

Uppföljning av handlingsplan för hälso- och
sjukvårdsenheten LSS

Tjänsteutlåtande

Socialförvaltningen

Datum 2017-11-13

Dnr 2017/0061

Till Vård- och omsorgsnämnden

Uppföljning av handlingsplan för Hälso-och sjukvårdsenheten LSS

Sammanfattning

En granskningsrapport sammanställdes 2017-08-17 gällande granskning som genomförts på Hälso- och sjukvårdsenheten inom LSS. Verksamheten drivs av Produktionsförvaltningen. Handlingsplan har nu upprättats av verksamheten utifrån de brister som finns.

Beslutsförslag

Vård-och omsorgsnämnden beslutar att

1. Godkänna handlingsplan samt åtgärder som tillräckliga
2. Ge förvaltningen i uppdrag att följa upp handlingsplan och åtgärder som utföraren vidtagit

Bakgrund

Vård-och omsorgsnämnden beslutade vid sammanträde 2017-08-29 att förvaltningen ska rapportera inkommen handlingsplan från verksamheterna på nämndmötet 2017-11-28. Handlingsplan ska utgå från de brister som uppmärksammades vid granskning under maj-juli 2017. Granskning är en del av den uppföljningsplan Vård-och omsorgsnämnden har antagit. Denna granskning syftar till att säkerställa att utföraren fullföljer det hälso-och sjukvårdsansvar som åligger verksamheten enligt avtal, gällande lagar, författningar samt riktlinjer.

Förvaltningens slutsatser

Den handlingsplan som upprättats vad gäller Hälso-och sjukvårdsenheten inom LSS motsvarar de förbättringsområden som påtalats i granskningsrapporten från 2017-08-17. Åtgärderna är relevanta, namngivna personer som ansvarar för genomförande och utvärdering av åtgärd finns, samt rimliga tidsramar.

Enhetschef arbetar nu tillsammans med vård-och omsorgspersonal för upprättande och implementering av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Handlingsplan kommer att följas upp vid samverkansmöten två gånger per halvår.

Tidigare beredning och beslutsunderlag

-Vård- och omsorgsnämndens beslut VON § 7:7, 2017-08-29

Tjänsteutlåtande

Bilagor


1. Produktionsförvaltningens handlingsplan efter granskningsrapport våren 2017, 2017-10-25
2. Avtalsuppföljning LSS och granskning av Hälso-och sjukvård – Daglig verksamhet, 2017-08-17



Susanna Kiesel
Socialdirektör



Mia Morén
Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Annika Manriquez
Kvalitetsansvarig för rehabilitering

Expedieras

- Akten
- Produktionsförvaltningen

Datum: 2017-10-25 Förvaltning: Produktionsförvaltningen Enhet: HSE/LSS/SoL		Handlingsplan efter granskningsrapport våren 2017			
Förbättringsområde		Åtgärder	Ansvarig Namn	Klart när	Uppföljning/kontroll
<p>Verksamhet som helhet: Patienterna får inte den hälso- och sjukvård som de har rätt till, särskilt inte förebyggande insatser och vissa typer av hjälpmedel samt vissa rehabiliteringsinsatser.</p> <p>Hälso- och sjukvårdsansvaret på daglig verksamhet är otydligt för all berörd personal och för deltagarna, särskilt när flera olika vårdgivare är involverade samt när något inträffar akut.</p> <p>Patientjournalerna är ofullständiga.</p> <p>Legitimerad personal behöver utbildning i bemötande och behandling av personer med psykisk sjukdom.</p>		<p>Anställning av en sjuksköterska 100% Anställning av en arbetsterapeut 50%</p> <p>Se över rutiner och skapa en gränsdragningslista.</p> <p>Se över dokumentationen, detta kan också förbättras då vi utökar personalen i HSE/LSS gruppen.</p> <p>Gör en kompetensinventering och lägga upp utbildningsplaner.</p>	<p>EC EC</p> <p>EC/HSE</p> <p>EC</p>	<p>171020 Pågår</p> <p>171231</p> <p>171231</p> <p>171130</p>	
<p>Rehabilitering och habilitering: Alla perspektiv inom hälso- och sjukvårdsansvaret blir inte utförda, t.ex. att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Beställaren har utökat den finansiella ramen men detta verkar inte ha påverkat bemanningens anpassning till det arbete som ska utföras enligt beställningen.</p>		<p>Utökning av HSE/LSS enheten är på gång. En sjuksköterska är anställd och rekrytering av arbetsterapeut är pågående</p>	<p>EC</p>	<p>170228</p>	

