



Dalviksgatan 71 H

Kommunal 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 Dalviksgatan 71 H är en av kommunens nystartade verksamheter.

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 Dalviksgatan 71 H som helhet en godkänd bedömning i uppföljningen samtidigt som det finns förbättringsområden. Dessa är kompetensutveckling, dokumentation av socialtjänst, informationsträffar för anhöriga eller närstående, läkemedelshantering, rehabiliteringsnivåbedömning, avvikelshantering inklusive synpunkter och klagomål samt arbetskläder.

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. Dalviksgatan 71 H är en av de kommunala enheterna som följs upp utifrån att den är en nystartad verksamhet.

Enheten ingår i verksamhetsområdet för personer med funktionsnedsättning (VPF) och är en gruppbostad riktad till personer med psykisk funktionsnedsättning. Totalt finns fem lägenheter.

Verksamheten på Dalviksgatan 71 H startade december 2015. Fem brukare, varav en kvinna och fyra män, har sitt boende på enheten. Inflyttning skedde under våren 2016. För närvarande är en brukare föremål för dygnetruntvård inom rättspsykiatri och återkommer eventuellt inte.

Åtta medarbetare finns på enheten, där två är stödpedagoger och övriga är stödassistenter. Stödassistenterna är utbildade till undersköterska eller mentalskötare. Den ena stödpedagogen har gått motsvarande yrkeshögskoleutbildning medan den andra är utbildad socionom. Aktuellt bemannings-schema gäller både dag och natt med sovande jour.

Beroende på organisationsförändring inom verksamhetsområdet blev det byte på enhetschefstjänsten. Nuvarande chef tillträdde september 2016.

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 på enheten 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 boendenheten måndagen den 31 oktober 2016.

Rapporten skickas via e-post till berörd enhetschef 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

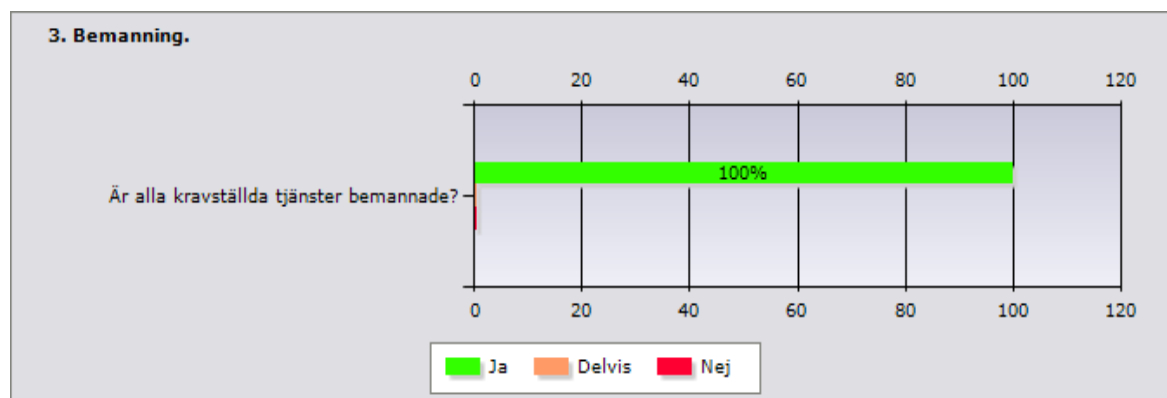
Resultatet av insamlad material redovisas i tabellform med kommentarer som följer i direkt anslutning.

1. Ekonomi

Bemanningen ligger under tilldelad budget, vilket förklaras med att alla brukare inte har varit på plats från början av året. Enheten har då inte behövt nyttja all budget för personal det här året.

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

Resultat på individnivå saknas på grund av bortfall.



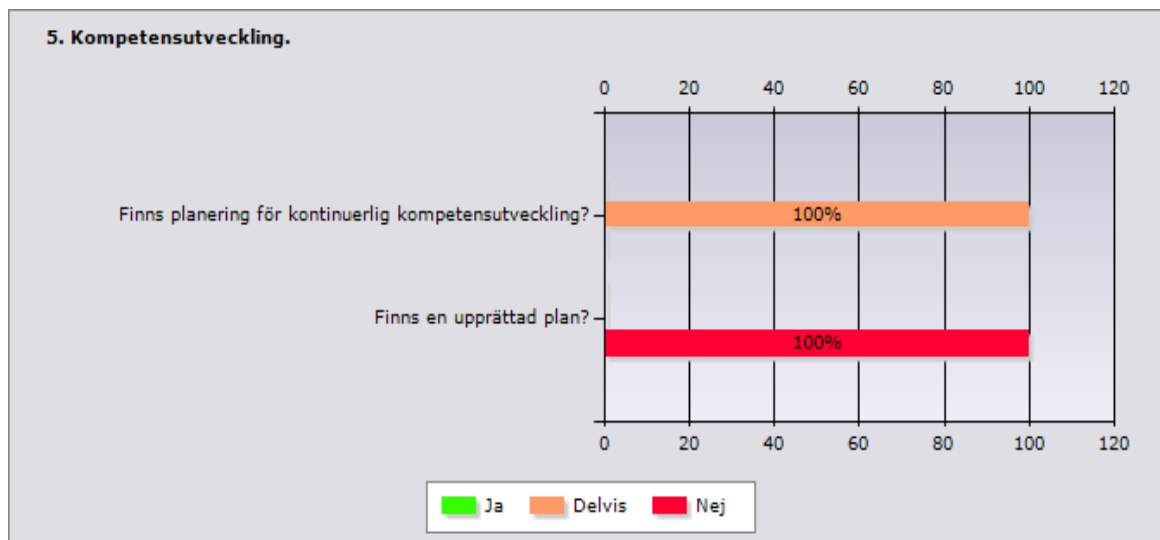
Kommentar till ovanstående:

