



Omsorgsgruppen IN AB Albrektsvägen 112 C

Privat utförare inom verksamhetsområde för
personer med funktionsnedsättning

Uppföljning av nystartad verksamhet

Diarienummer: VON 2016/0417

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning	3
2. Inledning.....	4
3. Metod	4
4. Bortfall	5
5. Kommunikation.....	5
6. Resultatredovisning.....	6
7. Samlad bedömning	15

1. Sammanfattning

Enligt vård- och omsorgsnämndens antagna uppföljningsplan för 2016 – 2017 ska uppföljning ske av nystartad verksamhet hos både kommunala och privata utförare. Boendeenheten Albrektsvägen 112 C är en nystartad verksamhet med privat utförare.

Gällande avtal med Omsorgsgruppen IN AB omfattar driftentreprenad av gruppboenden Albrektsvägen 112 C under tiden 2016-06-01 till och med 2020-05-31, förlängningsmöjlighet finns med ett år plus ett år.

Kvalitetsområden som följs upp för nystartad verksamhet är ledning och personal, individnivå, avvikelshantering inklusive synpunkter och klagomål samt ekonomi.

Uppföljningen genomfördes genom granskning av insamlat material, enkät till utföraren, besök på enheten och intervju med enhetschef.

Ansvariga för uppföljningen är sakkunniga från berednings- och planeringsenheten, medicinskt ansvarig sjuksköterska, medicinskt ansvarig för rehabilitering, socialt ansvarig samordnare och ekonom.

Sammantaget får Albrektsvägen 112 C som helhet en godkänd bedömning i uppföljningen samtidigt som det finns förbättringsområden. Det är enbart frågan om upprättad plan för kompetensutveckling, som ges svaret delvis. Övriga frågor besvaras positivt. Förbättringsbehov noteras gällande bemanning, kompetensutveckling, nyckelhantering samt avvikelshantering inklusive synpunkter och klagomål.

2. Inledning

Uppföljning är en viktig del i kvalitetsarbetet. Kommunen är ansvarig för att följa upp kvaliteten i både egen verksamhet och verksamhet som bedrivs av privata utförare.

Vid sammanträdet den 15 juni 2016 antog vård- och omsorgsnämnden en uppföljningsplan för vård- och omsorgstjänster 2016 – 2017, som utförs genom uppdrag till kommunala utförare och avtal med privata utförare. En mindre revidering gjordes sedan vid sammanträdet den 9 november 2016.

Av den antagna planens bilagor framgår vilka enheter, som är berörda av planerad uppföljning. Albrektsvägen 112 C är en enhet med privat utförare och följs upp utifrån att den är en nystartad verksamhet.

Avtalet mellan vård- och omsorgsnämnden (VON) och entreprenören Omsorgsgruppen IN AB påbörjades 2016-06-01 och gäller till och med 2020-05-31, förlängningsmöjlighet finns med ett år plus ett år. Det avser driftentreprenad av gruppboenden Albrektsvägen 112 C, som omfattar fem enrumslägenheter med dusch, toalett, trinettkök och egen uteplats. Det finns även gemensamt sällskapsrum, kök, kontor och personalrum för möten och samtal samt gemensam trädgård med uteplats och förråd.

Målgrupp för gruppboenden är vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning, som har bedömts tillhöra personkrets 3 enligt 1§ lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och som har bedömts vara medicinskt utskrivningsklara inom den slutna psykiatriska vården.

Fem brukare bor på boendeenhetsen. Det är en kvinna och fyra män i åldrarna 30 till nära 70 år. Två av dem bor här sedan drygt ett år medan övriga tre har bott längre tid på enheten, sex till 10 år.

Det är nio omvårdnadspersonal, som arbetar på enheten. Fem av dem är utbildade undersköterskor, tre är behandlingsassistenter medan den återstående har gått högskoleutbildningen social omsorg. Bemanningmässigt används ett så kallat rullande schema med vaken natt.

Uppföljningen är genomförd av sakkunniga från berednings- och planeringsenheten, medicinskt ansvarig sjuksköterska, medicinskt ansvarig för rehabilitering, socialt ansvarig samordnare och ekonom.

3. Metod

Antagen uppföljningsplan anger kvalitetsområden som ska följas upp för nystartad verksamhet som omfattar ledning och personal, individnivå, avvikelshantering inklusive synpunkter och klagomål samt ekonomi.

En checklista med kvalitetsområden och tillhörande frågor upprättades, därefter togs en enkät fram. Enhetschefen besvarade först dessa frågor via enkätverktyget Easy Research.

Medicinskt ansvariga, socialt ansvarig samordnare och sakkunnig från berednings- och planeringsenheten träffade sedan vid besöket enhetschefen för genomgång av de inlämnade svaren.

Därefter kompletterade uppföljningsansvariga med sina kommentarer i enkätverktyget och sedan gjordes slutlig analys och bedömning gemensamt.

4. Bortfall

Den planerade uppföljningen på individnivå som skulle utföras av myndighetsutövningens LSS-handläggare har inte genomförts. Två brukare boende på enheten skulle intervjuas om sina upplevelser kring genomförandeplan samt om hjälpen och stödet. Orsaken till bortfallet är ett misstag i kommunikationen vid chefsbyte samt hög arbetsbelastning.