Inkontinens: Det finns ingen sjuksköterska med förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel inom HSE-LSS.		Erbjuda en av sjuksköterskorna en utbildning i förskrivningsrätt.	EC	180630	

Rapport, granskning och avtalsuppföljning Daglig verksamhet, LSS/SoL samt Hälso- och sjukvård

Genomförd av: Kvalitetsansvarig för Rehab och Medicinskt ansvarig/sakkunnig
funktionshinder, våren 2017

Senast uppdaterad: 2017-08-17

Gäller för: Daglig verksamhet, Åkersberga

Allmänt

Bakgrund

Sakkunnig inom funktionshinderområdet har uppdrag att regelbundet göra avtalsuppföljningar för verksamheter inom LSS och Socialpsykiatri. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 5 kap, samt i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) § 6, att granska de verksamheter som ingår i ansvarsområdet. När det gäller hälso- och sjukvård deltar Kvalitetsansvarig för Rehab (KAR) i granskningen.

Det finns inget som reglerar hur avtalsuppföljningarna ska göras eller hur granskningarna bör utformas.

Eftersom sakkunnig inom funktionshinderområdet och MAS är samma person har både en avtalsuppföljning och en granskning av hälso- och sjukvården gjorts parallellt. Denna modell för att göra avtalsuppföljning och granskning av hälso- och sjukvård samtidigt har även provats tidigare inom funktionshinderområdet. Fördelen är att berörda verksamheter blir granskade ur ett helhetsperspektiv. Nackdelen är att materialet blir relativt omfattande och svårt att redovisa i sin helhet.

Ambitionen är att både avtalsuppföljning och granskning av hälso- och sjukvårdsutförandet ska ske ur följande aspekter:

- Brukarens/Patientens/Klientens perspektiv
- Personalens perspektiv
- Ledningens perspektiv
- Beställarens/huvudmannens perspektiv

Frekvens

En till två gånger per år planeras granskning av hälso- och sjukvårdsutförandet, med fokus på olika områden. Utöver detta sker kontinuerliga uppföljningar genom samverkansmöten, avtalsuppföljningar etc. Avtalsuppföljningar görs enligt särskild plan.

Områden

Hälso- och sjukvårdsutförandet granskas ur följande perspektiv vid varje tillfälle:

- Läkemedelshantering
- Basala hygienrutiner
- Rehabilitering och rehabilitering
- Medicintekniska produkter
- Avvikelsehantering, Lex Maria
- Rutiner för kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal
- Journalgranskning
- Att patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om
- Vidtagna åtgärder sedan förra granskningen

Vid olika tillfällen kommer olika fokusområden att granskas t. ex:

- Kommunikation, information
- Samverkan
- Kost och måltider
- Inkontinens
- Munhälsa
- Infektioner
- Rutiner och riktlinjer
- m.m. etc. osv.

Avtalsuppföljningarna utgår ifrån det aktuella avtalet/den aktuella beställningen med respektive utförare, samt vid varje tillfälle gällande lagstiftning och författningar.

Metod

Vid granskningstillfällen används följande metodik:

- Granskning av dokumentation och aktuella rutiner utfärdade av utföraren
- Besök på enheten/bredvidgång under hela eller delar av ett arbetspass
- Genomgång av avvikelshantering och Lex Maria/Lex Sarah
- Intervju med brukare/patient/klient när detta är möjligt och lämpligt
- Intervju med personal, enskilt eller i grupp
- Intervju och återkoppling med chef

Rapport

Resultatet sammanställs per enhet med krav på åtgärder och eventuella kommentarer kring sådant som fungerar särskilt bra. Respektive enhetschef återkopplar till berörda på sin enhet. Resultat i sammanfattning delges Vård- och omsorgsnämnden.

