



Dnr 520-017-2006

Sammanträde 31 januari 2006

Till  
Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd

## Tillsyn – gruppboheter och dagliga verksamheter, omsorg om personer med funktionsnedsättning, rapport

---

### Förslag till beslut

Stadsdelsnämnden godkänner rapporten.

Anders Meuller  
stadsdelsdirektör

Gunilla Ljungholm  
vik. avdelningschef

### Sammanfattning

- Samtliga verksamheter präglas av god kvalitet, utifrån socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) med vissa utvecklingsområden. Medarbetarna har ett stort engagemang, ett positivt bemötande mot brukarna och en positiv inställning till sin vårdarroll.
- De dagliga verksamheterna kan sammanfattningsvis sägas hålla en god kvalitet, utifrån SoL och LSS som baseras på ett, för brukarna, varierat utbud av arbetsuppgifter, medinflytande, individuella planer, medarbetarnas utbildningsnivå och dokumentation.
- Utifrån SoL och LSS involveras brukarna på gruppboheter i planeringen. De har inflytande över den individuella planeringen genom t.ex. individuella stöd och serviceplaner och den gemensamma planeringen för gruppboheten t.ex. genom husmöten. Dokumentationen måste anpassas till bestämmelserna i LSS 21 a §. Många av de dokument, regler och rutiner som rör verksamheterna finns redan upprättade men en översyn och systematisering av dem är nödvändig.
- Den medicinska säkerheten på gruppboheter, utifrån hälso- och sjukvårdslagen (HSL), är mycket god och det är väl fungerande verksamheter med engagerade personalgrupper och ledning. Verksamheterna har regler och riktlinjer för en säker hälso- och sjukvård. Samtliga status i hälso- och sjukvården är uppdaterade.
- Stadsdelsförvaltningen och Länsstyrelsen planerar att göra en uppföljning av tillsynen utifrån SoL och LSS under hösten 2006.

---

**Bilagor:** 1. Åtgärdsplan  
2. Beskrivning av verksamheterna som har granskats 2005.  
3. Utflyktsverksamhet sommaren 2005 - rapport

## Ärendets beredning

- Ärendet är utarbetat inom avdelningen omsorg om funktionshindrade. Denna rapport har skrivits av avdelningens utvecklingssekreterare Gunilla Ljungholm, stadsdelens medicinskt ansvarige sjuksköterska (MAS) Britt Block och socialkonsulent Allan Lindquist, Länsstyrelsen.
- Ärendet är anmält i Lokala Handikapprådet 2006 01 23.
- Ärendet är anmält i avdelningsgruppen 2006 01 11.

## Bakgrund

### *Tillsynsansvar*

Länsstyrelsen har med stöd av 26 § LSS tillsynsansvar över verksamheter enligt LSS, såväl i kommunal som i enskild regi. Tillsynsansvaret innefattar två delar – inspektioner (tillsyn) av verksamheterna samt råd och stöd till kommunerna i deras verksamhet.

Stadsdelsförvaltningen har granskat verksamheterna utifrån tillägget i LSS 6 § ”*verksamheten enligt denna lag ska vara av god kvalitet*” och ”*Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras*”.

Stadsdelsförvaltningens utvecklingssekreterare och en socialkonsulent från Länsstyrelsen (fortsättningsvis benämns de stadsdelen resp. Länsstyrelsen) har under perioden maj t.o.m. augusti 2005 gjort en gemensam tillsyn av gruppboendestäder och dagliga verksamheter inom stadsdelen. Sammanlagt har granskningen omfattat 18 olika verksamheter (beskrivning av verksamheterna som granskats se bilaga 2). För att få en helhetsbild av verksamheternas rutiner och för att belysa vissa frågeställningar har dessutom myndighetssektionen besökts. Varje tillsynsbesök varade ca två timmar. Tillsynen har endast genomförts på de kommunalt drivna verksamheterna.

