



Luntgatan 51

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	14

1. Sammanfattning

Enligt vård- och omsorgsnämndens antagna uppföljningsplan för 2016 – 2017 ska uppföljning ske av nystartad verksamhet hos både kommunala och privata utförare. Boendeenheten Luntgatan 51 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 Luntgatan 51 som helhet en godkänd bedömning i uppföljningen samtidigt som det finns förbättringsområden. Dessa är bemanning, kompetensutveckling, dokumentation av socialtjänst, kontaktmannaskap, informationsträffar för anhöriga eller närstående, läkemedelshantering, rehabiliteringsnivåbedömning 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. Luntgatan 51 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). Det är en servicebostad riktad till personer med psykisk funktionsnedsättning. Totalt finns i samma trappuppgång 18 lägenheter, därutöver finns en lägenhet för medarbetare och gemensamma aktiviteter.

Enheten startade maj 2015. Det bor 18 brukare på enheten, varav åtta kvinnor och tio män. Aldern varierar mellan 20 – 60 år. Bemanningen består av 13 årsarbetare, där tre är stödpedagoger och resterande är stödassistenter. I samband med uppföljningen är inte alla tjänster tillsatta. Stödpedagogerna slutade nyligen och rekrytering pågår. Enheten har ett så kallat rullande schema med sovande jour.

Inledningsvis har enheten besvärats med en hel del lokalmässiga problem såsom buller, vatten och ventilation. Det har haft negativ inverkan på verksamheten.

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 frågorna via enkätverktyget Easy Research.

Medicinskt ansvariga, socialt ansvarig samordnaren 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 onsdagen den 2 november 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

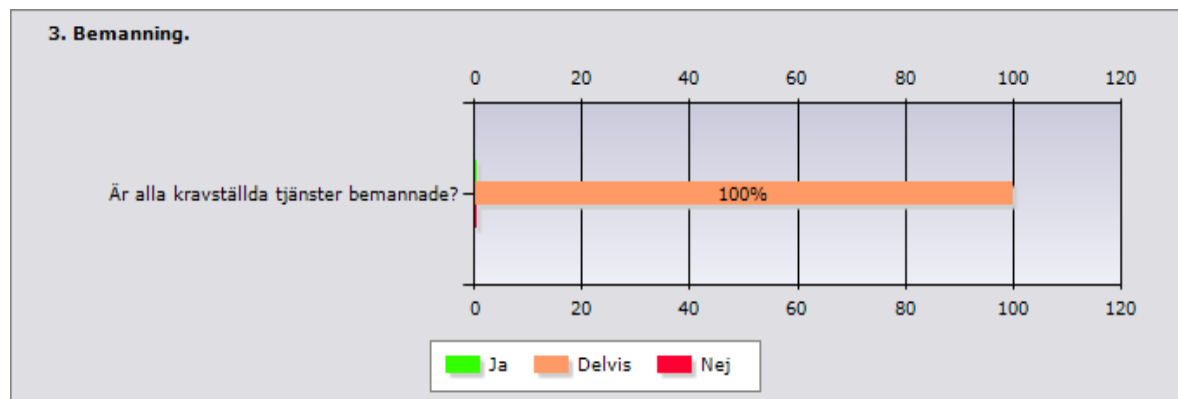
Resultatet av insamlad material redovisas i tabellform med kommentarer som följer i direkt anslutning.

1. Ekonomi

Bemanningen ligger under tilldelad budget, vilket förklaras med att enheten har haft svårt att rekrytera personal.

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

Resultat på individnivå saknas på grund av bortfall.



Kommentar till ovanstående:

Alla tjänster är inte tillsatta, men är under rekrytering.

Kommentar från uppföljningsansvariga.

Det är stora svårigheter att rekrytera personal med kompetens för arbetet med målgruppen.