Reflektioner kring att granska

Eftersom en hög granskningsfrekvens har valts så är omfattningen av varje granskning begränsad. Fördelen med en sådan metod är att kunna följa kvalitet och verksamhet kontinuerligt över tid. Nackdelen är att den bilden som ges vid varje granskningstillfälle kan bli missvisande i förhållande till verkligheten. Granskningar kan liknas vid fotograferingar. Det är sant att ett fotograferat objekt vid ett visst tillfälle såg ut som det avbildats på fotografiet. Det går ändå inte att helt avgöra om objektet alltid ser ut så eller om man lyckats fotografera på ett särskilt lyckat, särskilt misslyckat sätt, eller så som det faktiskt är, och förhåller sig i vanliga fall. Ambitionen är att kombinera granskningarna med en nära och tät kontakt med verksamheten som bygger på ömsesidigt förtroende och en avsikt att vilja varandras bästa. Både för granskare och för utförare borde den självklara målsättningen vara att skapa en god och säker verksamhet i enlighet med gällande lagar, föreskrifter, riktlinjer etc.

Bedömningar

Bedömning av granskning sker på två nivåer:

1. Verksamheten som helhet
2. De delar som granskats

Varje nivå får omdöme i en tregradig skala:

- A. Utifrån det som granskats finns ingen eller mycket ringa anmärkning. Ingen särskild åtgärd eller uppföljning krävs (Jämför med grönt trafikljus)
- B. Utifrån det som granskats finns anmärkning som föranleder påpekande och krav på åtgärd som följs upp vid nästkommande granskningstillfälle. (Jämför med gult trafikljus)
- C. Utifrån det som granskats finns allvarliga anmärkningar som kräver särskild handlingsplan och extra, tidsbestämd uppföljning genomförs. (Jämför med rött trafikljus)

Granskning av daglig verksamhet

De delar som granskats är:

- Hälso- och sjukvården vid samtliga dagliga verksamheter.
- Knopen, daglig verksamhet
- Emiliagården, daglig verksamhet

Sammanfattning:

Det finns några punkter som ger anledning till kritik varav de allvarligaste är:

- Patienterna får inte vissa av de fysioterapeutiska och arbetsterapeutiska insatser som de har behov av, samt att de inte alltid kan ges i tillräckligt god tid.
- Patienterna får inte sina behov tillgodosedda ur alla perspektiv inom hälso- och sjukvårdsansvaret, att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Framför allt finns brister inom det förebyggande perspektivet.
- Hälso- och sjukvårdsdokumentationen är bristfällig t.ex. när det gäller omvårdnadsplaner, rehab-planer, riskbedömningar och behov av förebyggande insatser.
- Flera chefsbyten inom Hälso- och sjukvårdsenheten inom LSS, (HSE-LSS) har försenat många processer t.ex. bedömningar av hälso- och sjukvårdsbehovet, hantering av hjälpmedel, långsiktig planering, samverkan med andra.
- Sjuksköterskeinsatser på jourtid fungerar mycket bristfälligt och ett flertal avvikelser har rapporterats gällande att det är svårt att få kontakt med tjänstgörande sjuksköterska samt att vissa åtgärder dröjer eller blir felaktigt utförda.
- Budgetförutsättningarna är otydliga ur flera aspekter enligt granskarna – dels fungerar insatsmätningen/ersättningsnivåerna bristfälligt och dels så är budgetprocessen för 2017 fortfarande inte klar inom Produktionsförvaltningen.
- Det förekommer diskussioner, och olika bedömningar kring patientens behov kontra ekonomiska ramar vilket riskerar leda till att behovet av hjälpmedel inte tillgodoses. Det finns hjälpmedel på vissa enheter som inte används trots att behov av hjälpmedlet finns på en annan enhet.
- Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal behöver utveckla sin kompetens när det gäller bemötande och motivation av personer med psykisk funktionsnedsättning och/eller psykiatriska diagnoser.
- Många processer, rutiner och planeringsverktyg hanteras manuellt med papper och penna eller via word-/excelfiler. Det finns stora utvecklingsmöjligheter och förbättringar av patientsäkerheten om fler digitala verktyg och digitala stöd kan användas, t.ex. signeringslistor, planeringsverktyg och dokumentationsstöd.
- Samverkan med andra aktörer och läkarinsatser behöver utvecklas. Idag finns ingen funktion som har det samordnande och övergripande ansvaret för individens samlade hälso- och sjukvårdsbehov.

För de områden/nivåer i granskningsresultatet gällande hälso- och sjukvård som fått omdömet ”C” vid bedömningen av kvalitén förväntas utföraren inkomma med en handlingsplan/åtgärdsplan senast 2017-11-01 till beställaren.

