



HÄSSELBY-VÄLLINGBY  
STADSDELSFÖRVALTNING

Socialtjänstavdelningen

Handläggare: Gunilla Ljungholm

Telefon: 508 05 209

Dnr 1.2.1-132-2011

Sammanträde 22 mars 2011

TJÄNSTEUTLÅTANDE  
SID 1 (14)  
18 FEBRUARI 2011

Till

Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd

## **Uppföljning av verksamheter som drivs av Attendo LSS AB i Hässelby- Vällingby för personer med funktionsnedsättning**

### **Förvaltningens förslag till beslut**

1. Stadsdelsnämnden godkänner redovisningen.
2. Stadsdelsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att följa upp att åtgärder vidtas inom utsatt tid.

Leif Spjuth  
stadsdelsdirektör

Ingrid Brännström  
avdelningschef

Marie Sundström  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

### **Sammanfattning**

Attendo LSS AB driver fem verksamheter på uppdrag av Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning. Verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete. Den enskilde eller dennes ställföreträdare har möjlighet att ha inflytande över insatsens utförande. Organisationen är tydlig. Utifrån uppföljningen bedöms verksamheterna bedrivas utifrån gällande lagar, föreskrifter, riktlinjer och avtal. Verksamheterna bedöms vara av god kvalitet men dokumentationen behöver generellt förbättras.

---

Bilagor: Förbättringsåtgärder Attendo LSS AB – sammansällning  
Förbättringsåtgärder inom hälso- och sjukvård – sammanställning

## Ärendets beredning

Detta tjänsteutlåtande har utarbetats inom socialtjänstavdelningen i samarbete med Marie Sundström medicinskt ansvarig sjuksköterska MAS.

Ärendet har behandlats i lokala handikapprådet den 14 mars 2011.

## Bakgrund

Attendo LSS AB driver fem verksamheter i Hässelby-Vällingby på uppdrag av stadsdelsförvaltningen. Verksamheterna har upphandlats enligt lag om offentlig upphandling, LOU. Avtalen löper över olika tidsperioder:

Ullvidevägens gruppbostad 2008 10 01-2011 09 30

Smedshagens korttidshem 2009 03 03-2012 03 02

Gruppbostäderna, Nälsta, Räcksta och Svärdsiljan 2009 12 01-2012 11 30.

Att verksamheterna som drivs av Attendo LSS AB är av god kvalitet följs upp på olika sätt. Genom att bjuda in entreprenören till samverkansmöten två gånger per år, bjuda in anhöriga/gode män en gång per år och besöka varje verksamhet minst en gång per år, så får stadsdelsförvaltningen kunskap om både styrkor i verksamheten och angelägna förbättringsåtgärder. Förvaltningen får på anhörgmötena information om vad brukare och anhöriga tycker är viktigt på olika verksamheter.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ett ansvar vilket regleras enligt 24 § Hälso- och sjukvårdslagen och 7 kap. 3 § patientsäkerhetsförordningen (SFS 2010:13:69). I MAS ansvaret ingår ett ansvar för att patienterna får en god och säker vård med god hygienisk standard.

Enligt principöverenskommelsen från 1994, ansvarar landstinget för utförandet av den hälso- och sjukvård som åligger kommunen enligt 18- 18c § Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Detta innebär ett ansvar upp till och med sjuksköterskenivå för de personer som bor i de särskilda boendeformer och de som vistas i dagliga verksamheter inom LSS. I ansvaret ingår även habilitering, rehabilitering och tekniska hjälpmedel. Attendo ansvarar för att bekosta de förbrukningsartiklar som behövs vid inkontinens. Vårdcentralens sjuksköterskor provar ut och förskriver dessa hjälpmedel.

