

Uppföljning av gruppbo­städer enl LSS

Ansvarig för uppföljningen: Marie Lissäng Inger Blomqvist Christina Strömbäck
Stadsdelsförvaltning: Farsta
Uppföljning genomförd den: 2007 05 31
Föregående uppföljning, datum: 2006 06 12
Nästa uppföljning, datum:

Verksamhetens namn	Farsta strands grupp­bostad 2
Verksamhetens platsantal	6 platser
Verksamheten drivs av (ägare)	Farsta stadsdelsförvaltning
Verksamhetens inriktning	Grupp­bostad för lindrigt, måttligt funktionshindrade
Verksamhetschef enligt HSL (om hälso- och sjukvård ingår)	Farsta husläkare Bengt Larsson
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 finns dokumenterat i pärmar om hur den enskilde vill ha det för att han/hon ska få en så likvärdig omsorg som möjligt oberoende personal. Man lyssnar på den enskilde och dennes behov samt har uppföljningar minst en gång per år där den enskilde, dennes företrädare och LSS handläggare deltar. Man respekterar den enskilde och går aldrig in i dennes lägenhet om han/hon inte är hemma. Den enskilde väljer själv vilka aktiviteter han/hon vill delta i samt kommer med egna förslag.

b) Det finns pärmar med rutiner kring hälso- och sjukvård. All personal tar del av informationen. Kontakt med läkaren är tillfredsställande. Personalen får lätt kontakt med honom dels på husläkarmottagningen och dels en gång i veckan, när han är i närheten på ett äldreboende. Sjuksköterskan kommer till gruppboenden minst en gång i veckan och är övrig tid har personalen telefonkontakt vid behov.

Det är oklart vem som ansvarar för utbildning och information angående utrustning, hjälpmedel och förbrukningsartiklar. Likaså ska ansvaret för utredning, ordination och utprovning av inkontinenshjälpmedel ske i samarbete mellan personal och sjuksköterskan.

2. Brister beträffande dokumentation och genomförandeplaner finns. Personalen dokumenterar ej i Parasol då det varit svårigheter att komma in i datasystemet. Personalen dokumenterar inte enligt de riktlinjer som finns, endast avvikelser ska dokumenteras. Personalen dokumenterar långa berättelser i böcker, vilket inte är nödvändigt. Personalen bör snarast påbörja att dokumentera enligt riktlinjerna samt i Parasol. Personalen har utbildats i dokumentation och Parasol. Ingen genomförandeplan är upprättad, vilket bör åtgärdas snarast. Uppföljning sker under 2008.

3. Ja, oklarheter kring ansvar utbildning och information av utrustning, hjälpmedel och förbrukningsartiklar bör klargöras. Även ansvaret för utprovning och ordination av inkontinenshjälpmedel bör diskuteras med sjuksköterskan.

4.

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

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 att genomföra en liknade uppföljning. 7) Ja 8) Kontinuerligt under året på konferenser och planeringsdagar går de igenom kvalitetssystemet, bit för bit, med inriktning på att revidera och hitta nya och bättre arbetssätt som kan möjliggöra att de förbättrar servicen, bemötandet, omvårdnaden och utvecklar verksamheten. 9) Ja i kvalitetssystemet.

Utskrivningsklar patient (M+S)

10. Vilka rutiner finns för informationsöverföring och samordnad vårdplanering?
10. Inga rutiner finns idag.

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 förvaras inlåst. Man tänker på att bara föra vidare den information som är nödvändig för nästa personal att veta, på gruppboenden och på DV, för att kunna utföra ett bra arbete med varje boende. Den enskilde har egen nyckel till sin lägenhet och personal går aldrig in i den boendes lägenhet utan deras tillstånd.

Man försöker att ge de boende möjlighet att kunna påverka sitt liv, genom att ständigt i möten med dem uppmärksamma vad de säger/uttrycker, hur de verkar må och vilka signaler de ger. Alla avvikelser dokumenteras.

Varje hyresgäst har en-två stödpersoner som kontinuerligt utvärderar anteckningar och förbättrar arbetssätt och metoder till varje boende.

Varje söndag erbjuds hjälp att hålla hyresgästmöte där olika aktiviteter för kommande vecka erbjuds.

Minst en gång per år erbjuds varje boende att svara på enkäten "hur har du det frågor" som frågar hur nöjd respektive boende är med stödet, servicen och omvårdnaden i gruppboenden.