Två till tre personal arbetar samtidigt enligt schema, dagtid är det tre personal och kvällstid två. Under helg är det två personal.

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

Svar:

Legitimerad personal tillgodoses av HS-teamet VPF, vilket är hälso- och sjukvårdsteamet inom verksamhetsområdet för personer med funktionsnedsättning.

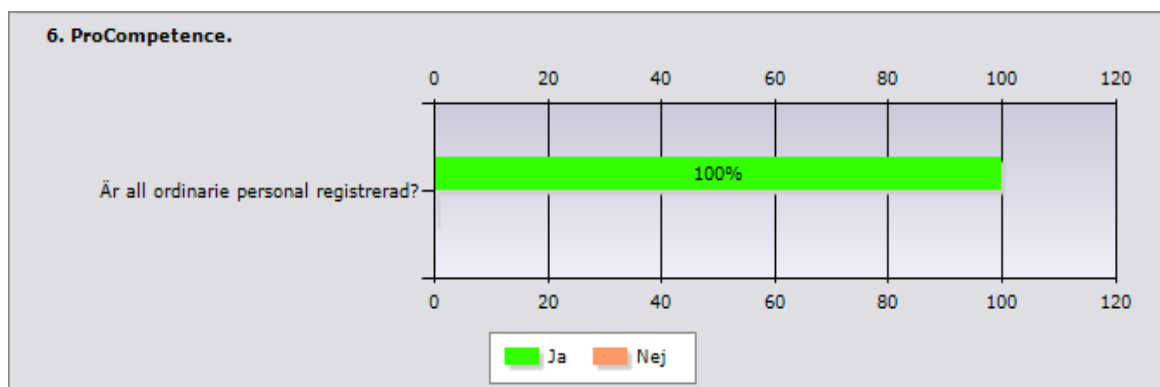


Kommentar till ovanstående:

Sedan enhetschefen tillträdde är kompetensen i personalgruppen kartlagd men ingen skriftlig planering är gjord för kompetensbehov framåt, därav svaret delvis. Stödpedagogerna har det pedagogiska ansvaret för verksamheten på enheten.

Kommentar från uppföljningsansvariga.

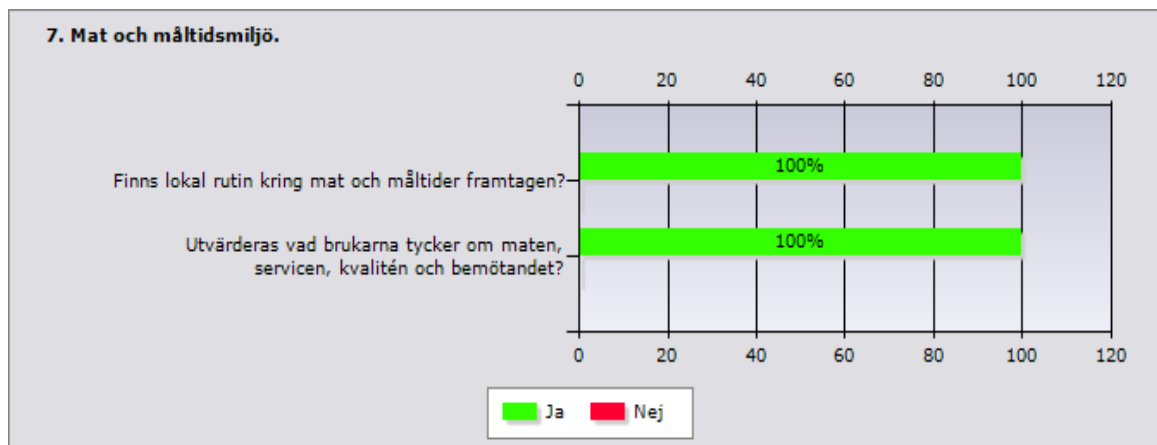
Vid besöket påtalas att det är av största vikt att vara proaktiv avseende kompetensutveckling. En prioritering av kompetensutvecklingsbehov behöver göras, därefter behöver kompetensutveckling fortlöpande och återkommande planeras samt genomföras utifrån brukarnas behov.