### ***Verksamhetsuppföljning***

Cirka fyra månader efter det att en entreprenör övertagit driften av en verksamhet görs det första uppföljningsbesöket. Om besöket är förannmält eller inte varierar. En kortfattad utvärdering av övertagandeprocessen görs vid besöket. Dessutom diskuteras personalförsörjningen, personal/ledning, dokumentation, krav på tjänsten och brukarinflytande. Verksamhetsuppföljning görs på alla verksamheter varje år. Vid behov kan denna kompletteras med ytterligare uppföljningsbesök och oanmälda besök. Syftet är att kontrollera att verksamheten arbetar utifrån ett systematiskt kvalitetsarbete, följer gällande lagar, föreskrifter, riktlinjer, tecknat avtal och att få kunskap om vilka styrkor, svagheter och angelägna förbättringsåtgärder som finns. Uppföljningen tar två till tre timmar och är alltid förannmält. Innan besöket på verksamheten genomförs, inhämtas eventuella synpunkter på verksamheten från biståndshandläggare och ekonomiavdelning. Vid verksamhetsbesöket intervjuas verksamhetschefen utifrån förutbestämda frågor. Verksamhetschefen avgör vilka som ska delta vid uppföljningen. Uppföljaren kan i vissa fall ställa krav på att få träffa en viss yrkeskategori, förutom verksamhetschefen. Förutom intervju granskas dokumentation och rutiner. Viss observation görs i lokalen.

Uppföljningen består av följande delar:

- Ekonomi – granskningen görs främst av ekonomiavdelningen.
- Ledningssystem för kvalitet – föreskrifter från socialstyrelsen.
- Krav på tjänsten – kraven ställs i samband med upphandlingen.
- Personal – bl.a. vilken utbildning nyrekryterad personal har.
- Mervärden – framgår av det anbud entreprenören lämnat i samband med upphandlingen.
- Anhörigmöten – en gång per år.
- Samverkansmöten med entreprenörerna – två gånger per år.
- Uppföljning utifrån HSL.

Uppföljningsbesöken dokumenteras i en uppföljningsrapport med en sammanställning av förbättringsåtgärder. Verksamhetschefen får möjlighet att kommentera uppföljningsrapporten innan den skrivs under. En sammanställning av verksamheternas förbättringsåtgärder redovisas i bilaga 1.

Att hitta metoder för att ta reda på brukarnas synpunkter är svårt. Anhöriga/gode män som ofta känner brukarna väl får därför fungera som deras språkrör. Att ta reda på anhörigas synpunkter, vad som fungerar bra och vad som kan förbättras är en viktig del i verksamhetsuppföljningen.

I samband med att en ny entreprenör övertar driften av en verksamhet, bjuder socialtjänstavdelningen in till regelbundna avstämningsmöten för att lösa frågor som uppkommit i samband med övertagandet, diskutera samverkansfrågor etc. Så

länge båda parter har behov av att träffas, fortsätter avdelningen att bjuda in till dessa möten. Avstämningsmötena ersätts sedan av samverkansmöten, två gånger per år.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska följer upp att hälso- och sjukvården och verksamheten uppfyller kraven på en god och säker vård och de rutiner som utarbetats av MAS efterlevs samt ansvarar för att nämnden informeras.

### ***Övrig granskning***

Förutom stadsdelsförvaltningens uppföljningar, granskar stadens funktionshindersinspektörer verksamheter som bedrivs i både privat som kommunal regi. Granskningen ska bidra till att säkra kvaliteten för målgruppen och är ett komplement till annan uppföljning. Socialstyrelsen som är tillsynsmyndighet gör granskningar över hela landet utifrån olika fokus.

## **Förvaltningens synpunkter och förslag**

### ***Ekonomi***

Attendo LSS AB har giltigt tillstånd och de försäkringar som krävs för att bedriva gruppbofastäderna i Hässelby och Vällingby. För verksamheten väsentliga ekonomiska data samt ekonomiadministrativa rutiner enligt lag och praxis är granskade och inget anmärkningsvärt har framkommit.

### ***Ledningssystem för kvalitet***

Attendo LSS har ett ledningssystem för kvalitet som används i alla Attendos verksamheter. Kvalitetsarbetet bygger på SIQ:s (Institutet för kvalitetsutveckling) modell som beskriver vad som ska göras, hur det görs, i vilken omfattning och vilket resultat det leder till. Syftet med kvalitetssystemet är att säkra att den enskildes behov av omsorg, vård och service tillgodoses. Egenkontroll görs minst en gång per år av företagets centrala kvalitetsavdelning. Resultaten utmynnar i en åtgärdsplan för de delar som inte blir godkända. Vid stadsdelsförvaltningens uppföljning framkom att enstaka rutiner behöver förtydligas. Detta har åtgärdats inom utsatt tid.

