

Kvalitetsuppföljning av verksamheter för personer med funktionsnedsättning

Sammanfattning uppföljning 2012 gruppboenden funktionshinderomsorgen (egen-regi och entreprenad) och Daglig verksamhet (egen regi) samt stödboenden socialpsykiatri (egen-regi)

Tegelprärens gruppboende - egen regi

Verksamheten har en bra kvalitet och man arbetar utifrån de lagar, riktlinjer och begrepp som styr gruppboenden utifrån LSS. Verksamheten har lång erfarenhet och kompetens av att arbeta med målgruppen. Skriftliga åtaganden är framtagna av personalen. Så långt som möjligt är de boende delaktiga i sin egen planering med stöd av personal och god man. Varje boende har tre individuella pärmar: en för hälso- och sjukvård, en för ekonomi och en pärm där det framgår vad var och en av de boende har för behov och rutiner.

Det är S:t Eriks kvartersakut som ansvarar för de boendes hälso- och sjukvård i gruppboendena. Nyligen bytt husläkare för den tidigare slutat. Kontakten med distriktssköterskan fungerat bra. Däremot kan det ibland vara svårare att kontakt med specialistläkare för de som har sådan. Hälso- och sjukvårdsinsatser som personal utför dokumenteras i Para-SoL under sökord hälsoinsatser. Hälso- och sjukvårdspärmen har man alltid med sig vid sjukhus-, läkar- och tandläkarbesök. Alla som tackar nej till munhälsobedömning ska årligen erbjudas.

Åtgärdsplan: Verksamheten bör fortsätta utveckla ledningssystemet för kvalitet enligt SOSFS 2005:12 samt 2006:11. Information till enhetschef om att förvaltningens samtliga ledningssystem ska uppdateras enligt SOSFS 2011:9, även förvaltningens övergripande kvalitets- och ledningssystem. Alltid skriva vem som upprättat handlingarna och när de upprättats. Utveckla rutinen vård i livets slut.

Besök i verksamheten. Intervju har skett med enhetschef och biträdande enhetschef, samt med två vårdare. Genomgång av de boendes dokumentation och av rutiner för SoL, LSS och HSL samt tillsyn av läkemedelsskåp samt tekniska hjälpmedel.

Strandparken 5-7 - egen regi

Verksamheten har en bra kvalitet och man arbetar utifrån de lagar, riktlinjer och begrepp som styr gruppboenden utifrån LSS. Verksamheten har lång erfarenhet och kompetens av att arbeta med målgruppen. Skriftliga åtaganden är framtagna av personalen. Så långt som möjligt är de boende delaktiga i sin egen planering med stöd av personal och god man. Varje boende har tre individuella pärmar: en för hälso- och sjukvård, en för ekonomi och en pärm där det framgår vad var och en av de boende har för behov och rutiner. Timvikarier behövs vid frånvaro för ordinarie personal som ska täckas vid t.ex. sjukdom, semester, tjänstledighet och utbildning. Vid de boendes semester och på röda dagar som infaller på vardagar behövs även personalförstärkning.

Det är S:t Eriks kvartersakut som ansvarar för de boendes hälso- och sjukvård i gruppboendena. Nyligen bytt husläkare för den tidigare slutat. Kontakten med distriktssköterskan fungerat bra. Däremot kan det ibland vara svårare att kontakt med specialistläkare för de som har sådan. Hälso- och sjukvård dokumenteras i Para-SoL under hälsoinsatser. Det framgår dock inte i dokumentationen om distriktssköterskan blivit informerad vid händelser som berör hälso- och

sjukvård, vilket är viktigt. Prydligt i de boendes medicinskåp. Hälso- och sjukvårdspärmen har man alltid med sig vid sjukhus-, läkar- och tandläkarbesök. Alla som tackar nej till munhälsobedömning ska årligen erbjudas.

Åtgärdsplan: Information till enhetschef om att förvaltningens samtliga ledningssystem ska uppdateras enligt SOSFS 2011:9, liksom förvaltningens övergripande kvalitets- och ledningssystem. Rutinen vid dödfall bör utvecklas. Förtydliga innehållsförteckningen så att man lättare exempelvis hittar delegeringsrutiner. Tydliggöra i dokumentationen om distriktssköterska kontaktats.