Om inte, hur stor andel av ordinarie personal är registrerad:

Kommentar från uppföljningsansvariga.

Alla medarbetare är registrerade i ProCompetence. Några saknar uppdaterade utvecklingsplaner, eftersom medarbetarsamtal nyligen är genomförda på enheten. Därefter ska medarbetarna värdera sin kompetens samt registrera genomförda utbildningar.

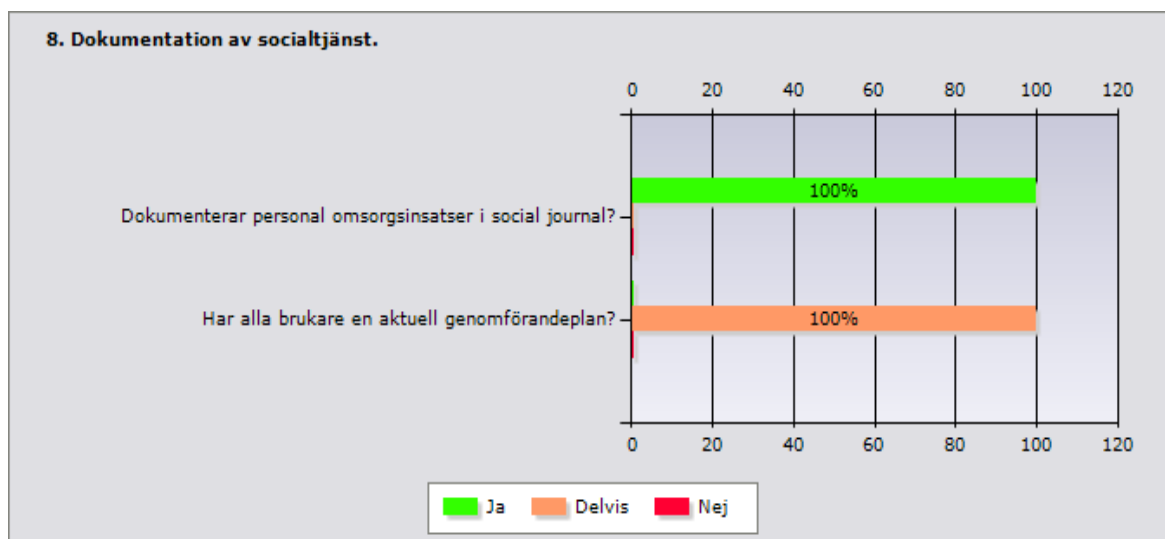


Kommentar till ovanstående:

Lokal rutin finns. Frågor om mat och måltidsmiljö följs upp vid återkommande husmöten och i kontaktmannasamtal med brukaren. Det framkommer att alla inte äter ihop, ibland tillsammans och ibland på egen hand. Däremot har samtliga brukare valt att ingå i den gemensamma hushållskassan. Måltider lagas av personal i det gemensamma köket. I lägenheterna finns egna kök. Någon av brukarna har som mål att träna matlagning och gör det i det gemensamma köket. Övriga har i dagsläget inte viljan eller förmågan.

Kommentar från uppföljningsansvariga.

Vid besöket konstateras att inte någon av brukarna lagar mat i den egna lägenheten. I dagsläget har inte heller någon av brukarna beslut om daglig verksamhet utanför boendeenheten. En brukare är på gång att få det. Därför påtalas att verksamheten skulle mer målinriktat kunna arbeta med gemensam matlagning som ett sätt för brukarna att delta i en meningsfull sysselsättning som i sig skapar gemenskap.



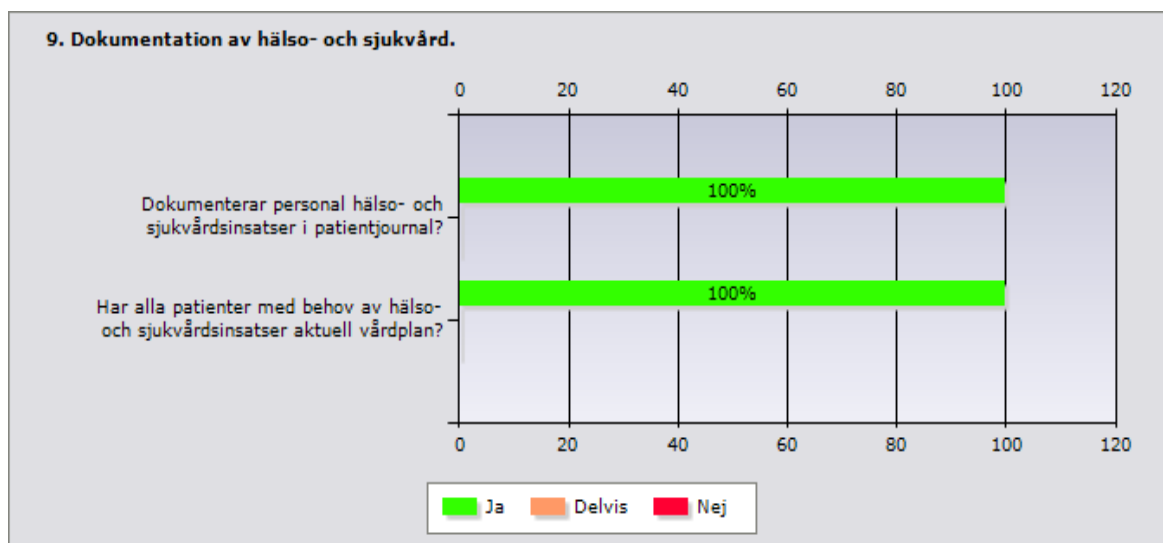
Kommentar till ovanstående:

Alla brukare utom en har en aktuell genomförandeplan. Den brukaren hade inte bött så länge på enheten och genomförandeplanen var påbörjad. Det är stöd-

pedagogens uppgift att tillse kvaliteten på planerna. Enhetschefen anser att koppling finns mellan genomförandeplan och journalanteckningar.

Kommentar från uppföljningsansvariga.

Vid besöket framkommer att en brukare, som under en försöksperiod bor några veckor i taget på enheten, inte har en upprättad genomförandeplan. Troligtvis är det av än större vikt att planera och följa insatsernas genomförande, eftersom olika bemötandestrategier och arbetssätt under en försöksperiod noggrant behöver utvärderas av brukare och personalgrupp tillsammans. Vidare behöver all planering och uppföljning av åtgärder antecknas i social journal så länge ingen genomförandeplan är upprättad. Det är ett arbete som kan minimeras om det istället finns en genomförandeplan utifrån brukarens behov och önskemål.

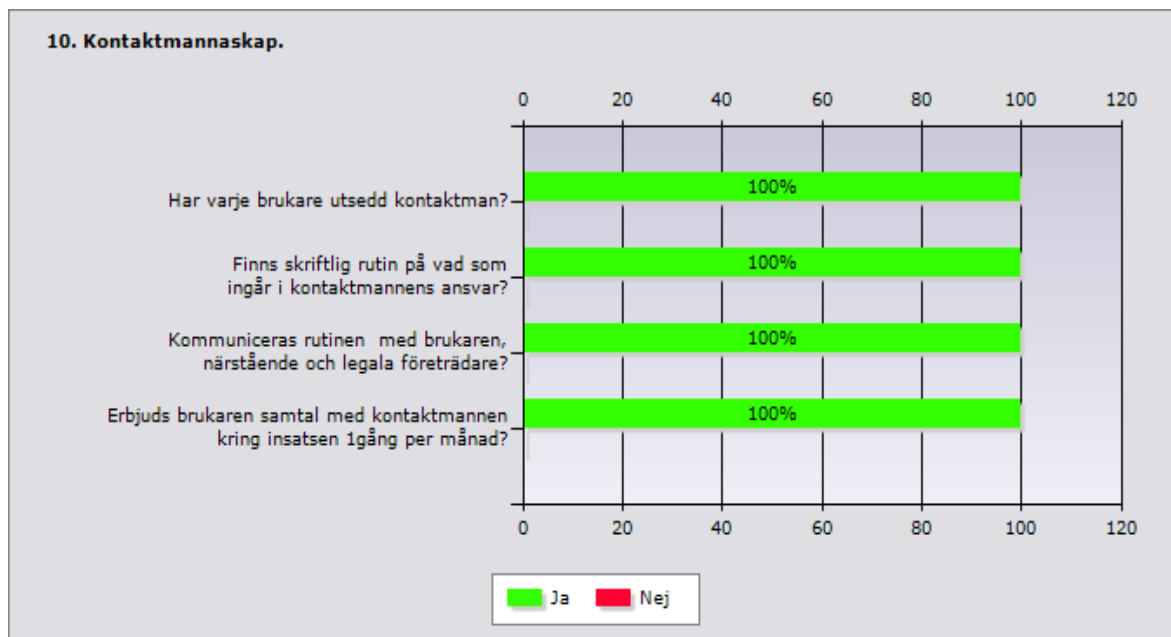


Kommentar till ovanstående:

Kommentar från uppföljningsansvariga.

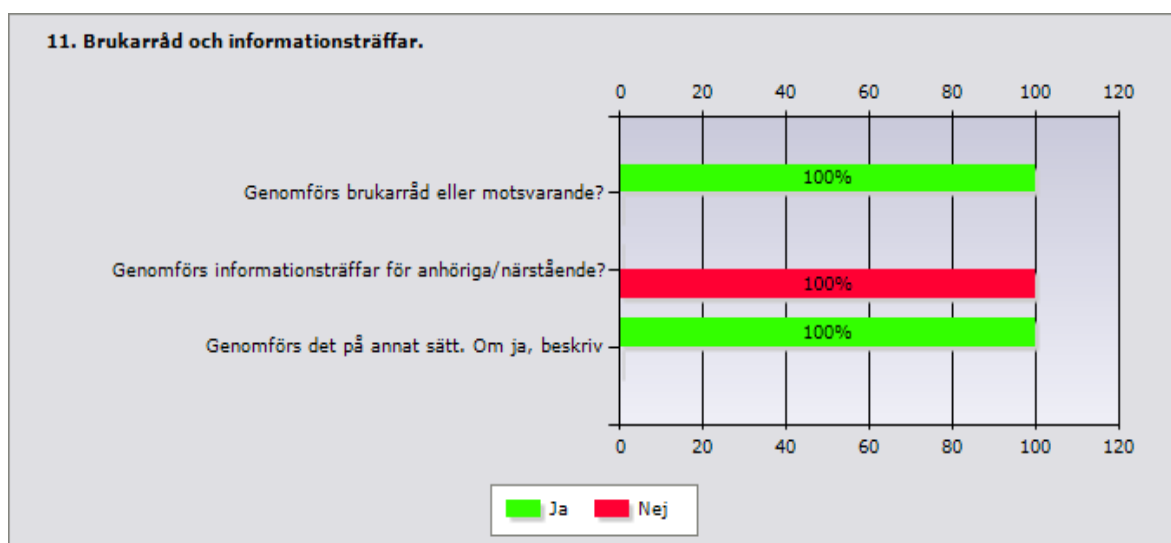
Bedömningar av rehabiliteringsnivå är påbörjade av nyutbildad arbetsterapeut från hälso- och sjukvårdsteamet. Fråga kommer upp om fysioterapeutresurs och enhetschefen uppmanas att snarast ta kontakt för att även få tillgång till den kompetensen.

Vidare konstateras att det generellt är svårare att få till social dokumentation än dokumentation av hälso- och sjukvård.



Kommentar till ovanstående:

Varje brukare har både en förste och en andre kontaktman utsedd till sig. En av dem arbetar alltid under helg.

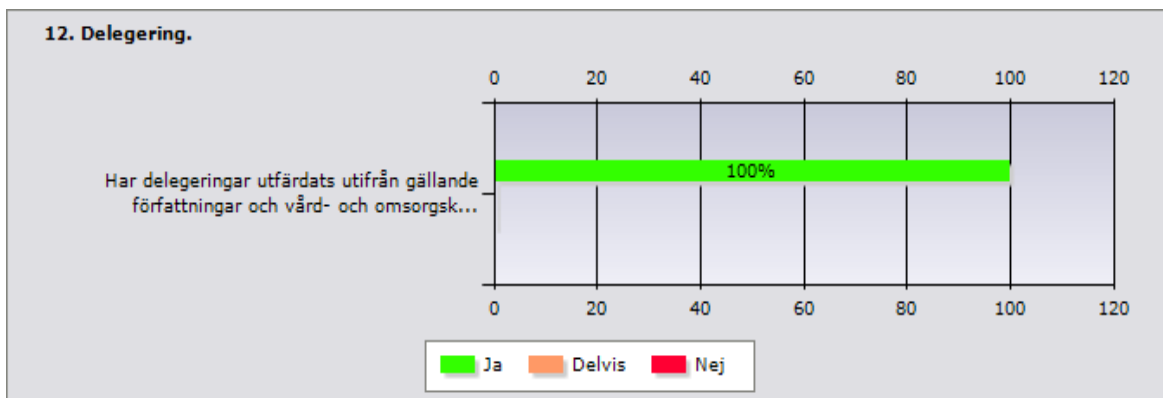


Kommentar till ovanstående:

Kontaktmännen har regelbunden kontakt med anhöriga och legala företrädare samt vid uppföljning av genomförandeplan. Brukarråd eller husmöte genomförs en gång per månad, däremot har det hittills inte bjudits in till anhörigräff.

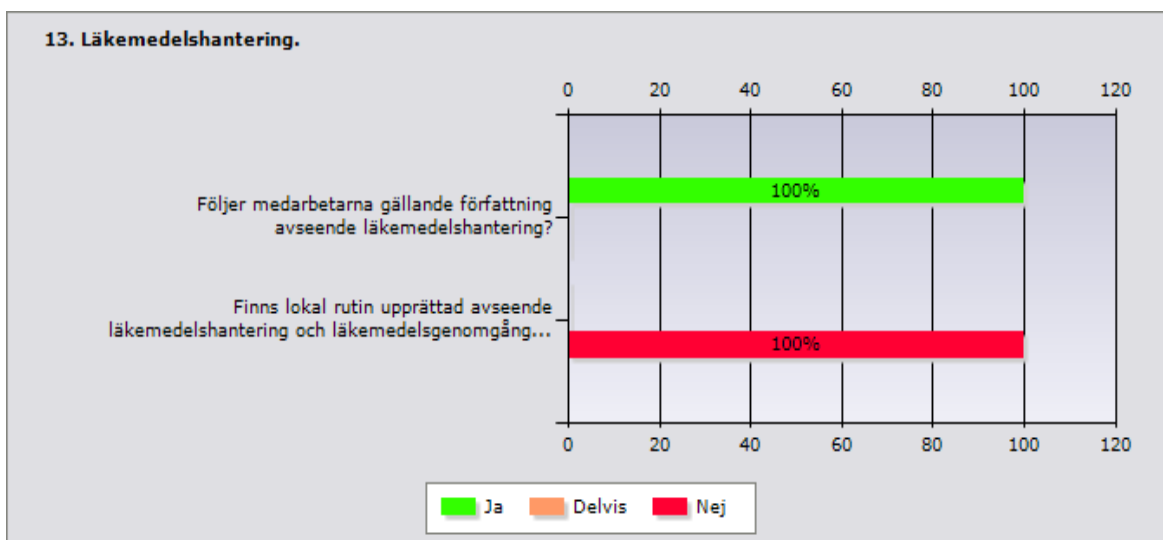
Kommentar från uppföljningsansvariga.

