meddelade till socialförvaltningen?
Är dessa förändringar meddelade till IVO?

- Ja
- Nej

Kommentar

Inga förändringar i verksamheten sedan omorganisation av gruppboendena genomfördes 2013/2014.

Hitta service – 1.7.19

Är uppgifter på hitta service uppdaterade och korrekta?

- Ja
- Nej

Kommentar

Hitta service skulle behöva uppdateras med en bild på gruppboendena.

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

Det systematiska arbetet sker främst genom att följa de rutiner som finns. Det finns brister både i planering, genomförande och uppföljning av det systematiska och resultatbaserade arbetet. Bristerna gäller framförallt det systematiska kvalitetsarbetet på verksamhetsnivå och i viss utsträckning på individnivå. Det finns pågående diskussioner inom enhetens ledningsgrupp om behovet av att utveckla arbetet. Exempelvis behöver verksamhetsplanerna användas på ett mer konkret sätt i verksamheterna.

<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

Det är lite oklart vilken uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten som avses. Viss uppföljning sker inom ramen för APT och i enhetens ledningsgrupp. APT har dock inte kunnat hållas som vanligt under pandemin då det funnits otydligheter gällande möjligheten att genomföra fysiska möten med medarbetare. Verksamhetens mål följs upp i tertialer och VB.

Personal - 1.6.7

Antal anställda på enheten? 14 anställda, varav 7 heltidsanställda

Andel timanställda? 50 procent

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

Kommentar

Samtliga av de fast anställda har adekvat utbildning. Bland de timanställda har två av fem adekvat utbildning, resterande har någon form av erfarenhet av målgruppen.

Introduktionsutbildning av personal

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

Kommentar

DELVIS. Personal genomgår ingen introduktion som inkluderar utbildning i funktionsnedsättningar då den kunskapen är ett krav för anställning. Under introduktionen informeras muntligen om utbildning via Forum Carpes utbud samt om ergonomi och användande av arbetstekniska hjälpmedel. Det finns inte så mycket arbetstekniska hjälpmedel i verksamheten nu, endast en boende med rullator. Via rutin för introduktion informeras den nyanställda även om var första hjälpen-utrustning finns i verksamheten men inte HLR-utbildning. Det var 3-4 år sedan HLR-utbildning genomgicks på enheten.

Kompetensutvecklingsplan – 1.6.9

Plan finns för kontinuerlig kompetensutveckling av personal.

Kommentar

Delvis. Medarbetarsamtal hålls med samtliga fastanställda. Individuella kompetensutvecklingsplaner finns delvis.

Extern handledning finns

Kommentar

Handledning finns inte i dagsläget men verksamheten har haft det tidigare. På sistone har det inte funnits behov av det. Erfarenheten är att det har varit svårt att få till och genomföra extern handledning när det har funnits akuta och stora behov.

Övrigt om kompetensutveckling

Kan man se i APT-protokoll att omvärldsbevakning sker?

Kommentar

NEJ. Det finns ingen systematisk omvärldsbevakning på enhetsnivå. Dock har det funnits en omvärldsbevakning av pandemin vilket till viss del framgår i de APT-protokoll som uppföljarna tar del av. Medarbetare i verksamheten är intresserade av det som händer i samhället vilket leder till diskussioner i medarbetargruppen. Exempel på frågor som har diskuterats är skjutningar som skett i området och hur det påverkar brukarna.

Hur arbetar enheten med att säkerställa kompetens hos visstids- och timanställda och hur tar dessa medarbetare del av information och kompetensutveckling?

Timanställda deltar inte i kompetensutveckling då det är de som täcker upp för ordinarie medarbetare när de deltar i utbildningar. Timanställda deltar i APT om det finns möjlighet utifrån att de är i tjänst och arbetet på gruppbestaden tillåter. Det har funnits särskilda vikariemöten på somrarna, dock inte de senaste åren. Timanställda kan ta del av APT-protokoll, av information via intranätet, i sociala system och via daglig överlämning/överslagning.

Genomförda utbildningar det senaste året?