Stadsdelens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) har granskat gruppboendestäderna utifrån HSL och med stöd av Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1998:8, om kvalitetsystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade och SOSFS 1996:24 och i Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården står att ”*det ska vara kontinuitet i uppföljningen och att det ska ske fortlöpande*”.

På Smedshagens korttidshem erbjuds korttidsvistelse till vuxna personer med funktionsnedsättning som bor hemma hos föräldrar eller annan närstående och där behov av avlösning finns. Hälso- och sjukvårdsansvaret har den distriktssköterska där brukaren har sitt permanentboende. Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning har därför inget uppföljningsansvar för Smedshagens korttidshem utifrån HSL.

## Syfte

Syftet med granskningen, utifrån SoL och LSS, var att främja kvalitetsarbetet så att målen i SoL och LSS uppfylls och genom dialog med företrädare för verksamheterna sprida kunskap. Granskningen och resultaten ska också bidra till att utveckla kvalitetssystemen och säkra kvalitén på verksamheterna.

Syftet med granskningen utifrån HSL var att kontrollera att gällande lagar, författningar och medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) riktlinjer för hälso- och sjukvården följs.

## Genomförande

Tillsynen, utifrån SoL och LSS, har genomförts av stadsdelen och Länsstyrelsen gemensamt men med olika mätinstrument. Utifrån verksamheternas dokumentation har stadsde-

len granskat om det finns rutiner för att insatserna utformas utifrån brukarnas behov och önskemål, om brukarna har möjlighet att påverka innehållet i verksamheten och verksamheternas förslag till kvalitetsgarantier. Granskningen har även omfattat rutiner för medarbetarnas möjlighet till inflytande och delaktighet på arbetsplatsen.

Länsstyrelsen har använt ett frågeformulär som genom förvaltningens försorg har sänds ut till samtliga verksamheter. Frågeformuläret har besvarats av verksamheternas biträdande enhetschefer. Till frågeformulären har bifogats verksamhetens verksamhetsplaner och kvalitetsgarantier för 2005. Vid tillsynsbesöket fördes ett samtal med någon/några vårdare. I några fall var biträdande enhetschefen närvarande.

Länsstyrelsens formulär berör allmänna frågor om verksamheten, beskrivning av boendet/dagliga verksamheten, frågor kring personalen samt avslutningsvis två öppna frågor om vad verksamheten själva tycker fungerar bra och vilka utvecklingsområden man har identifierat.

Besöken har avslutats med en gemensam diskussion tillsammans med den/de som deltagit från verksamheten, stadsdelen och Länsstyrelsen, där gavs tillfälle till utbyte av erfarenheter, lärande och diskussioner omkring utvecklingsåtgärder.

Vid denna tillsyn genomfördes inga planerade samtal med brukarna. Spontana kontakter skedde dock vid besöken. I några fall fanns det brukare hemma i gruppboenden som då var förberedda på besöket. På daglig verksamhet förekom inga spontana kontakter med brukarna.

Uppföljningen utifrån HSL har genomförts på samtliga gruppboenden i Hässelby-Vällingby och beretts av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Endast de kommunalt drivna gruppboendena i Hässelby och Vällingby har följts upp.

Uppföljningen är gjord genom intervjuer med ansvarig sjuksköterska, biträdande enhetschefer och vårdare. Uppgifterna som redovisas bygger på information från respektive ansvarig sjuksköterska och respektive bitr. enhetschef och vårdare från varje gruppboende och besök på samtliga verksamheter. Vissa brukare har stora omvårdnadsbehov och kräver olika sjuksköterskeinsatser. Avdelningschef, enhetschef och sjuksköterska har beretts tillfälle till sakgranskning.

## **Bedömning**

### *Brukarnas inflytande*

Enligt 6 § LSS skall den enskilde ”i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över de insatser som ges”. Länsstyrelsen bedömer utifrån de samtal som fördes vid tillsynsbesöken, att verksamheterna generellt arbetar efter lagens intentioner. Det gäller både involvering av den enskilde i den individuella planeringen och den kollektiva planeringen för t ex gemensamma aktiviteter.