Både social dokumentation samt hälso- och sjukvårdsjournaler har granskats. Förförståelse för verksamheten är grundad i ett flertal verksamhetsbesök med bredvidgång både tillsammans med personal på olika enheter. Information har också inhämtats från samverkansmöten och samtal med olika medarbetare samt anhöriga.

Hälso- och sjukvårdsenheten inom LSS, (HSE-LSS), bildades i september 2015 inför att kommunen tog över hälso- och sjukvårdsansvaret från landstinget 2015-10-01. Initialt så skedde ett flertal chefsbyten men sedan januari 2016 har en konsultchef haft chefsansvaret. Hon slutar sitt uppdrag 2017-08-16. De initiala chefsbytena skapade startsvårigheter när det gäller att skapa rutiner och samverkansforum för HSE-LSS. Det finns fortfarande stort behov av att få fram de rutiner som saknas samt tillskapande av adekvata samverkansforum med bl.a. primärvården/läkare/Prima, externt med andra hälso- och sjukvårdsutförare, internt mellan boendena och HSE-LSS, interna rutiner i teamet.

HSE-LSS ska arbeta i enlighet med den kravspecifikation för hälso- och sjukvård som Vård- och omsorgsnämnden i Österåker beslutat att alla vårdgivare, där nämnden är att betrakta som huvudman, ska ha samma krav när det gäller hälso- och sjukvårdsansvar enligt 12 kap. § 1 i hälso- och sjukvårdslagen.

Granskningsresultat gällande hälso- och sjukvård:

Bedömningsområde:	Verksamheten som helhet
Bedömning av kvalitet:	C. Särskild handlingsplan krävs
Notering:	<ul style="list-style-type: none"> - Patienterna får inte den hälso- och sjukvård som de har rätt till, särskilt inte förebyggande insatser och vissa typer av hjälpmedel samt vissa rehabiliteringsinsatser. - Hälso- och sjukvårdsansvaret på daglig verksamhet är otydligt för all berörd personal och för deltagarna, särskilt när flera olika vårdgivare är involverade samt när något inträffar akut. - Patientjournalerna är ofullständiga. - Legitimerad personal behöver utbildning och träning i bemötande och behandling av personer med psykisk sjukdom.

Bedömningsområde:	Rehabilitering och habilitering
Bedömning av kvalitet:	C. Särskild handlingsplan krävs
Förbättringsområde:	Alla perspektiv inom hälso- och sjukvårdsansvaret blir inte utförda, t.ex. att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Beställaren har utökat den finansiella ramen men detta verkar inte nämnvärt ha påverkat bemanningens anpassning till det arbete som ska utföras enligt beställningen.
Positivt intryck:	Arbetsterapeut och fysioterapeut fokuserar på patientsäkerhet och agerar snabbt vid oförutsedda händelser.

Bedömningsområde:	Medicintekniska produkter, MTP
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	<ul style="list-style-type: none"> - Oklarheter finns om vem som bär ansvaret i förskrivningsprocessen av hjälpmedel. Nu utför HSE-ISS delar av landstingets uppdrag. - Det förekommer diskussioner kring patientens behov och ekonomiska ramar vilket riskerar leda till att behovet av hjälpmedel inte tillgodoses. Det finns risk för att hjälpmedel köps in trots att sådant hjälpmedel står oanvänt på en annan enhet. Det riskerar att bli fördröjningar för patienten. - Patientsäkerheten riskeras eftersom förskrivningsprocessen inte följs när personalen på varje enhet har tillgång till hjälpmedelsförrådet och kan hämta hjälpmedel utan arbetsterapeutens/fysioterapeutens kännedom. - Hjälpmedelsförrådet på Sågens dagliga verksamhet är oläst och tillgänglig för utomstående.
Positivt intryck:	Hjälpmedelsinventeringen på alla dagliga verksamheter och boenden är färdig och registreras i datorn via Word- och Excellistor.

