

Diarienummer 2022/824
Bilaga 1**Verksamhetsuppföljning Malmskillnadsgatans boende
med särskild service, SoL.****Stödboende Malmskillnadsgatan 58****Antal boende: 16**Enhetschef: Charlotta Johansson
Biträdande enhetschef: Marcus DahlinUppföljningen utförd av: Marie Svärd, verksamhetscontroller och
Cajsa-Lena Vennström, medicinsk ansvarig sjuksköterska, MAS.Malmskillnadsgatans boende med särskild service är ett boende i
egen regi för personer med behov av ett mer omfattande stöd. Det
finns tillgång till personal och sjuksköterska dygnet runt.**Sammanställning av resultat**

Uppföljningsområden		Kommentar
Uppgifterna på stadens webbplats är uppdaterade och korrekta	X	
Ansvarig chef uppfyller kraven	X	
Personalen har adekvat utbildning	X	
All personal behärskar svenska språket i tal	X	
Det finns rutin för introduktion av nyanställda	X	
Det finns skriftlig rutin med information om sekretess inkl. undertecknande	X	
Det finns plan för personalens kompetensutveckling	X	
Det finns extern handledning vid behov	X	
Det finns rutin för bemanning och vikarieanskaffning (med fokus på kontinuitet och minimering av antalet personal)	X	Rutin för att uppnå kontinuitet och minimering av personal finns delvis.
Det finns rutin för hur nya individer presenteras för personalen	X	

Det finns utsedd kontaktperson till den enskilde	X	
Det finns internetåtkomst	X	
Det finns rutiner för hur ny personal presenteras för den enskilde	X	
Det finns skriftlig rutin för hot och våld	X	
Det finns skriftlig rutin för anmälnings-skyldigheten enligt 14 kap 1 § SoL	-	Saknas
Antal orosanmälningar de senaste 12 månaderna	0	
Det finns skriftlig rutin för att barnperspektivet vid behov beaktas	-	Saknas, men med barnkonventionen att ha ett barnrättsperspektiv i verksamheten. Vid behov sker samverkan med övriga aktörer i ärenden där barn är aktuella.
Rutiner finns gällande hantering av brukares medel	X	
Rutiner finns gällande delaktighet	X	
Verksamheten har identifierat och beskriver de processer och rutiner som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet	X	
Det finns rutiner för hur samverkan ska bedrivas externt och internt	X	
Risakanalys har genomförts de senaste 12 månaderna	X	
Egenkontroll har genomförts de senaste 12 månaderna	X	Delvis, verksamheten har utfört egenkontroll gällande social dokumentation, loggkontroller av dokumentation samt av hygienrutiner.
Antal klagomål/ synpunkter de senaste 12 månaderna	0	
Antal rapporterade lex Sarah de senaste 12 månaderna	4	
Personal arbetar i enlighet med processer och rutiner i ledningssystemet	X	
Genomförandeplaner finns för samtliga brukare	X	
Kriterier och riktlinjer för social dokumentation inklusive genomförandeplaner är uppfyllda		Det saknas rutin för att bara behörig personal kan och får ta del av dokumentation om den enskilde. Saknas även

		rutin för att hantera felaktigheter i dokumentationen
Dokumentation förvaras på ett betryggande sätt	X	
Verksamheten uppfyller alla krav kring lokaler	X	
Verksamheten har brukarråd/eller enskilda möten med brukare som inte vill ha brukarråd med andra	X	
Verksamheten genomför egna eller stadens brukarundersökningar	X	
Verksamheten uppfyller alla krav kring brandskyddsarbete och brandskyddsorganisation	X	

Rutiner och dokument gällande Hälso- och sjukvården		Kommentar
Förebyggande behandling av undernäring		Påbörjad men saknar fortfarande vissa delar
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	X	
Uppsökande verksamhet med munhälso-bedömning samt nödvändig tandvård		Påbörjad men saknar vissa delar
Medicintekniska produkter i enlighet med SOSFS 2008:1	X	
Basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS: 2015:10	X	
Arbete enligt gällande handlingsprogram för smittsamma infektioner och sjukdomar	X	
Läkemedelshantering enlighet med HSLF-FS 2017:37	X	
Vård i livets slutskede enlighet med Nationellt vårdprogram för palliativ vård		Påbörjad men saknar fortfarande vissa delar
Aktuell patientsäkerhetsberättelse	X	

