



UPPFÖLJNINGSRAPPORT

Uppföljning enligt beslutad uppföljningsplan 2019-2022

Kommunal utförare

Frans Bloms gata 71

Korttidsvistelse utanför det egna hemmet

Diarienummer: VON 2019/0252

Datum: 2019-08-16

VÅRD- OCH OMSORGSKONTORET
BESTÄLLNINGS- OCH UPPFÖLJNINGSENHETEN

→ www.norrkoping.se

Inledning

Uppföljning är en viktig del i kvalitetsarbetet och kommunen är ansvarig för att följa upp verksamhet oavsett utförare. Utifrån lagkrav ställs samma kvalitetskrav på privata utförare som på egna kommunala verksamheter.

Varje nämnd ansvarar för uppföljning och kontroll inom sitt ansvarsområde och ska med utgångspunkt från kommunfullmäktiges program (KS 2016/1121) ta fram riktlinjer för när och på vilket sätt avtal, överenskommelser och uppdrag i verksamheter ska följas upp.

Vård- och omsorgsnämnden har en riktlinje för arbetet med uppföljning av vård- och omsorgsverksamhet (VON 2019/0086). Riktlinjen omfattar uppföljning kommunala och privata utförare och beskriver syfte, ansvar och former för uppföljning. Syftet med att göra uppföljning är att kontrollera att lagar, förordningar och föreskrifter följs, att uppdragen utförs enligt de krav som avtalats, att uppsatta mål uppfylls, att den enskilde får vård- och omsorgsinsatser av god kvalitet och att utveckla och förbättra kvalitet och effektivitet i verksamheten.

Det finns en uppföljningsplan för 2019-2022, där den planerade uppföljningen av kommunala och privata utförare redovisas för respektive år. Uppföljning kan även ske på förekommen anledning eller utifrån ett årligt tema.

Den planerade uppföljningen genomförs av uppföljningsteamet på beställnings- och uppföljningsenheten. Uppföljningsteamet har ett sammanhållande ansvar. I teamet ingår sakkunniga, medicinskt ansvariga och socialt ansvarig samordnare.

Verksamhet

Denna uppföljning ingår i den beslutade uppföljningsplanen för 2019-2022. Verksamheten är i form av korttidsvistelse utanför det egna hemmet till barn och ungdomar upp till 21 år med en neuropsykiatrisk problematik. Beroende på åldersspannet görs uppdelning mellan särskilda dagar för barn respektive ungdomar. I fastigheten finns fyra rum och i huset mittöver gården finns ytterligare ett rum. Många korttidsvistelser genomförs även som aktiviteter utanför fastigheten på Frans Bloms gata 71. I samband med uppföljningen är totalt 18 brukare aktuella, där flertalet är i åldern mellan 8-21 år och några av dem har beslut om förlängning till 23 år.

Metod

Innan uppföljningsbesöket så har kontakt tagits med ansvarig chef via telefon och e-post. Informationsbrev och frågor har skickats ut innan besöket. Ansvarig uppföljare och meduppföljare har även tagit del av dokument och uppgifter på vård- och omsorgskontoret som använts som underlag vid intervjun.

Besök och intervju har genomförts av medicinskt ansvarig sjuksköterska och sakkunnig måndagen den 10 juni 2019. Vid besöket deltog enhetschef och en medarbetare.

Efter besöket har intervjusvaren på frågorna bedömts tillsammans med aktuella dokument och uppgifter på vård- och omsorgskontoret.

Uppgifter gällande bemanning och ekonomisk status har inhämtats från ekonomienheten som följer upp eventuella krav på förbättringsåtgärder enligt gällande rutiner.

Uppgifter gällande individuella insatser har inhämtats från myndighetsutövningen som följer upp eventuella ändringar enligt gällande rutiner.

Kommunikation

Bedömning för respektive fråga har gjorts enligt följande färgschema:

Godkänd
Delvis godkänd
Inte godkänd

Noterade svar har skickats ut till ansvarig chef för eventuell justering. Slutligen har en sammanställning av resultatet gjorts, som redovisas i slutet av denna rapport uppdelad på de frågor som ställts vid uppföljningsbesöket och bedömt resultat i enlighet med ovanstående färgskala. Av frågorna förekommer ett antal frågor som ställs för att enbart erhålla information. Dessa frågor bedöms inte enligt skalan ovan och särredovisas i slutet av rapporten.

Den slutliga enhetsrapporten skickas till ansvarig chef samt delges på vård- och omsorgsnämnden. För de frågor som har fått en gul eller röd bedömning krävs att ansvarig chef inkommer med en åtgärdsplan över vilka åtgärder som ska vidtas samt tidplan över när åtgärder ska vara genomförda. Åtgärdsplanen ska ha inkommit till uppföljningsansvarig på beställnings- och uppföljningsenheten inom 30 dagar efter att uppföljningsrapporten är klar.

