

Uppföljning av gruppboheter enl. LSS

Ansvarig för uppföljningen: Marie Lissäng Inger Blomqvist Mariette Dahlberg Terese Lingfjord
Stadsdelsförvaltning: Farsta
Uppföljning genomförd den: 2007-04-23
Föregående uppföljning, datum:
Nästa uppföljning, datum:

Verksamhetens namn	Sköndals gruppbohet 2
Verksamhetens platsantal	7
Verksamheten drivs av (ägare)	Farsta stadsdelsförvaltning
Verksamhetens inriktning	Gruppbohet för lindrigt till måttligt utvecklingsstörda samt förvärvat hjärnskada
Verksamhetschef enligt HSL (om hälso- och sjukvård ingår)	Läkare vid Sköndals vårdcentral
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) Det är den enskildes behov som är grunden för verksamheten. Man för ständigt en dialog i personalgruppen om hur man kan förbättra för att den enskildes inflytande ska stärkas. Man tar tillvara på den enskildes funktioner och försöker stödja den enskilde till ett större oberoende.

b) Det finns ett gott samarbete med Sköndals husläkarmottagning. Uppföljning görs av distriktssköterska (DSK) som kommer till gruppboenden varannan vecka, en halvtimme på konferens. Hon får ta del av den skriftliga VIPS dokumentation. Minst en gång per år kommer husläkare och DSK tillsammans på en s.k. rond hos de boende. På dessa ronder följer de upp hur de boende mår, och lyssnar vad stödpersonalen som är hälsoansvarig har att säga. Från 2007 kommer husläkaren tillsammans med DSK att komma till en konferens och samtala med hela personalgruppen, om den boendes hälsa och eventuella insatser som behövs.

2. Nej.

3. Nej.

4.

5. Genomgång av uppföljningsenkät med enhetschefen samt samordnaren, genomgång av dokumentation.

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. Under 2007 ska uppföljning ske genom nya uppföljningsmallar som är framtagna för gruppboendena. Uppföljning sker först på enheten av samordnare och enhetschef, därefter kommer avdelningschefen göra en liknade uppföljning.

7) Ja.

8) Kvalitetssystemet går igenom och revideras kontinuerligt under året på konferenser och planeringsdagar, för att förbättra och utveckla verksamheten.

9) Beskrivning finns i kvalitetssystemet.

Utskrivningsklar patient (M+S)

10. Vilka rutiner finns för informationsöverföring och samordnad vårdplanering?

Inga rutiner finns idag, men kontakt med DSK på vårdcentral kommer att tas för att utforma rutiner för detta.

Tandhälsovård (M+S)

11. Finns avtal tecknat angående munhälsovård och nödvändig tandvård?

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 runt den enskilde är begränsad så att endast berörd personal får ta del av informationen. Personalen försöker att ge de boende möjlighet att kunna påverka sitt liv, genom att ständigt i möten med den enskilde uppmärksamma hur de verkar må, vad de säger samt vilka signaler de ger. Alla avvikelser dokumenteras i journalanteckningar i Parasol. Varje boende har två stödpersonaler som kontinuerligt utvärderar anteckningarna och förbättrar arbetssätt och metoder till varje boende. Under 2007 kommer gruppboenden att börja med månadsfika för varje boende individuellt tillsammans med respektive stödpersonal. Man kommer då att fokusera samtalet med den boende om dennes önskemål. Inför inflytten så fick den enskilde ett välkomstmateriel som han tillsammans med anhörig fick fylla i med frågor rörande vanor, önskemål och behov. De fick också ett välkomstsamtal när de flyttat in, då de blev intervjuade om hur de ville ha det gällande rutiner etc.

13) Samarbetsplan som är individuellt utformad efter boendes behov.

Händelseblad, med lättläst information och bilder då det behövs.

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.

Man utgår alltid från individen och individen är i centrum.

Samordnaren har samtal med alla nyanställda och talar om bemötande.

En del boende har i sina pärmar framför samarbetsplanen en flik där det står om hur man bäst bemöter individen.

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) Inga.

18)

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) I samarbetsplanen står vad som hyresgästen själv klarar av så att den får göra det och inte tappar den funktionen.

Man har kontakt med arbetsterapeut och sjukgymnast som visar hur personalen kan arbeta med rörligheten för en del av de boende som är väldigt orörliga.

Man arbetar för att hitta rätt hjälpmedel till varje boende så att denne ska kunna fungera på ett bra sätt.

Personalen använder bilder som instruktion och vid behov används händelseblad.

20) Personal har tillgång till tekniska hjälpmedel såsom lift vid behov. En boende har permobil.

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) Två beställningar finns. Man har avvaktat att skriva genomförandeplanen då man väntat på att Parasol ska tas i bruk.

23) Ja.

24) Samarbete sker med daglig verksamhet, habiliteringscenter, hjärnskadecenter och Asberger center.

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.

27) Den enskilde och dess företrädare kommer att bjudas in för att delta vid upprättande av genomförandeplanen.

28) Ska upprättas så fort beställningen kommer senast inom 15 dagar.

29) Det är tänkt att det ska stå.

30) Ja.

31) Det är tänkt att de ska 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. Ibland används tolk för översättning av brev.

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) 9,82 heltidstjänster

b) 13 rader i schemat med sovande jour.

c) Ca 10 stycken.

d) 88,88 % har formell utbildning.

e) Vårdare, Grund psykisk utvecklingsstörning, Påbyggnad psykisk utvecklingsstörning, pedagogiskt ledarskap, datautbildning, LSS, vårdbiträde, Undersköterske utbildning, dokumentation, AKK – bild-, ljud-digitaldatautbildning, taktil stimulering mm.

f) Personalen har deltagit i lys kompa funka-projektet som har givit många utbildningar.

g) Parasol, Asperger mer information samt hälsocoachutbildning.

h) Handledning sker genom individuell metodhandledning för personal med inriktning på att bemöta hyresgästerna på ett bra sätt, samt att utveckla nya arbetssätt och att förbättra de som finns, om det är möjligt.
Personalen får även handledning från hjärnskadecenter och Asperger center.

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, Den medvetna huvudstaden 5p, Undersköterske- och mentalskötartutbildning.

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) Tre.

38) För närvarande saknas detta samarbete, men det kommer att tas kontakt under året, kontakt sker med anhöriga/gode män.

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 och bakning, musik på band, personal som spelar och sjunger på gitarr, utflykter bl.a. båtresa, semester i stuga, firandet av olika högtider och årstider gemensamt med personal och andra boende på gruppboenden men också ute i samhället, lättläst enskilt och i grupp, taktill stimulering, besök på ställen med arrangemang med musik, besök i kyrkan vid arrangemang med musik, filmkväll, bingo, lotto, målarpysslar inför högtider, museum, besöka djur på gårdar, Skansen, dans, fiska, besök på café och restauranger, bio, fotbolls och ishockeymatcher, teater mm .

40) Genom att en gång per månad på söndagar ha möte tillsammans med alla boende, där de kan få uttrycka önskemål om aktiviteter samt att personalen erbjuder olika förslag. Det finns även en fritidspärm på enheten som den boende kan välja aktiviteter ifrån.

All information skrivs om i lättläst och ibland med bilder.

Sekretess

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

42. Undertecknar personal förbindelse om tystnadsplikt?

41) Vid anställning informeras personalen och enhetschefen har haft ett samtal

individuellt med all personal där de har fått både muntligen och skriftlig information om sekretess. Personal har även själv läst i info- och rutinpärmerna 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 själv 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) Den enskilde har skriftliga individuella rutiner dokumenterade i sin pärm under flik ekonomi. Stödpersonal går igenom ekonomi och redovisar till god man.

45) Ja.

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 hyresgäst har eget hushåll och äter i sin lägenhet.

48) Ja, näringsdryck.

49) Alla deltar aktivt utifrån sin kapacitet med stöd av personalen.

50) Varje boende har sin veckotvätt en dag varje vecka. Därefter tvättas det alltid efter behov. Personal lagar vid behov kläderna.

51) Alla städrutiner är nedskrivna i arbetsschemat för personalen. För den enskilde finns individuella städscheman i deras lägenheter.

52) Alla deltar aktivt utifrån sin kapacitet med stöd av personalen.

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 juni 2006.

55) Ja.

56) Ja, man försöker anpassa de gemensamma utrymmena för att kunna ge de boende möjlighet till omväxlande aktiviteter, samt att kunna umgås med övriga boende i gemensamma aktiviteter.

57) Ja, genom städschema. Hygienpärm finns på enheten som all personal har läst igenom.

58) Ja

59) Ja.

60) Nej inga fysiska ännu, men enhetschefen har, individuellt med varje personal, muntligen gått igenom hur utrymningen ska gå till vid en eventuell brand. Under 2006 var en brandman på plats och hade utbildning med personalgruppen angående utrymning mm. Planering pågår under 2007 att genomföra en brandövning med de boende.

61) Taklift.

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) Info- och rutinpärmen
Mas pärm

64) Ingen

65)

66) Nej.

67)

Häls- 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) Läkare Ahmed Orakel på Sköndals husläkarmottagning

69) Dagtid kontaktas husläkarmottagningen, övrig tid sjukvårdupplysning.

70) Alla dagar 8-17 distriktssköterska (DSK) från Sköndals husläkarmottagning, övrig tid sjukvårdsupplysningen.

71) Ja i Hälsopärm från DSK.

72) Hos en boende finns rutiner, hos övriga kommer de att uppdateras under 2007.

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.

77) Behovsmedicin till den enskilde ska vara ordinerad av läkare. Personalen

ska kontakta DSK innan de ger läkemedlet. DSK kan skriva in på delegeringen för den personal som hon bedömer lämplig att ge utan kontakt med DSK.

78) Apodos, dosett och flytande.

79) På signeringslista.

80) Läkare, DSK och personal träffas till en början 1 gång per år under en personalkonferens för att diskutera de boende.

81) Se förra frågan.

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) Ja, i Maspärmen

84) Att ge medicin från dosett och Apodos. Att ta blodtryck.
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) Individuellt anpassat.

Frukost, mellanmål, lunch, mellanmål, middag, kvällsmål. Däremellan dryck efter behov.

86) Mindre än 11 timmar

87) Alla deltar aktivt utifrån sin kapacitet med stöd av personalen.

88) Den enskilde gör matsedeln, ibland tillsammans med personal, ibland i samråd med dietist, där behov finns. Samt även anhöriga har varit inblandade.

89) Ja, vid högtider, födelsedagar och gemensamma aktiviteter.

90) Ja

91) Ja, via DSK och kostenheten. Kontakt med kostenheten ska tas under 2007.

92) Ja

93) En boende vägs 1/vecka, de övriga vid behov. Man har viktlista på en boende som följs upp av stödpersonal. Det dokumenteras i årsberättelsen.

94) Ja

95) Ja, på SöS för en boende.

Hygien

96. Redogörelse för hygienrutiner.

97. Hur förebygger Utföraren smittspridning, t ex MRSA

98. Rutiner för livsmedelshygien.

96) Följer de riktlinjer som finns i Hygienpärmen, t.ex. basala hygienrutiner.

97) Följer det vårdprogram som finns i Hygienpärmen.

98) Finns en pärm på enheten. Fler av personalen har gått utbildningar.

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) Ja 100) DSK 101) DSK 102) Ja i Maspärm 103) Taklift och permobil. 104) DSK

Förebyggande åtgärder

105. Förebyggs fallolyckor?
105) Ja, genom att använda t.ex.halkmatta i badrum och ha dubbelbemanning.

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, det finns individuella larm och larm på ytterdörr. 107) Larm har vi ingen ordination på. Enhetschef har beställt larm. 108) Ingen uppföljning görs, mer än att om personal märker att något inte stämmer eller passar så ringer de till givaren av hjälpmedlet.

109) Vi har en skriftlig handlingsplan som förvaras hos den boende och på gruppbostaden.

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) Ja, i Maspärm

113) Genom att det alltid är minst en personal på enheten i tjänst dygnet runt. Vid behov tar man in extra personal som kan vara tillsammans med den boende.

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