5. Kommunikation

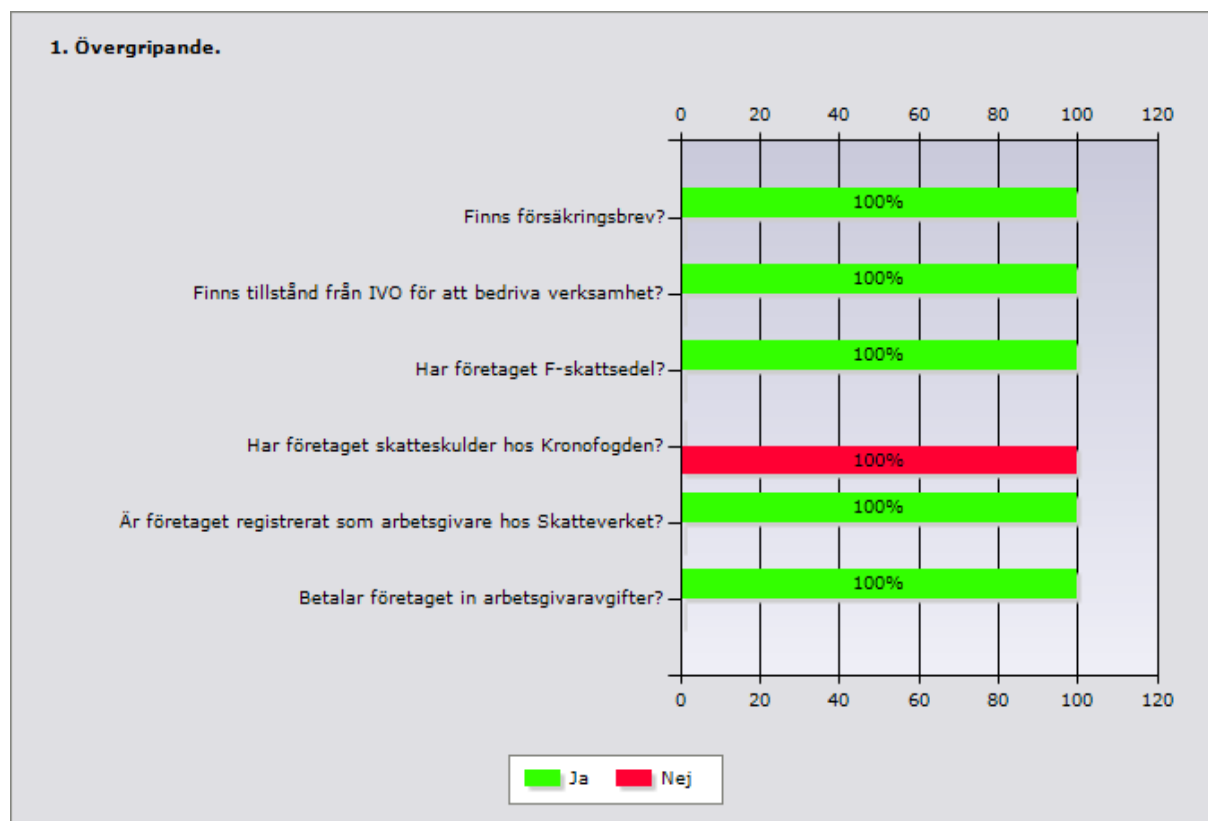
I mitten av augusti informerades enhetschef av sakkunnig på berednings- och planeringsenheten och i början av september lämnades besked om att besök skulle ske på boendeenheten i slutet av oktober som senare ändrades på enhetens önskemål till fredagen den 4 november 2016.

Rapporten skickas via e-post till verksamhetschefen under andra veckan i januari 2017 för granskning och eventuell justering av sakfel.

Vård- och omsorgsnämnden delges rapporten vid sitt sammanträde onsdagen den 25 januari 2017.

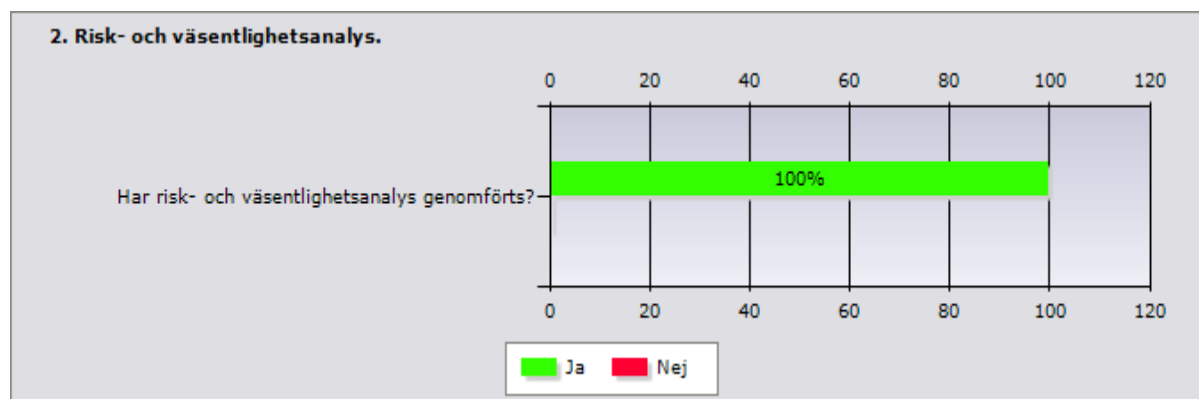
6. Resultatredovisning

Resultatet av insamlad material redovisas i tabellform med kommentarer som följer i direkt anslutning.



Kommentar till ovanstående:

Förutom enhetschefens svar har vård- och omsorgskontorets ekonom kontrollerat uppgifterna hos Skatteverket. Likaså har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bekräftat att tillstånd finns för att bedriva verksamhet. Observera att svaret om skatteskuld är positivt och godkänt, eftersom inga skatteskulder finns hos Kronofogden.