I insatsen ”bostad med särskild service” ingår förutom omvårdnad också fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter. För att den enskilde skall kunna uppnå goda levnadsvillkor förutsätts att den enskild också får sina behov och önskemål om individuella aktiviteter tillgodosedda. Lagstiftaren har dock inte angivit någon nivå för insatsen utan den enskildes behov skall vara styrande. Länsstyrelsens tillsyn visar att personalen i stor utsträckning försöker tillgodose behovet av individuella aktiviteter genom planering/ändringar i sitt schema. Se bilaga 3 ”Rapport utflyktsverksamhet sommaren 2005”. Utflyktsverksam-

heten är inte en del av tillsynen. Bifogas som en redovisning över vidtagna åtgärder för att öka brukarnas möjligheter till fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter.

Stadsdelens granskning, utifrån SoL och LSS, visar att alla verksamheter har rutiner där man utifrån individens individuella behov, önskemål och intressen gör en planering som regelbundet följs upp t.ex. de individuella stöd och serviceplanerna. Beroende på verksamhetens inriktning och brukarnas utvecklingsnivå har man olika former för att ge brukarna möjlighet att påverka verksamhetens innehåll t.ex. på husmöten och i dagcenterklubb. Vad som tas upp och på vilket sätt olika frågor tas upp, anpassas till brukarnas möjlighet att vara delaktiga. Hur mötena dokumenteras varierar, på några verksamheter för t.ex. brukarna själva protokoll på andra skrivs protokollen med teckenstöd.

Brukare/närstående har möjlighet att påverka verksamheternas förslag till kvalitetsgarantier under den dialog som senast under oktober månad förs på alla verksamheter. Dialogen förs på olika sätt, på anhörig/närståendemöten, individuellt med brukare/anhöriga/närstående eller vid ett öppet hus. Vilken mötesform man väljer kan t.ex. bero på önskemål från brukare och om verksamheten brukar ha gemensamma anhörig/närståendemöten.

#### *Boendet - Lokaler*

Samtliga verksamheter ligger väl integrerat i ordinära bostadsområden med närhet till kommunikationer och service. Samtliga utom en gruppbostad för vuxna är fullvärdiga avseende lägenhetsstandard för den enskilde. Det finns god variation i utformningen av gruppbostäderna, friliggande villor och lägenheter (se bilaga 2).

För att förebygga brand krävs ett systematiskt brandskyddsarbete där brandskyddspolicy och utbildningsinsatser är viktiga delar. 14 av 17 verksamheter har skriftliga rutiner för introduktion av nya medarbetare. I samtliga 14 ingår brandskyddsinformation.

#### *Dokumentation*

Från och med 2005 07 01 finns krav på dokumentation införd i LSS 21 a §. Några föreskrifter eller allmänna råd finns ännu inte att tillgå.

På tre (av totalt fyra) dagliga verksamheterna sker dokumentationen på ett oklanderligt sätt och kan därför tjäna som goda exempel.

Vid tillsynen konstaterades att samtliga gruppbostäder måste anpassa sin dokumentation till de nya bestämmelserna i LSS-lagen, både vad gäller förvaring eller på vilket sätt man dokumenterar. Det förekom att noteringar fördes slentrianmässigt, ibland i en för boendet gemensam bok, ibland i gemensamma dagböcker. Vid någon verksamhet förvarades dessa i kök eller allmänna utrymmen. För övriga verksamheter gällde att dokumentationen för-varades i låsbart utrymme. Trots att det vid inledningen av tillsynen saknades stöd i lag och förordning enl. LSS för dokumentation, anser Länsstyrelsen att det finns fog för kritik.

Sjuksköterskans dokumentation sker enligt VIPS – modellen (Välbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet). Samtliga status var uppdaterade och fullständiga. Brukare med hälsoproblem har en individuell plan dokumenterad i omvårdnadsjournalen hos sjuksköterskan. Journalerna förvaras inlåsta på Ekeby där sjuksköterskorna har sitt tjänsterum.

