

Kansliet

Mari-louise Brunstedt

Eva Norberg

Uppföljning av Bersåns gruppbostad

Sammanfattning

Rapporten redovisar resultatet av en uppföljning genomförd den 23 mars 2017 av

Bersåns gruppbostad på beställning av avdelning funktionsnedsättning. Verksamheten bedöms arbeta utifrån ett systematiskt kvalitetsarbete och uppfyller alla krav som ställs utifrån framtagen uppföljningsmodell. Hälsa- och sjukvården bedöms som säker och god.

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. Resultatet av uppföljningen ska användas i förbättringsarbetet i verksamheten.

Genomförande

Utvecklingsledare och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har genomfört ett förannmält besök på enheten och träffat enhetschef och samordnare. Synpunkter har inhämtats från ansvarig LSS- handläggare och Teamet för stöd och hälsa som ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatserna på boenden och daglig verksamhet enligt LSS inom



Haninge kommun, se hälso-och sjukvård. LSS-handläggaren uttryckte att det fungerar bra utifrån uppföljningar och inkomna genomförandeplaner. Många av de boende är nöjda med personalstödet. Journalgranskning utfördes via stickprov och var utan anmärkning.

Tidigare uppföljningar

Förvaltningen genomförde 2013 en uppföljning där förbättringsområden generellt gällande utbildning i lex Sarah samt dokumentation identifierades. Vid denna uppföljning framgick att förbättringar genomförts på båda punkterna, se under rubrik lex Sarah.

Beskrivning av verksamheten

Bersåns gruppboende är ett särskilt boende som ligger på bottenvåningen i ett flerfamiljshus med bostadsrätter. Det är nära till kommunikationer och cirka fem minuters promenadavstånd till Handens centrum. Här bor sex personer i åldrarna 25 till 55 år varav två är kvinnor och fyra är män med diagnoser som schizofreni, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, autism och måttlig utvecklingsstörning.

Enhetschefen arbetar 25 procent på enheten och har lång chefserfarenhet av att arbeta både med målgruppen samt boendeformen. Enheten har en samordnare som arbetar 33 procent på denna enhet samt resterande tid som samordnare på två andra enheter.

På boendet arbetar sex tillsvidareanställda. Samtliga har titeln stödassistent. Det finns tre timanställda som arbetar vid behov, vid till exempel semestrar. Alla tillsvidareanställda har en utvecklingsplan. Korttidssjukfrånvaron är 1,77 procent. Det finns ingen låntidssjukfrånvaro.

Enheten har inte handledning regelbundet, men har regelbunden kontakt med Teamet för stöd och hälsa.

Gemensamhetslokalerna

Gemensamhetsutrymmet ger intryck av en hemlik miljö och används utifrån de boendes behov för egna eller gemensamma aktiviteter när de så önskar.

Utanför köket finns en uteplats där man odlar grönsaker på sommaren. Utrymmena är välstädade vid besöket. MAS och utredare anser att det finns ett visst renoveringsbehov, speciellt tak och väggar i köket skulle behöva målas om.

Hälso- och sjukvård

Enhetschef och samordnare berättar att personalen är väl förtrogen med hur avvikelser skrivs och hanteras. En avvikelse har inkommit under 2017 gällande att medicin inte delats ut vid rätt tidpunkt utan glömts bort. Avvikelsen har hanterats enligt rutin. Ingen fallrapport har inkommit under året. Teamet för stöd och hälsa tycker att samarbetet med enheten fungerar bra. Teamet medverkar på personalmöten några gånger per år. Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) riktlinjer samt lokala rutiner ingår i introduktionen av nyanställda. Alla i personalgruppen har delegering. All medicin är inlåst i medicinskåp i personernas egna lägenheter. Hälso- och sjukvården bedöms som säker och god.

Basala hygienrutiner

All personal har deltagit i Teamet för stöd och hälsas grundutbildning i basala hygienrutiner. All personal har skrivit på ett personligt hygienansvar. På enheten använder man skyddskläder vid behov i form av förkläden av plast, handskar och handsprit. Sedan senhösten 2016 används även arbetskläder i verksamheten.

Munhälsa

Samtliga brukare har blivit erbjudna munhälsobedömning och alla har tackat nej. Alla har regelbunden kontakt med tandläkare. Personalen följer med vid tandläkarbesöket och får information från tandläkare eller tandhygienist om hur munhälsan ska skötas.

Dokumentation

Verksamheten dokumenterar i verksamhetssystemet Combine. Arbete med delaktighet fungerar bra i boendet och alla genomförandeplaner är framtagna tillsammans med och påskrivna av den boende. Uppföljning har gjorts på samtliga genomförandeplaner.

All information om insatstagaren, arbetsanteckningar, genomförandeplan och metodblad samlas i en grön pärm som förvaras inlåst. Arbetsanteckningarna kasseras när överföring har gjorts till journalanteckningarna i dokumentationssystemet Combine. Stickprov har genomförts i journaler och var utan anmärkning.

Mat och måltider

Alla boende väljer själva vad och när de vill äta. De är med vid planeringen av måltiderna och inköp av mat. Oftast lagar de mat med stöd av personal och äter i sin lägenhet.

I samband med helger och storhelger lagar de som önskar mat tillsammans och äter i det gemensamma köket. Enligt enhetschefen har personalen grundläggande kunskaper om matlagning. Alla boende kan inta vätska och mat på egen hand varför det inte är aktuellt med rutiner för nattfasta.

Aktiviteter

Alla på boendet har egen tid med personal för att kunna genomföra personliga aktiviteter. De har individuella önskemål som till exempel att bo på hotell, åka på kryssning eller bowling. Verksamheten erbjuder även gemensamma aktiviteter, till exempel går några tillsammans på Onsdagsklubben. Utförda aktiviteter dokumenteras och är kopplade till möjligheten att delta aktivt i samhällsliv, kulturliv och personliga önskemål utifrån individuella intressen.

Privata medel

Avdelningsövergripande rutin för hantering av privata medel är känd i verksamheten och överenskommelser över hur hanteringen ska skötas finns med alla brukares företrädare.

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.

Det finns en skriftlig beskrivning av verksamheten där det framgår vilka krav och mål som finns på verksamheten utifrån lagstiftning.

Egenkontroll

Egenkontroll för 2016 är genomförd.

När ny boende flyttar in på boendet

Det finns skriftliga rutiner för hur det ska gå till när någon flyttar in på gruppboendestaden. En person flyttade nyligen in och rutinen fungerade bra. Boende som flyttar in får muntlig och skriftlig information som är anpassad vid behov. Teamet för stöd och hälsa kontaktas alltid när en ny boende ska flytta in.

Lex Sarah

En förvaltningsgemensam rutin finns på intranätet. Rutinen går regelbundet igenom på APT och är känd hos personalen. Ingen lex Sarahrapport har inkommit under 2017.

Brukarundersökning

En brukarundersökning är genomförd 2016 med frågeställningar hämtade från den nationella brukarundersökningen.

Delaktighet och inflytande

Enheten har regelbundna brukarmöten varje månad. Information om kommande brukarmöten finns uppsatt i entrén. Inför dessa möten pratar personalen med de boende om det är något de vill ta upp på mötet. Några brukare vill själva ta upp frågor på mötet medan andra vill att personalen för fram synpunkterna. Det finns dagordning för brukarmöten och det förs minnesanteckningar. Enheten är insatt i vad delaktighetsmodellen är och har pratat med de boende om intresse finns för modellen, men de har tackat nej.