Kommentar

Det pedagogiska ramverket. Inga utbildningar via Forum Carpe eller utbildningar via socialförvaltningen. Har funnits plan på att Fridagruppens metodutvecklare Catta utbildar personalen i genomförandeplaner men planeringen har krockat med det pedagogiska ramverket.

Dokumentation av genomgångna utbildningar i personalakt?

Kommentar

NEJ. Dokumenteras inte i personalakt.

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

Biträdande enhetschef bedömer kunskaperna i svenska och grundläggande datavana som goda.

En medarbetare har kompetens i nationellt minoritetsspråk.

Vilka språk finns representerade i verksamheten?

Kommentar

Finska, en medarbetare.

Medarbetarundersökning

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

Kommentar

Biträdande enhetschef upplever att det är svårt att få alla medarbetare att svara på enkäten. Svårt att se nyttan med det då det inte känns som att det leder till något. Fick ett hundraprocentigt resultat ett år då de som svarade fick en biobiljett. Resultaten på alla nivåer borde kommuniceras ut för att det ska kännas meningsfullt. Går igenom resultatet på APT – och identifierar delar som sticker ut. Diskuterar vad man kan göra åt det.

<u>Rutiner – 1.7.8</u>	Finns	Finns delvis	Saknas
Sekretess och tystnadsplikt inklusive undertecknande (även 1.6.7) Kommentar: Sekretessavtal skrivs i samband med anställningsavtal. Ingår som punkt i rutin för introduktion.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemanning och vikarieanskaffning (även 1.6.8) Kommentar: Det finns en gemensam rutin för samtliga gruppbestäder.	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 Kommentar: Sker i samband med introduktion, framgår inte i särskild rutin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Att barnperspektivet, vid behov, beaktas vid utförande av insatsen. Kommentar: Det finns brukare i servicelägenheten som har barn men det saknas en rutin för hur man i verksamheten ska beakta barnperspektivet. Behöver ha kommunikation med beställarenhet kring barnkonsekvensanalyser etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

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

Brukarråd genomförs inte på Solrosen på grund av att det har saknats intresse från de boende. Gemensamma aktiviteter erbjuds där boende i servicelägenhet också bjuds in. Finns inte så stort intresse hos de boende att umgås. Går igenom brukares intressen och önskemål när de flyttar in, det sker ofta i samråd men anhöriga. Enskilda samtal hålls med brukare där deras önskemål om aktiviteter framkommer. Informerar om aktiviteter som finns. Svårt med de brukare som inte kommunicerar verbalt men det löser medarbetare genom alternativ kommunikation. Tar hänsyn till individens egen vilja och försöker erbjuda alternativ. Ett minimum med erbjudande om ledsagning till aktivitet per vecka och brukare.

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

Kommentar

Program för delaktighet finns men används inte löpande i verksamheten.

Verksamheten och dess innehåll – 1.7.2

Vilka metoder och arbetssätt används i verksamheten?

Medarbetare har inte formell kompetens i lågaffektivt bemötande arbetssättet används i praktiken. Finns behov av formell kompetensutveckling i lågaffektivt bemötande. Medarbetare använder sig av tecken som alternativ kommunikation (TAKK) som de också har formell utbildning i. TAKK används delvis i det dagliga arbetet men kanske inte så mycket som det skulle behövas. Brukare kan ta till sig muntligt tal och använder kompletterande kommunikation i skrift. Använder inte samtalsmatta. Bildstöd används i form av t ex schema och foton. Mycket sms-kontakt med boende i servicelgh för att hålla kontakt. Larm med påminnelser för brukare etc, tekniska hjälpmedel. Kontakt med habiliteringen för att få stöd kring hjälpmedel och kommunikation. Medarbetare har nyligen genomgått utbildning i pedagogiskt ramverk.

Har personalen aktuell kunskap om de metoder som används?

Utbildning i TAKK genomfördes under 2019. Pedagogiskt ramverk 2021/2022. LSS-hälsan och habiliteringen ger stöd och handledning till personal i användandet av hjälpmedlen, och arbetssätten utvärderas löpande.