### ***Krav på tjänsten***

De flesta brukare har aktuella genomförandeplaner eller genomförandeplaner som är under utarbetande. Målen i genomförandeplanerna ska vara individuellt utformade och ska bygga vidare på målen i beställningen. De ska vara tydliga och realistiska utifrån brukarens enskilda förmåga. Målen ska vara konkreta och formulerade på ett sätt som gör att de är uppföljningsbara. Omständigheter som medför att en insats inte har kunnat genomföras som planerats, ska dokumenteras. Vid uppföljningen framkom att brukarna och/eller deras ställföreträdare har varit delaktiga vid utarbetandet av genomförandeplanerna men att dokumentationen generellt är ett utvecklingsområde.

Alla brukare har minst en stödperson. Med stödperson avses en person i personalgruppen som inom ramen för sin yrkesroll har till uppgift att särskilt bevaka sådant som rör den enskilde. Stödpersonen ansvarar för att den enskildes intressen tas till vara samt har ett övergripande ansvar att den insats som är beviljad, planerad och överenskommen också utförs.

Utföraren ska säkerställa att den enskilde får möjlighet att delta i individuella fritidsaktiviteter och kulturella aktiviteter på gruppboenden såväl som ute i samhället. Av dokumentationen framgår inte alltid vilka aktiviteter brukaren önska göra, vad man kommit överens om eller hur man ska genomföra dem. Om det inträffat omständigheter som medfört att en aktivitet inte har kunnat genomföras som planerat framgår inte tydligt av dokumentationen.

Ingen anmälan av allvarliga missförhållanden hade, vid tillsynstillfällena, skett sedan föregående verksamhetsuppföljning.

#### ***Anhörigmöte***

Anhöriga/gode män/förvaltare inbjöds till ett anhörigmöte 2010 11 30. Anhöriga tycker det är positivt att de boende har olika aktiviteter varje helg och att extra personal anlitas, vid behov, för dessa aktiviteter. Nyrekryterad personal är ofta väl kvalificerad för arbetet vilket eventuellt beror på ett gynnsamt rekryteringsläge. Vid mötet framkom också att man önskar mer information när personal börjar/slutar, rutiner för storstädning, fönstertvätt etc. Kommunikationen mellan dagliga verksamheten och gruppboendet kan förbättras liksom överföring av information/arbetsuppgifter mellan olika personal. Att utarbeta en genomförandeplan utifrån beställningar som varar en månad i taget medför en stor arbetsbelastning för utföraren och kräver engagemang även från anhöriga, då genomförandeplanen ska vara biståndshandläggaren tillhanda inom 15 dagar. Denna synpunkt kommer att diskuteras inom socialtjänstavdelningen.

#### ***Ullvidevägens gruppboende***

2010 04 27 -uppföljning på verksamheten.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm utvecklingssekreterare och Raili Pettersson medicinskt ansvarig sjuksköterska. Från verksamheten deltog Linda Melin verksamhetschef och Elleonor Kente föreståndare.

Ullvidevägens gruppboende ligger i Vinsta, på bottenvåningen i ett flerfamiljshus. Gruppboendet består av fem fullvärdiga lägenheter. Samtliga lägenheter ligger i direkt anslutning till ett gemensamt vardagsrum och tvättstuga. Gruppboendet är

bemannad dygnet runt med vaken nattpersonal. Målgrupp är vuxna personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd som omfattas av LSS.

Det finns rutiner för en systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av verksamhetens kvalitet. Händelserapporter skrivs på allt som avviker från rutiner, kvalitetspolicy, intentioner, etc. På verksamheten finns en kvalitetsgrupp som arbetar med att förbättra och utveckla kvaliteten på verksamheten. Som underlag används bland annat händelserapporterna. Verksamhetschefen är medveten om att dokumentationen är ett utvecklingsområde och arbetar kontinuerligt med att utveckla innehållet i dokumentationen och att genomförandeplanerna utarbetas och skickas till biståndshandläggaren inom 15 dagar. Tydliga rutiner för vad som ska dokumenteras har utarbetats och är implementerade i arbetsgruppen. Större delen av personalgruppen dokumenterar i stadens dokumentationssystem ParaSoL.

Totalt arbetar 9.25 personal på verksamheten, samtliga är anställda tills vidare. En föreståndare är nyrekryterad sedan föregående uppföljning. Plan finns för kompetensutveckling. Personalen har under året bl.a. haft metodhandledning från habiliteringen.