Underlag för uppföljning och bedömning

Enligt Kommunallagen 6 kap. 6 § ska nämnden följa upp sin egen verksamhet för att se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. Nämnden ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

I Stockholms stad har KF beslutat om uppdragsbeskrivningar för utförare inom egen regi för att öka likställdheten mellan privata utförare och utförare i egen regi gällande insatser som omfattas av LOV. Det innebär att samma krav som gäller för privata utförare också tillämpas för verksamheter i egen regi, något som var underförstått tidigare men som förtydligadats i och med uppdragsbeskrivningarna. Uppdragsbeskrivningarna motsvarar de förfrågningsunderlag som tillämpas när staden tecknar avtal med privata utförare enligt LOV. Socialförvaltningen har utvecklat en mall för uppföljning av förfrågningsunderlag och avtal med utförare i enskild regi, vilken är överförbar gällande uppföljning av utförare i egen regi och deras arbete enligt uppdragsbeskrivningen. Mallen har kompletteras med hälso- och sjukvårdsansvaret som boende med särskild service har.

Syftet med uppföljning är att säkra god kvalitet för brukare och medarbetare samt att säkra att skattemedel förvaltas på bästa möjliga sätt. Syftet är även att få kunskap om verksamheternas strukturella förutsättningar, det vill säga följsamhet till krav som framgår i lagar, uppdragsbeskrivning och kommunfullmäktiges mål. Följande områden har granskats:

- Ledning och personal
- Verksamhetens innehåll
- Kvalitetsledningssystem
- Social dokumentation
- Lokaler och utrustning

God kvalitet inom socialtjänstens verksamhet innebär bland annat:

- Rättssäkerhet
- Ett gott bemötande
- Delaktighet för berörda
- Att socialtjänstens insatser ges i enlighet med mål och bestämmelser i de styrande lagarna.
- Personal med lämplig utbildning och erfarenhet

- Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Sammanfattande kommentarer och rekommendationer

Uppföljningen gjordes i februari 2022 av verksamhetscontroller och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Enhetschef och biträdande enhetschef och sjuksköterska medverkade från utföraren.

Verksamheten har en pågående arbete med att identifiera och beskriva de processer och aktiviteter som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Verksamheten arbetar med att bygga upp en samverkansyta där rutiner och arbetssätt är systematiskt upplagda.

Efter komplettering av skriftliga rutiner och arbetssätt är den sammanfattande bedömning är att utföraren bedriver verksamhet i enlighet med vad som anges i stadens uppdragsbeskrivning. Utföraren har kunnat uppvisa efterfrågade uppgifter samt redogöra för arbetet.

Ledning och personal

Ansvarig för den dagliga driften

Biträdande enhetschef uppfyller kompetenskraven gällande utbildning och erfarenhet. Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är enhetschefen för utförarenheten. När verksamhetschef enligt HSL saknar hälso- och sjukvårdslegitimation behöver verksamhetschef uppdra de delar av ansvaret hen inte själv kan genomföra. Från juni 2022 till januari 2023 har MAS fått detta uppdrag av verksamhetschef enligt HSL.

Personal och bemanning

Utförarens redovisning av antal anställda, helårsanställningar och anställningsformer följer stadens uppdragsbeskrivning för verksamheten samt krav på bemanning enligt verksamhetens behov. Utföraren har rutiner för vikarieanskaffning och för att säkerställa kontinuitet. Det anställs bara personal med adekvat utbildning. Minst 80 % av personalen har adekvat utbildning, det vill säga utbildning såsom vård- och omsorgsprogrammet eller annan utbildning Socialstyrelsen bedömt lämplig.

Kompetensförsörjning

Utföraren har en kompetensutvecklingsplan. Medarbetarnas kompetensutveckling planeras individuellt utifrån årliga medarbetarsamtal. Huvudsakliga metoder som används är MI (motiverande samtal)

och lågaffektivt bemötande. Extern handledning anordnas till anställda.