### *Kvalitetssystem*

Från och med 2005 07 01 har en kvalitetsbestämmelse införts i LSS. Genom en ny lydelse av 6 § sägs att ”*verksamheten enligt denna lag skall vara av god kvalitet*”. Vidare skriver lagstiftaren att ”*Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras*”. Vad som är god kvalitet kan varken entydigt eller objektivt fastslås. Här måste alltså ett utvecklingsarbete ha sin utgångspunkt i att det finns en överensstämmelse med målen för verksamheten och att verksamheten följer bestämmelser i LSS.

Många av de dokument, regler och rutiner som rör verksamheterna finns redan upprättade men en översyn och systematisering av dem är nödvändigt för att säkra att den enskildes behov av omsorg, vård och service tillgodoses samt en effektiv användning av verksamhetens resurser.

De flesta verksamheter har någon form av tidsplan/arbetsflöden som styrker de åtaganden och de arbetssätt som finns beskrivna i verksamhetens verksamhetsplan.

### *Personal*

Utbildning – biträdande enhetschef

För den som förestår en gruppbostad med särskild service för vuxna finns i SOSFS 2002:9 5 § angivet att med lämplig utbildning ”*anses en högskoleutbildning som är relevant för att en person ska kunna förestå verksamheten i en gruppbostad*”.

Länsstyrelsen är angelägen om att stadsdelsnämnden verkar för att det finns en ansvarig för verksamhetsområdet gruppbostäder med adekvat utbildningsbakgrund. I föreskriften finns det däremot inte någon gräns för hur många verksamheter den som förestår verksamheten kan ansvara för. Det är dock viktigt att i sammanhanget framhålla att Länsstyrelsen med detta inte har uttalat sig om kvalitén i biträdande enhetschefernas sätt att utöva sitt chefskap.

Utbildning övrig personal

Utbildningsnivån varierar i hög grad mellan de olika verksamheterna. I de dagliga verksamheterna är utbildningsnivån generellt mycket god. På daglig verksamhet arbetar 31 tills vidareanställda. 99.7% har en basutbildning (grundutbildning). Bland gruppbostäderna finns det stora variationer mellan olika verksamheter. Totalt finns 179 tills vidareanställda på gruppbostäder och korttidsboende. 67% har en basutbildning.

De flesta verksamheter har dokumenterade rutiner för introduktion av nya medarbetare men rutinerna behöver uppdateras.

Uppföljningen utifrån HSL visar att personalen är mycket engagerad och ansvarsfull och känner väl till hur de får kontakt med respektive ansvarig sjuksköterska över dygnet. Aktuella telefonnummer finns tillgängliga på alla gruppbostäder.

Ansvarig sjuksköterska har god kännedom om de boendes hälsa. Kommunikationen i hälso- och sjukvårdsfrågor fungerar väl mellan stödperson, sjuksköterska och personal och sker individuellt och vid behov. På enheterna förekommer inga stora hälsoproblem, men många har stora omvårdnadsbehov.

### *Kontinuitet – vikarier*

Vid några av tillsynsbesöken utifrån, SoL och LSS, uppgavs att många anställningar inte var tillsatta. Länsstyrelsen har inte analyserat orsakerna till vakanserna men konstaterar

att ett förhållandevis stort antal vikarier över tiden kommer in i verksamheterna. Det kan vara svårt att upprätthålla kontinuiteten och en god kvalitet när vikarier byts ut. Det uppgavs också att vikarier inte regelbundet deltar på arbetsplatsens personalmöten.

### *Jämställdhet*

Av de anställda är en majoritet kvinnor. Endast två verksamheter har rekryterat ett förhållandevis jämnt antal män och kvinnor. Länsstyrelsen anser inte att begreppet jämställdhet enbart grundar sig på lika antal män och kvinnor i en medarbetargrupp. För att jämställdhet ska kunna uppnås födras en mängd insatser och förändringar på många nivåer i organisationen. Det är däremot viktigt att framhålla vikten av att de boende och arbetstagarna, för sin identifikationsutveckling, får möta stöd från både män och kvinnor.