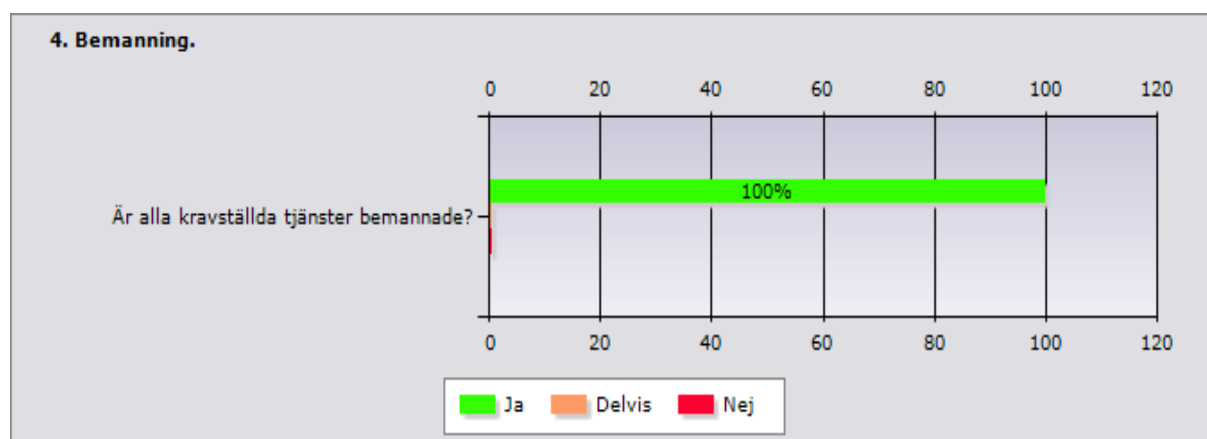


Kommentarer till ovanstående:

Skydds rond och per boende.

3. Handläggares uppföljning av brukares upplevelser på en skala 1-5

Resultat på individnivå saknas på grund av bortfall.



Kommentar till ovanstående:

7,61 årsarbetare, vilket innebär 9 personal.

Rullande schema för personalen med vaken natt.

5. Bemanning av legitimerad personal. Beskriv hur den tillgodoses.

Svar:

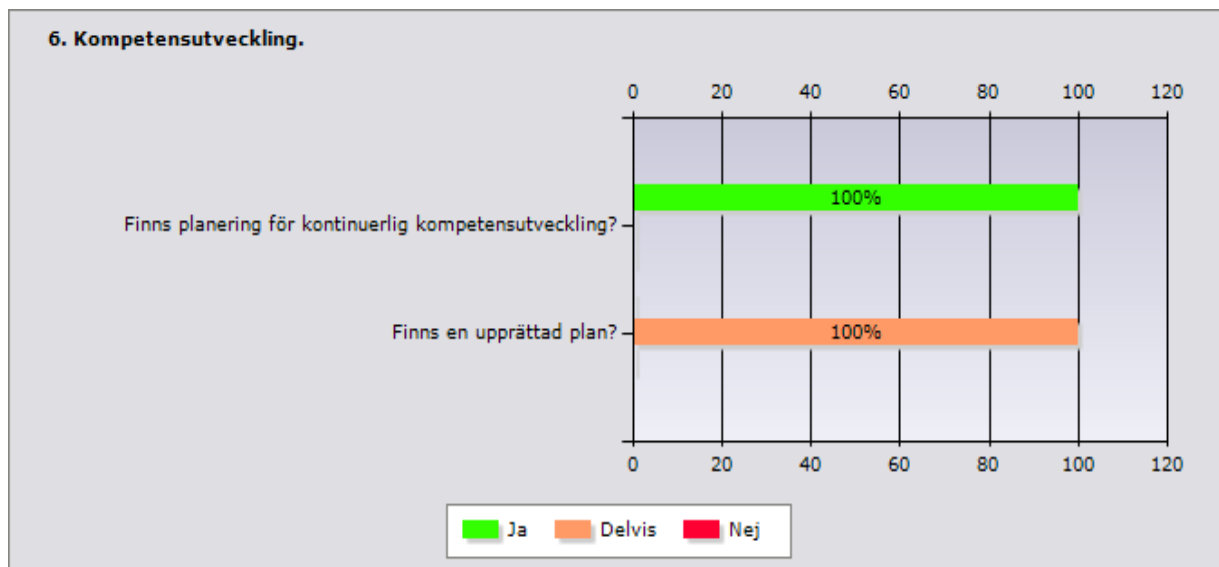
Tillgång till sjuksköterska via Nytida AB och Care Team dygnet runt årets alla dagar. Både via regelbundna fysiska besök på enheten och teamkonferenser samt via telefon.

Tillgång till arbetsterapeut och fysioterapeut via Fysett Rehab- & Träningscenter AB dagtid – vardagar vid teamkonferens och vid inbokade besök hos brukare.

Kommentar från uppföljningsansvariga.

Rehabiliteringsnivåbedömning är gjorda för länge sedan.

Vid intervjun framkommer att delar inom hälso- och sjukvårdens område behöver förtydligas vid introduktionen av nyanställda och vikarier.

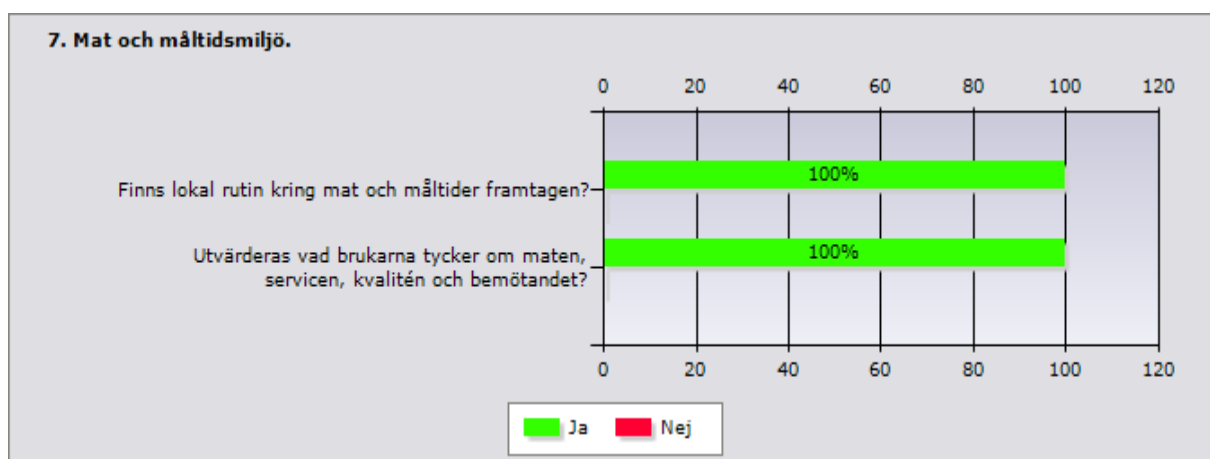


Kommentar till ovanstående:

Hjärt- och lungräddning (HLR) och brandutbildning är inplanerat.
Föreläsning - vuxenpsykiatri och utvecklingsstörning är inplanerad.
Planen upprättas årligen efter behov i verksamheten, sker i mitten av november.