Som stöd i uppföljningsarbetet med frågor, viktning och bedömning har kravsorteraren från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) använts. Det är ett verktyg för stöd i arbetet med uppföljning på enhetsnivå i syfte att underlätta strukturering och analys i systematisk uppföljning.

2019-02-08	Kontakt med enhetschef via e-post om bokad tid för verksamhetsbesök, den 10 juni 2019
2019-06-04	Skriftlig information via e-post inför verksamhetsbesöket
2019-06-10	Besök på enheten av uppföljningsansvariga - intervju med enhetschef och medarbetare
2019-06-13	Återkoppling av svar till enhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt
2019-07-09	Återkoppling av svar från enhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt
2019-08-16	Uppföljningsrapport klar
2019-09-	Åtgärdsplan ska vara färdig och inskickad till uppföljningsansvarig

Resultatredovisning – Kommunal utförare, Frans Bloms gata 71

FRÅGOR	BEDÖMNING	BRIST
1. Görs felanmälan till förvaltaren vid uppkommen brist i fastigheten?		
2. Finns tillgång till brandskyddsutrustning?		
3. Har medarbetare genomgått utbildning i brand- och säkerhetsarbete?		
4. Har brukarna möjlighet till fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter?		
5. Bedrivs ett aktivt och strukturerat arbete med värdegrundsfrågor?		
6. Finns arbetssätt och metoder som motsvarar och är anpassade efter brukarnas behov?		
7. Har ni arbetssätt eller rutin för hur ni informerar handläggare om brukarens förändrade behov?		
8. Har ni nått andelen utbildad personal och hur arbetar ni för att eventuellt höja den nivån?		
9. Har utföraren en strategi för att hålla sig uppdaterade med nyheter och förändringar inom sitt ansvarsområde?		
10. Utgår arbetet med brukarna från ett rehabiliterande förhållningssätt?		
11. Genomför utföraren minst två informationsträffar per år för brukare, närstående eller legal företrädare?		Minst två informationsträffar för brukare, närstående eller legal företrädare per år har inte genomförts
12. Har varje brukare en utsedd kontaktman?		
13. Följer utföraren aktuell riktlinje för de brukare som behöver stöd vid hantering av sina pengar?		
14. Följer utförarens medarbetare med brukaren vid läkar- och tandläkarbesök, aktiviteter med mera om behov av detta finns?		

15. Anlitar utföraren auktoriserad tolk om behov av detta finns?		
16. Tar utföraren hänsyn till brukarens önskemål och behov kring hur brukaren vill ha sin mat tillagad och serverad?		
17. Har konkretisering av riktlinjen mat och måltider gjorts i en rutin för verksamhetsområdet och följs den på enheten?		Kännedom om riktlinjen mat och måltider saknas
18. Följs aktuell riktlinje för skyddsåtgärder och specialarm?		
19. Följs riktlinje för arbetstekniska hjälpmedel?		
20. Följs riktlinje för grundutrustning?		
21. Har medarbetarna den kunskap som krävs för att kunna dokumentera de beviljade insatserna enligt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) eller SoL (socialtjänstlagen)?		
22. Har medarbetarna praktiska förutsättningar för att fullgöra sin dokumentationsplikt?		
23. Sker fortlöpande dokumentation av de beviljade insatserna?		
24. Finns rutin eller arbetssätt för att informera brukaren om dennes rätt att ta del av den dokumentation som finns?		Rutin eller arbetssätt för att informera brukaren om dennes rätt att ta del av den dokumentation som finns saknas
25. Har alla brukare en aktuell genomförandeplan som de varit med att upprätta?		
26. Har utföraren initierat eller medverkat vid någon SIP (samordnad individuell plan)?		
27. Förvaras handlingar rörande brukarnas personliga förhållanden så att obehöriga inte kan komma åt dem?		
28. Samverkar ni med andra i kommunen?		
29. Samverkar ni med andra vårdgivare?		

30. Samverkar ni med legala företrädare och anhöriga?		
31. Samverkar ni med frivilligorganisationer?		
32. Samverkar ni med utvecklingsledaren kring mat och måltider?		
33. Informeras personal om hur synpunkter och klagomål tas emot?		
34. Informeras brukare och närstående om hur synpunkter och klagomål lämnas?		Brukare och närstående informeras inte om hur synpunkter och klagomål lämnas
35. Arbetar enheten med avvikelser enligt avvikelsehandboken?		Det saknas bearbetning av registrerade avvikelser
36. Informeras personal om rapporteringsskyldigheten avseende missförhållanden eller risk för missförhållanden enligt lex Sarah samt avvikelser som medfört vårdskada eller risk för vårdskada (lex Maria)?		
37. Finns aktuell verksamhetsplan?		
38. Finns verksamhetsberättelse från föregående år?		
39. Arbetar ni med riskanalyser?		
40. Arbetar ni med egenkontroll?		Arbetar inte med egenkontroll på ett strukturerat sätt

FRÅGOR SOM INTE BEDÖMS	J A	N E J	KOMMENTAR
41. