

Kansliet
Mari-louise Brunstedt
Eva Norberg

Uppföljning av gruppboenden Bokstigen 2

Sammanfattning

Rapporten redovisar resultatet av en uppföljning genomförd den 1 november 2016 av gruppboenden Bokstigen 2 på beställning av avdelning funktionsnedsättning.

Verksamheten bedöms till stora delar arbeta utifrån ett systematiskt kvalitetsarbete, dock behöver åtgärder göras enligt bifogad förbättringsplan. Hälso- och sjukvården bedöms som säker och god, dock kan bristande rutiner och kommunikation innebära en ökad risk.

Uppdrag

Att utifrån en utformad uppföljningsmodell innehållande krav från lagstiftning, föreskrifter, riktlinjer och andra styrdokument göra en bedömning av verksamheten.

Syfte

Modellen syftar till att systematisera uppföljningar av utförande verksamheter på förvaltningen. Resultaten av uppföljningen ska användas i ett förbättringsarbete i verksamheten.

Genomförande

Utvecklingsledare och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har gjort ett föransmält besök på enheten där t.f. enhetschef, samordnare och en personal deltog. LSS-handläggare är tillfrågad och meddelar att hen ännu inte besökt enheten och att det inte har inkommit några synpunkter från anhöriga eller företrädare. Även Teamet för stöd och hälsa som ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatserna på boenden och daglig verksamhet inom Haninge



kommun har tillfrågats, se under rubriken hälso- och sjukvård. Journalgranskning har gjorts via stickprov i ett antal slumpvis valda journaler, se vidare underrubriken dokumentation.

Tidigare uppföljningar

Förvaltningen genomförde 2013 en uppföljning av utförande verksamheter inom LSS där förbättringsområden framkom gällande utbildning i lex Sarah samt dokumentation.

Vid denna uppföljning framgick att förbättringar genomförts på båda punkterna, se under respektive rubrik.

Beskrivning av verksamheten

Gruppboenden finns i Västerhaninge på Bokstigen 15 i ett hyreshus på plan två. Det är gångavstånd till Västerhaninge centrum med pendeltåg och bussförbindelser. Vid besöket var det svårt att komma in på gruppboendet när porttelefonen inte fungerade och porten var låst. Utanför porten finns ingen information om hur man kommer i kontakt med personalen på boendet (se förbättringsplan). Efter besöket har det framkommit att man som besökare till gruppboendet måste ringa förmedlingstjänst eller skicka SMS.

Det bor sex personer på gruppboendet, fyra kvinnor och två män, i åldern 33 till 68 år med lindrig till måttlig utvecklingsstörning. En person är över 65 år så hen är hemma på boendet under dagtid. Vid besöket träffade utvecklingsledare och MAS två personer som bor på gruppboendet i de allmänna utrymmena och de var intresserade av vårt besök. När personerna har hörselnedsättning, var det inte möjligt att kommunicera verbalt.

Gruppboendet har bemanning dygnet runt, på natten med sovande jour (se förbättringsplan). Enhetschefen ansvarar för tre enheter och har adekvat högskoleutbildning i form av socionomexamen. Hen har fem års chefserfarenhet. På boendet arbetar sex döva teckenspråkskunniga tillsvidareanställda, fem har titeln stödassistent och en boendestödare. Det finns sju timanställda som ersätter ordinarie personal vid frånvaro.

I genomsnitt är sjukfrånvaron i verksamheten 12,9 procent januari – november 2016.

Enheten har vid besöket inget behov av handledning utöver Teamet för stöd och hälsas kompetens.

När gruppbestadens tillsvidareanställda personal har hörselnedsättningar eller är döva finns hjälpmedel för att göra personalen uppmärksam på om någon boende behöver stöd. Exempelvis vid sovande jour finns ringklocka på personaldörren som är kopplad till ett larm som gör att sängen vibrerar. Samma form av hjälpmedel är kopplat till brandlarm, telefon och dörrklocka. Övriga hjälpmedel för personal som inte är hörande finns i form av signalsystem hos boende och larmmattor som signalerar om boende kliver upp ur sin säng.

Gemensamhetslokalerna

Vid besöket var utvecklingsledares och MAS upplevelse att det gemensamma utrymmet var slitet och även ett generellt intryck av hela verksamhetens lokaler. Det fanns köksmöbler, soffa samt TV i det gemensamma utrymmet samt ett gemensamt "mysrum" med fåtölj för samtal och socialt umgänge. Utrymmena på gruppbestaden upplevdes som trånga med tanke på de hjälpmedel som några av de boende hade i form av exempelvis gåbord. Vid samtal med ordinarie enhetschef framgår att hen tidigare har påtalat trånga utrymmen och att verksamheten är mindre bra planerade utifrån mål-gruppens behov. I detta sammanhang har hen framfört önskemål om ombyggnad.

Dock har besked från ansvariga för byggnation varit att det inte är möjligt på grund av exempelvis bärande väggar med mera. Personal uppger att det gemensamma utrymmet används utifrån de boendes önskemål, exempelvis att umgås, titta på TV, gemensamma måltider och fika.

Hälso- och sjukvård

Vid besöket uppger samordnare att personalen är väl förtrogen med avvikelshantering. Vidare uppger de att MAS riktlinjer samt lokala rutiner ingår i introduktionen av nyanställda. Samtliga i personalgruppen har delegering. Man kontaktar Teamet för stöd och hälsa vid behov. Vid besöket framkommer dock att

personalen inte är helt för-trogen med hur avvikelshantering och fallrapporter fungerar (se förbättringsplan).

Vidare framkommer att man inte alltid kontaktat sjuksköterska vid fall och förändringar i hälsotillstånd. MAS informerar om att man alltid ska kontakta sjuksköterska i dessa fall. Det har under året inkommit fyra avvikelser gällande läkemedelshantering samt två fallrapporter.

Vid samtal med Teamet för stöd och hälsa framgår att personalen ofta tar kontakt med dem och att de har regelbundna möten tillsammans (en gång per månad). De har idag insatser i form av arbetsterapeut, sjukgymnastik och sjuksköterska. Teamet för stöd och hälsa upplever att det ibland kan uppstå svårigheter i kommunikationen med personalen, men det är inget som har påverkat omvårdnaden av de som bor på gruppboenden.

Utvecklingsledare och MAS bedömer att det finns behov av översyn för hur kommunikationen kan fungera bättre (se förbättringsplan).

Basala hygienrutiner

All personal har deltagit i Teamet för stöd och hälsas grundutbildning i basala hygien-rutiner och har skrivit under det personliga hygienansvaret.

Deltagande personal uppger att all personal genomför webbutbildningen för basala hygienrutiner årligen via kunskapsguiden

(<http://www.kunskapsguiden.se/utbildning/Basala-hygienrutiner/Sidor/default.aspx>). Man

använder skyddskläder i form av förkläden av plast, handskar och handsprit vid behov. Verksamheten använder inte arbetskläder vid besöket. MAS och utvecklingsledare

informerar om föreskrifterna SOSFS 2015:10 angående arbetskläder för att säkerställa att den är känd i verksamheten och informerar att en bedömning ska vara gjord av ansvarig enhetschef.

Munhälsa

Alla har erbjudits munhälsobedömning, men tackat nej. Alla har en fungerande tandläkarkontakt.

Dokumentation

I genomförd uppföljning 2013 framkom behov av utbildning inom området dokumentation. Verksamheten dokumenterar nu i verksamhetssystemet Combine. Alla boende har en genomförandeplan som beskriver de mål som LSS-handläggaren har uppgett med insatsen, dock är en del gamla och behöver uppdateras och skrivs under av boende eller dess företrädare. I genomförandeplanerna framgår vad som ska göras och vilka aktiviteter som ska genomföras.

Alla boende har egna individuella pärmar (gröna pärmen) som stödpersonen ansvarar för. Pärmen förvaras på kontoret och innehåller all information kring insatstagaren (bland annat arbetsanteckningar, genomförandeplan och metodblad). Arbetsanteckningarna kasseras när överföring har gjorts till journalanteckningarna i verksamhetssystemet Combine. Stickprov visade ordning och reda gällande upprättade genomförandeplaner med tillhörande journalföring. Dock ser Utvecklingsledare och MAS ett fortsatt behov av kunskaper om hur dokumentationen ska utformas, förslagsvis en genomgång av dokumentet "lathund rutin social dokumentation" som är framtagen på avdelningsnivå (se förbättringsplan).

Mat och måltider

På Bokstigen 2 lagar alla sin mat i den egna lägenheten och äter även måltiderna där. Alla väljer själva när och vad de ska äta. På söndagar ges möjlighet till gemensam middag för de som vill. Enligt medarbetaren som deltar under besöket har personalen goda kunskaper om matlagning. Det finns skriftlig dokumentation kring varje enskild boendes mathållning om det finns råd om särskild kost, exempelvis diabetes. Alla boende kan själva inta vätska.

Aktiviteter

Alla erbjuds individuellt utformade aktiviteter utifrån önskemål och att delta i gemensamma aktiviteter, exempelvis "Friskis o svettis" och bowling regelbundet. Många av de som bor på gruppboendestaden spelar bowling och det

är därför en populär aktivitet.

Verksamheten dokumenterar erbjudna aktiviteter och genomförda aktiviteter.

Privata medel

Det finns en avdelningsövergripande rutin om hantering av privata medel som används och är känd i verksamheten. Verksamheten tycker att rutinen fungerar bra. Stickprov har genomförts av hanteringen av privata medel under besöket och var utan anmärkning.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

I arbetet med kvalitet ingår att arbeta långsiktigt, målmedvetet och systematiskt med förbättringar. I arbetet ingår exempelvis rutiner, arbetsmetoder, uppföljningar, brukarundersökningar, förbättringsplaner och lex Sarah.

Beskrivning av verksamhet

Det finns en skriftlig beskrivning av verksamheten i kvalitetsledningssystemet, dock inte känd i verksamheten (se förbättringsplan). I den beskrivningen ingår vilka krav och mål som finns på verksamheten utifrån gällande lagstiftning. En genomgång kommer att göras på arbetsplatsträff (APT) under februari 2017 av beskrivning av verksamhet samt de lagrum som styr verksamheten.

När ny boende flyttar in

Det finns ingen känd skriftlig rutin för hur det ska gå till när någon flyttar in på gruppboenden. Utvecklingsledare och MAS informerar om att det finns en rutin på avdelningen om det skulle bli aktuellt med en ny hyresgäst på boendet. Information kommer att ges på APT och efter det förvaras i den gula introduktionspärmerna för nyanställda.

Lex Sarah

Det har inkommit två lex Sarahrapporter under 2016 som handlat om händelser kring kommunikation och rutiner. Samordnare och personal uppger att de känner till den lex Sarahrutin som är förvaltningsövergripande. Utvecklingsledare skickar uppdaterad rutin till tillförordnad enhetschef och rutinen ska tas upp på kommande arbetsplatsträff (APT).

Brukarundersökning

En brukarundersökning genomfördes 2014 med frågeställningar hämtade från Haninge kommuns kvalitetspolicy. Det gemensamma resultatet för alla gruppboendestäder var att förbättringar behövde göras gällande hur man som boende får kontakt med personal och vem man ska kontakta om en personal inte är snäll. Ett arbete pågår med upprättad åtgärdsplan.

Delaktighet och inflytande

Enheten har brukarmöten varje vecka där det ingår att prata om hur det är på gruppboendestaden och att planera kommande helgs aktiviteter. Mötet dokumenteras i form av minnesanteckningar som sedan går igenom på kommande möte. Minnesanteckningarna förvaras på kontoret.

En modell Forum Carpe förespråkar för delaktighet är Delaktighetsmodellen. Det är en modell som bygger på dialog (delaktighetsslingor som förs brukare för sig och personal för sig innan alla träffas för ett gemensamt samtal). Alla samtal leds av vägledare som inte är personal till de boende på gruppboendestaden. Inom socialförvaltningen i Haninge kommun finns ett flertal utbildade vägledare som är utbildade genom Forum Carpe för uppdraget. En delaktighetsslinga centreras kring ett särskilt vardagligt tema med intresse för de som bor på gruppboendestaden. Bokstigen 2 har ännu inte påbörjat arbetet med delaktighetsmodellen, men kommer att göra det under 2017. Utvecklingsledare och MAS informerar om fördelarna i modellen.

Begränsningsåtgärder

Inom utförande verksamheter LSS får det inte förekomma frihetsinskränkningar eller begränsningsåtgärder i form av exempelvis larm, grindar, bälten, lås på lådor eller skåp utan kontakt med sjuksköterska, sjukgymnast eller arbetsterapeut. Enhetens personal har kännedom om upprättad lokal rutin och har följt den. Man uppger vid besöket att den begränsning som förekommer är att man stänger av vattenkranar i det gemensamma köket och i en av lägenheterna. Detta när det annars finns risk för att en av de boende intar för mycket vatten då hen inte

kan begränsa sitt vattenintag. Det finns ett samtycke till åtgärden och den boende har vätskelista för att säkerställa att hen får i sig lagom med vätska. Detta följer Socialstyrelsens rekommendationer att åtgärder får förekomma under vissa förutsättningar. Det ska innebära fara för liv och hälsa, det ska finnas ett samtycke och det ska säkerställas att personen får behovet uppfyllt, i detta fall vätsketillförsel. Bedömningen är att dessa förutsättningar är uppfyllda och att begränsningsåtgärden kan användas i verksamheten.

