

Uppföljning av socialpsykiatri

Enhetens namn: Akalla Gruppboende

Enhetens adress: Sibeliusgången 20b

Företag:

Hemsida:

Föreståndare/ansvarig chef: Anna Lundin Enhetschef

Andrew Mullin, biträdande enhetschef

Telefon: 08-508 01 321, 08-508 01 101

e-post:

Regi

☒ Kommunal regi

☐ Entreprenad

☐ Enskild (privat) regi

Verksamheten är tillståndspliktig eller ska anmälas till IVO:

☒ Ja och tillståndet eller anmälan till IVO är aktuellt

☐ Ja men tillståndet eller anmälan till IVO är inte aktuellt

☐ Nej

Upphandlande nämnd:

Datum för uppföljning: 170509

genomförandeplaner 171201-171231

Uppföljning utförd av: Linda

Medverkande från utföraren: Anna och Andrew

Metod för uppföljning

- ☐ Platsbesök med intervju
☐ Annat

Om annat, ange vilken metod som använts:

Insats (ett alternativ kan kryssas):

- ☒ Boende
☐ Sysselsättning

Om sysselsättning kryssats i, ange öppettiderna:

Antal brukare i verksamheten: 16 boende, 17 platser en ny boende på väg in.

Antal brukare från Stockholms

stad: 17, 2 personer över 65 år nu handläggs de av ÄO from juni åter socialpsykiatri

- ☐ Tillgänglighetsskattning genomförd (se separat mall)

SAMMANFATTNING

Samlad bedömning av uppföljningen:

- ☐ Utföraren bedriver verksamhet i enlighet med gällande avtal
- ☒ Utföraren bedriver till största del verksamhet i enlighet med gällande avtal men det finns behov av viss utveckling
- ☐ Utföraren bedriver inte verksamhet i enlighet med gällande avtal

Följande avvikelser kräver åtgärd:

Aktuella genomförandeplaner saknas för 4 av 5 boende.

Avvikelse ska vara åtgärdade senast:

Nästa uppföljning

Kommentarer kring samlad bedömning

I stadens brukarundersökning för Akalla gruppboende svarar 88% att personalen frågar på vilket sätt man vill ha stöd. 78% svarar att man nöjd med det stöd man får på boendet. 78% svarar att man blir väl bemött på sitt boende.

Behov av att utveckla arbetet med genomförandeplanerna som helhet för att dessa ska utgöra fullvärdiga beskrivningar av insats och aktiviteter för både personal och den boende.

Dokumentationen bör utgöra grund i uppdraget, följas upp och utvärderas med jämna mellanrum, vilket framgår också har varit avsikten.

Behov av ökad samverkan med beställarenheten kan vara ett led i utveckling för bättre dokumentation hos de båda enheterna.

EKONOMI OCH ADMINISTRATION

- ☒ Utföraren är uppkopplad till stadens Paraplysystem
- ☒ Fakturor kan verifieras
- ☒ Det finns skriftlig rutin för att rapportera förändrat behov hos brukaren
- ☒ Det finns skriftlig rutin för att rapportera förändringar i verksamheten

Kommentarer kring ekonomi och administration:

Samarbetsrutin finns med enhetschef för beställarenheten.
Tycker att handläggarna sköter uppföljningarna bra.

LEDNING OCH PERSONAL

- ☒ Föreståndare/ansvarig chef har adekvat högskoleutbildning, t ex socionom, personalvetare eller ekonom
- ☒ Föreståndare/ansvarig chef har lägst tre års sammanlagd yrkeserfarenhet av målgruppen på heltid, förvärvat efter år 2000
Del av heltidsarbetstid som föreståndare/ansvarig chef arbetar för enheten: Andrew har tre verksamheter och fördelar tiden efter behov. Arbetar 100% varav ca 50 % på gruppboenden. Anna ca 30% gruppboende, 40% boendestöd, 15 % arbetscentrum 10% Sesam, 5% arbetscentrum. Andrew är mentalskötare. Anna är utbildad på sociala omsorgsprogrammet mot äldre och handikapp.
- ☒ Minst 80 % av personalen har adekvat utbildning, d.v.s. minst gymnasial utbildning med inriktning mot socialpsykiatri, omsorg eller pedagogik
- ☐ Kompetenstabell har överlämnats
- ☒ All personal behärskar svenska språket i tal (alternativt svenska teckenspråket)
- ☒ All personal behärskar svenska språket i skrift

- ☒ Det finns plan för personalens kompetensutveckling
- ☐ Det finns extern handledning
- ☒ Det finns skriftlig rutin för introduktion av nyanställda
- ☐ Det finns skriftlig rutin med information om tystnadsplikt

Antal anställda på enheten: 13 personer + timvikarier ca 7-8 pers

Antal helårsanställningar: 11,8

Antal tillsvidareanställda: 0,5 % ava-anställning, resterande fast anställda

Korttidssjukfrånvaro i %:

Långtidssjukfrånvaro i %:

Personalomsättning i %:

Kommentarer kring ledning och personal: 10,5 skötare. 80% ssk. Careteam ssk nätter, kvällen och helger.