Enheten uppmanas överväga hur anhöriga/närståendes medverkan och delaktighet kan öka. Förslagsvis genom att bjuda in till tematräffar, öppet hus eller med informationsblad. Sådan aktiviteter kunde brukare engageras i som ett sätt att få till och uppleva en meningsfull dag och social gemenskap. Ingen brukare har beslut om daglig verksamhet.



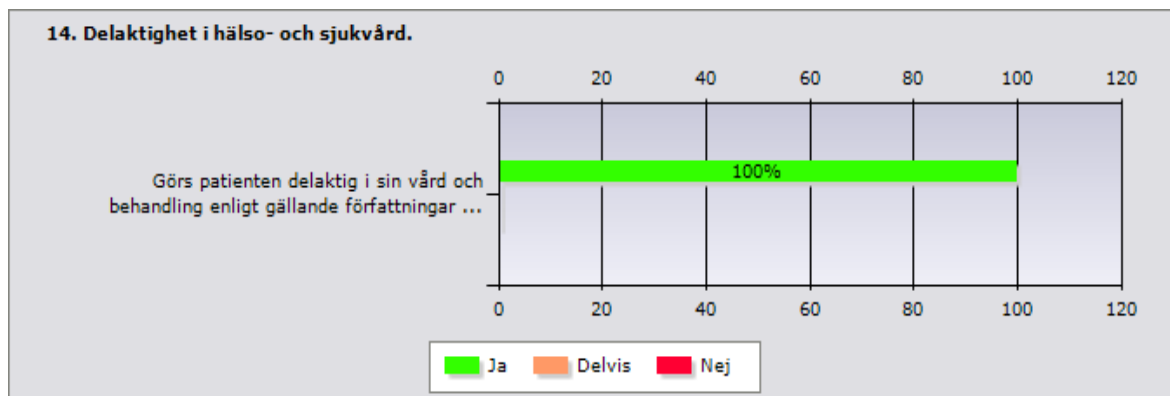
Beskriv förfarandet:

All personal har gått utbildning och har delegering. Aktuellt är att förnya detta. Däremot står det inget om delegering i stöpedagogernas rollbeskrivning men för att det ska fungera i verksamheten behöver de ha delegering som alla andra.



Kommentar till ovanstående:

Kommentar från uppföljningsansvariga.
Skriftlig rutin för läkemedelshantering saknas och lokal rutin måste upprättas. Vid besöket konstateras att läkemedelsskåpen finns i brukarens lägenhet. Nycklar till dessa förvaras i kassaskåp, som finns i enhetens personalrum. Enhetschefen har äskat medel till nyckelskåp. Vidare framkommer att inga hotfulla situationer hittills har uppkommit i samband med läkemedel däremot när det rör pengar.

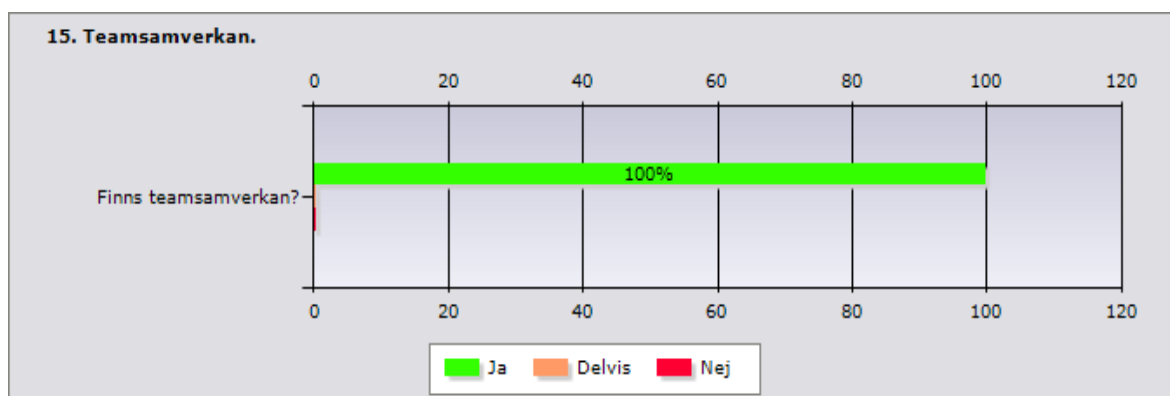


Beskriv arbetsätt:

Brukaren är alltid delaktig i sin vård och behandling genom dialog med kontaktman och legitimerad personal. De träffas ofta särskilt med sjuksköterskan från hälso- och sjukvårdsteamet. Sjuksköterskan och arbetsterapeuten är kända av samtliga brukare.