Förbättringsåtgärder:

- Verksamheten arbetar för att beställningar och genomförandeplaner ska vara i fas med varandra.
- Av genomförandeplanerna ska det framgå vilka fritidsaktiviteter man kommit överens om. Avvikelse ska dokumenteras samt anledningen till avvikelsen.
- Rutiner för att aktualisera/avaktualisera nya användare i ParaSoL ska utarbetas.

### ***Hälso- och sjukvård***

Hälso- och sjukvårdsinsatserna för respektive brukare utförs av Västervårdens vårdcentral. Kontakten med vårdcentralen fungerar bra. Löwet ASIH har sjuksköterskeansvarat kvällar och nätter.

Personalen på gruppboenden utför hälso- och sjukvårdsåtgärder via delegering från sjuksköterskor på vårdcentraler.

Enheten har kontinuerligt förbättringsarbete aktualiserad och förbättringar har införts sedan föregående granskning. En gruppchef finns på plats och är erfaren och kunnig inom området.

Enheten följer HSL lagstiftning och använder sig av rutiner enligt MAS anvisningar.

Förbättringsområden är kontroll av brukarnas vikt och en del hygienåtgärder. MAS har skickat uppdaterade hälso- och sjukvårdsrutiner till enheten. Förbättringarna ska åtgärdas snarast möjligt. Datum på åtgärdsplan är senaste datum för kontroll av MAS.

#### Förbättringsåtgärder

- Hygienutrustning ska kompletteras med engångsförkläden bl.a. i tvättstuga.
- Förråden behöver ordnas så att föremål som ligger på golven kan sättas upp på hyllor.
- Plan för viktkontroll för brukarna ska upprättas.

#### ***Smedshagens korttidshem***

2010 04 15 -uppföljning på verksamheten.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm utvecklingssekreterare. Från verksamheten deltog Gunhild Lindblad föreståndare.

Smedshagens korttidshem erbjuder korttidsvistelse till vuxna personer med funktionsnedsättning som bor hemma hos föräldrar eller annan närstående och där behov av avlastning finns. Korttidshemmet ligger i ett hyreshus i stadsdelen Smedshagen i Hässelby villastad. På promenadstånd finns natur och vatten och Åkermymtans centrum. Vid verksamhetsuppföljningen hade Smedshagens korttidshem totalt 29 brukare som bor på korttidshemmet i olika perioder.

Vid uppföljningen framkom att Smedshagens korttidshem mestadels har de rutiner som krävs utifrån socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet men alla rutiner är inte dokumenterade. Förvaltningen vill poängtera vikten av att rutinerna är väl kända och implementerade i verksamheten. Föreståndaren ska ha kunskap om och känna väl till gällande rutiner.

Alla brukare har minst två stödpersoner för att säkra kvaliteten för brukaren. Stödpersonen gör en notering i journalanteckningarna varje månad oavsett om en avvikelse skett eller ej.

Totalt arbetar 12 personal på korttidshemmet. Ingen nyrekrytering har skett sedan övertagandet. Två personal saknar adekvat utbildning men har lång erfarenhet. Föreståndaren bedömer att de har kompetens för arbetsuppgifterna. För att upprätthålla kontinuiteten inom verksamheten används 7-8 fasta vikarier. Plan finns för kompetensutveckling.

#### Förbättringsåtgärder:



- Mestadels finns de rutiner som krävs utifrån lagar, föreskrifter och avtal etc. Vissa rutiner behöver dokumenteras bl.a. för att tydliggöra ansvarsfördelningen. En plan för komplettering av rutinerna ska utarbetas.
- Rutinerna ska vara implementerade och ska användas i verksamheten.

Efter att uppföljningen genomförts har en anmälan av allvarliga missförhållanden enligt 24 a § LSS inträffat. Det inträffade är anmält i stadsdelsnämnden (sekretessbelagda delen) och följs upp i enlighet med tjänsteutlåtandet.

### ***Nälsta gruppboende***

2010 03 31 –uppföljning av övertagandet.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm utvecklingssekreterare och Raili Pettersson medicinskt ansvarig sjuksköterska. Från verksamheten deltog Linda Melin verksamhetschef.

2010 08 25 –uppföljning av verksamheten.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm utvecklingssekreterare och Marie Sundström medicinskt ansvarig sjuksköterska. Från verksamheten deltog Linda Melin verksamhetschef och Alexandra Asp biträdande regionchef.