Introduktion

Nya medarbetare genomgår introduktion som säkerställer kunskaper om boendes behov och förutsättningar.

Verksamhetens innehåll

Hitta och jämför service

Information om verksamheternas på sedans webbplatsen Hitta och jämför service är uppdaterad och aktuell.

Tillgänglighet och delaktighet.

Utföraren arbetar med forum för delaktighet. Den enskildes önskemål om delaktig formuleras också i samband med upprättande av genomförandeplanen. I verksamheten strävar de efter att tillsammans med den enskilde skapa förutsättningar för ett meningsfullt liv. Som brukare ska man uppleva att det stöd man får bidrar till det genom att man är delaktig i planering av sina insatser och blir respektfullt bemött. För alla människor är det viktigt att känna att man befinner sig i ett sammanhang där man är sedd, efterfrågad och välkommen. I verksamheterna strävar de efter att på olika sätt skapa sådana sammanhang.

Bemötande

När nya hyresgäster flyttar in genomförs ett uppstartsmöte med handläggarna och kontaktperson. Det görs alltid genomförandeplan och det finns personliga pärmar till varje brukare, där det framgår mer specifikt kring personliga önskemål och behov. Brukarna intervjuas utifrån en mall av frågor. Verksamheten arbetar för att samtliga brukare inom aktuella verksamheter ska ha en aktuell bemötandeplan.

Hälso- och sjukvård

Verksamheten har till stor del kännedom om de lagar, regler och anvisningar som styr hälso- och sjukvården. Under året har verksamheten arbetat med att ta fram och revidera hälso- och sjukvårdsrutiner. Detta har skett i samarbete mellan MAS, biträdande enhetschef och samordnare. Verksamhetschef enligt HSL har informerats och involverats vid avstämningar. Verksamheten har kommit långt i detta arbete, men vissa rutiner kvarstår att upprätta eller revidera. Implementering av de nya rutinerna pågår och implementeringen kommer fortsätta även nästa år.

Egenkontroller gällande basal hygien och klädrutiner, läkemedels-
hantering, narkotikakontroll och loggkontroll av samtycken och be-
hörigheter i Vodok har genomförts. Gällande basala hygien och
klädrutiner följs dessa delvis. Personalen har till största del rätt
klädsel, men följsamhet till att sprita händer före handskar används
och att inte ha nagellack och ringar behöver säkerställas. Narkotika
har vid några tillfällen försvunnit från ett par patienters läkemedels-
boxar och detta har polisanmälts. Loggkontroller gällande doku-
mentation visade att inga intrång skett och att alla patienter lämnat
samtycke för sammanhållen journalföring.

Extern apoteksgranskning genomfördes av Apoteket AB våren
2022. Den visade bland annat på brister i läkemedelsrutinen och hur
delegering skett, granskningen resulterade i att MAS beslutade att
sjuksköterska inte får delegera vissa uppgifter. En lex Maria har an-
mälts till IVO i juni gällande det strukturerade arbetet kring läkeme-
delshanteringen. IVO var nöjd med vidtagna åtgärder och avslutat
ärendet.

Ett stort arbete har påbörjats under hösten med att systematiskt gå
igenom hälso- och sjukvårdsavvikelser regelbundet tillsammans
med sjuksköterska.

Anmälningsskyldighet enligt 14 kap 1§ SoL

Utföraren har inga särskilda rutiner för orosanmälan avseende barn
och unga då nuvarande målgrupper inte har barn och har anmält för
barns skydd under året. I enlighet med stadens uppdragsbeskrivning
rekommenderas utföraren att ta fram skriftliga rutiner gällande an-
mälningsskyldigheten för att tydliggöra att barnperspektivet beaktas
när så behövs.

Anhörigstöd

Samverkan med anhöriga utgår från genomförandeplanen och anhö-
rigas behov av stöd uppmärksammas.

Egna medel

Utföraren hanterar inte klienternas egna medel men det finns rutiner
för det.

