

Socialnämnden

Kvalitetsgranskning av Björknäs gruppbostad, Kocktorpsvägen, bostad med särskild service för vuxna enligt LSS

Sammanfattning av ärendet

Omsorgsenheten har i september 2020 gjort en granskning av Björknäs gruppbostad med anledning av att det inkommit flertalet synpunkter på verksamheten. Omsorgsenheten har upplevt att det funnits brister i samverkan och initiativtagande från ledningen för boendet.

Granskningen visar att Stockholms Stadsmission, Björknäs gruppbostad inte kan säkerställa att de boende får en vård och omsorg av god kvalitet. Verksamheten arbetar inte utifrån gällande lagar, förordningar och föreskrifter som styr verksamhetsområdet. Auktorisationsvillkoren för kundvalet följs inte fullt ut. Kvalitetsledningssystemet används till stor del inte i praktiken.

Verksamheten behöver skyndsamt vidta åtgärder inom ett flertal områden för att kunna garantera att kunderna får vård och omsorg av god kvalitet och för att hindra smittspridning.

Anordnaren har den 17 september 2020 delgivits begäran om åtgärder på de brister som anser vara allvarliga och kräver omedelbara åtgärder. Dessa ska vara åtgärdade senast den 31 oktober 2020. Anordnaren ska senast den 15 november 2020 inkomma med åtgärdsplan för övriga bristområden, vilka ska vara åtgärdade senast den 15 januari 2021.

Bakgrund

Björknäs gruppbostad, Kocktorpsvägen är en bostad med särskild service för vuxna enligt LSS i form av en gruppbostad med sex platser. Boendet är det första att ingå i Nacka kommuns kundval för bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. Stockholms Stadsmission driver boendet sedan våren 2020.

Sedan Stadsmissionen startade upp driften av boendet, har brister uppmärksammats. Flertalet synpunkter har inkommit från företrädare och anhöriga samt LSS-handläggare. Synpunkterna har handlat om svårigheter kring samverkan och att få kontakt och

återkoppling från boendets ledning. Även planering av när och hur kunderna flyttar in har brutit enligt synpunkterna. Omsorgsenheten upplevde svårigheter i samverkan och att uppgifter inte utfördes inom rimlig tid. Möten hölls därför med omsorgsenheten och ansvariga för boendet utan att man upplevde någon påtaglig förändring. Omsorgsenhetens gruppledare för LSS har under våren haft kontinuerlig kontakt med verksamhetens ledning för planeringen kring inflytt.

Ledningen som fanns från uppstart finns inte kvar i verksamheten. En ny ledning finns på plats sedan juni. I slutet av september 2020 börjar en ny enhetschef på 50 procent i boendet.

Metod vid granskningen

Kvalitetsgranskningen utgår från riktlinjen ”Uppföljning och granskning av upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet inom socialtjänsten”. Kvalitetsgranskningen utförs med stöd av en standardiserad checklista som utgår från ett antal fasta huvudområden.

Granskningen har genomförts i september 2020. Granskningen har innefattat följande:

- intervju med interimchefen.
- telefonintervjuer med boendepersonalen.
- telefonintervjuer med företrädare/anhöriga
- granskning av dokumentation: ledningssystem för kvalitet, rutiner, sociala journaler och genomförandeplaner
- information från LSS-handläggare som är ansvariga handläggare för kunder som bor i boendet
- intervju med ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal på Familjeläkarna i Saltsjöbaden

Ledning och organisation

Boendet har en interimchef. Denne ska arbeta 50 procent i verksamheten. Resterande tid är hon på ett annat boende. I intervju med företrädare och personal framkom att det upplevs som att interimchefen inte är på plats i boendet.

Det finns en arbetsledare på plats. Arbetsledaren har inget personalansvar.

Familjeläkarna i Saltsjöbaden ansvarar för boendets hälso- och sjukvårdsinsatser upp till sjuksköterskenivå.

Personal

Personalen beskriver att de trivs tillsammans som personalgrupp. Boendepersonalen har viss erfarenhet av målgruppen. Det finns inga kompetensutvecklingsplaner upprättade för personalen. Personal upplever att de är för få anställda utifrån behoven. Några ur personalgruppen har valt att avsluta sina anställningar och fler personal behöver anställas utifrån att behov av personal ökat i samband med att fler personer har flyttat in i boendet. Rekryteringsprocess av ny, erfaren, personal pågick under granskningsbesöket.

I synpunkter från företrädare/anhöriga framkommer att majoriteten av dem upplever att personalen har ett gott bemötande men att de saknar kunskap om hur de ska motivera de boende till aktiviteter. Företrädare/anhöriga upplever också att personalen upplevs inte kunna svara på enkla frågor utan hänvisar istället till boendets ledning.

Ledningssystem för kvalitet/systematiskt kvalitetsarbete

Stockholms Stadsmission har kvalitetsledningssystemet SIQ Managementmodell. Under granskningsbesöket framkommer att kvalitetsledningssystemet inte är implementerat i verksamheten. Rutiner och processer för att säkra kvaliteten i verksamheten används således inte i praktiken. Riskanalyser och egenkontroller är inte implementerade i verksamheten ännu.