Kommentar från uppföljningsansvariga.

Aktuella utbildningar är hjärt- och lungräddning regelbundet, brandutbildning, föreläsning psykiatri och utvecklingsstörning, utbildning för sjuksköterskor i Senior Alert samt för personalgruppen utbildning i basala hygienrutiner.
En prioritering av kompetensutvecklingsbehov behöver göras, därefter behöver kompetensutveckling fortlöpande och återkommande planeras och genomföras utifrån brukarnas behov.

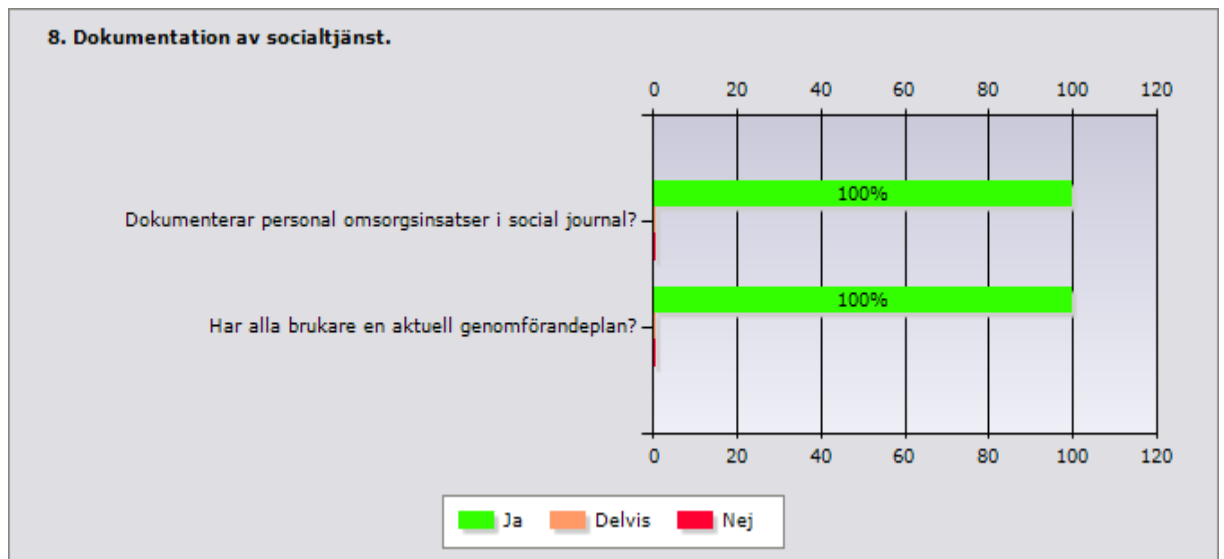


Kommentar till ovanstående:

Utvärderas vid boendemöten och vid uppföljning av genomförandeplan.

Kommentar från uppföljningsansvariga.

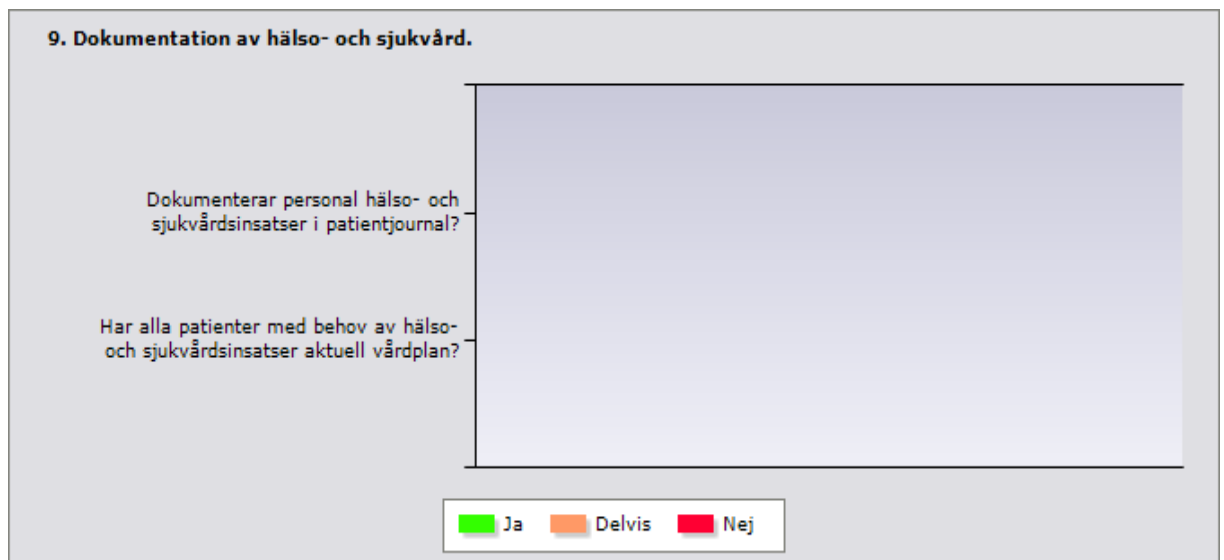
Flera deltar i daglig verksamhet så det är framförallt frukost och kvällsmåltid, som man äter i boendet. En av brukarna deltar ofta vid matlagningen. Maten lagas på enheten och den som vill kan vara med.