Bedömningsområde:	Kontakt med läkare och hälso- och sjukvårdspersonal
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	<p>Nedskrivna rutiner för när Arbetsterapeut och Fysioterapeut ska kontaktas är inte förankrad hos personalen på enheterna.</p> <p>Det innebär patientsäkerhetsrisker och onödigt merarbete när HSE-ISS och Socialpsykiatrisjukvård inte har tillgång till en teamanknuten läkare vars uppdrag skulle kunna vara att ta ett övergripande samordningsansvar för olika läkarinsatser.</p> <p>Det finns vissa oklarheter i kontaktvägar mellan den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som ansvarar för daglig verksamhet och den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som ansvarar för boendet när det är olika utförare, som t.ex. mellan Knopen daglig verksamhet (Produktionsförvaltningen) och Hantverkaren gruppboendestad (Olivia omsorg AB).</p>
Positivt intryck:	<ul style="list-style-type: none"> - Rutin för när Arbetsterapeut och Fysioterapeut ska kontaktas finns. - Omvårdnadspersonalen har förtroende för legitimerad personal som i sin tur upplever att de har en öppen dialog med omvårdnadspersonalen.

Bedömningsområde:	Läkemedelshantering
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	Det finns oklarheter i läkemedelshantering för läkemedel och ordinationshandlingar/signeringslistor när vissa läkemedel ska ges på boendet och andra läkemedel på daglig verksamhet. Det finns också risker i transport av läkemedel mellan boende och daglig verksamhet.
Positivt intryck:	Det är sällan som allvarliga läkemedelsavvikelser sker.

Bedömningsområde:	Egenvård
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	Det finns oklarheter kring vad egenvård innebär och vem som bär ansvar för vad. Det finns exempel på när egenvård tillämpas utan att en egenvårdsbedömning är gjord.
Positivt intryck:	Det finns en hög grad av respekt och tänkande kring individens självständighet och självbestämmande.

Bedömningsområde:	Delegering
Bedömning av kvalitet:	A. Ringa anmärkningar
Förbättringsområde:	Arbetsterapeut och Fysioterapeut delegerar inte i dagsläget.
Positivt intryck:	Delegeringsprocessen för det som sjuksköterska delegerar fungerar väl, med god ordning och reda.

Bedömningsområde:	Avvikelsehantering
Bedömning av kvalitet:	A. Ringa anmärkningar
Förbättringsområde:	Det är i princip bara negativa händelser som rapporteras. Arbetet med att identifiera och rapportera risker behöver stärkas och utvecklas. Förståelsen för vad som bör avvikelserapporteras behöver utvecklas för att förbättra kvalitén på avvikelserapporteringen.
Positivt intryck:	Det finns en positiv inställning till att rapportera avvikelser.

Bedömningsområde:	Skydds- och begränsningsåtgärder
Bedömning av kvalitet:	A. Ringa anmärkningar
Förbättringsområde:	Det finns vissa oklarheter kring vad som är en skyddsåtgärd och hur man kan arbeta för att undvika sådana skyddsåtgärder som också innebär en begränsning.
Positivt intryck:	Det finns stor respekt för individens integritet och självbestämmande samt en hög ambition/stor omsorg kring att individen inte ska komma till skada.

Bedömningsområde:	Hygien
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	Riskbedömning kring att inte använda korrekt arbetskläder, enligt riktlinjen för basal hygien och klädregler, saknas.
Positivt intryck:	På Emiliagården används korrekt arbetskläder. Basala hygienrutiner tillämpas korrekt.

Bedömningsområde:	Vård i livets slut
Bedömning av kvalitet:	A. Ringa anmärkningar
Förbättringsområde:	Rutin för vård i livets slutskede saknas.
Positivt intryck:	Vård i livets slut och dödsfall förekommer mycket sällan.

Bedömningsområde:	Inkontinens
Bedömning av kvalitet:	C. Särskild handlingsplan krävs
Förbättringsområde:	Det finns ingen sjuksköterska med forskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel inom HSE-LSS.
Positivt intryck:	Man har goda rutiner och förutsättningar för deltagarnas toalettbesök.

Bedömningsområde:	Trycksår
Bedömning av kvalitet:	A. Inga anmärkningar
Förbättringsområde:	Inget identifierat.
Positivt intryck:	Förekomst av trycksår är sällsynt.

Bedömningsområde:	Fallprevention/Skadeprevention
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	Man arbetar inte teambaserat och multiprofessionellt med att följa upp negativa händelser och identifiera risker/arbete förebyggande för att undvika fall eller andra skador.
Positivt intryck:	Händelser med uppkommen skada inträffar relativt sällan.