Besök i verksamhetens olika enheter. Intervju har skett med enhetschef och bitr. enhetschef, Strandparken 7, samt med undersköterska/vårdare på Strandparken 5. Genomgång har skett av de boendes dokumentation avseende genomförandeplaner. Genomgång av rutiner för HSL samt tillsyn av läkemedelsskåp samt tekniska hjälpmedel.

Linden–egen regi

Verksamheten har en bra kvalitet och man arbetar utifrån de lagar, riktlinjer och begrepp som styr gruppboenden utifrån LSS. Verksamheten har lång erfarenhet och kompetens av att arbeta med målgruppen. Skriftliga åtaganden är framtagna av personalen. Så långt som möjligt är de boende delaktiga i sin egen planering med stöd av personal och god man. Varje boende har tre individuella pärmar: en för hälso- och sjukvård, en för ekonomi och en pärm där det framgår vad var och en av de boende har för behov och rutiner. Vid personalens frånvaro, p.g.a. sjukdom, semester, utbildning eller annan ledighet, anlitas de behovsanställda timvikarier som är anställda på gruppboenden.

Det är i stort S:t Eriks vårdcentral som ansvarar för de boendes hälso- och sjukvård i gruppboendena. Kontakten med distriktssköterskan fungerar bra. Däremot kan det ibland vara svårare att kontakta specialistläkare för de som har sådan. Alla enheter har sedan tre år en hälso- och sjukvårdspärm där strukturen är lika. I pärmarna ska aktuell dokumentation sitta längst fram. Hälso- och sjukvårdspärmen har man alltid med sig vid sjukhus-, läkar- och tandläkarbesök.

Åtgärdsplan: Verksamheten ska omarbota det befintliga kvalitets- och ledningssystemet utifrån SOSFS 2011:9- avvakta det övergripande kvalitets- och ledningssystem för hela nämnden, som är under framtagande vid förvaltningen.

Vid uppföljningstillfället finns 6 genomförandeplaner, av dessa är 5 tillfredsställande, 1 saknar aktuellt uppföljningsdatum, vilket ska åtgärdas. Se över så att samtliga Regler för HSL är aktuella(Avvikelse, Delegering, Hygien mm). Rutiner ska vara daterade och det ska tydligt framgå vem som är ansvarig för att rutinerna uppdateras.

Besök i verksamhetens olika enheter. Intervju har skett med enhetschef och vårdare. Bitr. enhetschef var ej närvarande. Genomgång av de boendes dokumentation och av rutiner för HSL samt tillsyn av läkemedelsskåp samt tekniska hjälpmedel.

Herden - egen regi

Verksamheten har en bra kvalitet och man arbetar utifrån de lagar, riktlinjer och begrepp som styr gruppboenden utifrån LSS. Verksamheten har lång erfarenhet och kompetens av att arbeta med målgruppen. Skriftliga åtaganden är framtagna av personalen. Så långt som

möjligt är de boende delaktiga i sin egen planering med stöd av personal och god man. Varje boende har tre individuella pärmar: en för hälso- och sjukvård ("Min hälsopärm"), en för ekonomi ("Min Ekonomi") och en pärm där det framgår vad var och en av de boende har för behov och rutiner – ("Min infopärm").

Det är i stort S:t Eriks vårdcentral som ansvarar för de boendes hälso- och sjukvård i gruppbestäderna. Kontakten med distriktssköterskan fungerat bra. Däremot kan det ibland vara svårare att kontakt med specialistläkare för de som har sådan. Alla enheter har sedan tre år en hälso- och sjukvårdspärm där strukturen är lika. I pärmarna ska aktuell dokumentation sitta längst fram. Hälso- och sjukvårdspärmen har man alltid med sig vid sjukhus-, läkar- och tandläkarbesök.

Åtgärdsplan: Verksamheten ska omarbete det befintliga kvalitets- och ledningssystemet utifrån SOSFS 2011:9- avvakta det övergripande kvalitets- och ledningssystem för hela nämnden, som är under framtagande vid förvaltningen. Se över så att samtliga Regler för HSL är aktuella (Avvikelse, Delegering, Hygien mm). Rutiner ska vara daterade och det ska tydligt framgå vem som är ansvarig för att rutinerna uppdateras.

Besök i verksamheten. Intervju har skett med enhetschef och vårdare. Genomgång av de boendes dokumentation, av rutiner för HSL samt tillsyn av läkemedelsskåp samt tekniska hjälpmedel.