Kommentar till ovanstående:

Kommentar från uppföljningsansvariga.

Medarbetare bör uppmuntras att fortsätta dokumentera enligt krav i socialtjänsten: iakttagelser, bedömningar, åtgärder och uppföljningar av genomförandeplanen, samt att lärdomar dras utifrån denna dokumentation.

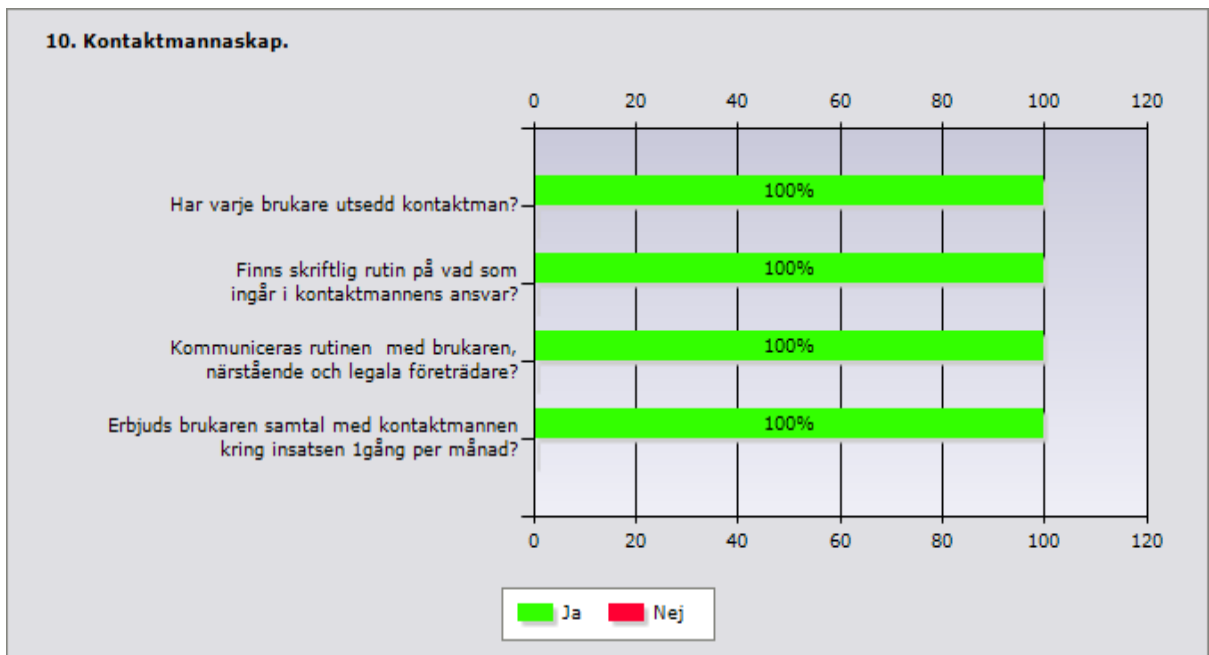


Kommentar till ovanstående:

Kommentar från uppföljningsansvariga.

Här har inte verksamhetschefen inrapporterat svaren via Easy Research. Det ska vara två jakande svar. Dels att personalen dokumenterar i patientjournal, dels att alla patienter med behov har aktuell vårdplan.

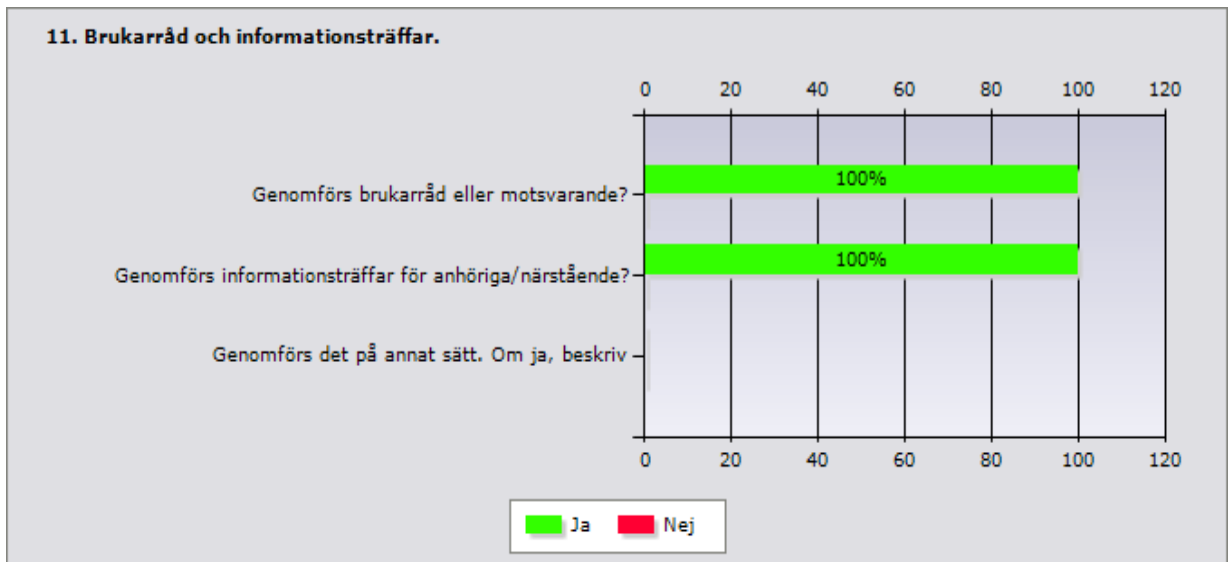
Dokumentation sker i Treserva, som är kommunens IT-stöd och som även entreprenören är ansluten till.