Nälsta gruppboende är beläget i en villa bestående av fem lägenheter, gemensamhetsutrymmen, kontor och trädgård. Varje lägenhet består av sovrum/allrum, kök, badrum och uteplats. De boende har lindrig till grav utvecklingsstörning med fysiska och psykiska tilläggshandikapp.

På Nälsta gruppboende arbetar man utifrån det ledningssystem för kvalitet som gäller inom företaget. Rutiner finns för att säkra den enskildes behov av omsorg, vård och service.

Vid uppföljningen framkom att alla brukare har aktuella genomförandeplaner men dessa behöver utvecklas. Verksamhetschefen är medveten om förbättringsområdet. Under hösten har stort fokus legat på att utveckla innehållet i genomförandeplanerna. Målen ska vara individuellt utformade och formuleras utifrån mål och syfte i beställningen. Varje brukare har möjlighet att delta i fritids- och kulturella aktiviteter utifrån sina egna önskemål och förutsättningar. Ej genomförda fritidsaktiviteter dokumenteras. Förvaltningen påpekar att rekreation ingår i denna verksamhets åtaganden.

Efter önskemål från anhöriga serveras gemensamma måltider. Det finns alltid möjlighet att äta i den egna lägenheten. Frukosten serveras i den egna lägenheten.



Fem vårdare arbetar på Nälsta gruppbostad. För att ha kontinuitet i omvårdnaden används fasta vikarier vid ordinarie personals frånvaro. Sedan föregående uppföljning har två vårdare rekryterats externt och en har internrekryterats samt en platsansvarig. Samtlig personal har för uppdraget adekvat utbildning och lämplighet. Kompetensutvecklingsplan kommer att utarbetas inför 2011.

Förbättringsåtgärder:

- Alla brukare har genomförandeplaner men dessa behöver utvecklas och anpassas till föreskrift och riktlinjer för utförardokumentation inom stadens omsorg om funktionshindrade.

### ***Hälso- och sjukvård***

Hälso- och sjukvårdsinsatserna för respektive brukare utförs av Råcksta- Grimsta närsjukvård. Löwet ASIH har sjuksköterskeansvaret kvällar och nätter.

Personalen på gruppbostad utför hälso- och sjukvårdsåtgärder via delegering från sjuksköterskor på vårdcentraler.

Vissa behov av utveckling kvarstår sen tidigare uppföljning. Verksamheten upplever att kontakten med vårdcentralen inte är fullt tillfredsställande avseende kontinuitet och tillgänglighet. De upplever att det är svårt att få kontakt med sjuksköterskorna och det kan dröja länge innan de ringer upp. Vid uppföljningen framkom även att delegeringar och ansvar för t ex omläggning av sår behöver utvecklas och att ordinationslistor behöver ses över så att de hålls aktuella. Från samordnande sjuksköterska framförs att verksamheten inte alltid hör av sig när någon kommit hem från t ex sjukhus. Samordnande chef på vårdcentralen har uppfattat att personalen upplever att det fungerar väl. Fallriskbedömningar utförs på verksamheten utifrån ett miljöperspektiv. Fallriskbedömning utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv med förebyggande insatser bör utvecklas.

Enheten bedriver ett kontinuerligt förbättringsarbete och följer för övrigt gällande rutiner enligt MAS anvisningar.

MAS informerade om att (SOSFS 1980:87) med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård och (SOSFS 1992:17) om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad samt SOSFS 1997:16 är upphävd. Beslut som innebär tvång eller frihetsinskränkningar saknar stöd i lag och strider mot regeringsformen. Nya rutiner om tvångs- och skyddsåtgärder har skickats till verksamheten.

Förbättringsåtgärder:

- Ansvarig chef tar kontakt med distriktssköterska för att skapa regelbundna mötesformer mellan verksamhet och distriktssköterska för utveckling, råd och stöd.
- Aktuella läkemedelsordinationer behöver ses över regelbundet. Det ska gå att härleda det som administreras via signeringslista till aktuell ordination.
- Delegeringar och ansvarsfördelning klargörs mellan verksamhet och distriktssköterska.
- Fallriskbedömning med preventiva åtgärder för respektive boende med fallrisk bör upprättas.