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

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

Exempelvis köper verksamheten in gemensam mat som alla, oavsett preferens/önskemål, kan äta. Inget aktivt pågående arbete kring detta i övrigt. Medarbetare på gruppboendestäder deltog inte i den HBTQ-utbildning som genomfördes 2018. Chefer inom funken deltog dock. Tar hänsyn i varje enskilt fall.

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

Arbetet utgår från individuella behov och allas lika värde. Det finns inget aktivt arbete kring exempelvis jämställdhetsanalyser eller beaktande av kön i underlag och beslut.

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

Kommentar

Det utgår från den enskilde brukaren, samråd med LSS-hälsan och den enskilde kring enskildas behov. Har dialog med DV om att exempelvis få in vardagsmotion i resor till och från boendet. Arbetar motiverande med den boende, kan inte tvinga den enskilde till förändringar, svår balansgång ibland.

Aktiviteter

Genomför verksamheten regelbundet kulturella och sociala aktiviteter för brukarna?

Kommentar:

Sociala aktiviteter genomförs. Ledsagar till de kulturella aktiviteter som den boende önskar. Informerar om aktivitetsutbud. Särskilda aktiviteter erbjuds på sommaren; Marholmen, Kolmården, Mangaevent etc.

Görs brukare delaktiga i att ta fram förslag på aktiviteter?

Kommentar:

Ja, i mesta möjliga mån. Utifrån deras individuella önskemål. Generellt ansvar för alla medarbetare att fånga upp önskemålen, ansvaret vilar inte bara på stödperson.

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

Tar tillvara önskemål utifrån den bakgrundsinfo som verksamheten får vid inflytt till boendet, från anhöriga och från den enskilde. Inte ett problem utifrån att det finns stor representation av olika etniciteter och kulturer i verksamheten. Brukaren beställer själv med stöd av personal de matvaror som köps in. Beställer ofta mat på nätet, går och handlar på butik i mindre utsträckning. De flesta äter sin egen mat i sina lägenheter. Personal sitter med vid behov. Har ingen gemensam mat förutom vid särskilda tillfällen. Valmöjligheter finns.

Tillgång till digital teknik – 1.7.3

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

Kommentar

Gruppboendestaden har haft bredband från start. Alla boende har tillgång till trådlöst bredband via gruppboendestaden. Boende i servicelägenhet behöver skaffa egna abonnemang. Många av de boende har digital vana men kan behöva hjälp att navigera och hitta till platser på nätet. Alla brukare är intresserade och vill hålla på med paddor, mobiler och datorer. Medarbetarens kompetens kan matcha brukarnas behov av stöd. Kan också ta hjälp av anhöriga etc.

Finns ett läsombud i verksamheten?

Kommentar:

Nej

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

Kommentar

Nej. De boende har sina egna tidskrifter och böcker. Inget gemensamt bibliotek eller liknande.

<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.	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Lokala instruktioner för läkemedelshantering om det förekommer i verksamheten i samråd med vårdgivaren/MAS Kommentar: Medarbetare har delegering. Finns rutin kring delegering och rutiner för egenvård.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Basala hygienrutiner och lokala hygienombud	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rutin för kommunicering 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 om HSL. Dock inte verksamhetens mål och det är oklart vad som avses med "rättigheter"	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Enskilda medel Kommentar: Ekonomiavtal för privata medel. Svårt att tillämpa då anvisningarna rör kontanta medel men brukare mest har kort.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rutin vid anvisning av lägenhet Kommentar: Rutin vid inflyttning där det framgår besök innan brukare tackar ja till lgh	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rutin för kartläggning och åtgärder vid beteendeförändringar hos de enskilda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

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

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.

Kommentar:

Medarbetare har inte tillgång till den digitala mappen där alla rutiner finns. Rutiner finns utskrivna i pärm, de är nyligen uppdaterade med aktuellt datum.

Det är tydligt vem som ansvarar för uppdateringar i ledningssystemet.

Kommentar:

Nej, det är inte helt tydligt.