Begränsningsåtgärder

Inom utförande verksamheter LSS får det inte förekomma frihetsinskränkning eller

begränsningsåtgärder i form av exempelvis larm, grindar, bälten, lås på lådor eller skåp utan kontakt med sjuksköterska, sjukgymnast eller arbetsterapeut. Enheten har kännedom om upprättad lokal rutin. Det förekommer en begränsningsåtgärd i verksamheten och det gäller en boende som inte kan begränsa matintaget utan äter upp allt som finns tillgängligt. Den boende har därför mat inlåst i sitt kylskåp och det portioneras ut i lägenheten i lagom mängd. Det finns ett samtycke från den boende och en handlingsplan med uppföljningsdatum. Härmed följs de rutiner som finns för begränsningsåtgärder som Socialstyrelsen rekommenderar.

Synpunktshantering

Verksamheten har en väl synlig brevlåda för synpunkter samt information om C2

(möjlighet för boende och anhöriga att lämna synpunkter på verksamheten via hemsidan eller blankett direkt till socialförvaltningen). Inga synpunkter har inkommit via brev-lådan eller C2. Enhetschef och samordnares uppfattning är att de som bor här är mycket nöjda. Enhetschefen uppger att en orsak kan vara att det regelbundet hålls brukarmöten där man pratar om aktuella frågor samt att kontaktpersonen varje månad pratar med den boende om det är något som man vill ta upp och prata om på brukarmötet.

Kompetens

All fast personal i personalgruppen har en kompetensförsörjningsplan. Planen innehåller planerade behov eller önskemål på kompetenshöjning utefter behov. Enheten har börjat arbeta utifrån Carpes yrkeskrav.

Introduktion av nyanställda

Alla nyanställda får en så kallad arbetsplatsintroduktion. I introduktionen ingår skriftlig introduktion i Gula pärmen. I "gula pärmen" ingår generell information för dig som arbetar på gruppboende och bland annat krav och mål för verksamheten, tystnadsplikt, sekretess, dokumentation, handlingsplaner, med mera. Enhetschef 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 samverkan med företrädare.
- Rutin för hantering av privata medel.
- Rutin för arbetet med hot och våld.
- SOSFS:ar
- Rutin för dokumentation och lathund.

Individuella riskbedömningar

Individuella riskbedömningar genomförs regelbundet. Utifrån bedömningen upprättas en individuell handlingsplan som förvaras i den boendes egen pärm. Handlingsplanerna följs upp regelbundet eller vid behov. Utvecklingsledare berättar om Reda-ut-häftet i verksamheten och rekommenderar att det används i verksamheten. Reda-ut-häftet är ett system av symbolkartor som kan vara en hjälp när man misstänker att något hänt en brukare som är skrämmande och kanske svårt att prata om, exempelvis våld som brukaren har utsatts för. Det kan även vara svårt att förstå att det som hänt var våld eller en brottslig handling. Reda-ut-häftet kan då vara ett stöd med hjälp av bilder och enkla frågor så att man på ett strukturerat sätt kan börja reda ut vad som har hänt. För den som har svårt att kommunicera med tal fungerar Reda-ut-häftet som stöd till muntliga frågor och svar.

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. De hjälpmedel som används just nu i verksamheten är Sigvardtavla, timstock, veckoschema och pictostatbilder. En av personalen har gått utbildning i bildprat hos Teamet för stöd och hälsa och ska sedan utbilda sina kolleger på gruppboenden. Enheten kommer att prova kommunikation med hjälp av bildprat för att se om det passar någon av de boende.

Samverkan

Enheten har mycket god samverkan med de dagliga verksamheterna, fyra stycken olika ställen. Det finns rutiner för hur samverkan ska ske.

Slutsats

Intrycket av verksamheten den 23 mars 2017 var en verksamhet med god kännedom om rutiner och krav på verksamheten. Brukarmöten genomförs regelbundet och man arbetar utifrån dialog och medbestämmande.

Vi bedömer att verksamheten uppfyller alla krav som ställs utifrån checklistan. Hälsa- och sjukvården bedöms som säker och god.