

Stockholms stad, socialnämnden
105 35 STOCKHOLM

STOCKHOLMS STAD Kommunstyrelsen Registraturet	
Ink.	2018 -05- 23
Dnr:	Id: KS1817403
Till:	

Ärendet

Tillsyn av stödboendet Syrenen i Stockholm.

IVO har granskat fem boenden för vuxna under perioden december 2017- januari 2018. Tillsynens fokus har varit att granska hur verksamheten arbetar med att säkerställa att boendet drivs med god kvalitet, att det finns ledning och personal med lämplig utbildning och erfarenhet samt att kvaliteten fortlöpande utvecklas och säkras.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, avslutar ärendet.

Skälen för beslutet

IVO har i tillsynen funnit brister i tryggheten och säkerheten för de inskrivna samt på lokalernas utformning. Då det, vid inspektionsbesöket, inte framkom några omständigheter som tyder på att de inskrivna inte är säkra och trygga i verksamheten ställer IVO inte krav på åtgärder. IVO uppmanar dock nämnden att arbeta med dessa brister inom ramen för sin egenkontroll.

IVO:s tillsyn har i huvudsak visat följande:

- Nämnden har ett systematiskt kvalitetsarbete men behöver förbättra sitt arbete med trygghet och säkerhet för de inskrivna då antalet platser i förhållande till målgruppens komplexa vårdbehov kan göra att det blir svårt att säkerställa ett tryggt och säkert boende.
- Lokalerna är svåra att överblicka och det innebär risker när de enskilda delar rum.
- Personalens sammantagna kompetens och verksamhetens bemanning är tillräcklig.
- Verksamheten verkar för att göra den enskilde delaktig.
- Verksamheten har inskrivningsrutiner och system för dokumentation av genomförandet av insatsen.
- Verksamheten har rutiner för samverkan med placerande nämnd.

Verksamhetens målgrupp och innehåll

Syrenen är ett skyddat boende och tar även emot kvinnor som till följd av hemlöshet, våldsutsatthet, missbruksproblem, psykisk ohälsa eller andra svårigheter behöver stöd från socialtjänsten. De tar även emot kvinnor som har en funktionsnedsättning och som genomgår en utredning. Verksamheten tar även emot akuta placeringar enligt Stockholms stads "tak överhuvud garanti" i åldern 18-25 år.

Verksamheten tar emot kvinnor från 18 år och uppåt. Oftast är de som skrivs in något äldre. I akuta lägen kan de skriva in drogpåverkade personer men det är väldigt sällsynt och görs bara i undantagsfall.

Verksamheten har totalt 28 platser och vid inspektionen var 23 kvinnor inskrivna i åldern 25-65 år. Placeringstiden varierar mellan ett dygn till ett och ett halvt år, genomsnittstiden är ca sex månader. Det är i regel de äldre som bor längre. Det finns inte någon gräns för hur länge någon kan bo på Syrenen utan det är upp till socialtjänsten. Oftast är målet med placeringen att de ska komma till ett eget boende.

Metoder som används på boendet är MI (motiverande samtal) och lågaffektivt bemötande.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

IVO bedömer att verksamheten har rutiner för ett systematiskt kvalitetsarbete.

IVO vill understryka att granskningen inte är en fullständig genomgång av verksamhetens systematiska kvalitetsarbete. Ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet är också en pågående process, som ständigt behöver utvecklas.

Stockholms stads ledningssystem används i verksamheten, där bland annat verksamhetsplanen dokumenteras. Uppföljningar av mål och aktiviteter sker tre gånger per år. Det finns olika forum för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten, såsom t.ex. arbetsplatsmöten, behandlingsassistentmöten och ärendedragningar. Tillbud i verksamheten rapporteras i ett internt system.

Verksamheten har husmöten en gång i månaden. Då är alltid en personal med och mötet protokollförs. Protokollet lämnas till chef som sedan återkopplar det som eventuellt ska återkopplas. De boende kan även lämna eventuella klagomål direkt till biträdande enhetschef eller lämna i den låda som finns uppsatt i verksamheten.

Verksamheten har under det senaste året inte behövt att göra någon lex Sarah. Personalen uppmärksammas kontinuerligt på deras rapporteringsskyldighet. Rutinerna kring detta tas upp på personalmöten. Eventuella utredningar sker centralt i Stockholms stad.

Av 1 kap. 1 § SoL framgår att verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmande och integritet.

Av 3 kap 3 § SoL framgår att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. Att det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska också fortlöpande utvecklas och säkras.

Av 3 kap 1 § Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) framgår att den som bedriver socialtjänst ska ansvara för att det finns ledningssystem för verksamheten. Verksamheten ska anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och innehåll (4 kap. 1 §). Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Av 5 kap. 1 § Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) framgår att den som bedriver socialtjänst ska fortlöpande bedöma om det finns risker för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Den som bedriver socialtjänst ska utöva egen kontroll (5 kap. 2 §). Egenkontrollen ska föras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver socialtjänst ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Av 7 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter om Lex Sarah (SOSFS 2011:5) framgår att verksamheten ska fastställa rutiner för hur skyldigheten att rapportera, dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande och risker för missförhållanden ska fullföljas. Av rutinerna ska det även framgå hur skyldigheten att anmäla allvarliga missförhållanden och risk för allvarliga missförhållanden ska fullgöras.

Verksamhetsledningen ska också informera personalen om deras skyldighet att rapportera missförhållanden och risk för missförhållanden enligt lex Sarah. Informationen ska ges återkommande (2 kap. 2 § SOSFS 2011:5).

Trygghet och säkerhet

IVO bedömer att verksamheten arbetar systematiskt för att skapa trygghet och säkerhet för de inskrivna men att antalet platser i förhållande till målgruppens komplexa vårdbehov kan göra att det blir svårt att säkerställa ett tryggt och säkert boende, vilket är en brist. Då det, vid inspektionsbesöket, inte framkom några omständigheter som tyder på att de inskrivna inte är säkra och trygga i verksamheten ställer IVO inte krav på åtgärder. IVO uppmanar dock nämnden att arbeta med dessa brister inom ramen för sin egenkontroll.

I intervjun med personal framkom att det är problematiskt att målgruppen är så blandad, t ex att ha höggravida kvinnor tillsammans med kvinnor som har svåra psykiatriska.

Verksamheten har skriftliga rutiner för att hantera olika situationer och det finns tydliga ordningsregler. Det får inte förkomma något våld eller hot om våld och ingen förekomst av vapen. Droger och alkohol får ej intas eller innehas på boendet. Om de misstänker att någon är påverkad får denne lämna urinprov och/eller utandningsprov.

De som skrivs in enligt "Tak överhuvud garantin" placeras oftast i rummet närmast kontoret och om de är påverkade får de stanna på rummet. Om detta inte fungerar kontaktas socialtjänsten alternativt socialjouren så att en annan plats kan ordnas.

Personalen stämmer av hur situationen är på boendet vid överlämningar. De boende får endast ta emot besök av myndighetspersoner och då i boendets lokaler. Barn kommer sällan på besök och om det är rörigt på boendet får de inte komma på besök. Barn kan få sova över om föräldern bor i en av lägenheterna. Besök av barn ska alltid vara planerade.

Det har varit relativt få incidenter i verksamheten. Personalen har direkt larm till Securitas samt "rondering" av Securitas på natten. Personalen har ett bärbart larm och skulle bråk uppstå vet personalen att de ska ringa polisen eller 112. Verksamheten har även en kamera utanför entrén.

Vid intervjun med en boende framkommer att hon känner sig trygg med personalen och de andra som bor där, men att det finns kvinnor som i vissa situationer är otrevliga och som hon undrar om de egentligen borde vara placerade där.

Vid inspektionstillfället framkommer att det finns arbetssätt och rutiner för att förebygga förekomst av alkohol och droger på boendet. Det finns också rutiner för att hantera andra typer av situationer, t.ex. vid våld och hot och vid överföring av information mellan personalen.

Det är ett drogfritt boende. Verksamheten tar regelbundna urinprov/utandningsprov på de som har missbruk. I övrigt tas urinprov och utandningsprov vid inskrivning och enligt överenskommelse med socialtjänsten. Urinprov och utandningsprov tas även vid hemkomst efter beviljade eller obeviljade ledigheter samt vid misstanke om påverkan.