### *Ålder*

Åldersmässigt finns en relativt god spridning i medarbetargrupperna. Länsstyrelsen konstaterar dock att 24 medarbetare inom en 10-årsperiod uppnår pensionsålder. Vid fyra verksamheter gäller det mellan tre och fyra medarbetare per verksamhet.

### *Arbetsmiljö*

Ett systematiskt arbetsmiljöarbete är en förutsättning för att minimera risker i arbetet. Genom riskanalyser inventerar, åtgärdar och förebygger man risker vilket medför en bättre och säkrare miljö både för personal och boende/arbetstagare. Det pågår ett arbete att göra/aktualisera riskanalyser. De flesta verksamheter har aktuella riskanalyser, på övriga pågår arbetet eller är inplanerat under hösten.

### *Samverkan*

Arbetsplatsträffarna är basen i samverkanssystemet och ett forum för dialog mellan chef och medarbetare på arbetsplatsen. Alla verksamheter har protokollförda arbetsplatsträffar (APT). Det allmänna intrycket är att rutinerna omkring APT fungerar bra, man har en stående dagordning, vet hur man aktualiserar en fråga och har tillgång till protokollen.

## **Gemensamt för alla gruppbostäder utifrån HSL**

### *Kost*

Oftast lagar personalen mat tillsammans med den boende i respektive lägenhet men med undantag vid helger då man kan ha gemensam middag, lunch eller kaffe.

På Nälsta gruppbostad har man oftast gemensam middag men individuell frukost. På barnboendena äter man alltid gemensamt både frukost och middag.

### Måltidsordning

<i>Frukost</i>	<i>Lunch</i>	<i>Middag</i>
Kl. 7.00-8.00	Intas på dagverksamhet, skola i egen lägenhet eller gemensamt.	Kl. 17.00-17.30

### *Hygien*

Personalen använder sina privata kläder. Det finns plastförkläde och handskar vid orent arbete. Det är viktigt med god handhygien när man går mellan de olika lägenheterna och rummen. Speciellt vid matlagning och annan hantering av livsmedel. Det finns även tillgång till pappershandduk, flytande tvål och handdesinfektionsmedel. Plastförkläden att använda vid orent arbete.

Omvårdnad 2005 för samtliga gruppboendestäder

Diabetes	3 st, 2 med inj., 1 med kostbeh.
Hepatit	0
MRSA	0
Epilepsi	19
Trycksår	0
Övriga sår	0
Kvarliggande kateter	4 st. med pegsond
Inkontinens	30
Faecesinkontinenta	23

Inkontinenshjälpmedel förskrivs individuellt och utprovas av leg. sjuksköterska.

*Tandvård*

De boende har tillgång till tandläkare och de har tandvårdsstödsintyg. Ungdomar under 20 år har gratis tandvård.

*Fotvård*

Det finns tillgång till fotvård för de som behöver.

*Delegering*

Sjuksköterska har delegerat till vårdarna att överlämna läkemedel från iordningställd dosett eller apodos och att ge vid behovsläkemedel efter kontakt med sjuksköterska. Delegationerna är personliga, skriftliga och tidsbestämda. All personal får undervisning och information angående aktuella läkemedel inför delegation. Det finns sammanlagt 98 delegeringsbeslut från sjuksköterska i Hässelby och 126 delegeringsbeslut från sjuksköterska i Vällingby. Hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegering från paramedicinsk personal utförs inte.

*Läkemedelshantering*

De boendes läkemedel förvaras i separata medicinskåp i lägenheterna. De flesta behöver hjälp med sina läkemedel. Det finns signeringslistor för både iordningställda läkemedel och för de läkemedel som ges vid behov. Personal tar alltid kontakt med sjuksköterska innan vid behovsläkemedel skall ges om den boende inte har egenvårdsintyg. Granskning av läkemedelshanteringen som apoteket utför är inte genomförd vid uppföljningstillfället. Bör utföras under år 2006.