Fröjden-egen regi

I gruppbestaden bor 5 personer mellan 21-30 år. Verksamheten öppnade 1 juni 2010. Verksamheten anpassas utifrån var och en av de boendes behov. De boende har egna lägenheter och får stöd i den omfattning de behöver utifrån sina förutsättningar. De boende har alla flyttat hemifrån till gruppbestaden och detta är deras första egna lägenheter. De får stöd med praktiska göromål, t.ex matlagning, tvätt och städning utifrån var och ens funktioner och förmåga. Personalen arbetar för att den boende så långt som möjligt ska klara sig själv. De boende får även stöd med att fungera i olika sociala sammanhang i och utanför gruppbestaden. Varje boende deltar i någon dagverksamhet - en boende deltar i förvaltningens dagverksamhet, övriga utanför stadsdelens dagverksamheter. Dokumentationen görs i Parasol sedan april 2012.

I dagsläget är det ingen av de personerna som bor på Fröjden som behöver någon form av hälso- och sjukvård där personalen behöver delegering av uppgift. Kunskap finns hos personalen hur man ska gå till väga om behov skulle uppkomma. Emellertid måste rutiner hållas aktuella.

Åtgärdsplan: Samtliga rutiner kring hälso- och sjukvård måste uppdateras. IT-stödet fungerar sedan april 2012. Mycket viktigt för att det ska bli möjligt även för vikarier att dokumentera i ParaSol. Förvaltningen arbetar med frågan. Brandsläckare och brandfiltar är nu inskaffade. Fyra av fem genomförandeplaner hade gamla uppföljnings-datum vid uppföljningen. En akt innehöll många osorterade lösa lappar, dessa ska dokumenteras i ParaSol.

Granskningen genomförd genom samtal med enhetschef, biträdande enhetschef och vårdare . Granskning av de boendes dokumentation.

Lusten- egen regi

Verksamheten är nystartad sen 1 januari 2012 och det är ännu för tidigt att kunna göra en bedömning utifrån ovanstående begrepp.

Enheten har inga brukare idag som behöver hjälp med hälso- och sjukvården utan enbart som personalens förlängda arm – typ egenvård. Trots detta måste det upprättas rutiner så man har en beredskap när det inträffar.

Åtgärdsplan: Nedanstående brister ska vara klart till uppföljande besök som kommer att genomföras under våren 2013.

Dokumentationen ska skrivas in från handskrivna lappar eller handskrivna journalblad och föras in i ParaSol. Genomförandeplaner ska skrivas för samtliga boende, utom för den boende (1) som har en godkänd genomförandeplan vid uppföljningen. Detta ska vara klart till uppföljande besök som kommer att genomföras under våren 2013.

Brandskyddsutrustning saknas vid uppföljningstillfället, men är beställd i form av brandfiltar och brandsläckare. Personalen ska gå brandskyddsutbildning 12 sept.

Munhälsobedömning: Verksamheten känner inte till om de boende har erbjudits munhälsobedömning eller om de har tandvårdsintyg. Ska kontrolleras upp.

Genomgående inom samtliga områden upprätta lokala rutiner för HSL efter MAS regler. Samtal med enhetschef och vårdare. Genomgång av dokumentation och hälsopärm.

Välgången – egen regi

I gruppboenden bor 6 unga vuxna personer . Verksamheten öppnade 1 juni 2011.

Verksamheten anpassas utifrån var och en av de boendes behov. De boende har egna lägenheter och får stöd i den omfattning de behöver utifrån sina förutsättningar. De boende har alla flyttat hemifrån till gruppboenden och detta är deras första egna lägenheter. De får stöd med praktiska göromål, t.ex matlagning, tvätt och städning utifrån var och ens funktioner och förmåga. Personalen arbetar för att den boende så långt som möjligt ska klara sig själv. De boende får även stöd med att fungera i olika sociala sammanhang i och utanför gruppboenden. Varje boende deltar i någon daglig verksamhet. *IT-stödet* fungerar från 1 april, frågan om IT-behörighet för vikarier ska diskuteras med paraplysamordnare. Förvaltningen arbetar med frågan. Personalen dokumenterar sedan öppningsdagen för hand. Brandsläckare och brandfiltar ska införskaffas.

I dagsläget är det ingen av de personerna som bor på Välgången som behöver någon form av hälso- och sjukvård där personalen behöver delegering av uppgift. Några boende behöver stöd och hjälp men har egenvård. Kunskap finns hos personalen hur man ska gå till väga om behov skulle uppkomma. Emellertid måste rutiner hållas aktuella.

Åtgärdsplan: Att IT-stödet kommit igång för samtlig personal och att dokumentationen görs i Parasol. Dokumentation görs i vissa fall på journalblad eller lösa lappar för hand, vilket inte är tillfredsställande. Att brandsläckare+brandfiltar finns installerade. Samtliga rutiner kring hälso- och sjukvård måste uppdateras. Arbetskläderna ska användas under hela arbetspasset

Uppföljningen är genomförd genom samtal med enhetschef.
Granskning av de boendes dokumentation.

Kungsholmens och Kristinebergs gruppboheter – entreprenad

Verksamheten är väl genomarbetad, genomtänkt och välordnad, utifrån de ovanstående tre begreppen. All omvårdnad är individuellt utformad efter den enskildes behov och önskemål. Verksamheten har en hög grad av struktur med fasta rutiner, förutsägbarhet och tydlighet. Den enskilde har en stödperson, som ansvarar för stödsatser och att uppsatta målen i den enskildes handlingsplan följs. Vinnare av Stockholms stads Kvalitetsutmärkelse 2011.

Hälso- och sjukvården fungerar. Kontakten med primärvårdens läkare och distriktssköterskor fungerar bra.

Vid föregående besök 110208 har brandsäkra skåp köpts in till Kungsholmstorg och Kristinebergs gruppbohet. Dokumentation förvaras i dessa, i olika mappar för respektive brukare. Journalanteckningar vid Kristinebergs gruppbohet har kompletterats med datum i respektive ärende, så att de nu går att följa över tid. Genomförandeplanerna är aktuella i tid och underskrivna av flertalet brukare. Det finns GP för alla brukare vid båda gruppboheterna.

Där personal hjälper den enskilde med överlämnande av läkemedel får inte apodos / dosett stå framme, utan ska alltid vara inlåsta i skåpet, hemma hos den enskilde.

Besök i verksamheten. Samtal med verksamhetschef, bitr. enhetschef och bitr. förest. Genomgång av för verksamheten aktuella dokument samt stickprovskontroll av dokumentation kring de boende.

Daglig verksamhet – egen regi

Kungsholmens dagliga verksamhet erbjuder ett brett utbud av skilda verksamheter. Målsättningen är att tillgodose arbetstagarnas behov utifrån var och ens funktionsnedsättning, förmåga, intresse och önskemål, i en miljö som stimulerar till socialt samspel. Varje arbetstagare har en *stödperson* i verksamheten. Stödpersonsuppdraget finns beskrivet i en plan och i en checklista. Stödpersonens uppgift är att ha ett huvudansvar för att arbetstagarens behov, åsikter och önskningar kommer fram vid planering av schema och aktiviteter samt att följa upp att insatsen genomförs enligt de mål som satts upp. Stödpersonens uppgift är också att, i samråd med arbetstagaren, verka för en god och kontinuerlig relation med hans eller hennes nätverk. Verksamheten har ett innehåll och kompetens som svarar väl mot det behov av kvalificerat och individuellt utformat stöd som brukare med olika grad av utvecklingsstörning, ofta i kombination med rörelsehandikapp, har inom daglig verksamhet.

Väl fungerande verksamhet. Samverkan med primärvårdens distriktssköterska fungerar bra. Verksamheten har för inte så länge sedan bytt till Kungsholmsdoktorn. Den hälso- och sjukvård som är på daglig verksamhet är oftast att överlämna lunchläkemedel. Dokumentation angående det som gäller hälso- och sjukvård skrivs idag i ParaSoL. Det är också viktigt att i ParaSol dokumentera ner om arbetstagaren har någon form av skyddsåtgärd, saknas idag. Om det sker en händelse akut, finns en akutpärm med viktig information att tillgå. Enheten arbetar utefter basala hygienrutiner, men som dock inte fullföljs fullt ut på grund av att alla inte använder arbetskläder.

Kriterierna för dokumentation enligt SOSFS 2006:5 är uppnådda.

Åtgärdat genom att verksamheten har visat olika dokument där det framgår hur t.ex en genomförandeplan tas fram och vad som bör stå i den. De har även en lathund för vad som bör finnas med i dokumentation i ParaSol.

Dokumentationen och uppföljning av genomförandeplaner är ett förbättringsområde som kommer att fortsätta att utvecklas. Verksamheten arbetar för detta.