Bedömningsområde:	Nutrition / Mun- och tandvård
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	Det finns ingen dokumentation om näringsintag eller riskbedömningar för felnäring. Dokumentation och planer kring munhälsa behöver utvecklas.
Positivt intryck:	Mat lagas på plats.

Bedömningsområde:	Demens
Bedömning av kvalitet:	A. Ringa anmärkningar
Förbättringsområde:	Det blir alltmer vanligt förekommande att personer inom funktionshinderområdet blir äldre och får demenssjukdomar. För att kunna upptäcka symtom i tid behövs utbildning och metoder och rutiner behöver tas fram.
Positivt intryck:	Personalen är relativt stabil med hög kontinuitet och kan därför snabbt identifiera förändringar hos individens hälsotillstånd och kognitiva förmågor.

Bedömningsområde:	Dokumentation
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	Hälso- och sjukvårdsdokumentationen är ofullständig och saknar till stor del en röd tråd där man kan följa händelseförlopp och orsakssamband.
Positivt intryck:	Det finns en hög ambitionsnivå och vilja att dokumentera. Den dokumentation som skrivs är bra och informativ sett ur ett kort perspektiv eller ur enstaka händelsers perspektiv.

Bedömningsområde:	Övrigt
Bedömning av kvalitet:	-
Förbättringsområde:	<ul style="list-style-type: none"> - Hälsa- och sjukvårdspersonalen upplever att de inte har tid att tillgodose de hälso- och sjukvårdsbehov som finns. - Emiliagården, daglig verksamhet är inte anpassat för personer med fysisk funktionsnedsättning. - Samverkan mellan olika aktörer, både inom Österåkers kommun och externa aktörer inom t.ex. landstinget, frivilligorganisationer, anhörigföreningar etc behöver stärkas.
Positivt intryck:	Deltagarna i daglig verksamhet verkar trivas och är stolta över det arbete som de utför på daglig verksamhet.

Avtalsuppföljning:

Daglig verksamhet bedrivs enligt lagen om valfrihet, LOV. I dagsläget är det endast Produktionsförvaltningen inom Österåkers kommun som bedriver daglig verksamhet. Enstaka platser för daglig verksamhet köps, av olika skäl för vissa individer, utanför kommunen. Det senaste förfrågningsunderlaget uppdaterades 2015-10-14 och det är utifrån detta förfrågningsunderlag som avtalsuppföljningen gjorts. Avtalsuppföljningen genomfördes huvudsakligen under maj/juni 2017.

Det förutsätts att utföraren utreder och åtgärdar sådana brister som anges nedan och redovisar detta i form av en handlingsplan/åtgärdsplan till beställaren senast 2017-11-01.

Föreståndare

Det finns personer med relevant utbildning som förestår verksamheten.

Enhetscheferna bedöms ha nära kontakt med verksamheten och har tillräcklig kunskap och kompetens för att säkerställa att kvaliteten i den dagliga verksamheten upprätthålls.

Personella resurser

Kraven på personalresurser med för uppdraget tillräcklig utbildning, kompetens och erfarenhet finns för att kunna utföra uppdraget.

Det är en utmaning att hitta personal med rätt specialistkompetens när en medarbetare som haft en relativt ”smal” kompetens slutar sin anställning. I vissa fall anpassas verksamheten utifrån personalens kompetens istället för att anpassas utifrån deltagarnas behov och önskemål.

Utföraren behöver ta fram en handlingsplan för hur deltagarnas behov och önskemål kan matchas med personalens kompetens vid personalomsättning/byte av personal.

Tillgänglighet och bemanning

Det finns personal tillgänglig under hela verksamhetens öppethållande. Man tar in vikarier vid både kort- och långtidsfrånvaro. Det finns vissa brister i introduktionen av ny personal.

Det finns deltagare som själva tycker att öppettiderna, arbetsdagens längd, och arbetsuppgifterna, inte motsvarar deras behov och önskemål.

Utföraren behöver ta fram en handlingsplan/åtgärdsplan för hur man kan säkerställa och dokumentera att tillgängligheten, arbetsuppgifterna och bemanningen motsvarar deltagarens behov och önskemål samt för hur introduktion av ny personal ska genomföras på ett ändamålsenligt sätt.