Kommentar till ovanstående:

Kommentar från uppföljningsansvariga.

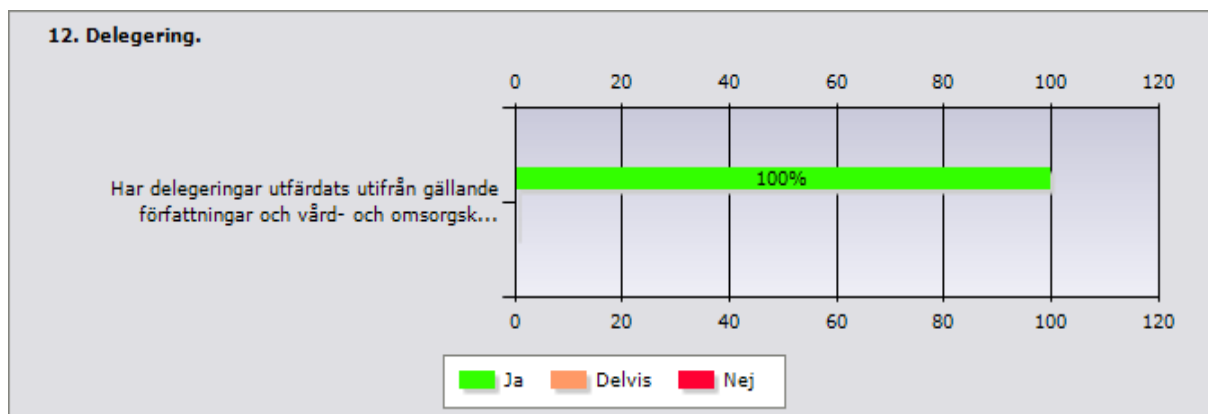
Alla brukare har en utsedd kontaktman och samtliga har även legala företrädare. Det är en liten enhet, vilket gör att alla har kontakt med alla.



Kommentar till ovanstående:

Kommentar från uppföljningsansvariga.

Några brukare har eget kontaktnät. Boendeträffar sker varje fredag. Husmöten hålls en gång per månad. Verksamhetschefen deltar en gång per termin. Anhörig- och god man-träffar hålls under våren och inför julen.

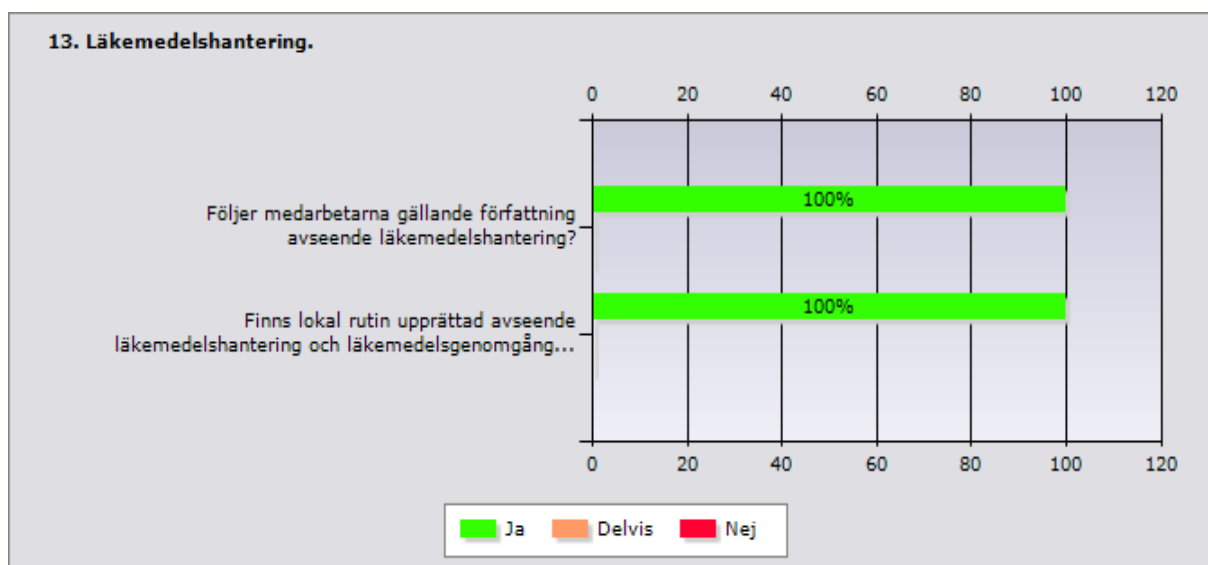


Beskriv förfarandet:

Sjuksköterska kommer fysiskt till arbetsplatsen och genomför test med medarbetare som behöver delegeras.

Kommentar från uppföljningsansvariga.

Delegeringar skrivs i Treserva och följer Norrköpings kommuns upplägg.



Kommentar till ovanstående:

Kommentar från uppföljningsansvariga.

I nyckelskåp förvaras nycklar till brukarnas egna läkemedelsskåp.

Behovsläkemedel förvaras i kassaskåp.