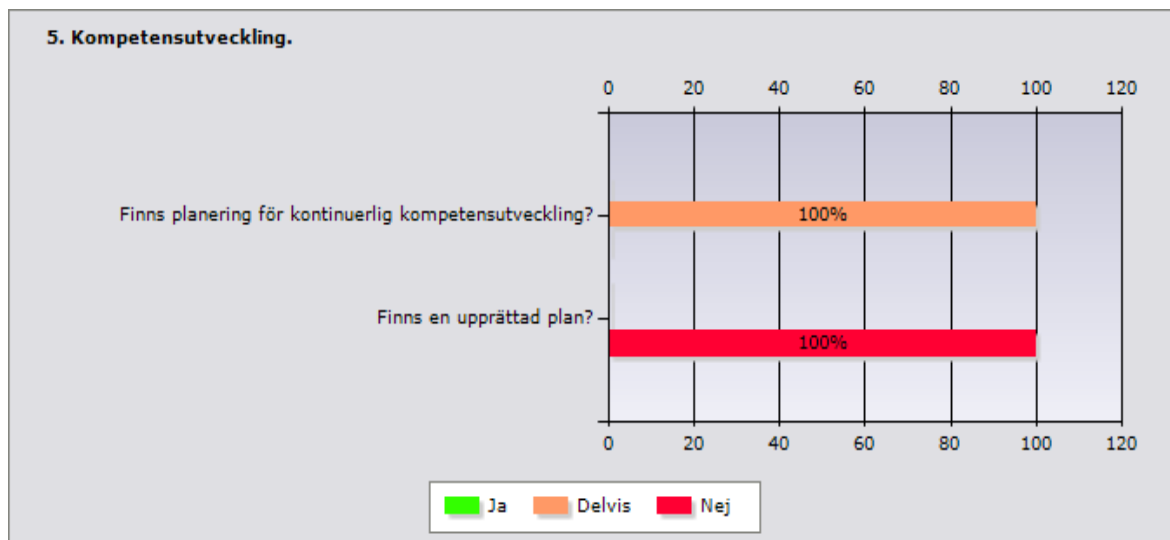
4. Bemanning av legitimerad personal. Beskriv hur den tillgodoses.

Svar:

Det finns personal, som känner de boende och sjuksköterskan är flera gånger i veckan på enheten.

Kommentar från uppföljningsansvariga.

Arbetsterapeut och fysioterapeut är inte lika frekvent på enheten som sjuksköterskan.



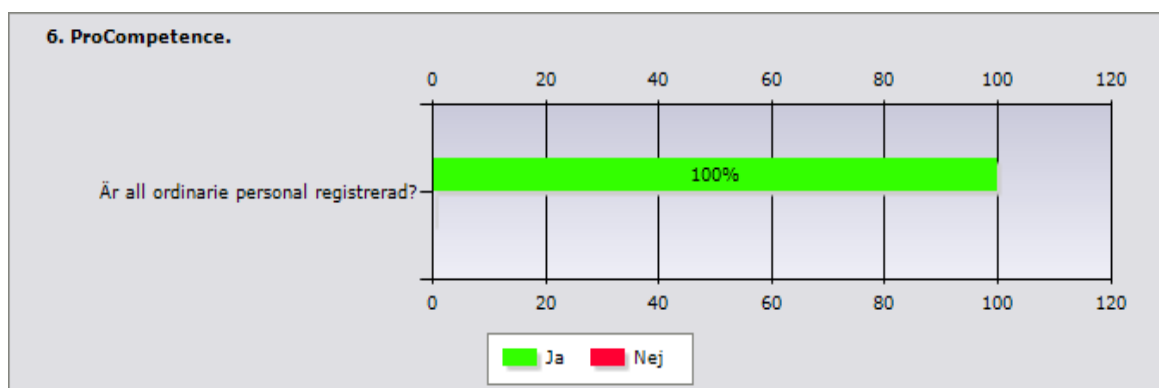
Kommentar till ovanstående:

Enhetschefen har inte helt satt sig in i verksamheten och har inte fått till sig detta, men tänker att det är en del som kommer att satsas på under kommande år.

Kommentar från uppföljningsansvariga.

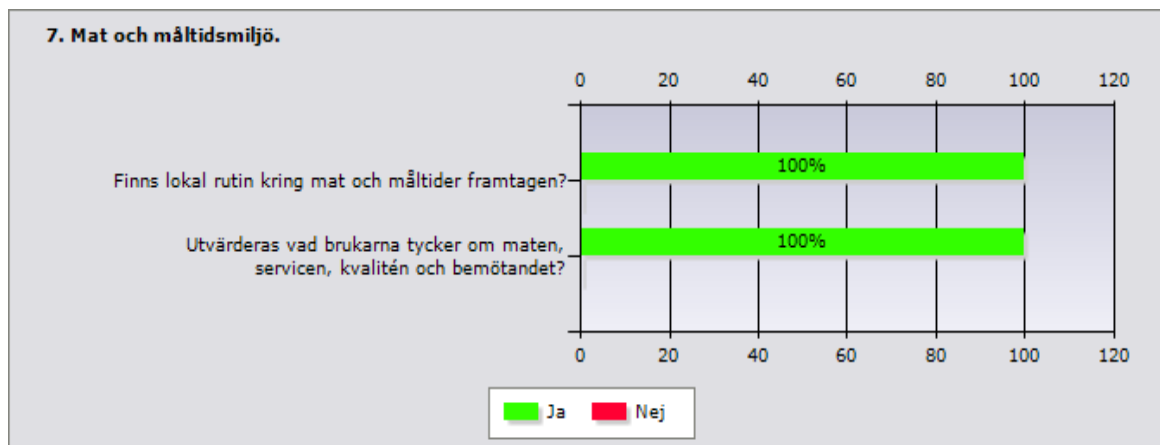
Enhetschef beskriver stora kompetensutvecklingsbehov av faktisk kompetens avseende arbete med personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar samt ätstörningar och självskadebeteenden. Ett fortlöpande samarbete med regionens hälso- och sjukvård behöver finnas eftersom de ansvarar för specialistvård och behandling.