En gång per år erbjuds den enskilde hjälp att hålla "Min konferens", habkonferens.

Inför inflyttningen får den enskilde ett välkomstmateriale, som han/hon tillsammans med anhörig får fylla i med frågor rörande livsvanor, önskemål och behov. Inga inflyttningar har skett de senaste tio åren. De får även ett välkomstsamtal när de har flyttat in då de blir intervjuade om hur de vill bli väkta, vilken hjälp de behöver/vill ha med matlagning mm.

13) Samarbetsplan som är individuellt utformad efter den enskildes behov. Dagschema med lättläst information och bilder då det behövs.

14) Genom kontinuerlig kompetensutveckling och metodhandledning för personalen. Genom att regelbundet med enhetschef på konferens, planeringsdagar och i individuella möten med personal 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 en flik där det står om hur man bäst bemöter den enskilde.

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 rutin pärmen.

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 rutinpärlen.

17) Inte några anmälningar har gjorts.

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) Personalen har i samarbetsplanen skrivit in vad den enskilde själv klarar av så att han/hon får möjligheten att fortsätta göra detta och inte tappar funktionen. Man arbetar för att hitta rätt hjälpmedel till varje boende så att han/hon ska kunna fungera på bästa sätt. Man använder bilder och lättläst text som instruktion.

20) Personal har tillgång till tekniska 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) Två aktuella beställningar finna men inga genomförandeplaner.

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) Personalen har fått utbildning gällande dokumentation. Personalen har tillgång till Parasol sedan våren 2007 och fått utbildning i Parasol.

b) Personalen har inte påbörjat dokumentationen i Parasol då det varit svårigheter att komma in i systemet. Personalen har dokumenterat i journalböcker som förvaras inlåst. Den dokumentation som utförts har ej följt de rutiner och riktlinjer som finns. Endast avvikelser ska dokumenteras, personalen har dokumenterat i form av långa berättelser, vilket ej är godtagbart.

c) Ja, då de 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) Inte ännu.

27) Den enskilde och dess företrädare samt stödpersonal.

28) Genomförandeplan ska upprättas inom 15 dagar efter att beställningen

inkommit. Detta har dock ej fungerat.

29) Det ska göra det.

30) Om det är aktuellt så görs detta.

31) I framtiden kommer dessa att 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 följer med.

33. Det har ej funnits något behov.

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?

34)

a) 7,75 heltidstjänster.

b) Nio personer.

c) Tio personer.

d) Sex personer har formell kompetens som vårdare.

e) Samordnaren har gymnasieutbildning och påbyggnadsutbildning i bl.a. organisation och ledarskap. Enhetschefen har gymnasieutbildning och påbyggnadsutbildning i bl.a.

organisation och ledarskap och LSS. Gruppboenden har deltagit i analysarbete och genomförande av handlingsplaner i Lys, kompa & funka, ett EU-projekt i samarbete med kompetensfonden för att höja kompetensen utifrån verksamhetens krav.

f) Ja, via lys, komp & funka. Bas utbildning, autism utbildning, parasol, samt pedagogiskt ledarskap.

g) Ev handledarutbildning för vårdare.

h) Ja, metodhandledning.

Ledning

35. Har någon förändring skett i verksamhetens ledning?

36. Vilken utbildning/fackkompetens finns?

35) Enhetschefen har utökat sitt ansvarsområde med en enhet till och har numera fyra enheter.

36) Enhetschefen har gymnasieutbildning samt påbyggnadsutbildning i organisation och ledarskap och LSS.

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) Två personer.

38) Ibland ansöker gode mannen direkt till landstinget ibland går det via biståndshandläggaren som är behjälplig i kontakten.

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) Bad, bio, disco, café, FuB, Idrottsaktiviteter, gemensamma aktiviteter, teater, konserter.

40) Varje vecka hålls ett möte för alla boende där man går igenom förslag på aktiviteter den kommande veckan och de boende planerar vilka aktiviteter som man vill göra.

Sekretess

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

42. Undertecknar personal förbindelse om tystnadsplikt?

41) Vid introduktion får personalen information om tystnadsplikt av samordnaren.

42) Ja.

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. Enhetschef kontrollerar endast om misstanke finns att något inte stämmer.

45) Ja.

46) Ja.

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 hjälper till att laga sin mat i sin lägenhet. De kan även äta i gemensamhetsutrymmet. Ibland lagar en del boende mat tillsammans i någons lägenhet och äter tillsammans. Vid högtider erbjuder man gemensamma middagar i gemensamhetsutrymmet. Man fikar tillsammans i gemensamhetsutrymmet. 48) Nej. 49) Efter förmåga. 50) Personalen gör det tillsammans med den enskilde som deltar efter förmåga. 51) Det finns individuella rutiner nedskrivna för varje boende. 52) Efter förmåga. 53) Nej.

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? 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) Fyra bor på samma våningsplan, en person en trappa upp samt en person över gården vilket inte är helt tillfredsställande enligt enhetschefen. Vill gärna ha alla på samma våningsplan. 55) Ja. 56) Ja.

57) Ja, skriftliga städrutiner finns som följs.
58) Ja.
59) Ja.
60) Inte f n. Man har haft det tidigare och ska nu återupptas. Alla boende vet var de ska stå vid utrymning.
61) Finns inte några.
62) Nej.

UPPFÖLJNING AV HÄLSO – OCH SJUKVÅRD (M)

Avvikelsehantering Lex Maria

63. Vilka rutiner finns för lokal avvikelsehantering och Lex Maria-anmälan?
64. Hur många avvikelser har inträffat det senaste året?
65. Vilken typ av avvikelser? (SOSFS 2002:4)
66. Har någon Lex Maria-anmälan gjorts det senaste året?
67. Om ja, vad avsåg den?
63) Rutiner finns i Info – rutin pärm och Mas-pärm.
64) Ingen.
65)
66) Nej
67)

Hälsö- 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) Bengt Larsson, Farsta Husläkarmottagning

69) Gör hälsoundersökning 1gång/per år, i övrigt inga regelbundna besök. Personal kan kontakta läkaren vid behov. Kontakt kan även tas via distriktssköterskan.

70) Ja

71) Ja, i medicinpärmerna och i Mas-pärmerna.

72) Inga skriftliga rutiner finns.

73) Ja, på hab-center och via daglig verksamhet för de flesta.

74) Ja, på hab-center och via daglig verksamhet för de flesta.

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) En boendes läkemedel är inlåst i utrymme på personalkontoret övrigas är inlåst i medicinskåp i resp. lägenhet.
77) Dokumenteras på signeringslista. Personalen kontakter sjuksköterska innan.
78) Apo-dos, dosett, salvor, lösningar
79) På signeringslista som lämnas till distriktssköterska varje månad.
80) Nej
81)

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 läkemedelshanteringspärm och i Mas-pärm
84) Läkemedelshantering

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 att välja huvudmål?
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 i bostaden, lunch och ev. mellanmål/kaffe på daglig verksamhet (vardagar, helg i bostaden), mellanmål, middag och ev. kvällsmål i bostaden.

86) ca 11 timmar

87) Boende och personal tillsammans

88) Boende och personal tillsammans

89) Ja, planeras individuellt

90) Ja

91) Ja

92) Ja

93) Vid behov

94) Nej

95)

Hygien

96. Redogörelse för hygienrutiner.

97. Hur förebygger Utföraren smittspridning, t ex MRSA

98. Rutiner för livsmedelshygien.

96) Följer rutiner i Hygienpärm

97) Följer rutiner i Hygienpärm

98) Det är inte aktuellt eftersom maten lagas i varje boendes eget kök

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? SOSFS 1994:22 102. Finns det rutiner för ansvar, hantering och kontroll av medicintekniska produkter (MTP)? SOSFS 1994:21 103. Vilken medicinteknisk utrustning finns? 104. Vem ansvarar för ordination och utprovning?
99) Nej. Det är enbart en boende som har inkontinenshjälpmedel, ett sängskydd. 100) Vet ej 101) Vet ej 102) Ja 103) Rullstol, duschstol 104) DSK, arbetsterapeut/sjukgymnast, Hjälpmedelscentralen serverar. arbetsterapeut

Förebyggande åtgärder

105. Förebyggs fallolyckor?
105) Ja. En boende använder rullstol utomhus för att inte falla. Det finns halkskydd, duschstol och handtag i badrum.

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) Nej. 107) 108) 109)

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 Mas-pärm och Info-Rutin-pärm
113) Vid behov finns extrapersonal

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, i Mas-pärm
115) Ja
116) Ja
117) Det sker via primärvården