-Verksamheten har presenterat en plan för brandskydd i september 2010. Verksamheten har en brandpärm de fått från brandförsvaret. De har ett brandombud. Den 24 mars 2011 var all personal på en heldags brandskyddsutbildning. Det finns särskilda brandskyddskontrollanter; en eller två anställda personer från varje team. Verksamheten har ett flertal dokument om brandskydd som finns sparade med avtalsuppföljningen under mappen *G/social omsorg/avtalsuppföljningar/uppf daglig verksamhet 2011*.
En organisation för brandskydd finns i verksamheten enligt ovan .

- Verksamheten behöver förtydliga arbetsprocessen med kvalitetsarbetet till nästa uppföljningstillfälle. *Verksamheten har presenterat ett skriftligt Kvalitets- och ledningssystem under hösten 2010, vilket ska uppdateras utifrån nya bestämmelser – avvaktar förvaltningens kommande, övergripande kvalitets- och ledningssystem under hösten 2012.*

- *Skriftlig rutin för Lex Sarah bör kompletteras med gällande lagrum , uppdaterat datum då rutinen upprättades, att Lex Sarah-rapporter ska lämnas till Lex Sarah-ansvarig på stadsdelsförvaltningen, samt med namn på ansvarig person som skrivit rutinen.*

HSL åtgärder:

- Alla medarbetare ska använda de inköpta arbetskläderna. *Viktigt att förstå betydelsen av att följa basala hygienrutiner.*
- Dokumenteras i parasol -*genomförande plan om arbetstagaren har någon form av skyddsåtgärd åtgärd ihop med övriga hjälpmedel.*

Besök i verksamheten. Intervju med enhetschef samt biträdande enhetschef. Besök i lokaler som musikrum, grupprum, gymnastikrum m.fl. och genomgång av för verksamheten aktuella dokument. Samt stickprov på dokumentation av genomförd insats för enskilda brukare.

Polhemsgatans, Tegelladans och Sällhetens stödboenden – socialpsykiatri i egen regi
Verksamheten arbetar utifrån beställningen och så långt som möjligt utifrån de boendes individuella behov och försöker uppmuntra och stärka varje individs egna förmågor.

Det finns plats för 6 boende personer per stödboende, sammanlagt 18 platser Alla platser är belagda. Varje boende person erbjuds två kontaktpersoner. Kontaktpersonens uppgift är att vara huvudansvarig för ett antal boende personer vad gäller stöd och service. Kontaktpersonen har det huvudsakliga ansvaret för planering och uppföljning av insatserna i stödet till den boende. Endast fast anställd personal är kontaktpersoner. Gemensamma måltider och aktiviteter erbjuds vid alla tre stödboenden. Ett motivationsarbete har pågått under året och pågår för att antalet boende som deltar i gemensamma luncher/fika ska öka och flera deltar regelbundet, vilket är en positiv utveckling.
Samtliga boende personer har en aktuell genomförandeplan med planerad uppföljning. Här har en förbättring skett sen föregående uppföljning.

Åtgärdsplan: Vid genomgång av den löpande dokumentationen i ParaSol framkommer att några boende har väl gles dokumentation, en del har ingen journalanteckning under en tvåmånadersperiod. Dokumentationen bör kontinuerligt gås igenom och följas upp.

Rutiner för dokumentation bör ses över och förtydligas. En regelbunden utförardokumentation ska utföras och ge en aktuell bild av den enskildes situation. Se SoL 11 kap 5§ och "Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten" (Socialstyrelsens handbok) samt Stockholms stads riktlinjer avseende utförardokumentation.

Besök i verksamheten av verksamhetsplanerare från Kungsholmens sdf i samverkan med verksamhetsplanerare från Norrmalms sdf. Syftet är att utveckla och förbättra uppföljningsmetoderna. Samtal med enhetschef och samordnare. Genomgång av för verksamheten rutiner och aktuella dokument samt genomgång i ParaSol av dokumentationen kring de boende.

Uppföljningarna har genomförts av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Kerstin Callingård och verksamhetsplanerare för social omsorg Matilda Ekström Sundberg avseende gruppboenden och daglig verksamhet. Uppföljning av socialpsykiatriens stödboenden har genomförts av verksamhetsplanerare för social omsorg i samverkan med verksamhetsplanerare Mikael Josephson från Norrmalms stadsdelsförvaltning.