

Uppföljning av gruppboheter enl. LSS

Ansvarig för uppföljningen: Marie Lissäng, enhetschef biståndsenheten Inger Blomqvist, Mas Mariette Dahlberg, enhetschef Sköndals grupp.
Stadsdelsförvaltning: Farsta
Uppföljning genomförd den: 2007-03-08
Föregående uppföljning, datum:2006-06-16
Nästa uppföljning, datum:

Verksamhetens namn	Sköndals gruppbohet 1
Verksamhetens platsantal	5
Verksamheten drivs av (ägare)	Farsta stadsdelsförvaltning
Verksamhetens inriktning	Gruppbohet för måttligt till gravt funktionshindrade
Verksamhetschef enligt HSL (om hälso- och sjukvård ingår)	Susanne Åhman, Sköndals husläkarmottagning
Vilken sjuksköterska svarar för uppgifter enligt *HSL 24§ samt **FYHS 5§ * Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) ** Förordning (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område	Inger Blomqvist

Sammanfattning (M+S)

1. a) Ge en samlad bedömning av den genomförda uppföljningen utifrån begreppen Individualisering, Trygghet och Inflytande. b) Ge en samlad bedömning av den genomförda uppföljningen utifrån hälso- och sjukvården.
2. Finns det brister som behöver åtgärdas snarast? Om ja, ska Utföraren redovisa i bilaga vilka åtgärder som kommer att vidtagas.
3. Finns det brister som ska följas upp vid nästa uppföljning eller efter överenskommelse?
4. Är bristerna åtgärdade eller ej vid överenskommen tidpunkt?

5. Metod för uppföljning – t ex intervjuer med personal, granskning av dokument etc.

1 a) Gruppboenden ger ett positivt intryck där man lagt ned mycket på att anpassa gruppboendets fysiska utformning efter de boendes behov av trygghet och möjlighet till aktiviteter på egen hand. Personalen är uppmärksam på de enskildas behov och därmed ett ökat inflytande för de boende.

Varje boende har en arbetsplan som är skriven utifrån varje boendes behov avseende omvårdnad och sociala aktiviteter. Arbetsplanen revideras kontinuerligt efter diskussion i personalgrupp på konferens, och från skriftligt underlag, i form av förbättringsförslag som skrivs av personalen till stödpersonen om den upptäcker något som behöver ändras. Anhöriga och gode män bjuds in för att delta vid upprättande av arbetsplan men intresset är inte så stort.

b) Det finns ett bra samarbete med Sköndals husläkarmottagning. Distriktssköterska (DSK) kommer till gruppboenden varannan vecka, på konferens. Minst en gång per år kommer husläkare och distriktssköterska tillsammans på en rond hos de boende. De följer upp hur den enskilde mår, och lyssnar till vad stödpersonalen, som är hälsoansvarig, har att säga. Från 2007 kommer husläkaren och dsk komma till en konferens och prata med hela personalgruppen om de enskildas hälsa och eventuella insatser som behövs.

2. Nej.

3. Nej

4.

5. Genomgång av uppföljningsenkät med enhetschefen för gruppboenden samt kontroll av kvalitetssystem, dokumentation och inspektion av medicinskåp.

Kvalitet och uppföljning (M+S)

6. Vilket kvalitetssystem har Utföraren avseende kvalitetssäkring, utvärdering och uppföljning?

7. Inkluderar kvalitetssystemet rutiner för kvalitetssäkring, utvärdering och uppföljning av verksamheten?

8. Hur arbetar Utföraren med kvalitetsutveckling?

9. Finns en beskrivning av hur Utföraren arbetar med kvalitetsutveckling?

6. På enheten finns ett skriftligt kvalitetssystem som beskriver åtagande och arbetssätt, samt resurser, uppföljning, utveckling och resultat.

7. Ja

8. Kontinuerligt under året på konferenser och planeringsdagar så går de

igenom kvalitetssystemet, bit för bit, med inriktning på att revidera och hitta nya och bättre arbetssätt som kan möjliggöra att de förbättrar omvårdnaden, och utvecklar verksamheten.

9. Ja i kvalitetssystemet.

Utskrivningsklar patient (M+S)

10. Vilka rutiner finns för informationsöverföring och samordnad vårdplanering?

10. All information som är av vikt för den enskilde faxas till berörda parter såsom dsk, i övrigt inga rutiner.

Tandhälsovård (M+S)

11. Finns avtal tecknat angående munhälsovård och nödvändig tandvård?

11. Ja.

SOCIAL UPPFÖLJNING (S)

Allmänna krav på verksamheten

12. Hur tillgodoses de allmänna krav som ställs på verksamheten när det gäller integritet, självbestämmande, inflytande och medbestämmande?

13. Vilka metoder och arbetssätt används i verksamheten?

14. Hur upprätthåller man ett gott bemötande i verksamheten?

12) Dokumentation hålls inlåst. Information som lämnas ut runt den enskilde är begränsad så att endast berörd personal får ta del av informationen. Man arbetar med att ständigt tänka på vad som är viktigt att förmedla till personal på gruppboenden och personal på DV, för att de ska kunna utföra ett gott arbete för den enskilde. Personalen är uppmärksam på de boende och tolkar de signaler de ger för att tillgodose deras behov. Alla avvikelser dokumenteras i arbetsanteckningar i de boendes pärmar. Varje boende har 3-4 stödpersonal som kontinuerligt, utvärderar dessa anteckningar och förbättrar arbetssätt och metoder.

13) Samarbetsplan och dagschema upprättas av stödpersonalen som håller i kontakterna runt den enskilde. Man arbetar utifrån den enskildes lägenhet och personalen tolkar den enskilde då denne ej har ett verbalt språk. Personalen har haft handledning som bl.a. har resulterat i "skattningsplan" hos en del boende. På så sätt har de haft möjlighet att göra uppföljning och utvärdering av bl.a. aktiviteter. Man arbetar mycket med sinnesupplevelser och har inrett gruppboenden för att kunna erbjuda det både vad gäller känsel, lukt, smak, hörsel och syn.

14) Genom att ha kompetensutveckling och metodhandledning kontinuerligt för personalen. Samt att ständigt med enhetschef på konferens, planeringsdagar och i individuella möten med personalen ha diskussioner angående bemötande,

värderingar och etik.

Anmälan om missförhållanden enligt 14 kap § 2 SoL, Lex Sarah

15. Finns det en skriftlig instruktion för handläggning av anmälningar enligt 14 kap § 2 SoL? SOSFS 2000:5

Ja, i info- och rutinpärmerna.

Anmälan om personskada i verksamhet enligt LSS

16. Finns det skriftliga rutiner att till länsstyrelsen göra anmälan om person som omfattas av LSS skadas i samband med verksamhet enligt denna lag? SOSFS 1996:17

17. Hur många anmälningar enligt LSS har inkommit det senaste året?
--

18. Vad avser anmälningarna?

16) Ja, i info- och rutinpärmerna.

17) 3 st

18) 2 hyresgäster har blivit lämnade i sina rullstolar, sittandes ensamma i Farsta centrum under ca 5 minuter.
--

En personal spolade hett vatten på en hyresgäst under duschningen. Samma personal gav en hyresgäst skållhet välling i mugg, som hyresgäst tappade ur sin hand, på grund av värmen. Vällingen rann ner på hyresgästens ben och orsakade brännskador

Utrustning, hjälpmedel och förbrukningsartiklar

19. Hur arbetar verksamheten med att så långt det är möjligt upprätthålla den enskildes funktioner?
--

20. Vilken tillgång har den enskilde till tekniska och arbetstekniska hjälpmedel?
--

21. Vem ansvarar för att personalen får kunskap och instruktioner om de hjälpmedel som är knutna till den enskilde?
--

19) Man låter den boende göra det han/hon kan för att bibehålla funktionerna. Arbetsterapeut och sjukgymnast visar personalen visar oss hur de kan arbeta med rörligheten för de boende som är väldigt orörliga. Bilder finns hur man praktiskt gör detta.

20) Personal har tillgång till tekniska hjälpmedel, såsom liftar mm. De boende har ej någon förmåga att använda egna hjälpmedel.
--

21) Enhetschef och/eller personal, tar hjälp från leverantörer,

habiliteringscenter, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, dsk mm.

Samarbete mellan beställare, utförare och övriga myndigheter

22. Finns aktuell beställning resp. genomförandeplan?
--

23. Underrättar utföraren berörd biståndshandläggare om väsentliga förändringar i verksamheten?
--

24. Har utföraren samarbete med andra myndigheter såsom t ex landstinget eller daglig verksamhet?
--

22) En beställning på en av fem boende har inkommit. Enhetschefen har varit i kontakt med handläggaren angående genomförandeplanen och informerat att enhetschefen avvaktar att skriva en genomförandeplan för aktuell boende då Parasol ska startas under mars månad. Genomförandeplan kommer då kunna skrivas in direkt i parasol.
--

23) Ja.

24) Samarbete sker med daglig verksamhet, habiliteringscenter.
--

Dokumentation

25.

a) Finns rutiner för social/omvårdnadsdokumentation?

b) Utförs dessa?

c) Får den enskilde eller dess företrädare ta del av dokumentationen?
--

d) Hur förvaras dokumentationen?

a) Ja.

b) Ja.

c) Ja, om den önskar.

d) Inlåst på personalkontoret.

Genomförandeplan

26. Har Utföraren upprättat genomförandeplan tillsammans med den enskilde, beställare och anhörig/god man?

27. På vilket sätt deltar den enskilde, dennes anhöriga/god man i upprättandet av genomförandeplan?
--

28. När upprättas genomförandeplan?

29. Framgår det av genomförandeplan vad som är syftet och målet med den beslutade insatsen?

30. Underrättar Utföraren berörd biståndshandläggare om den enskildes omvårdnadsbehov förändras så att biståndsbeslut och genomförandeplan måste omprövas?

31. Följs genomförandeplan upp kontinuerligt och revideras?

26) Nej, man avvaktar att Parasol ska starta upp så att genomförandeplan kan skrivas i Parasol.

27) Har ej skett någon ännu.

28) Ska upprättas så fort beställningen kommer.

29) Har ej skrivit någon ännu.

30) Ja.

31) I framtiden kommer dessa att följas upp och revideras.

Ledsagare och tolk

32. Vilka rutiner finns för att ledsaga den enskilde till t ex läkare, tandläkare, frisör etc.?

33. Används tolk?

32. Stödpersonalen planerar, arrangerar och personal i tjänst på gruppboenden ombesörjer att den boende kommer till olika instanser för vård.

33. Nej. Personalen tolkar den boende då de ej har någon verbal kommunikation.

Bemanning

34.

a) Totala antalet heltidstjänster?

b) Fördelat på? c) Antalet timanställda? d) Hur många har adekvat utbildning? e) Vilka utbildningar har personalen? f) Har personalen deltagit i någon utbildning/fortbildning det senaste året? g) Finns någon utbildning/fortbildning planerad? h) Har personalen någon form av handledning? Om ja, vilken?
34) a) 16,43 heltidstjänster b) 22 rader i schemat. c) Ca 10 stycken d) Av anställda är det 88,23 % som har formell utbildning. e) Vårdare, GPU, pedagogiskt ledarskap, datautbildning, LSS, brandskyddsutbildning, vårdbiträde, USK, dokumentation, förskollärarytbildning, AKK – bild-, ljud- digitaldatautbildning mm. f) Personalen har deltagit i lys kompa funka-projektet som har givit många utbildningar. • Att förstå hur en person med grav utvecklingsstörning uppfattar sin omgivning, och hur man som vårdare bemöter en sådan person bäst. • Hälsocoachutbildning g) Parasol h) Handledning sker genom individuell metodhandledning för personal med inriktning på att bemöta hyresgästerna bättre, att utveckla nya arbetssätt, samt förbättra de arbetssätt som redan utförs.

Ledning

35. Har någon förändring skett i verksamhetens ledning?
36. Vilken utbildning/fackkompetens finns?
35) Nej

36) Organisation och ledarskap gymnasial, Organisation och Ledarskap 10p, LSS 5p, Kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården 5p, USK och Mentalskötarutbildning.

Råd och stöd enligt LSS

37. Hur många av brukarna har insatsen Råd och stöd enligt LSS?

38. Hur samverkar Utföraren med landstinget/biståndshandläggaren så att den enskilde kan få tillgång till insatsen Råd och Stöd?

37) En person.

38) För närvarande saknas detta samarbete, men det kommer att tas kontakt under året.

Social rehabilitering

39. Vilka former av sysselsättande verksamhet, fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter erbjuds i boendet och ute i samhället?

40. På vilket sätt är den enskilde delaktig i valet av aktiviteter?

39) Promenader, bad, matlagning, musik både levande och inspelad, musiksäng, utflykter bl.a. båtresa, semester på Mättinge i stuga, firandet av olika högtider och årstider gemensamt med personal och andra boende på gruppboenden men också ute i samhället, lästillskott enskilt och i grupp, taktill stimulering, avslappning på mysuffar med sinnesupplevelser för ögonen av olika ljus lampor och fiberoptik, besök på ställen med arrangemang med musik, besök i kyrkan vid arrangemang med musik mm.

40) De boende är delaktig i valet genom att personalen ständigt utvärderar hur de tycks uppskatta aktiviteterna.

Sekretess

41. Vilka rutiner finns för att informera personalen om tystnadsplikt?

42. Undertecknar personal förbindelse om tystnadsplikt?

41) Vid anställning informeras personalen, enhetschefen har haft ett samtal individuellt med all personal där de har fått både muntligen och skriftligen veta om sekretessen. Personal har även själv läst i info- och rutinpärmen om sekretess.

42) Personal har inte separat undertecknat en förbindelse om tystnadsplikt, däremot har de skrivit på att de har fått information om vad sekretess innebär,

samt har de själva läst i info- och rutinpärmerna.

Hantering av privata medel

43. Hur många enskildas privata medel hanteras av personal inom verksamheten?

44. Vilka dokumenterade rutiner finns för hantering av privata medel (intern kontroll och vid misstanke om oegentligheter)?

45. Finns skriftlig överenskommelse mellan den enskilde, god man eller förvaltare och företrädare för verksamheten, om hur de privata medlen ska hanteras?

46. Finns låsbart utrymme för den enskildes privata medel och värdesaker?

43) Fem.

44) Varje boende har skriftliga individuella rutiner dokumenterade i sin pärm under flik ekonomi.

Varje kväll, så räknar först kvällspersonalen varje boendes pengar man varit ansvarig för, och därefter räknar natten när de kommer, och signerar. Enhetschef kontrollerar endast om misstanke finns att något inte stämmer.

45) Ja, ev bör överenskommelsen förlängas då de troligen gått ut.

46) Pengar är inlåsta.

Kost, tvätt, städning

47. Redogör för hur måltidssituationen ser ut i verksamheten.

48. Förekommer specialkost i verksamheten?

49. I vilken mån deltar den enskilde vid tillagningen av maten?

50. Vilka rutiner finns för tvätt och mindre lagningar av den enskildes kläder?

51. Vilka rutiner finns för städning?

52. I vilken mån deltar den enskilde i städning av sin egen bostad?

53. Sker viktkontroll regelbundet?

47) Varje boende har eget hushåll och äter i sin lägenhet.

48) Ja, näringsdryck.

- 49) Han/hon brukar ofta sitta bredvid vid matlagning.
- 50) Varje boende har sin veckotvätt en dag varje vecka. Därefter tvättas det alltid efter behov. Natten brukar laga det som är möjligt.
- 51) Alla städrutiner är nedskrivna i nattens rutiner och i arbetsschemat för dagpersonalen.
- 52)) Ingenting alls på grund av sitt funktionshinder då de ej kan tillgodogöra sig sådana aktiviteter. Personalen lägger deras tid hemma på aktiviteter istället.
- 53) Ja

Boende, lokaler, utrustning

54. Är boendet/lokalerna ändamålsenliga för den verksamhet som bedrivs?
55. Är den fysiska tillgängligheten tillfredsställande?
56. Erbjuder Utföraren en god och hemlik boendemiljö i gemensamma utrymmen?
57. Upprätthåller Utföraren en god hygienisk standard i verksamheten?
58. Är boendet/lokalerna utrustat med brandlarm?
59. Finns det rutiner för utrymning vid brand eller annan fara?
60. Genomförs regelbundna utrymningsövningar?
61. Vilka arbetstekniska hjälpmedel finns i verksamheten?
62. Har Utföraren tecknat serviceavtal för arbetstekniska hjälpmedel?
- 54) Ja, gruppboenden öppnade december 2004. Gruppboenden ritades efter nuvarande boendes behov.
- 55) Ja.
- 56) Ja, personalen försöker att anpassa de gemensamma utrymmena för att kunna ge boende en möjlighet till omväxlande aktiviteter, samt att kunna umgås med andra i gemensamma aktiviteter. Alla möbler är inköpta för att snabbt kunna tas bort och ge utrymme och förändring i lokalen för våra hyresgäster.
- 57) Ja vilket har nyligen bevisats, då en hyresgäst var magsjuk, och smittan gick inte vidare.
- 58) Ja.
- 59) Ja.

60) Nej inga fysiska, men enhetschefen har individuellt med varje personal, muntligen gått igenom hur utrymningen ska gå till vid en eventuell brand.

61) Takliftar, golvlift, draglakan, sidendraglakan, rulle för vändningar.

62) Ja

UPPFÖLJNING AV HÄLSO – OCH SJUKVÅRD (M)

Avvikelsehantering

63. Vilka rutiner finns för lokal avvikelsehantering?

64. Hur många avvikelser har inträffat det senaste året?

65. Vilken typ av avvikelser?

66. Har någon Lex Maria-anmälan gjorts det senaste året?

67. Om ja, vad avsåg den?

63) Rutiner finns i Info- och rutinpärmerna och MAS-pärm.

64) Ingen

65)

66) Nej.

67)

Hälso- och sjukvårdspersonal

68. Vilken, vilka läkare ansvarar för den enskilde?

69. Organisation av läkarinsatser, tid/vecka, jourer, etc.

Kan läkaren komma på akuta hembesök (samma dag), kvällar, helger, nätter?

70. Finns sjuksköterska tillgänglig alla dagar, dygnets alla timmar?

71. Finns det skriftliga rutiner för hur sjuksköterska/läkare kontaktas och i så fall, är dessa kända av all personal?

72. Finns det rutiner för hur närstående kontaktas om den enskildes hälsotillstånd förändras?

73. Finns arbetsterapeut att tillgå?

74. Finns sjukgymnast att tillgå?

68) Susanne Åhman på Sköndals husläkarmottagning.

69) Dagtid från vårdcentralen, övrig tid sjukvårdsupplysning.

70) Dagtid från vårdcentral, övrig tid sjukvårdsupplysningen.

71) Rutiner som all personal känner till finns i vit pärm från distriktssköterskan

72) Nej, rutiner håller på att uppdateras.

73) Ja genom habiliteringscenter.

74) Ja genom habiliteringscenter.

Läkemedelshantering

75. Finns det skriftliga riktlinjer och arbetsordningar för läkemedelshantering?

76. Hur förvaras läkemedel?

77. Hur hanteras läkemedel som är ordinerade vid behov?

78. Vilket/vilka läkemedelssystem används (Apodos, dosett etc.)?

79. Hur dokumenteras överlämnande av läkemedel?

80. Genomförs regelbundna läkemedelsgenomgångar?

81. Om ja, vilka medverkar?

75) Ja

76) Inlåsta i boendes medicinskåp, det som används för tillfället. Resten, lagret förvaras i ett skåp på enheten, som dsk och enhetschef har nyckel till.

77) Vi ger behovsmedicin till den enskilde vid behov. Varje morgon sammanställer personalen skriftligt de behovsmediciner som har getts under ett dygn bakåt. Personalen ringer inte till sjuksköterska på vid utdelning av behovsmedicin enligt distriktssköterskans direktiv.

78) Apodos, dosett och flytande.

79) På signeringslista och i VIPS dokumentation.

80) Läkare, distriktssköterska och personal träffas en gång per år under personalkonferens för att diskutera de boendes behov av insatser och läkemedel.

81) Som ovan.

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

82. Förekommer delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter?

83. Om ja, finns det skriftliga rutiner?

84. Vilka hälso- och sjukvårdsuppgifter delegeras?

82) Ja

83) Finns i Mas-pärm.

84) Att ge medicin från dosett och Apodos. Att ge behovsmedicin genom klysma och droppar enligt distriktssköterskans direktiv utan att kontakta sjuksköterska.

Eventuellt kommer även dokumentation i VIPS delegeras

Kost

85. Hur ser måltidsordningen ut?

86. Hur lång tid accepteras mellan första och sista målet?

87. Vem lagar maten?

88. Vem, vilka gör matsedeln?

89. Finns det möjlighet till gemensamma måltider?

90. Finns det möjlighet till specialkost efter behov, dietkost, sondmat, önskekost, näringsberikad kost etc.?

91. Medverkar dietist? 92. Finns det möjlighet att få extra mat/smörgås – även nattetid? 93. Kontrolleras vikten vid inflyttning, hur sker uppföljningen ut och hur dokumenteras den? 94. Finns det någon boende med diabetes? 95. Utförs kontroll av ”diabetesfötter”?
85) Frukost, mellanmål, lunch, mellanmål, middag, kvällsmål. Däremellan dryck efter behov. 86) 11 timmar. 87) Personal lagar maten, den boende sitter bredvid för att delta och få sinnesupplevelser. 88) Personal gör det, ibland i samråd med dietist där behov finns. Även anhöriga har varit inblandade. 89) Ja, vid högtider, födelsedagar och gemensamma aktiviteter 90) Ja 91) Vid behov 92) Ja 93) Vikten kontrolleras vid behov, men minst 1 gång/månad. Uppföljning sker av ansvarig stödpersonal som då vid behov kontaktar läkare eller dietist. 94) Nej 95) Nej

Hygien

96. Redogörelse för hygienrutiner. 97. Hur förebygger Utföraren smittspridning, t ex MRSA 98. Rutiner för livsmedelshygien.
96) Hygienpärm. 97) Hygienpärm. 98) Har inga förankrade nedskrivna rutiner för detta.

Utrustning, hjälpmedel och förbrukningsartiklar

99. Förskrivs inkontinenshjälpmedel individuellt?
100. Vem ansvarar för utredning, ordination och utprovning?
101. Vem ansvarar för information och utbildning till övrig personal?
102. Finns det rutiner för ansvar, hantering och kontroll av medicintekniska produkter MTP?
103. Vilken medicinteknisk utrustning finns?
104. Vem ansvarar för ordination och utprovning?
99) Nej.
100) Enhetschef tillsammans med personal.
101) Enhetschef och erfaren personal på enheten vid introduktion.
102) Ja i Mas-pärm.
103) Takliftar, golvlift, lyftskynken, dusch- och toalettstolar, sjukhussängar.
104) Stödpersonal talar med distriktssköterska eller läkare som ordinerar. Därefter åker stödpersonal med hyresgäst till exempelvis Olmed eller hjälpmedelscentralen och provar ut hjälpmedel. Lyftskynken beställs direkt från LIKO.

Förebyggande åtgärder

105. Förebyggs fallolyckor?
105) Ja, genom bälten, sänggrindar och dubbelbemanning av personal vid förflyttningar.

Frihetsinskränkande åtgärder

106. Används t ex sänggrindar, bälte, brickbord, individuella larm?
107. Vem ordinerar dessa?
108. Hur följs det upp?
109. Hur dokumenteras det? SOSFS 1992:17

106) Ja.

107) Husläkaren ordinerar bälten och sänggrindar.
Larm finns ingen ordination på.

108) Ingen uppföljning görs, mer än att om personal märker, att något inte stämmer eller passar, så ringer de till utlämnaren av hjälpmedlet.

109) Det finns en skriftlig ordination av husläkaren. I samarbetsplanen finns nedskrivet när och hur man använder bälte och larm. Det finns även nedskrivet i varje boendes pärm.

Vård i livets slutskede

110. Finns det möjligheter för kvarboende vid akut sjukdom?

111. Finns det möjligheter för kvarboende i livets slutskede?

112. Finns det rutiner för vård i livets slutskede?

113. Hur tillgodoses kravet att döende personer ej ska lämnas ensamma?

110) Ja.

111) Ja.

112) Mas-pärm.

113) Genom att det alltid är minst två personal på enheten i tjänst dygnet runt. Vid behov tas extra personal in som kan vara tillsammans med hyresgästen

Omhändertagande av avliden

114. Finns det rutiner för omhändertagande av avliden?

115. Framgår det av rutinen att det ska vara värdigt och att respekt ska visas gentemot den avlidne och närstående?

116. Framgår det av rutinen att hänsyn ska tas till speciella önskemål, t ex etniska, religiösa etc.?

117. Hur ombesörjs transport och förvaring av avlidna?

114) Ja.

115) Ja.

116) Ja

117) Enligt avtal.