Kvalitetsarbete

Utföraren bedriver ett ständigt kvalitets- och utvecklingsarbete men det saknas dokument som visar hur kvalitetsarbetet bedrivs systematiskt. Det finns rutiner som behöver uppdateras och andra rutiner som saknas i skrift. Rutinerna fungerar i praktiken tack vare personalens kompetens och erfarenhet men utföraren bör granska vilka rutiner som behöver uppdateras eller nedtecknas samt upprätta en handlingsplan för när och hur detta kommer att ske.

Synpunkter och klagomål

Utföraren har inte tillräckliga rutiner för att samla in och använda synpunkter och klagomål.

Personalen lyssnar mycket på de synpunkter och klagomål som framförs men dokumentation av vidtagna åtgärder och en långsiktig lärandeprocess saknas.

Lex Sarah

Det är väldigt sällan att ett missförhållande eller risk för missförhållande rapporteras. Personalen behöver utbildning och information kring Lex Sarah. Cheferna är väl förtrogna med rapportering enligt Lex Sarah. Troligen rapporteras Lex Sarah i för liten utsträckning, särskilt när det gäller risk för missförhållande.

Krav på verksamheten

Insatserna utförs enligt de mål och intentioner som återfinns i Lagen om stöd och service (LSS). Verksamheten har tydliga mål och ett strukturerat arbetssätt och är individuellt utformad så långt som dagens sätt att organisera och finansiera verksamheten på tillåter.

Verksamheten bedrivs som en kollektiv arbetsplats med olika stationer/verksamhetsinriktningar med varierande svårighetsgrader. Enstaka individer har enskild daglig verksamhet där man bor och 1:1-bemanning, ibland mer.

Personalen har en hög grad av respekt och värnar om individens självbestämmande och delaktighet. Varje individ har en stödperson i personalgruppen.

Det finns enstaka deltagare som inte upplever den dagliga verksamheten som meningsfull och utvecklande men flertalet verkar trivas och är stolta över sitt arbete.

Det finns möjlighet för deltagare att växla mellan olika dagliga verksamheter olika dagar eller olika delar av dagen. Vissa arbetsstationer/arbetsgrupper arbetar externt utanför den dagliga verksamhetens väggar.

Utföraren behöver ta fram en handlingsplan kring hur man bör hantera individer som inte trivs, eller vill byta arbetsuppgifter eller socialt sammanhang på daglig verksamhet.

Samverkan och samarbete

Man samverkar relativt mycket med andra aktörer och intressenter i enlighet med förfrågningsunderlaget. Ständig utveckling av samverkan och samarbete pågår.

Lokaler

Lokalerna bedöms vara ändamålsenliga med undantag för att Emiliagården har vissa begränsningar för personer med fysiska handikapp.

Öppettider

Den dagliga verksamheten finns tillgänglig och är öppen varje helgfri vardag mellan kl.08.00 och 17.00. Individuella överenskommelser rörande andra öppettider finns.

Det finns dock vissa oklarheter när det gäller arbetstidens längd för vissa individer. Se under rubriken "Tillgänglighet och bemanning".

Måltider

Mat lagas på plats och det finns möjlighet till mellanmål och fika. Det finns möjlighet för den enskilde att ha med egen mat som kan förvaras och värmas på plats.

Omvårdnad

Det ges en god och omsorgsfull omvårdnad till de individer som har behov av detta. Det finns dock vissa brister i hur detta är dokumenterat i den sociala journalen.

Utföraren ska ta fram en handlingsplan kring hur omvårdnadens planering, genomförande och uppföljning ska dokumenteras.

Privata medel

Deltagarna sköter sina privata medel själva i stor utsträckning. Det finns möjlighet att låsa in värdesaker. På Knopen har det förekommit att digitala läsplattor har försvunnit.

De skriftliga rutinerna som fanns i verksamheten vid granskningstillfället var inaktuella.

Utföraren ska ombesörja att uppdaterad rutin finns i verksamheten.

Genomförandeplan

Det finns genomförandeplaner för alla deltagare som varit i verksamheten mer än 30 dagar.

Ibland kan det dock dröja upp till tre månader innan en ny deltagare får en genomförandeplan.

Dessa fördröjningar beror oftast på godtagbara anledningar och hade inte gått att genomföra snabbare.

Genomförandeplanernas formuleringar och innehåll kan förbättras och utvecklas. De mål och insatser som beskrivs är ofta mycket summariska och/eller så övergripande att det är svårt att läsa ut vad som konkret ska göras både när det gäller vad som ska göras och hur det ska göras.