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



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

Personalen ska själv registrera sin kompetens. Enhetschefen har inte hunnit kontrollera det inför besöket, men utgår från att det är gjort. Planerar att göra det i samband med medarbetarsamtalen, som startar i närtid.

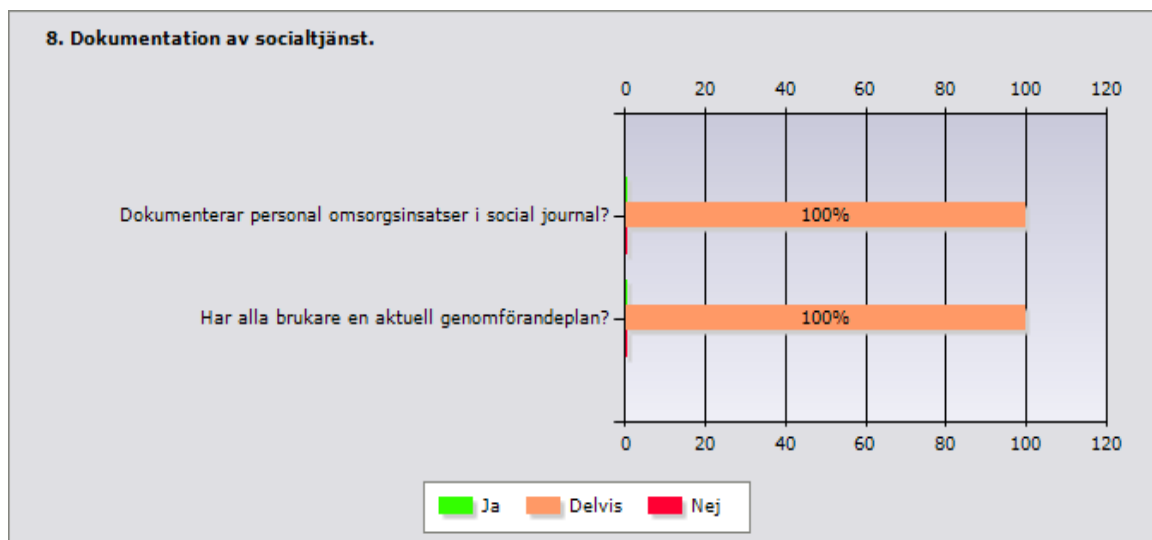


Kommentar till ovanstående:

Sedan cirka två veckor tillbaka (mitten av oktober) erbjuds frukost i den gemensamma lägenheten. Middag serveras på helgen men kommer att införa middagar även vardagar i närtid. Brukarna är delaktiga.

Kommentar från uppföljningsansvariga.

Matlagning och måltider kan användas mer målmedvetet för att skapa en meningsfull sysselsättning och gemenskap.

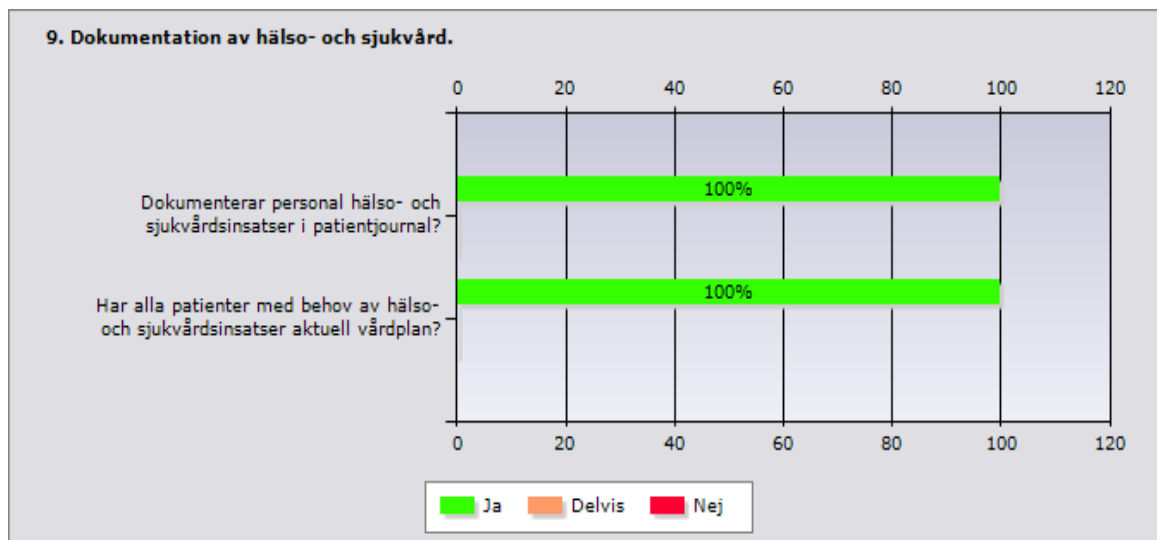


Kommentar till ovanstående:

Enhetschefen menar att det är svårt för medarbetare att hålla isär lagstiftningarna och att få till dokumentation. Det är ett förbättringsområde.

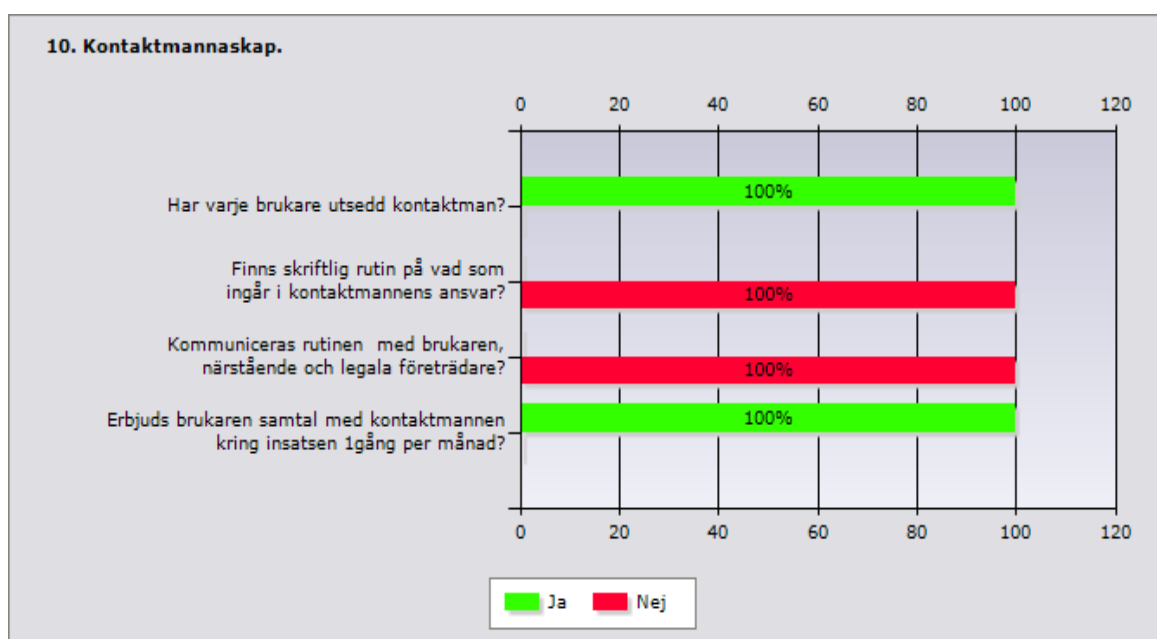
Kommentar från uppföljningsansvariga.

Brister i form av utebliven och otillräcklig dokumentation inom socialtjänsten leder ofta till kvalitetsbrister både för brukaren men även för verksamheten i stort. Åtgärder för att säkerställa att medarbetare fortlöpande dokumenterar iakttagelser, bedömningar, åtgärder och uppföljningar samt att lärdomar dras utifrån denna dokumentation bör snarast vidtas.



Kommentar till ovanstående:

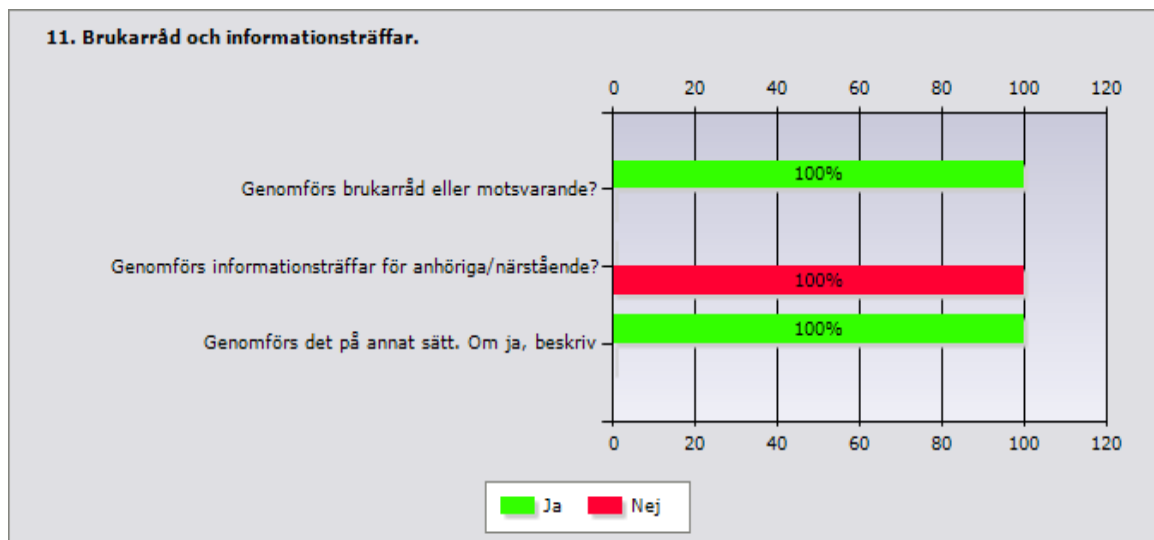
Enhetschefen förutsätter att legitimerad personal uppdaterar vårdplanerna.