Brukarinflytande

Utföraren arbetar aktivt för att de boende ska vara involverade och
delaktiga i hur stödet utformas. Boendena har regelbundna husmö-
ten där synpunkter, klagomål och förslag tas upp. På mötena går de
även igenom resultat från stadens brukarenkäter.

Kvalitetsledningssystem

Verksamheten har påbörjat arbetet med att bygga upp ett kvalitetsledningssystem på en samarbetsyta där alla medarbetare få tillgång till arbetssätt och rutiner. Utföraren har också rutiner i pappersform i pärmar. Verksamheterna arbetar systematiskt med att förbättra processer och rutiner och resultatet dokumenteras i tertialrapporter och verksamhetsberättelsen. Verksamheternas måluppfyllelse och budget följs också upp och analyseras i dessa rapporter. Enhetsövergripande riskbedömningar görs inom ramen för arbetet med väsentlighets och riskanalys (VoR) och dokumenteras i ILS-webb.

Kvalitetsarbete

Kvalitetsarbetet sker genom regelbundna möten och planeringsdagar. Arbetsmiljöfrågor och kvalitetsfrågor lyfts på APT.

Processer och rutiner

När verksamhetsuppföljningen genomfördes saknades vissa skriftliga rutiner och en del rutiner behövde aktualiseras. Gällande rutiner som avser hälso- och sjukvården har verksamheten fått hjälp av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) för att upprätta rutiner och arbetssätt för att säkerhetsställa verksamhetens kvalitet.

När uppföljning av rutiner och arbetssätt genomfördes i november 2022 hade utföraren identifierat medparten av de rutiner som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Resterande rutiner kommer att upprättas senast 2023-01-31.

Samverkan

Under uppföljningen diskuterades samverkan med andra aktörer. Samverkan och avvikelser vid samverkan är en viktig del av kvalitetsarbetet, särskilt för grupper som är utsatta eller själva är dåliga på att föra egen talan eller söka vård och stöd. Verksamheten har upprätta rutiner gällande extern samverkan samt rutin gällande intern samverkan. Rutinen gällande extern samverkan beskriver samarbetspartners, på vilket sätt samverkan sker och vem som ansvarar för att samverkan sker. Viktiga samverkanspartners är handläggare, psykiatrisk öppen- och slutenvård, vårdcentral och övrig sjukvård, anhöriga, närstående, god man och förvaltare. Rutinen gällande intern samverkan beskriver i vilka forum samverkan sker, vilka som är med och innehåll. Forum är exempelvis APT, morgonrapport, avstämning med sjuksköterska och verksamhetsmöten.

Risicanalys

Enligt SOSFS 2011:9 ska *en verksamhet fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet bedömningar kvalitetsperspektiv*. Av uppföljningen framkommer att arbetsmiljörisker och risker för den enskilde, finns det inarbetade och systematiserade arbetssätt för. Det görs även riskanalyser i samband med organisatoriska förändringar. För att helt uppfylla kraven bör arbetet ske med ökad systematik, genom att former för och dokumentationen av arbetet tydliggörs.

Egenkontroll

Utföraren genomför egenkontroll av social dokumentation och genomförandeplaner enligt en mall två gånger per år. Biträdande enhetschef och samordnare har även ärendegenomgångar där även dokumentation lyfts. Resultaten och eventuella förbättringsområden återkopplas till medarbetarna på APT eller planeringsdag. Resultat redovisas i verksamhetsberättelse.

Synpunkter och klagomål, avvikelser och lex Sarah

Verksamheterna har rutiner för att ta emot synpunkter och klagomål samt upprätta lex Sarah och interna avvikelser. Avvikelser gällande enskilda brukare dokumenteras i dokumentationssystemet.

Social dokumentation

Verksamheterna uppfyller kraven gällande dokumentation. Granskning av dokumentation utgör enhetens egenkontroll. Utföraren beskriver ett arbete med den sociala dokumentationen är ett ständigt pågående, utvecklande och uppföljande arbete. Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt.

Lokaler och utrustning

Utföraren bedömer att verksamheternas lokaler är ändamålsenliga och i gott skick. Verksamheterna uppfyller det systematiska brandskyddsarbetet.