Kommentar från uppföljningsansvariga.

Det uppfattas oklart om bedömning av rehabiliteringsnivå har erbjudits, vilket är ett krav på att det ska ske.



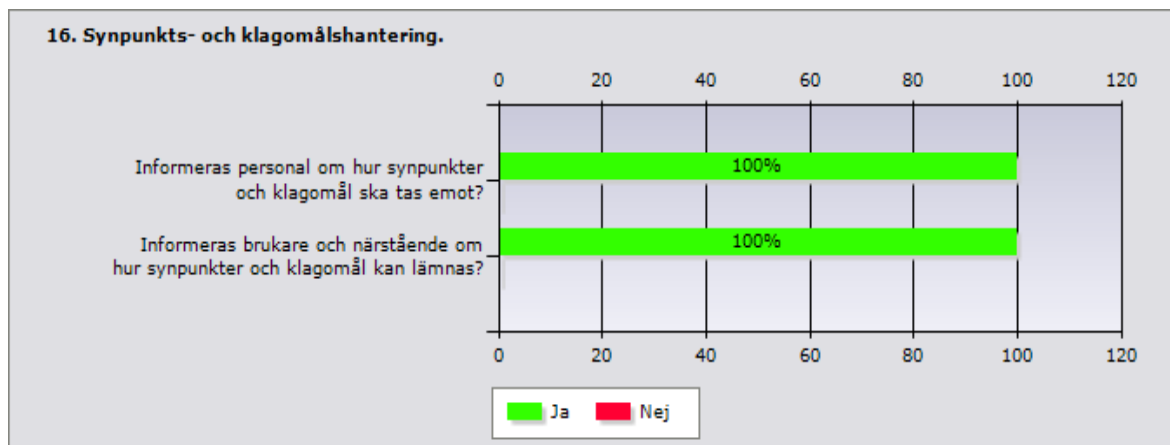
Beskriv hur teamet samverkar kring patienten/brukaren:

Samverkan sker med Capio Psykiatri Norrköping och med Psykiatriska kliniken på Vrinnevisjukhuset. Det är svårt att få till kontakten med Capio. Samverkan sker även med Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena.

Enheten träffar hälso- och sjukvårdsteamet en gång per vecka. Teamet deltar även en timme på varje arbetsplatsträff, som enheten har en gång per månad. Teamkonferens genomförs två gånger per år och så kallat miniteam har enhetschef var sjätte vecka med sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut.

Kommentar från uppföljningsansvariga.

Vid besöket uppfattas att det finns en tät kontakt mellan legitimerad personal och boendeenhetens personal kring brukarna. Legitimerad personal deltar regelbundet på arbetsplatsträffar, teamkonferenser och miniteam.

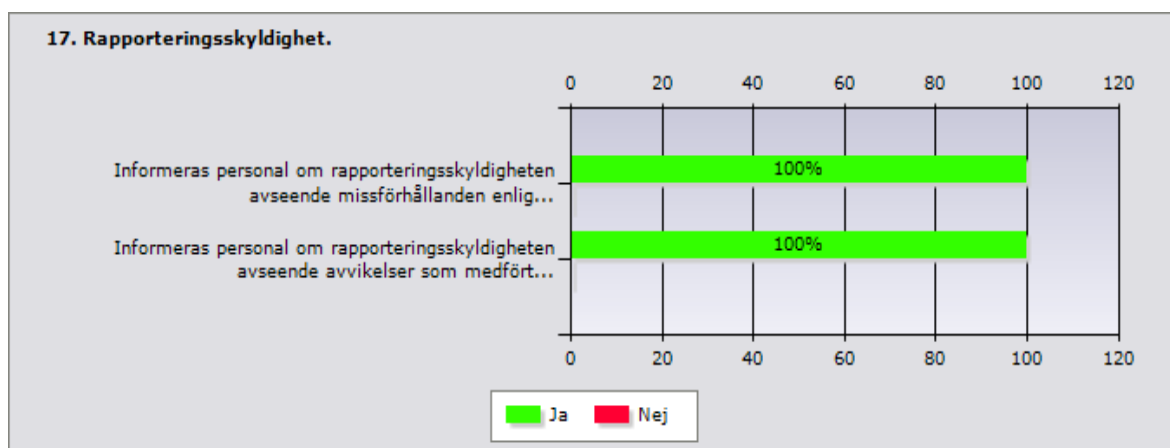


Kommentar till ovanstående:

Kontaktpersonen informerar och påminner om att kunna lämna synpunkter och klagomål. Enhetschefen har hittills inte fått några klagomål framförda till sig.