Dock måste merparten av genomförandeplanerna anses uppfylla de formella förutsättningar som anges i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5).

Individuell plan enligt 10 § LSS

De enskilda som har en individuell plan får hjälp och stöd att uppnå målen i den.

Rutiner för utrymning

Det finns rutiner för utrymning av lokalen. Personalgruppen har tränat/utbildats på åtgärder vid en utrymningssituation men man har aldrig genomfört en praktisk träning tillsammans med deltagarna. Värdet för deltagarna av en utrymningsträning tillsammans med personalen bedöms vara låg men värdet för personalen att genomföra en träning tillsammans med deltagarna bedöms kunna vara värdefull.

IT-system, IT-säkerhet och verksamhetssystem

Procapita används som verksamhetssystem och ärendehanteringssystem för biståndshandläggarna och andra berörda parter. Beställningar av verksamhet sker via verksamhetssystemet.

IT-säkerheten bedöms vara hög och IT-systemet fungerar ändamålsenligt.

Ersättning

Utföraren får ersättning utifrån en insatsmätning som görs för att bedöma omfattningen av den personalstöd som deltagarna i daglig verksamhet har behov av. Resultatet av insatsmätningen ligger till grund för den ersättningsnivå som utföraren får sina intäkter från. Det finns fem olika ersättningsnivåer som grundas i antalet poäng i insatsmätningen. Utföraren menar att ersättningen för vissa brukare inte täcker de kostnader som verksamheten har för att tillgodose brukarens behov.

Systemet med att addera poäng ifrån insatsmätningens olika mätområden bedöms av granskaren vara inadekvat och riskerar att ge felaktiga resultat. Insatsmätningen görs utifrån sju olika insatsområden som kan ge 0, 2, 4, 6 eller 8 poäng. Dessa områden är:

1. Förflyttningar
2. Hygien och toalett
3. Kläder
4. Måltider, äta mat
5. Självständighet
6. Kommunikation
7. Beteenden som kräver personalstöd

Detta innebär att individer med fysiska funktionsnedsättningar alltid får högre poäng, jämfört med en individ som har kognitiva och/eller beteendemässiga dysfunktioner. Det är vanligt förekommande att de individer som har utmanande beteende, psykisk funktionsnedsättning etc, kräver lika mycket, eller mer personalstöd, jämfört med den som enbart har en fysisk funktionsnedsättning. En relevant insatsmätning borde ta lika stor hänsyn till behovet av personalstöd oavsett funktions-nedsättningens orsak och effekter.

Habiliteringsersättning

Utföraren betalar ut habiliteringsersättning till deltagarna med 8,40 kr per timma under maximalt 7 timmar per dag. Personalen rapporterar deltagarens närvaro. Habiliteringsersättningen kallas för lön i dagligt tal på den dagliga verksamheten.

Ändrad nivå

Det finns möjlighet för utföraren att göra beställaren uppmärksam på när behoven hos den enskilde förändras. Omprövning av nivåbedömningen görs om förändringen är bestående efter en månad. Utföraren ersätts då retroaktivt från anmälningdagen.

Se under rubriken "Ersättning". Det finns enstaka individer som har behov av insatser som vida överstiger den högsta nivån (5).

Utföraren uppger att man i vissa fall inte får kostnadstäckning för den verksamhet som bedrivs.

Sammanfattning

På det stora hela bedöms de verksamheter som granskats vara fungerande och ändamålsenliga verksamheter utifrån de förutsättningar som finns. Man arbetar med mycket hjärta, mänsklig värme och omtanke. Det finns utmaningar i verksamheten när någon deltagare är våldsam eller behöver extra mycket stöd en "dålig dag".

Samverkan med deltagarnas boende kan förbättras. Ibland har man olika synsätt kring hur individen på bästa sätt bör bemötas och motiveras.

Personalen på daglig verksamhet upplever att de olika boendena arbetar på väldigt olika sätt. Det förekommer t.ex. relativt ofta att boendet låter en individ åka till daglig verksamhet trots att individen är sjuk med t.ex. feber, hosta, trötthet etc, beroende på att boendet inte är bemannat på dagtid.

Trots utmaningar och vissa samarbetshinder så verkar både personal och deltagare trivas.

Personalomsättning och sjukfrånvaro är låg.