Kompetensutvecklingsplan görs vid medarbetarsamtal. BAS neuropsykiatri. Följer utbildningsutbudet via socialförvaltningen.

Upphåll extern handledning, planeras igen till hösten. Finns särskilda elevrutiner.

DOKUMENTATION

- ☒ Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt, d.v.s. inlåst i brandsäkert skåp och/eller på säker server
- ☐ Genomförandeplan finns för samtliga brukare enligt utförare
- ☐ Samtliga brukare och/eller dess företrädare deltar i upprättandet av genomförandeplanen enligt utförare
- ☐ Samtliga genomförandeplaner följs upp minst 1 gång per år enligt utförare

Antal brukares dokumentation som kontrollerats vid uppföljningen: 5 varav 1 person har en aktuell genomförandeplan, övriga har ej följts upp.

- ☒ Genomförandeplaner innehåller mål och eventuella delmål
- ☐ Genomförandeplaner tydliggör vad som ska göras
- ☐ Genomförandeplaner tydliggör hur det ska göras
- ☐ Genomförandeplaner tydliggör när det ska göras
- ☒ Genomförandeplaner innehåller datum för uppföljning
- ☐ Det framgår hur den enskilde eller dess företrädare varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplaner

- ☒ Det finns löpande dokumentation (journalanteckningar)
- ☐ Den löpande dokumentationen innehåller information om faktiska omständigheter, händelser av vikt samt måluppfyllelse
- ☐ Den löpande dokumentationen innehåller information om avvikelser från genomförandeplaner

Kommentarer kring dokumentation: Endast sekretessmaterial på dator, inget i pappersform. Sthlms stads server. Utföraren informerar vid mötet om ett visst ointresse av brukarna att göra genomförandeplaner.

Vid granskning av genomförandeplaner framkommer att en av fem har en aktuell genomförandeplan. Genomförandeplanerna som finns (varav vissa då är inaktuella) är i de flesta fall väldigt kortfattade och saknar anvisningar om hur och vad som den boende egentligen behöver stöd med i gruppboendet. Vid en granskning av beställningarna som ligger till underlag för uppdraget så framkommer att även dessa är inaktuella i sitt faktainnehåll och allmänt hållna, vilket vidarebefordras till beställaren.

KVALITETSLEDNINGSSYSTEM

- ☒ Det finns ett komplett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9

☒ Det finns en verksamhets-/kvalitetsberättelse för föregående år

Ledningssystemet omfattar rutiner och processer för:

- ☒ Riskanalys
- ☒ Egenkontroll
- ☒ Avvikelsehantering
- ☒ Klagomål och synpunkter
- ☒ Lex Sarah (SOSFS 2011:5)
- ☒ Barns skydd/orosanmälan (14 kap 1 § SoL)
- ☒ Samverkan
- ☒ Dokumentation enligt SoL

- ☒ Hot och våld
- ☒ Dödsfall och/eller traumatiska händelser

- ☒ Vikarieanskaffning
- ☒ Hur verksamheten bemannas efter brukarnas behov
- ☒ Hur insatsen påbörjas respektive avslutas

Verksamheten har:

- ☒ Genomfört riskanalys de senaste tolv månaderna
- ☒ Genomfört egenkontroll de senaste tolv månaderna

- ☐ Tagit emot 0 st. synpunkter och klagomål de senaste tolv månaderna
- ☐ Rapporterat 0 st. Lex Sarah de senaste tolv månaderna
- ☐ Anmält 0 st. Lex Sarah de senaste tolv månaderna
- ☐ Anmält för barns skydd 0 st. gånger de senaste tolv månaderna

Kommentarer kring kvalitetsledningssystem: Saknar systematisering. Riskanalys sker i samband med ny boende, av chef, ssk och biståndshandläggare. Riskanalys vid förändringar hos klienterna, kontakt med biståndshandläggare.

EGNA MEDEL OCH NYCKLAR

Verksamheten hanterar brukares egna medel.

- ☐ Ja. Besvara frågan om rutin, hoppa annars över den
- ☒ Nej
- ☐ Det finns skriftlig rutin för hantering av egna medel

Verksamheten hanterar nycklar till brukares rum/lägenhet.