Synpunktshantering

Det framkom i brukarundersökningen 2014 att ett förbättringsområde är att informera brukare om hur man kan lämna synpunkter. Det fanns vid besöket ingen synlig information om möjligheten att lämna in synpunkter via C2 i entrén (se förbättringsplan).

Utvecklingsledare och MAS efterfrågar dokumentation på inkomna synpunkter som tas upp på APT. Enligt ansvarig för C2 på socialförvaltningen har det inte inkommit några synpunkter under 2016.

Kompetens

All tillsvidareanställd personal har en kompetensutvecklingsplan. Planen innehåller planerade behov eller önskemål på kompetenshöjning utefter uppkomna behov. Det kan handla om specifika kurser, med mera. Vid behov tar verksamheterna även stöd av

Resursteamet. Enhetschefen ingår i ett nätverk med andra kommuner som har gruppbestäder med liknande målgrupp. Nätverket planerar för gemensamma utbildningar för personal som arbetar med målgruppen utvecklingsstörning med tillägghandikappet hörselnedsättning över kommungränserna.

I socialstyrelsens skrift SOSFS 2014:2 framgår vilka kunskaper som behövs hos personal som ger stöd och service enligt LSS till personer med funktionsnedsättning. Forum Carpe har utifrån denna skrift tagit fram ett bra material kring yrkeskraven som kan användas i verksamheter för personalgrupper. Enheten planerar att arbeta med materialet 2017.

Introduktion av nyanställda

Alla nyanställda får en så kallad arbetsplatsintroduktion. I introduktionen ingår en skriftlig introduktion "Gula pärmen". I "gula pärmen" ingår generell information för "dig som arbetar på gruppbostad". I detta ingår exempelvis krav och mål för verksamheten, tystnadsplikt, sekretess, dokumentation, handlingsplaner, med mera. Samordnaren följer alltid upp hur introduktionen varit och om det är något den nyanställde saknar eller behöver mer av.

Handlingsplaner

- Handlingsplan för bemanning vid oväntade situationer.
- Handlingsplan för att hantera kriser och allvarliga händelser.
- Handlingsplan för hot och våld.
- Individuella handlingsplaner.

Rutiner och riktlinjer

- Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) riktlinjer.
- Rutin basala hygienrutiner.
- Rutin för hantering av privata medel.
- Rutin för arbetet med hot och våld.
- SOSFS:ar

Individuella riskbedömningar

Enheten arbetar med att göra individuella riskbedömningar som omfattar insatstagarens hela livssituation på boendet. Det kan handla om hur en negativ händelse inte ska upprepas. Utifrån bedömningen upprättas en individuell handlingsplan som förvaras i insatstagarens egna gröna pärm. Handlingsplanerna följs upp regelbundet eller vid behov.

Stöd med kommunikation i det pedagogiska arbetet

Enheterna samarbetar med Teamet för stöd och hälsa för att hitta stöd i det pedagogiska arbetet gällande kommunikation. Teamet för stöd och hälsa uppger vidare att personalen på Bokstigen 2 har goda kunskaper om kognitiva hjälpmedel och att de använder dessa i de boendes vardag.

Samverkan med daglig verksamhet

Det finns vid besöket en fungerande samverkan med den dagliga verksamheten. Det är den boendes stödperson som har kontakt med den dagliga verksamheten på individnivå.

Slutsats

Intrycket av verksamheten den 1 november var en verksamhet med behov av ett flertal förbättringar, se bifogad förbättringsplan. Verksamheten bedöms till stora delar arbeta utifrån ett systematiskt kvalitetsarbete, dock behöver åtgärder göras enligt bifogad förbättringsplan. Hälso- och sjukvården bedöms som säker och god, dock kan bristande rutiner och kommunikation innebära en ökad risk.

Intrycket av verksamheten är att lokalen har ett visst renoveringsbehov. Lokalerna var trånga med tanke på de hjälpmedel de boende har behov av. Vidare upplevde MAS och utvecklingsledare att det var svårt att få kontakt med gruppboenden när porten var låst och porttelefonen inte fungerade samt att det saknades hänvisning om hur man kom i kontakt med personalen på gruppboenden. En ny uppföljning av verksamheten kommer att genomföras under maj 2017 för att säkerställa att åtgärderna är genomförda.