Enligt 3 kap. 3 § SoL ska insatserna inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

IVO hänvisar till bestämmelserna i 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2011:9, om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och ställer inte krav på åtgärder i frågan. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Detta är en synpunkt som IVO lämnar till verksamheten i denna del av granskningen.

IVO vill uppmärksamma verksamheten på dess ansvar att utreda synpunkter som följer av 5 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Det framkommer vidare i 4 kap. 2 § SOSFS 2011:9 att den som bedriver verksamhet ska ansvara för att det ledningssystem som ska finnas innehåller de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Medicinhantering

Medicinerna förvaras inlåsta i ett skåp på kontoret. Varje boende har en egen låda ur vilken de själva tar sin medicin. Personalen låser upp skåpet när den boende önskar det och sitter med när klienten tar sin medicin. Ibland blir det rörigt om det samtidigt ringer på dörren men medicinutdelningen ska först klaras av innan dörren öppnas. De rapporterar alla avvikelser i medicinhandlingen till ansvarig läkare.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård framgår att det med egenvård avses en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra. Egenvård inte är hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Lokaler och den enskildes integritet

IVO bedömer att det är en brist att lokalerna är svåra att överblicka och att detta bland annat innebär risker när enskilda delar rum. IVO uppmanar därför nämnden att arbeta med lokalernas utformning och rummens fördelning inom ramen för sin egenkontroll. Enligt IVOs mening kan huvudmannen öka de enskildas trygghet och säkerhet genom att göra lokalerna mer överblickbara. IVO anser vidare att huvudmannen särskilt bör överväga att inte låta de enskilda dela rum. I annat fall bör verksamheten göra en bedömning i varje enskilt fall om det är lämpligt att personerna delar rum utifrån personernas behov och egna inställning till att dela rum. Verksamheten bör även följa upp att de som delar rum är trygga och känner sig säkra. Även detta är en synpunkt som IVO lämnar till verksamheten i denna del av granskningen.

Verksamheten har 28 platser och många av kvinnorna som är placerade har komplexa vårdbehov

Vid inspektionen framkommer att det finns tjugo enkelrum, tre dubbelrum samt två lägenheter. I lägenheterna bor de som har kommit längre i sin planering. Personalens kontor och köket är beläget vid ingången till boendet.

De kvinnor som skrivs in får oftast dela rum. Personalen gör inte någon bedömning av vilka som kan dela rum. De får oftast väldigt lite information om kvinnan. Om det finns ett enkelrum placeras kvinnan där. Socialtjänsten får information om att det är delade rum som gäller och får då göra en bedömning om det fungerar eller om de ska vänta till

dess att ett enkelrum kan erbjudas. Om det blir problem försöker de att göra omplaceringar. Vid intervjun med personalen framkom att delade rum inte är optimalt med tanke på målgruppen. I dubbelrummen finns inte någon möjlighet att låsa kring sig.

Den boende som IVO samtalade med vid inspektionen uppgav att hon upplevt att det var jobbigt att dela rum utifrån att hon är lättväckt.

Av 1 kap. 1 § SoL framgår att verksamheten ska byggas på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

Personal och bemanning

IVO bedömer att den sammantagna kompetensen hos personalen är tillräcklig för att möta målgruppens behov av stöd. Det har inte framkommit något som tyder på att bemanningen är otillräcklig.

Av inhämtade uppgifter framgår att majoriteten av tillsvidareanställd personal har eftergymnasial utbildning såsom behandlingsassistentutbildning, socionom, behandlingspedagog, beteendevetare och socialpedagog. Alla har erfarenhet av att arbeta med målgruppen. Av 18 timanställda har hälften relevant högskoleutbildning och/eller erfarenhet av liknande arbete.

Biträdande enhetschef är socialpedagog med ledarskapsutbildning från högskola och har arbetat flera år med liknande arbete.

De är i dag 13 tillsvidareanställda, inklusive ledningen (två personer). Verksamheten är bemannad med två personal dygnet runt exklusive biträdande enhetschef och gruppledare, som arbetar dagtid på vardagar. Det var tidigare enkel bemanning på natten men nu är det vaken dubbelbemanning även på natten. På helgerna är det två personer på dagen och två på natten. Om situationen på boendet blir orolig finns det alltid en chefsjour att ringa och extra personal kan kallas in. De har en lista på timvikarier som de flesta i boendet känner igen.