### ***Råcksta gruppboende***

2010 03 31 -uppföljningen av övertagandet.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm utvecklingssekreterare och Raili Pettersson medicinskt ansvarig sjuksköterska. Från verksamheten deltog Linda Melin verksamhetschef.

2010 08 23 -uppföljningen av verksamheten.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm utvecklingssekreterare. Från verksamheten deltog Linda Melin verksamhetschef och Pia Sundberg, samordnare och Christina Grell regionchef.

Råcksta gruppboende består av 16 servicelägenheter, knutna till en gemensam lägenhet som fungerar som gemensamhetslokal med personal dygnet runt. Lägenheterna är utspridda i ett bostadsområde i Råcksta. Boendet vänder sig till personer med lindrig funktionsnedsättning som klarar av att bo i egen lägenhet. Lägenheterna består av ett eller två rum, kök och badrum vissa med balkong.

På Råcksta gruppboende arbetar man utifrån det ledningssystem för kvalitet som gäller inom företaget. Rutiner finns för att säkra den enskildes behov av omsorg, vård och service

Vid uppföljningen framkom att det generellt finns en viss osäkerhet om vad som är avvikelse. Under hösten har detta diskuterats i personalgruppen. Förvaltningen poängterar vikten av att olika typer av avvikelser kräver olika hantering t.ex. avvikelse från genomförandeplan. Verksamhetschefen är medveten om att dokumentationen är ett utvecklingsområde. Tre brukare har valt att inte medverka vid utarbetandet av genomförandeplanen, vilket dokumenterats i journalanteckningarna. Stödpersonerna har utarbetat en plan som personalen använder som stöd i arbetet. Brukarna har ”vardagliga aktiviteter” och ”egen tid” med personalen då veckans aktiviteter planeras. Exempel på gemensamma aktiviteter är högläsning, pokerkvällar och boule. Flera brukare har uttryckligen bett om att inte få någon hjälp vid planeringen av fritidsaktiviteter.



Nio personal är anställda på verksamheten och sex vikarier anlitas vid behov. Tre män har rekryterats, två som fasta vikarier och en som vikarie. Oroligheter bland brukarna kan förekomma på helger och under högtider. Kompetensutvecklingsplan kommer att utarbetas inför 2011.

Förbättringsåtgärder:

- Alla brukare har genomförandeplaner (alternativt en plan som personalen använder som stöd i arbetet) men dessa behöver utvecklas och anpassas till föreskrift och riktlinjer för utförardokumentation inom stadens omsorg om funktionshindrade.

### ***Hälso- och sjukvård***

Hälso- och sjukvårdsinsatserna för respektive brukare utförs av Råcksta- Grimsta närsjukvård. Löwet ASIH har sjuksköterskeansvaret kvällar och nätter. Personalen på gruppboenden utför hälso- och sjukvårdsåtgärder via delegering från sjuksköterskor på vårdcentraler.

Kontakten med vårdcentralen fungerar inte så bra, personalen upplever att det är svårt att komma i kontakt med sjuksköterskorna och att det kan dröja länge innan de ringer upp. Sjuksköterskorna har inte lämnat kopior på aktuella ordinationslistor och apodosrullarna (läkemedelspåsar från apoteket) kontrolleras inte innan utlämning. Instruktion för vid behovsmedicinering var gammalt.

Skriftlig hälso- och sjukvårdsinformation i boendes hälsopärm från sjuksköterskor saknas. Sjuksköterskorna lämnar endast muntlig information om boendes hälso-tillstånd.

Personalen har inte fått utföra kunskapstest gällande läkemedelshanteringen innan delegering.

Fallriskbedömningar saknas. Lokala rutiner vid dödsfall stämmer inte med MAS anvisningar och personalen saknar information om dessa.

Personalen på gruppboenden känner till MAS rutiner och enheten arbetar fortlöpande med förbättringar.

Det finns förbättringsbehov från vårdcentralens sida, redovisa i åtgärdsplan. MAS har kontaktat samordnande sjuksköterska om förbättringsbehov i april 2010.

Förbättringsåtgärder:

- Särskild anvisning/instruktion för vid behovs medicin saknades. Ska föras in i boendes pärm.
- Aktuell läkemedelsordination saknades i boendepärmar
- Sjuksköterskan ska i samråd med boende som har egenvårdsintyg rensa bort gamla utgångna mediciner i det skåpet som finns i boendes hem.
- Sjuksköterskan ska utföra skriftlig kunskapskontroll vid delegering.
- Signeringslista för läkemedels överlämnande ska ordnas av sjuksköterska.
- Apodosrullarna ska kontrolleras av sjuksköterska innan de lämnas.

