

Uppföljning av Brännkyrka gruppbostad

Enhetens namn:

Brännkyrka gruppbostad

Enhetschef:

Martin Pietsch

martin.pietsch@stockholm.se

Närvarande från utföraren:

Biträdande enhetschef Helena Hartford Nerby, vårdare Rasmus Sandström och Peter Holm.

Regi:

Kommunal

Uppföljning utförd av:

Verksamhetsutvecklare Madeleine Peatt

Tidpunkt:

2017-10-17

Metod för uppföljning:

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

Insats:

Boende för vuxna

Målgrupp:

Lindrig, måttlig och grav utvecklingsstörning samt autismspektrumstörning.

Antal brukare i verksamheten:

6 stycken brukare på boendet.

Sammanfattning

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

Ekonomi och administration

- Fakturorna kan verifieras.
- Det finns skriftlig rutin för att rapportera förändrat behov hos brukaren.
- Det finns skriftlig rutin för att rapportera förändringar i verksamheten.

Ledning och personal

Enhetschefen har adekvat högskoleutbildning.

Biträdande enhetschef har mer än tre års sammanlagd yrkeserfarenhet av målgruppen på heltid, förvärvad efter år 2000.

33 procent av sin arbetstid arbetar biträdande enhetschef för enheten.

90 procent av personalen har adekvat utbildning, det vill säga minst gymnasial utbildning med inriktning mot omsorg om personer med funktionsnedsättning.

All personal behärskar svenska språket i tal och skrift.

Det finns 19 anställda på enheten, varav nio tillsvidareanställda och åtta helårsanställda.

Korttidsfrånvaron är 2,72 procent

Långtidsfrånvaron är 5,76 procent

Enheten har en personalomsättning på 11 procent.

- Det finns skriftliga rutiner för introduktion av nyanställda och om tystnadsplikt.
- En kompetensutvecklingsplan finns av planerade och genomförda utbildningar.

Dokumentation

Genomförandeplaner finns för samtliga brukare och samtliga brukare och/eller dess företrädare har varit delaktig i upprättandet av planerna enligt utföraren. Samtliga planer följs upp var sjätte månad.

Vid årets uppföljning av dokumentationen kontrollerades tre brukares journaler. Samtliga genomförandeplaner innehåller mål, vad, hur och när insatserna ska utföras. Planerna innehåller datum för uppföljning och det framgår att den enskilde och/eller dess företrädare varit delaktiga i upprättandet av planen.

Det finns löpande dokumentation (journalanteckningar) och den löpande dokumentationen innehåller information om faktiska omständigheter, händelser av vikt, måluppfyllelse samt avvikelser från genomförandeplaner.

Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt, det vill säga inlåst.

Kvalitetsledningssystem

Enheten har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9. Enheten ska dock fortsätta arbeta med sitt ledningssystem för att utveckla det ytterligare i syfte att främja implementeringen.

Ledningssystemet omfattar rutiner och processer för:

- Riskanalys
- Egenkontroll
- Avvikelsehantering, klagomål och synpunkter
- Lex Sarah
- Samverkan
- Dokumentation enligt LSS
- Hot och våld
- Dödsfall och/eller traumatiska händelser
- Vikarieanskaffning
- Hur verksamheten bemannas efter brukarnas behov
- Hur insatsen påbörjas respektive avslutas

Verksamheten har inte genomfört riskanalys under de senaste 12 månaderna. Verksamheten har genomfört egenkontroll under de senaste 12 månaderna och en verksamhetsberättelse finns för föregående år.

Enheten har tagit emot fem stycken klagomål och rapporterat ett ärende enligt Lex Sarah under de senaste 12 månaderna.

Utvecklingsmöjligheter:

- Rutinerna för egenkontroll och samverkan kan tydliggöras och bli mer beskrivande.
- Enheten bör göra en riskanalys av verksamheten.

Egna medel och nycklar

Enheten hanterar brukarens egna medel samt hanterar nycklar till brukarens lägenhet. Enheten har en skriftlig rutin för hantering av egna medel och en skriftlig rutin för hantering av nycklar till brukarens lägenhet.

Hälso- och sjukvård

Verksamheten hanterar brukares mediciner och medicinerna förvaras på ett betryggande sätt, inlåsta i ett medicinskåp. Verksamheten har en skriftlig rutin för delegering.

Arbetsätt

- Det finns skriftlig policy kring gott bemötande
- Personal fortbildas kontinuerligt

Utvecklingsmöjligheter:

- Enheten bör skriva en rutin för hur de arbetar och säkerställer att brukaren får information som är anpassad efter den enskildes förutsättningar.

Brukarinflytande

Enheten har brukarråd/möten en gång i månaden. Enheten har inte i år fått ett eget resultat från Stockholms stads brukarundersökning.

Hjärt- och lungräddning

All personal har genomgått hjärt- och lungräddning.

Kost

All personal stöttar brukarna med att handla, laga och i vissa fall äta mat. Personalen har inte genomgått utbildning kring kost eller livsmedelshygien.

Utvecklingsmöjligheter:

- Enheten bör erbjuda personalen utbildning kring kost och livsmedelshygien.

Hygien och smittskydd

Personal stöttar brukarna med personlig hygien. Enligt utföraren arbetar personalen utifrån basala hygienrutiner. Det finns tillgång till engångshandskar, handsprit och liknande skyddsmaterial. En ur personalgruppen har genomgått utbildning i basala hygienrutiner.

Utvecklingsmöjligheter:

- Enheten bör erbjuda all personal utbildning i basala hygienrutiner.

Systematiskt brandskyddsarbete

Det finns en tydlig och fastställd brandskyddsorganisation, handlingsplan för brand, tydlig anslagen utrymningsplan och plan för egenkontroll av lokalerna och brandutrustning.

Utvecklingsmöjligheter:

- Enheten bör öva utrymning regelbundet.

Lokaler och inredning

Lokaler och inredning är i gott skick, ändamålsenliga och städade, vårdade och hygieniska.