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

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"/>	<input type="checkbox"/>	X
Rutiner för hur samverkan med andra verksamheter/intressenter ska ske (externt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

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 Kommentar: En egenkontroll som genomförs löpande är att biträdande enhetschef läser igenom den sociala dokumentationen varje vecka (måndag).	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>

Egenkontrollen dokumenteras dock inte utan åtgärd vidtas direkt med berörd medarbetare eller arbetsgrupp.			
Resultat av egenkontroll finns att ta del av för senaste året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

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: Få synpunkter och klagomål som inkommer skriftligt, kan komma muntligt i förbifarten. Klagomål diarieförs och återkopplas till den klagande. Dokumenteras i Parasol. Förslag till eventuella åtgärder. Tar upp till diskussion i personalgruppen.	<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

<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

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:

Kommentar

Inga

<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 Kommentar: Går igenom rutiner vid behov – när man märker att något inte fungerar. På bla brukarmöte synliggörs om rutiner inte fungerar.	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
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

Brukarundersökningar

Ett resultat på enhetsnivå finns i den senast genomförda brukarundersökningen

Kommentar:

Det saknas ett resultat på Solrosen i den senaste brukarundersökningen.

Enheten har analyserat resultatet i den senast genomförda brukarundersökningen

Kommentar:

Solrosen har ännu inte gått igenom resultatet men det är planerat att genomföras.

Enheten har genomfört en jämställdhetsanalys utifrån det könsuppdelade resultatet i den senast genomförda brukarundersökningen.

Kommentar:

Jämställdhetsanalys har inte genomförts.

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.

Kommentar:

Ett par genomförandeplaner skulle behöva revideras, men där saknas en ny beställning varför det inte kan genomföras.

Genomförandeplaner är upprättade inom 15 dagar från påbörjad insats.

Kommentar:

De allra flesta är det, det kan finnas enstaka undantag. Påminnelse från handläggare utgår vilket är ett sätt att hålla koll på om alla gfp är klara.

Genomförandeplaner följs upp löpande och revideras.

Kommentar:

Gfp följs upp och revideras vid behov, när något förändras hos brukare. Finns ingen systematik i uppföljning, sker kanske inte tillräckligt ofta. Ska ske två ggr per år enligt rutin men det görs inte.

Samtliga boende och/eller dess företrädare deltar i upprättandet av genomförandeplanen.

Kommentar:

Brukare har deltagit mer eller mindre. Där det är mindre har företrädare varit involverade.

Det framgår hur den enskilde eller dess företrädare varit delaktiga

Verksamheten har en rutin för upprättande, uppföljning och revidering av genomförandeplan.

Kommentar:

Det finns rutin för uppföljning av gfp men oklart om det framgår hur gfp ska upprättas och revideras. DELVIS/Michael kollar upp och återkommer.

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

Kommentar

Det saknas en rutin och det finns ett behov av att ta fram material kring hur genomförandeplanerna ska skrivas.

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

DELVIS

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

Uppföljning av insatser och revidering av gfp sker vid behov. Uppföljning gemensamt med beställaren när denne genomför uppföljning av insatsen.

Dokumentation och gallring – 1.7.15

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

Ja

Nej

Kommentar

Dokumentationen på brukare förvaras i brandskåp i personalutrymme. I övrigt på säker server 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"/>	X	<input type="checkbox"/>

Kommentar

Dörren till personalutrymme där pappersdokumentation förvaras är låst om inte personal är där. Finns ingen rutin för detta då systemen hindrar obehöriga från att ta del av den. Arbetssätt finns för att kontrollera dokumentationen löpande, det framgår dock inte i någon rutin.

Löpande dokumentation förs (journalanteckningar)

- Ja
 Nej

Kommentar:

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

Kommentar

Biträdande EC läser igenom senaste veckans dokumentation varje måndag. Eller dagligen vid behov samt ännu längre tillbaka.

<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	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? Kommentar: Har hållits ett antal utbildningar genom årens lopp. Senaste ca 2018.	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>

Kommentar

Pärmen för brandskydd saknas i gruppbestaden vid tillfället för verksamhetsuppföljningen. Biträdande enhetschef tror att brandskyddsansvarig har pärmen.

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