Den intervjuade personalen anser att bemanningen inte är tillräcklig i förhållande till målgruppens problematik.

Personalgruppen (även de som går på långa vikariat) har handledning var fjärde vecka.

Av 3 kap. 3 § SoL framgår att det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Delaktighet

IVO bedömer att verksamheten samverkar med den enskilde och att insatsen anpassas till den enskildes individuella behov och förutsättningar genom det arbetssätt som huvudmannen beskriver.

Genomförandeplaner som görs tillsammans med den enskilde finns för samtliga boende, om inte den enskilde motsätter sig att delta.

Verksamheten har husmöten som protokollförs och återkoppling på synpunkter därifrån lämnas av biträdande enhetschef.

Av 1 kap. 1 § SoL framgår att verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmande och integritet.

Av 3 kap. 5 § SoL framgår att insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde.

Samverkan med placerande nämnd

IVO bedömer att det finns rutiner för samverkan med placerande nämnd.

Av intervjun framgår att samverkan med klienternas socialsekreterare generellt sett fungerar bra. Verksamheten rapporterar direkt till handläggaren om det händer någonting speciellt och det finns en strävan efter att ha gemensamma möten med handläggarna.

Det är inte alltid som de får genomförandeplaner från socialtjänsten och inte heller något tydligt uppdrag. Detta kan bero på att det ibland är akuta placeringar.

Inskrivningsrutiner och dokumentation

IVO bedömer att det finns rutiner för inskrivning och dokumentation i verksamheten. IVO poängterar att de anteckningar som personalens gör i form av dagboksanteckningar inte får innehålla några integritetskänsliga uppgifter om enskilda individer utan endast signalera att någonting som är viktigt att känna till har antecknats i den enskildes journal eller i de löpande arbetsanteckningarna. Om de innehåller integritetskänsliga uppgifter ska de förvaras så att obehöriga inte kommer åt dem.

Det är gruppledaren som tillsammans med biträdande enhetschef beslutar om inskrivning. Vid planerade inflyttningar har de ett informationsmöte med kvinnan och socialtjänsten. De försöker att skaffa sig så mycket information som möjligt men ofta är det svårt då socialtjänsten inte alltid vet så mycket eller att kvinnan inte vill berätta. Rutiner och regler går igenom vid inskrivning och då också urinprov och utandningsprov lämnas.

Vid inspektionstillfället framkommer att journalanteckningar förs löpande. Dagboksanteckningar i form av arbetsmaterial finns också med uppgifter om vad klienten ska göra på dagen, t.ex. läkarbesök, som används vid överföring mellan dag- och nattpersonal. Biträdande enhetschef och gruppledare uppger att dokumentationen är ett utvecklingsområde som de arbetar med.

Av 11 kap.5 § SoL framgår att handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska dokumenteras. Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Handlingarna ska också förvaras på ett säkert sätt.

Av 11 kap. 6 § framgår att dokumentationen skall utformas med respekts för den enskildes integritet. Att den enskilde bör hållas underrättad om de journalanteckningar och andra anteckningar som förs om honom eller henne.

Underlag

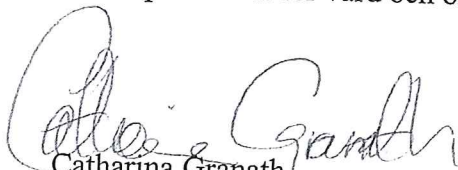
- Inspektionsprotokoll
- Listor över bemanning och personalens kompetens
- Frågeformulär som huvudmannen fyllt i kring bland annat målgrupp och arbetssätt.

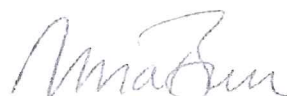
Kommunicering

Underlaget har kommunicerats med nämnden.

Beslut i detta ärende har fattats av inspektören Catharina Granath. I den slutliga handläggningen har inspektören Jeanette Ekstedt deltagit. Inspektören Ulla Barr har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg


Catharina Granath


Ulla Barr