

Uppföljning av Intraprenaden

Enhetens namn:

Sjöholmens gruppbostad

Enhetschef:

Martin Pietsch

martin.pietsch@stockholm.se

Närvarande från utföraren:

Intreprenadchef Martin Pietsch, Bitr.enhetschef Catharina Alm, vårdare Sara Friman och Ferenc Huber. Uppföljning av Kvarnstugan och Sjöholmens gruppbostad genomfördes samtidigt.

Regi:

Intraprenad

Uppföljning utförd av:

Utredare Kerstin Karlstedt

Tidpunkt:

2015-10-23

Metod för uppföljning:

Planerat platsbesök med intervjuer och granskning av ledningssystem, rutiner samt av den sociala dokumentationen.

Insats:

Boende för vuxna

Målgrupp:

Måttlig och grav utvecklingsstörning.

Antal brukare i verksamheten:

4 stycken brukare på boendet.

Sammanfattning

Utföraren följer till största del kraven i eventuella avtal, lagar och föreskrifter och har därigenom de förutsättningar som krävs för en god och säker verksamhet.

Ekonomi och administration

Fakturor kan verifieras.

Brukarens behov preciseras i biståndsbeslutet som ligger till grund för bemanning.

Dokumentera rutinen för att rapportera förändrat behov hos brukaren finns i det s.k. årshjulet men det saknar uppgifter om hur det skall hanteras när utföraren uppmärksammar behov av minskade/ökade behov.

Utvecklingsområden:

Ta fram en rutin för hur förändringar av brukares behov skall hanteras inom verksamheten.

Ledning och personal

7 personer är anställda inom verksamheten. 7 personer är helårsanställda varav 1 är vikarier för tjänstledig medarbetare.

- Enhetschefen har adekvat högskoleutbildning och cirka 15 års erfarenhet av arbetsledning inom området.
- 80 % av personalen har adekvat utbildning, det vill säga minst gymnasial utbildning med inriktning mot socialpsykiatri, pedagogik samt/eller omsorg.
- All personal behärskar svenska språket i tal och skrift.
- Ingen extern handledning för medarbetare ges nu.
- Det finns en plan för personalens kompetensutveckling. Denna gäller för hela ansvarsområdet gruppbostad, servicebostad och daglig verksamhet.
- Det finns skriftlig rutin för introduktion av nyanställda och för information om tystnadsplikt.

Verksamheten har en korttidsfrånvaro på 2,4 och en total sjukfrånvaro på 7,40 %. Personalomsättning är 15 %.

Utvecklingsområden:

Den skriftliga rutinen för introduktion innehåller viktig information men saknar rutiner för när, hur och vem som ansvarar för introduktionen.

Dokumentation

- Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt genom att vara inlåst och på säker server.

- Det finns aktuella genomförandeplaner för alla brukare men aktuell plan bör även finnas i brukarens pärm så att vårdare kan få tillgång till aktuella uppgifter.
- Genomförandeplanerna diskuteras vid veckomöten och följs upp minst 1 gång/år.

Två brukares dokumentation verifierades vid uppföljningen. Av dem framkom följande:

- Genomförandeplanerna innehåller mål med insatsen och tydliggör vad, hur och när insatsen ska göras.
- Genomförandeplanerna har en tydlig struktur med fokus på individuella behov, önskemål och förutsättningar.
- Genomförandeplanerna innehåller datum för uppföljning.
- Det framgår att samtliga brukar och/eller deras företrädare deltar i upprättandet av genomförandeplanen samt hur de deltar.
- Det finns journalanteckningar, löpande dokumentation kring den enskilde.
- Sammanfattningsvis innehåller den löpande dokumentationen information om faktiska händelser som avvikelser från genomförandeplanen, händelser av vikt och måluppfyllelse.

Utvecklingsområden:

Aktuella genomförandeplaner som skall finnas tillgängliga i brukarens pärmar finns i vissa fall enbart i dokumentationsverktyget Parasol. En översyn bör göras så att personal har tillgång till aktuella uppgifter för samtliga boende.