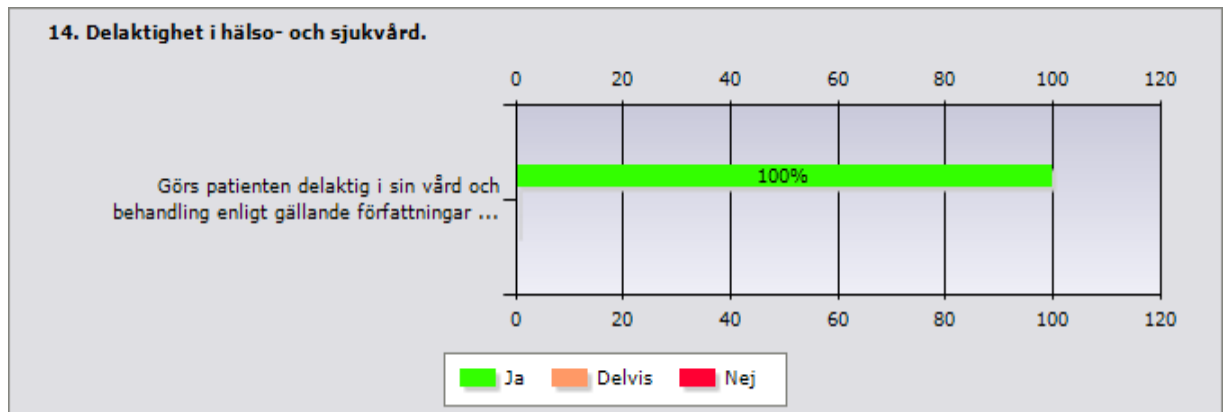
Alla anställda har tillgång till nyckel på sin nyckelknippa som går till nyckelskåp. Ingen loggmöjlighet på nyckelskåpet. Nyckelknippan förvaras på enheten. Samma nyckel gäller till alla läkemedelsskåp.

Många brukare har dosförpackningen apodos.

En brukare har mycket behovsläkemedel.

Sjuksköterska delar läkemedel.

All personal kommer in i kassaskåpet, även vikarier.

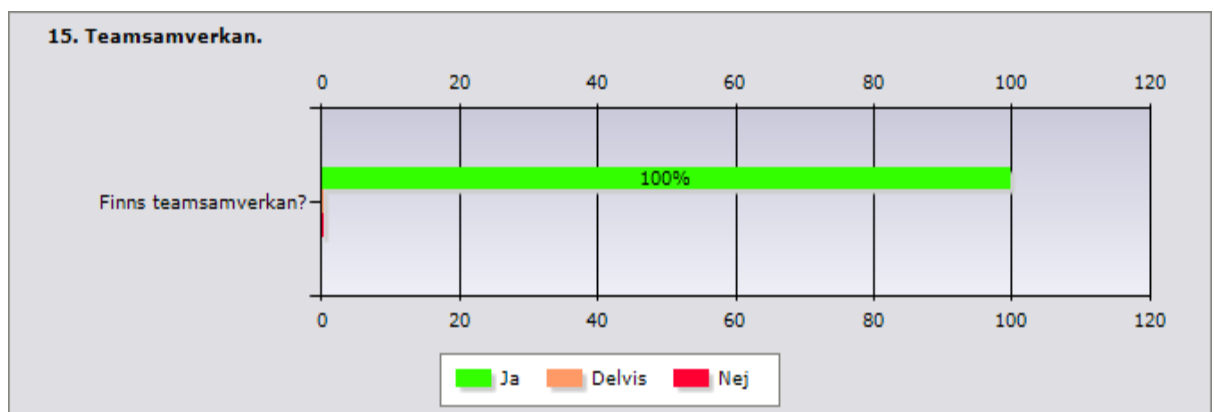


Beskriv arbetsätt:

Brukare har fysisk kontakt med sjuksköterska som skriver vårdplan.

Kommentar från uppföljningsansvariga.

Vid teamkonferens närvarar arbetsterapeut och fysioterapeut. Vårdplan upprättas med brukare och berörd legitimerad personal.

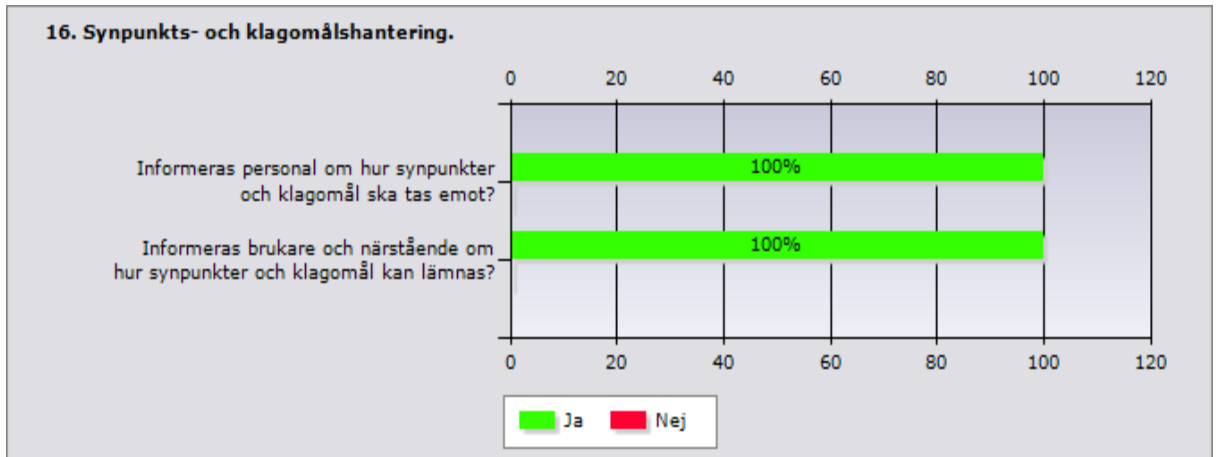


Beskriv hur teamet samverkar kring patienten/brukaren:

Teamkonferenser genomförs regelbundet på boendeenheten med kontaktman, verksamhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut enligt fastställd mall från Norrköpings kommun.

Kommentar från uppföljningsansvariga.