- Samarbetsruiner med gruppboenden bör förbättras gällande tillgänglighet på sjuksköterskeservice.
- Rutiner vid dödsfall – uppdatera.
- Plan för viktkontroll för respektive boende ska upprättas.

### ***Svärdsliljans gruppboende***

2010 03 31 - uppföljningen av övertagandet.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm utvecklingssekreterare och Raili Pettersson medicinskt ansvarig sjuksköterska. Från verksamheten deltog Linda Melin verksamhetschef.

2010 08 25 –uppföljning av verksamheten.

Uppföljningen genomfördes av Gunilla Ljungholm utvecklingssekreterare och Raili Pettersson medicinskt ansvarig sjuksköterska. Från verksamheten deltog Linda Melin verksamhetschef och Maria Gontijo platsansvarig och Alexandra Asp biträdande regionchef.

Svärdsliljans gruppboende är en enplansvilla med fem lägenheter, gemensamhetslokal, kontor och trädgård. Gruppboenden ligger i ett villaområde i Backlura i Hässelby med närhet till skog och sjö med fina promenadområden. På gruppboenden bor personer med utvecklingsstörning och fysiska tilläggshandikapp. Hjälpbehovet hos de boende är stort och omfattande.

På verksamheten arbetar man utifrån företagets ledningssystem för kvalitet. Vid uppföljningen framkom att dokumentationen behöver utvecklas. Verksamhetschefen är medveten om att dokumentationen är ett förbättringsområde.

På verksamheten arbetar 16 personer. Av dessa arbetar sex på natten. Det finns två vakanta tjänster för helgtjänstgöring, en på 20 % respektive 80 %. Två personal har slutat och två har nyrekryterats sedan övertagandet. Enligt verksamhetschefen har personalen för uppdraget adekvat utbildning och personlig lämplighet. All personal behärskar det svenska språket i tal och skrift. Kompetensutvecklingsplan kommer att utarbetas inför 2011.

### ***Hälso- och sjukvård***

Ormängens vårdcentral ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatserna genom tecknad principöverenskommelse. Under kvällar och nätter har ASIH Löwenströmska ansvaret upp till och med sjuksköterskenivå.

Verksamheten har mycket bra kontakt med distriktssköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut. Distriktssköterskan medverkar regelbundet på verksamhetens arbetsplatsmöten för informationsutbyte.

Personalen på gruppboenden utför hälso- och sjukvårdsåtgärder via delegering från sjuksköterskor på vårdcentralen.

Enheten arbetar kontinuerligt med förbättringar och följer gällande rutiner enligt MAS anvisningar. De förbättringsområden som tidigare påtalats har åtgärdats och verksamheten är välfungerande.

MAS informerade om att (SOSFS 1980:87) med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård, (SOSFS 1992:17) om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad och SOSFS 1997:16 är upphävd. Detta på grund av att tvång eller frihetsinskränkningar saknar stöd i lag och strider mot regeringsformen. Nya rutiner om tvångs- och skyddsåtgärder har skickats till verksamheten.

### **Sammanfattning av förvaltningens synpunkter**

Utifrån uppföljningen 2010 bedöms samtliga verksamheter som drivs av Attendo LSS arbeta utifrån gällande lagar, föreskrifter, riktlinjer och avtal. Utifrån uppföljningen bedöms verksamheterna vara av god kvalitet men dokumentationen är generellt ett utvecklingsområde.

När det gäller hälso- och sjukvården är verksamheterna beroende av distriktssköterskan och de förutsättningar som ges från aktuell vårdcentral. Det optimala är att det endast är en distriktssköterska som verksamheten har att samarbeta med. Vissa vårdcentraler har kunnat organisera det på sådant sätt. MAS bedömning är att verksamhetscheferna på respektive verksamhet arbetar aktivt för att säkerställa vården samt vidtar de åtgärder som påtalas.

### **Förvaltningens förslag till beslut**

Förvaltningen föreslår att stadsdelsnämnden godkänner redovisningen och ger förvaltningen i uppdrag att följa upp att åtgärder vidtas inom utsatt tid.

-----