Kommentar till ovanstående:

Enhetschefen hänvisar till sin bristande kännedom om enheten. Tillträdde sin tjänst september 2016.

Samtliga brukare har en ordinarie kontaktman, några har av olika skäl två. Riktlinjen finns, däremot inte en lokal rutin på boendeenheten. Det kommer att tas upp på kommande arbetsplatsträff. Flertalet brukare har samtal med sin kontaktman mer än en gång per månad, någon brukare väljer själv att avstå.

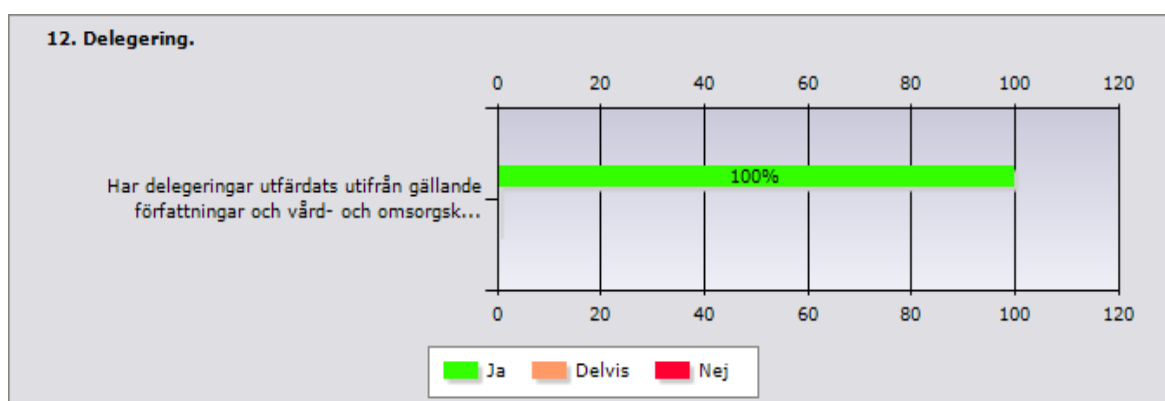


Kommentar till ovanstående:

Mejl och telefonkontakt med de legala företrädarna. Husmöte på enheten genomförs en gång per månad. Däremot har det inte varit något brukarråd. Hittills har det inte bjudits in till informationsträffar med anhöriga eller närstående. Brukare har inte velat det.

Kommentar från uppföljningsansvariga.

Vid hittills genomförda husmöten har endast några av samtliga 18 brukare deltagit. Informationsmöten med anhöriga eller närstående har inte heller förekommit. Enheten bör överväga hur de kan öka närståendes medverkan och delaktighet genom att exempelvis bjuda in till särskilda tematräffar, öppet hus eller ta fram informationsblad. I sådana aktiviteter skulle även brukare engageras i som ett sätt för dem att skapa och uppleva en meningsfull dag och social gemenskap.