Kommentar från uppföljningsansvariga.

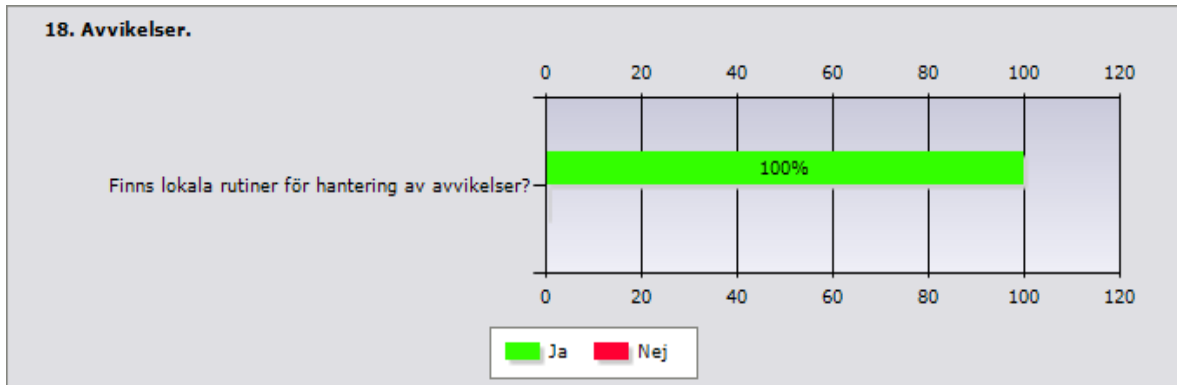
Vid besöket uppmanas enheten att regelbundet informera om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål samt beskriva för brukare och närstående hur det kan gå till. Vidare behöver enheten pröva sig fram till olika sätt att uppmuntra brukarnas delaktighet och inflytande över det egna stödet men även verksamheten i stort.



Kommentar till ovanstående:

Kommentar från uppföljningsansvariga.

Det faktum att inga rapporter om missförhållanden har inkommit under 2016 kan tyda på att medvetenheten om skyldigheten att rapportera missförhållanden och risker för dessa samt syftet med detta inte är tydligt inom enheten.



Kommentar till ovanstående:

Lokal rutin för avvikelser finns inom verksamhetsområdet för personer med funktionsnedsättning. Inga avvikelser har skett på enheten sedan nuvarande enhetschef tog över.

Kommentar från uppföljningsansvariga.

61 avvikelser har registrerats under det senaste året, varav åtta händelser berör socialtjänstens område. Övriga 53 händelser rör hälso- och sjukvård, varav 51 är läkemedelsavvikelser.

7. Samlad bedömning

Analys

Bedömning: Godkänt



Sammantaget får Dalviksgatan 71 H som helhet en godkänd bedömning i uppföljningen samtidigt som det finns förbättringsområden.

Flertalet frågor i den framtagna enkäten har besvarats positivt och når därmed ett godkänt resultat. Enkätfrågorna är hämtade ur de olika kvalitetsområden, som uppföljningen av nystartad verksamhet ska innehålla. Noterbart är att vid besöket på enheten använde en del av medarbetarna arbetskläder som mer kan förknippas med en sjukhusinstitution.

Ledning och personal

Överlag ges i uppföljningen positiva svar, förutom för kompetensutveckling och aktuella genomförandeplaner. Även för läkemedelshantering med fråga om lokal rutin lämnas ett negativt svar.

Individnivå

Brukarnas egna upplevelser saknas i materialet på grund av bortfall. Brukarråd eller som boendeenheten väljer att benämna husmöte sker en gång per månad. Däremot har inga informationsträffar för anhöriga eller närstående hittills genomförts. Delaktighet i hälso- och sjukvård får ett positivt svar.

Avvikelsehantering inklusive synpunkter och klagomål

Samtliga frågor besvaras positivt. Samtidigt är det ett observandum att vare sig synpunkter, klagomål eller missförhållanden har rapporterats. Vid besöket uppmanades därför enheten att regelbundet informera om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål sam beskriva för brukare och närstående hur det kan gå till.

Ekonomi

Enheten har inte behövt nyttja tilldelad budget för personalbemanning fullt ut, eftersom alla platser inom enheten inte har varit belagda under året.

Förbättringsområden

- Kompetensutveckling – kontinuerlig planering och upprättad plan
- Dokumentation av socialtjänst – att alla brukare har aktuella genomförandeplaner
- Informationsträffar för anhöriga eller närstående – bjuda in till
- Läkemedelshantering – lokal rutin
- Rehabiliteringsnivåbedömning – säkerställa att alla brukare erbjuds
- Avvikelsehantering inklusive synpunkter och klagomål – utreda bakomliggande orsaker och ta fram handlingsplan för brister
- Arbetskläder – se över användningen av arbetskläder.

Åtgärd med anledning av genomförd uppföljning

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