- ☐ Ja. Besvara frågan om rutin, hoppa annars över den
- ☒ Nej
- ☐ Det finns skriftlig rutin för hantering av nycklar

Kommentarer kring egna medel och nycklar:

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

- ☒ Verksamheten hanterar brukares mediciner. Om ja besvara följande fråga, hoppa annars över den
- ☒ Det finns skriftlig rutin för delegering och/eller skriftlig dokumentation från HSL-personal i det fall personal stöttar brukare med egenvård
- ☐ Verksamheten hanterar inte brukares mediciner.

Kommentarer kring hälso- och sjukvård: Ssk ansvarar.

Mediciner förvaras i skåp hos brukarna men endast personal har nycklar till skåpen.

ARBETSSÄTT

- ☒ Det finns skriftlig plan/policy kring ett gott bemötande
- ☒ Personal fortbildas kontinuerligt. Beskriv: Hjärt och lungräddning, hyperglykemi (diabetes), epilepsi, psykossjukdomar,

☒ Det finns skriftliga rutiner och arbetssätt som säkerställer att brukaren får information som är anpassad efter den enskildes förutsättningar

Kommentarer kring arbetssätt:

BRUKARINFLYTANDE

Verksamheten har brukarråd/möte (be att få se protokoll/dagordning)

- ☒ Ja, minst varje vecka
☐ Ja, minst varje månad
☐ Ja, minst varje kvartal
☐ Ja, mer sällan än varje kvartal
☐ Nej

- ☐ Verksamheten genomför egna brukarundersökningar
☒ Verksamheten har fått eget resultat från Stockholms stads brukarundersökning

Kommentarer kring brukarinflytande: Husmöte en gång/vecka utifrån dagordning. Brukarrådsmöte en gång/termin. Ev. egna brukarundersökningar framöver.

HJÄRT- OCH LUNGRÄDDNING

Personal har genomgått hjärt- och lungräddning

- ☒ Ja. Beskriv: Utbildning en gång/år
☐ Nej

Kommentarer kring hjärt- och lungräddning:

KOST

☒ Personal stöttar brukarna att handla, laga eller äta mat eller erbjuder mat via t.ex. catering. Om ja besvara följande två frågor, hoppa annars över dem

☒ Personal har genomgått utbildning kring kost och, ange hur antal personal som genomgått utbildning: samtliga

☒ Personal har genomgått utbildning kring livsmedelshygien, ange hur antal personal som genomgått utbildning: samtliga

☐ Personal stöttar inte brukarna att handla, laga eller äta mat och erbjuder inte mat via t.ex. catering

Kommentarer kring kost: läkare ifrån vårdcentralen föreläst för de boende om kost. Köket ska renoveras. Ev. kommer man att börja ta mat ifrån ett storkök istället för att som nu laga mat på plats. Detta för att kunna tillgodose allas behov.

HYGIEN OCH SMITTSKYDD

Personal stöttar brukarna med personlig hygien.

☒ Ja. Besvara frågorna om utbildning och rutin, hoppa annars över dem

☐ Nej

☒ Personal har genomgått utbildning i basala hygienrutiner, ange antal personal som genomgått utbildning: web utbildning

☒ Utföraren arbetar med basala hygienrutiner

☒ Det finns tillgång till engångshandskar, handsprit och liknande skyddsmaterial

Kommentarer kring hygien och smittskydd: Ssk påminner ofta.

SYSTEMATISKT BRANDSKYDDSARBETE (enligt lag 2003:778 om skydd mot olyckor 2 kap. § 2) flyttat

- ☒ Det finns en tydlig och fastställd brandskyddsorganisation
- ☒ Det finns en plan för egenkontroll av lokalerna och brandutrustning
- ☒ Det finns skriftlig handlingsplan för brand
- ☒ Det finns en tydligt anslagen utrymningsplan
- ☒ Utrymning övas regelbundet, ange i så fall när senaste utrymningsövningen genomfördes: 2015. Föreläsning 2016 anordnad av förvaltningen.

Kommentarer kring systematiskt brandskyddsarbete: PRESTO, Micasa äger brandlarmet. Ansvarsfördelning med Micasa. Brandlarm som går direkt till larmcentral.

LOKALER OCH INREDNING

- ☒ Lokaler och inredning är i gott skick
- ☒ Lokaler och inredning är ändamålsenliga
- ☒ Lokalerna är städade, vårdade och hygieniska

Beskriv kortfattat utemiljö/närmaste omgivning:

Kommentarer kring lokaler och inredning: Det gemensamma köket ska renoveras. Gruppboendet ifrån -92. Lägenheterna helrenoverades för ca 4 år sedan. Originalinredning i personal- och gemensamhetsutrymmen.