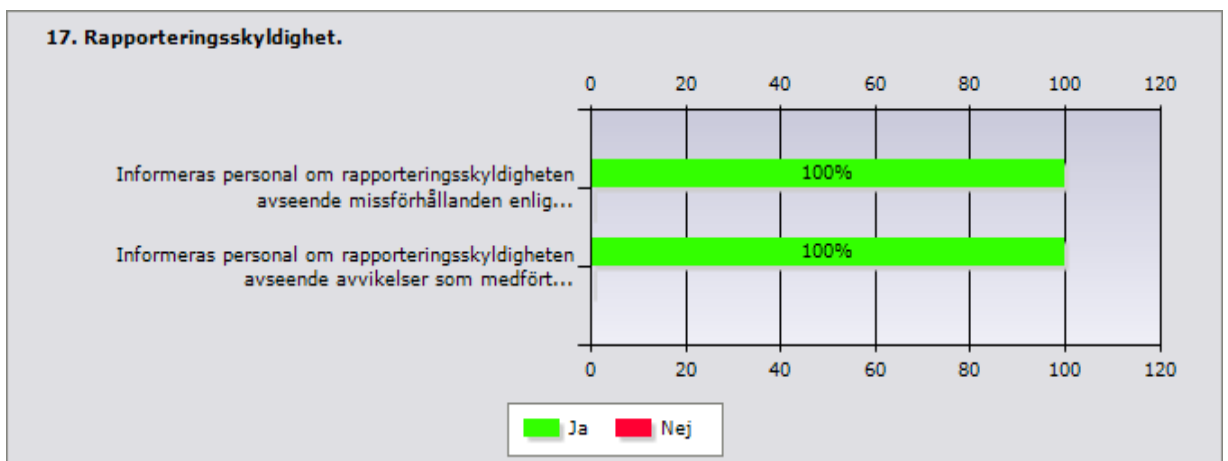
Enheten följer kommunens rutin för teamkonferens.



Kommentar till ovanstående:

Kommentar från uppföljningsansvariga.

En brevlåda för idéer och synpunkter finns i entrén till boendeenheten. Förslag kommer dock sällan in i den lådan.

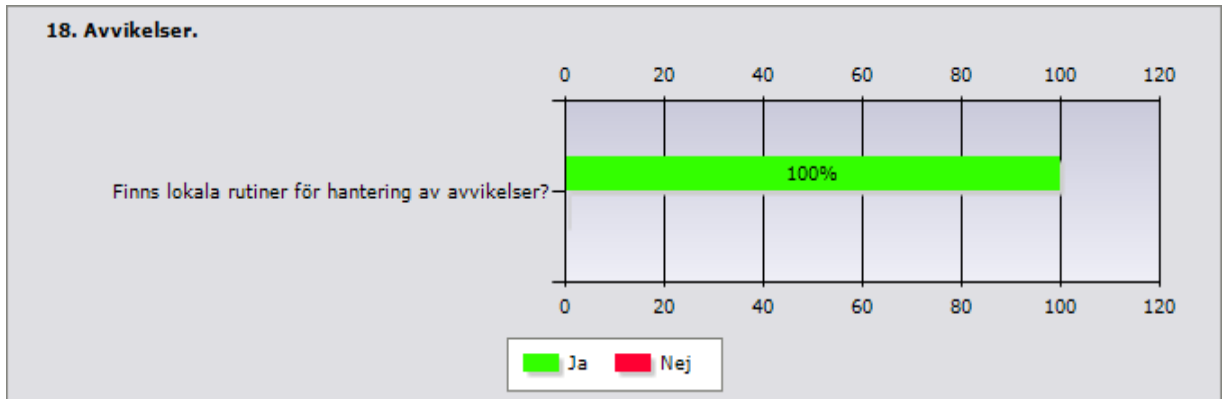


Kommentar till ovanstående:

Genomgång minst en gång per år.

Kommentar från uppföljningsansvariga.

Vid besöket framkommer att verksamhetschefen arbetar med frågan kontinuerligt. Inga rapporter om missförhållanden har inkommit under året vilket kan tyda på att medvetenheten om skyldigheten att rapportera missförhållanden och risker för dessa samt syftet med detta arbete inte är tydligt inom enheten.



Kommentar till ovanstående:

Kommentar från uppföljningsansvariga.

22 avvikelser finns inrapporterade under senaste året på enheten, varav 18 gäller fall och 4 gäller läkemedelshantering.

Frånvaro av avvikelser inom socialtjänstens område gör att socialt ansvarig samordnare bedömer att kunskap om kvalitetsarbete och syfte med avvikelshantering inom detta område behöver utvecklas på enheten.

7. Samlad bedömning

Analys

Bedömning: Godkänt



Sammantaget får Albrektsvägen 112 C som helhet en godkänd bedömning i uppföljningen samtidigt som det finns förbättringsområden.

Så gott som alla frågor i den framtagna enkäten har besvarats positivt och når därmed ett godkänt resultat. Enkätfrågorna är hämtade ur de olika kvalitetsområden, som uppföljning av nystartad verksamhet ska innehålla.

Ledning och personal

Överlag ges positiva svar. Enbart frågan om upprättad plan för kompetensutveckling besvaras med finns delvis. Samtidigt lämnas kommentar om att planen upprättas årligen i mitten av november efter behov i verksamheten.

Individnivå

Brukarnas egna upplevelser saknas i materialet på grund av bortfall. Övriga frågor om brukarråd, informationsträffar med anhöriga eller närstående samt delaktighet i hälso- och sjukvård ges positiva svar.

Avvikelsehantering inklusive synpunkter och klagomål

Alla frågor besvaras positivt. Samtidigt är avvikelsehantering allmänt sett ett område att fortsätta arbeta med för att förbättra kvalitet för brukarna och verksamhet i stort, vilket även gäller en enhet som Albrektsvägen 112 C.

Ekonomi

Granskningen visar att det finns godkända tillstånd för enheten och att det inte finns några skatteskulder.

Förbättringsområden

- Bemanning – förtydligad introduktion av nyanställda och vikarier
- Kompetensutveckling – prioritera och genomföra utifrån behov
- Nyckelhantering – förbättra och säkra hanteringen av nycklar
- Avvikelsehantering inklusive synpunkter och klagomål – ha ett strukturerat arbetsätt för att analysera inkomna avvikelser.

Åtgärd med anledning av genomförd uppföljning

Återkoppling av genomförda förbättringsåtgärder ska ske i samband med nästkommande verksamhetsberättelse.