*Läkarkontakter sjuksköterska*

De boende är listade på Hässelbygårds vårdcentral, Vällingby vårdcentral, Räcksta husläkarmottagning, Västervården, specialistläkare och hos egna husläkare. Sjuksköterskan kontaktar läkaren vid behov. Regelbundna hälsokontroller förekommer ibland och vid behov ca. 1 gång per år. Informationen mellan läkare och stadsdelens sjuksköterska fungerar bra. Akuthjälp erhålles alltid.

*Frihetsinskränkning som t.ex. bälte eller grindar*

Förekommer där ordination finns från läkare eller sjuksköterska.

*Avvikelsehantering*

Rutinerna för avvikelserapportering enligt HSL är kända av all personal och riktlinjer finns och följs.

*Anmälningsskyldighet då en person som omfattas av LSS skadas i samband med verksamheten*

Riktlinjer finns och följs.

*Medicintekniska produkter*

Samarbete med Habiliteringscenter Järva för vuxna och Habiliteringscenter Norrtull för barn är etablerat vad gäller paramedicinska insatser. Det finns rutiner för underhåll och kontroll. Detta ansvarar stödperson och bitr. enhetschef för som t.ex. tippbräda och epilepsilarm.

### **Verksamheternas egna kommentarer utifrån tillsynen SoL och LSS**

*Områden som uppges fungera bra*

Många verksamheter, både boende och daglig verksamhet tar upp den duktiga och lojala personalen som en tillgång. Det finns uppenbarligen många verksamheter där kommunikationen är öppen och där man också upplever en bra relation med boende och anhöriga/-företrädare. Vidare anges möjlighet till påverkan i planering av verksamheten, delaktighet och samarbete. Flera har svarat att rutinerna fungerar bra. En verksamhet inom daglig verksamhet lyfter själva fram att man anser att dokumentationen fungerar bra.

*Utvecklingsområden i boendet*

Fem enheter har tagit upp problem att rekrytera dels utbildad/kompetent personal och samtidigt att kunna locka yngre sökande. Några enheter anger att det ”spretar” i gruppen när det gäller kompetensen. Hög omsättning i personalgruppen och en stor andel medarbetare med låga tjänstgöringsgrader anges också som ett utvecklingsområde.

En enhet anser att det är för hög arbetsbelastning för bitr. enhetschef. Vidare att sparkraven är för höga.

*Utvecklingsområden i daglig verksamhet*

Här anger man behov av utveckling av arbetsuppgifterna för arbetstagarna men också brukarnas delaktighet. Man tar också upp kompetensutveckling t.ex. åldrande och autism bemötande av utåtagerande beteende men också att få utveckla dokumentationen.

### **Möte med handläggarna**

Vid ett antal enheter uppfattade tillsynsansvariga, utifrån SoL och LSS, att det fanns kritiska synpunkter på hur uppföljningen från handläggarna genomfördes. Främst angavs att det gick lång tid mellan uppföljningarna samt att det var verksamheterna som ofta fick ta initiativet till en uppföljning.

Dessa synpunkter gav tillsynsansvariga anledning att initiera ett möte med handläggargruppen vilket skedde 2005 08 25. Vid mötet deltog också den dåvarande sektionschefen. En konstruktiv diskussion fördes kring uppföljning av verkställighet av beslut med mera. Samtalet kom också att kretsa en del kring revisorernas rapport och vilka effekter den fått. Med hänvisning till den arbetsmängd som vilat på handläggarna finns en förklaring till en nedprioritering av uppföljningarna.

Länsstyrelsen noterar att en fortsatt utveckling av hur beställningarna till produktionen överlämnas/kvitteras/följ upp behöver vidareutvecklas.



**Uppföljning av SoL och LSS**

Att de utvecklingsområden som framkommit under tillsynen blivit åtgärdade planeras att följas upp av Kommun och Länsstyrelsen under hösten 2006.

-----