Kvalitetsledningssystem

Verksamheten har en verksamhetsberättelse från föregående år, 2014.

Verksamhetens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete bygger på stadens mål och riktlinjer. På varje gruppboende finns rutiner som upprättats inom verksamhetsområdet och de individuella genomförandeplanerna genomsyras av de kvalitetsgarantier som finns. Verksamheten har identifierat sina processer, aktiviteter och flertalet av verksamhetens rutiner är nerskrivna.

Ledningssystemet omfattar rutiner och processer för:

- riskanalys
- egenkontroll
- avvikelshantering (synpunkter, klagomål, Lex Sarah)
- samverkan
- hot och våld
- dödsfall och traumatiska händelser
- hur insatsen påbörjas samt avslutas
- dokumentation enligt LSS

Verksamheten har inte under de senaste 12 månaderna rapporterat eller anmält någon Lex Sarah. Verksamhetsområdet för gruppbofäst, servicebofäst och daglig verksamhet har tagit emot fem synpunkter/klagomål under det senaste året.

Utvecklingsområden:

Konkretisera rutinen angående bemanning efter brukarens behov och vad som gäller vid sjukfrånvaro eller när personal saknas av andra orsaker. Se över vilka rutiner som även behöver ha en lokal rutin för enheten.

Egna medel och nycklar

Verksamheten hanterar brukarens egna medel samt hanterar nycklar till brukarens lägenhet. Verksamheten har en skriftlig rutin för hantering av egna medel. Ett arbete har påbörjats för att utveckla rutiner för hantering av nycklar.

Utvecklingsområde:

Skriva ner en rutin för hantering av nycklar till brukarens lägenhet.

Hälsa- och sjukvård

Verksamheten hanterar brukarens mediciner och medicinerna förvaras på ett tryggsätt, inlåsta i ett medicinskåp. Verksamheten kommer att få utbildning och nya delegeringar i samband med att Stockholms stad nu tagit över ansvaret för hälsa- och sjukvården på boendet.

Arbetsätt

- Det finns skriftliga kvalitetsgarantier som beskriver verksamhetens åtagande gentemot brukare.
- Personal vidareutbildas fortlöpande. Inom enheten har personal fått utbildning inom området autism, dokumentation, etc.
- Det finns en nerskriven rutin som beskriver att informationen som ska ges till brukaren är anpassad efter dennes förutsättningar.

Utvecklingsområde:

För att få en samlad bild av faktisk kompetens, utbildningsbehov och genomförda utbildningar är det av värde att enheten tar fram planer samt dokumentation av planerade och genomförda utbildningar varje år.

Något brukarråd finns inte då brukare inte bedöms kunna föra sin talan. Brukarundersökning genomförs 1 ggr/år där gode män är behjälpliga med att svara på frågorna.

Systematiskt brandskyddsarbete

- Det finns en fastställd och tydlig brandskyddsorganisation och det finns ett brandombud/enhet.
- Verksamheten genomför egenkontroll av lokalerna och av brandutrustningen.
- Det finns en handlingsplan för brand men någon praktisk brandövning har inte genomförts på enheten.
- Det finns utrymningsplan uppsatt på enheten.
- Utbildning samt praktiska brandövningar sker med personal med ett rullande schema över flera år.

Kost

Personalen stöttar de boende kring att handla, laga och i vissa fall äta mat. På enheten har 7 av personalen fått information/utbildning om kost och hälsa som startade 2013 och det finns ett ombud som belyser vikten av bra mat och motion.

Hygien och smittskydd

Personalen stöttar brukarna med personlig hygien och flertalet av de anställda har gått utbildning i basala hygienrutiner. Verksamheten bistår med engångshandskar och handsprit samt andra skyddsmaterial.

Utvecklingsområden:

I syfte att förebygga risker kan det vara av värde att genomföra en utbildning inom området.