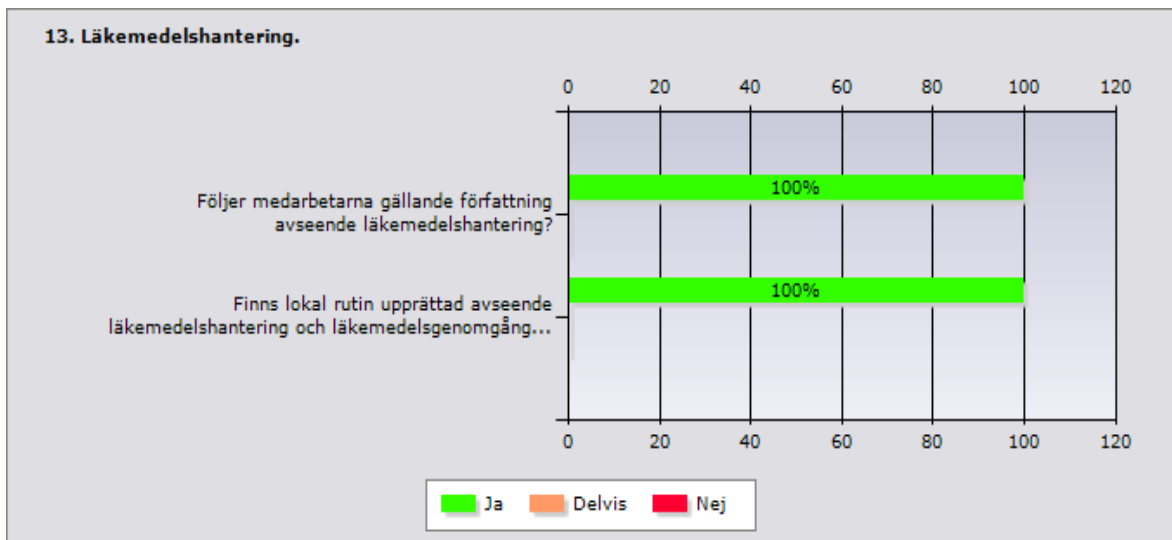


Beskriv förfarandet:

Enhetschefen vet inte hur det har varit tidigare. Numera skickar enhetschefen ut kunskapstest med utbildningsmaterial till personal, rättar testet och anmäler till steg 2 i delegeringsstegen vid alla rätt. Personal går utbildning halvdag, sedan ansvarar enhetens sjuksköterska för den specifika delegeringen på enheten. All omvårdnadspersonal har delegering för läkemedel. 17 av 18 brukare har läkemedel.

Kommentar från uppföljningsansvariga.

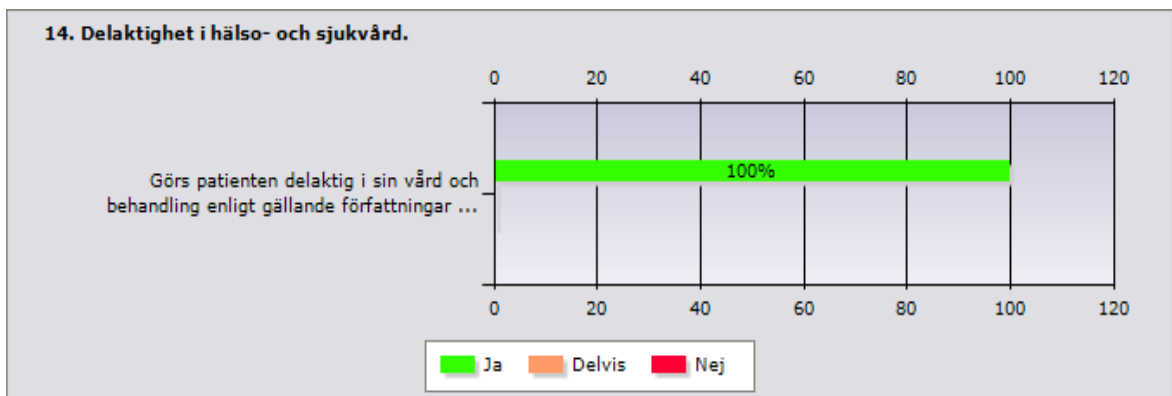
Hotsituationer har förekommit. Vid intervjun föreslår enhetschefen att göra riskanalys kring vilka brukare som det är lämpligt att ha läkemedelsskåp i lägenheten för samt om hotsituationen kan bli mindre om skåpet flyttas till annan plats i lägenheten.



Kommentar till ovanstående:

Kommentar från uppföljningsansvariga.

Alla brukare har läkemedelsskåp i sin lägenhet. Nycklar förvaras i nyckelskåp. De är kodade och går inte att logga samt är tveksamt placerade i vissa lägenheter. Enhetschefen känner till att läkemedelsbrist har förekommit. När läkemedelsbrist har upptäckts ska en avvikelse skrivas och utredning påbörjas.