Under granskningen framkommer att:

- Rutiner för introduktion av nya medarbetare finns inte implementerade.
- Handlingsplan för hot och våld är inte implementerade hos personalen.
- Rutiner för dokumentation är inte implementerade hos personalen. Interimchefen uppger att personalen på sikt ska gå utbildning i social dokumentation. Det finns nu osäkerhet hur social dokumentation ska upprättas.
- Riskanalyser och egenkontroller är inte implementerade i verksamheten.
- Rutiner för avvikelser och synpunkter finns inte implementerade i verksamheten.
- Rutiner för hur verksamheten uppfyller kraven för basal hygien saknas.

Rutiner för avvikelse och synpunkter samt lex Sarah

Verksamheten har en postlåda uppsatt för synpunkter och klagomål. Det framgår vid granskningen att det inte finns någon implementerad rutin för avvikelser och klagomål för systematiska åtgärder samt för sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål.

När det gäller rutin för lex Sarah framkommer att det finns en skriftlig rutin på verksamheten. Sammanställning av lex Sarah rapporter och utredningar har inte varit aktuellt ännu då verksamheten är så pass nystartat, men det är inte implementerat i verksamheten.

Social dokumentation

Löpande sociala journaler finns i ett digitalt dokumentationssystem för vissa av de granskade kundernas akter. Då man nyligen börjat dokumentera elektroniskt så finns den mesta av den tidigare social dokumentationen på papper. Detta ska på sikt föras in

digitalt. Det går inte att fullt ut se om dokumentation sker kontinuerligt och innehåller händelser av betydelse.

Ingen av de boendes genomförandeplaner är färdigställda. Genomförandeplanerna är planerade att färdigställas inom kort och är uppbyggda enligt Individens behov i centrum (IBIC).

Fritidsaktiviteter

I en synpunkt från företrädare/anhörig framgår att boendet i dagsläget har svårt att erbjuda enskilda, varierande fritidsaktiviteter. Nu erbjuds gemensamma dagliga, promenader som fritidsaktivitet. Enligt interimchefen är det planerat att det ska börja erbjudas en enskild fritidsaktivitet en gång per vecka.

Hälso- och sjukvård

I intervjun med hälso- och sjukvårdsansvariga framkommer att verksamheten inte har följt för verksamheten gällande lagar och regler. Personalen på boendet har givit läkemedel från originalförpackning samt sondmat till kund utan att de har haft behörighet till detta. Ett förbättringsarbete har påbörjats och vid besöket på verksamheten har samtliga personal delegering på hälso- och sjukvårdsuppgifterna som utförs av dem.

Kommunikation mellan boendet och hälso- och sjukvården har varit bristfällig. Ansvarig sjuksköterska har inte fått tillräcklig information om kundernas hälsotillstånd. Vid besöket finns kontaktuppgifterna till hälso- och sjukvården lättillgängligt och personalen har informerats om hur samverkan ska ske. Enligt sjuksköterskan fungerar samverkan nu bättre.

Det framkommer under granskningsbesöket att det saknas rutiner kring att minska smittspridning av Covid-19 och andra infektioner. Enligt boendets ledning finns det arbetskläder men de används inte av personalen. Bristen är känd men har inte åtgärdats av ledningen. Det finns inga rutiner upprättade om hur verksamheten ska arbeta för att uppfylla kraven enligt föreskrifterna i basal hygien. Personalen har inte fått tillräcklig utbildning eller information om basala hygienregler eller de särskilda rutiner som gäller vid misstanke av Covid-19. Adekvat skyddsutrustning saknas.

Bristområden som bedöms vara allvarliga och kräver omedelbara åtgärder

Begäran om åtgärder av brister som bedöms vara allvarliga har skriftligt delgivits Stockholms Stadsmission den 17 september 2020 och ska vara **åtgärdade senast den 31 oktober 2020:**

- Rutiner för introduktion av nya medarbetare ska vara upprättad och implementeras i verksamheten



- Rutin för hot och våld ska upprättas och implementeras i verksamheten. All personal ska ha kännedom om att det finns en handlingsplan för hot och våld.
- Kunskap om social dokumentation ska implementerades hos personalen
- Samtliga boende ska ha upprättade genomförandeplaner
- Rutiner för avvikelser och synpunkter samt lex Sarah ska finnas implementerade i verksamheten
- Rutiner för hur verksamheten uppfyller kraven på basala hygienrutiner ska finnas upprättade och implementerad i verksamheten.

Uppföljning kommer att ske i november 2020.

Övriga bristområden som kräver åtgärd

Verksamheten behöver i praktiken systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra sin kvalitet genom att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Detta ska ske genom att:

- Rutin för riskanalyser ska implementeras i verksamheten.
- Rutin för egenkontroller ska implementeras i verksamheten.
- Kompetensutvecklingsplaner ska finnas för samtliga anställda.
- Personalen ska utveckla ett individanpassat, motiverande bemötande utifrån kundens behov.
- Samtliga boende ska erbjudas enskild fritidsaktivitet vid minst ett tillfälle per vecka.

Anordnaren ska senast den 15 november 2020 inkomma med åtgärdsplan för övriga bristområden, vilka ska vara åtgärdade senast den 15 januari 2021.

Granskningen är utförd av:

Camilla Rosér
Kvalitetsutvecklare
Omsorgsenheten

Elisa Reinikainen
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
äldreheten/omsorgsenheten