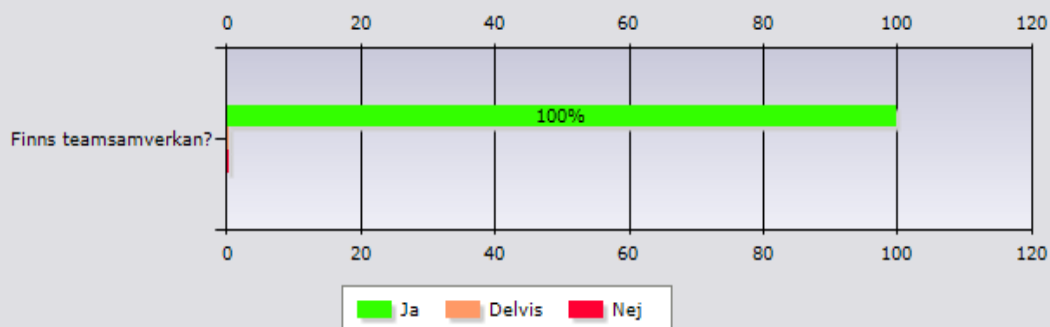


Beskriv arbetsätt:

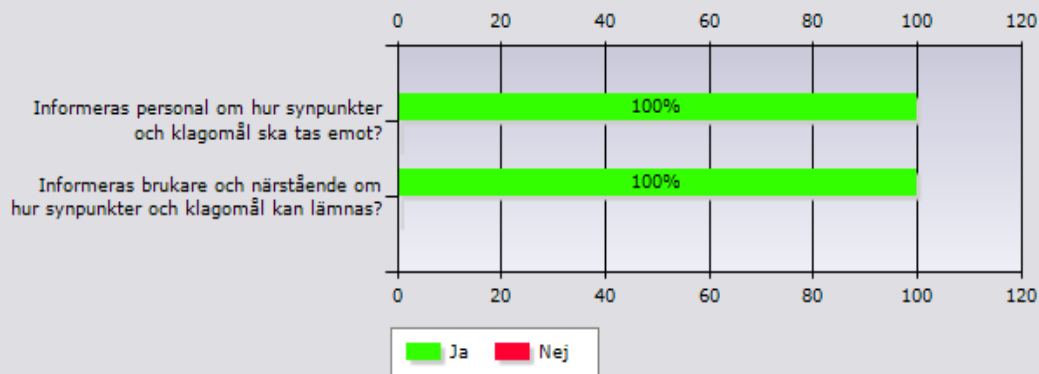
Kommentar från uppföljningsansvariga.

Det förs alltid en dialog gällande vård och behandling för att brukaren ska vara delaktighet. Arbetsättet är generellt motiverande för att brukarna ska vara så självständiga som möjligt.

Samtliga brukare har tillfrågats om rehabiliteringsnivåbedömning, men övervägande antal av dem har tackat nej till detta. Av stor vikt är att de som har tackat nej sedan tillfrågas igen för att på nytt blir erbjudna rehabiliteringsnivåbedömning.

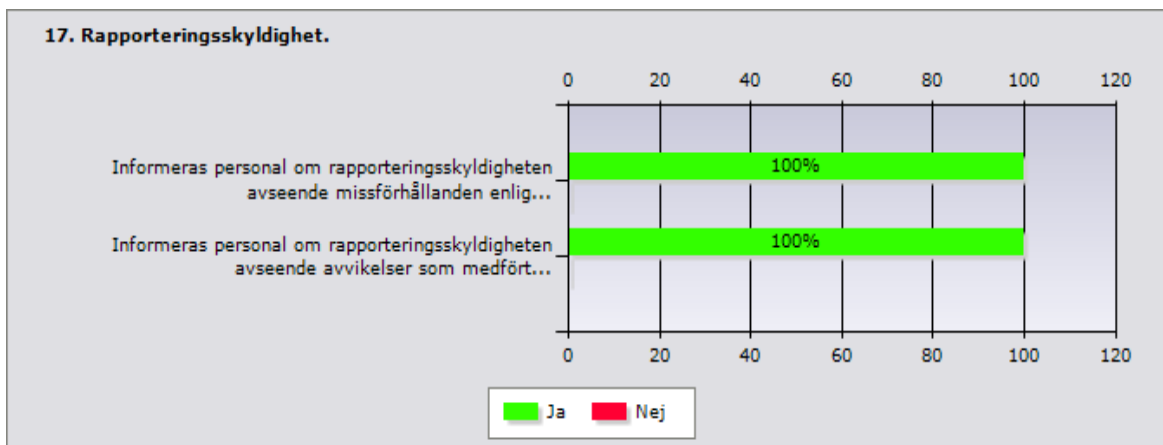
15. Teamsamverkan.**Beskriv hur teamet samverkar kring patienten/brukaren:**

Legitimerad personal har kontinuerlig kontakt med både brukare och personal.

16. Synpunkts- och klagomålshantering.**Kommentar till ovanstående:**

Kommentar från uppföljningsansvariga.

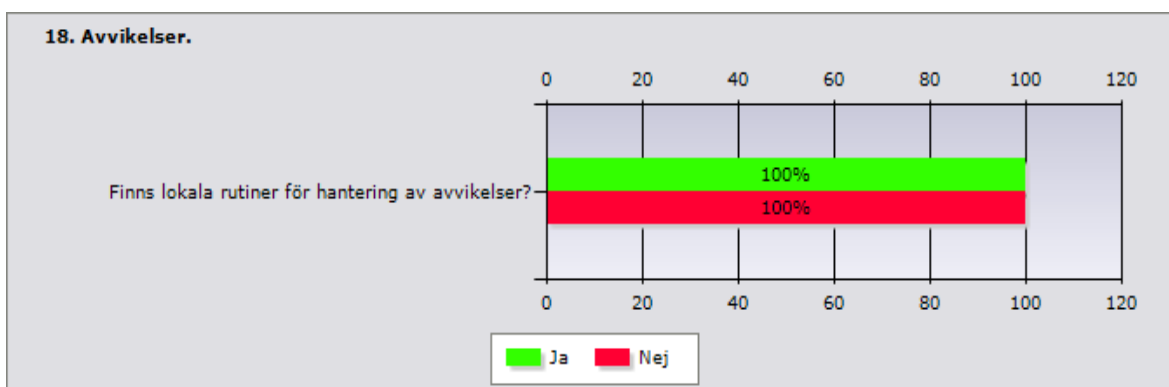
Många klagomål inkommer på den nya fastigheten och lokalerna i stort. Mycket av enhetschefens arbetstid åtgår till dessa klagomål som rör missfärgat vatten, dålig ventilation och så vidare. Även sakkunnig i lokalfrågor från berednings- och planeringsenheten samt representant för stadsbyggnadskontorets lokal-försörjning har varit engagerade i detta.



Kommentar till ovanstående:

Kommentar från uppföljningsansvariga.

Få rapporter om missförhållande 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.

Det finns rutin inom verksamhetsområdet för personer med funktionsnedsättning (VPF) däremot finns ingen särskild rutin för enheten. Enhetschefen har därför inrapporterat två olika svar i enkäten.

Avvikelser finns och avser medicin samt bemötande. Enhetschefen bearbetar dem tillsammans med personalen på personalmöten.

Enhetschef uppger att det inte finns lokala rutiner för avvikelshantering och att enheten inte har något strukturerat arbetssätt för att hantera inregistrerade avvikelser.

140 avvikelser har rapporterats under det senaste året. 75 av dem har registrerats som läkemedelsavvikelser, 25 som brister i dokumentation, 20 som brister i omsorgsinsatser och 7 som brister i vård och behandling.

Enhetschef bör snarast i samråd med legitimerade medarbetare och personalgrupp strukturerat analysera inkomna avvikelser i syfte att förbättra kvalitet för den enskilde men även för verksamheten i stort.

7. Samlad bedömning

Analys

Bedömning: Godkänt



Sammantaget får Luntgatan 51 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 uppföljning av nystartad verksamhet ska innehålla.

Ledning och personal

Överlag ges positiva svar. Däremot lämnas på frågor om bemanning, kompetensutveckling, dokumentation av socialtjänst samt kontaktmannaskap delvis godkända eller negativa svar.

Individnivå

Brukarnas egna upplevelser saknas i materialet på grund av bortfall. Husmöte genomförs en gång per månad. Hittills har inga informationsträffar för anhöriga eller närstående genomförts. Brukare har inte velat det. Brukarnas delaktighet i hälso- och sjukvård får ett positivt svar men läkemedelshantering och rehabiliteringsnivåbedömning behöver ses över.

Avvikelsehantering inklusive synpunkter och klagomål

Frågorna besvaras övervägande positivt. Många klagomål har gällt vatten och ventilation i fastigheten. Få rapporter har rört missförhållanden, vilket kan tyda på att medvetenheten om skyldigheten att rapportera inte är tydlig. Ett strukturerat arbetssätt med avvikelser saknas. Enhetschef bör snarast i samråd med legitimerade medarbetare och personalgrupp strukturerat analysera inkomna avvikelser i syfte att förbättra kvalitet för brukaren men även för verksamheten i stort.

Ekonomi

Enheten ligger under tilldelad budget, vilket förklaras med att det är svårt att rekrytera personal.

Förbättringsområden

- Bemanning – ha tillsatta tjänster
- Kompetensutveckling – kontinuerlig planering och upprättad plan
- Dokumentation av socialtjänst – dokumentera omsorgsinsatser och att alla brukare har aktuella genomförandeplaner
- Kontaktmannaskap – skriftlig rutin och att kommunicera den
- Informationsträffar för anhöriga eller närstående – bjuda in till
- Läkemedelshantering – följsamhet till gällande rutiner
- Rehabiliteringsnivåbedömning – säkerställa att alla brukare erbjuds

- Avvikelsehantering inklusive synpunkter och klagomål – få till stånd ett strukturerat arbetssätt och tydliggöra rapporteringsskyldighet.

Åtgärd med anledning av genomförd uppföljning

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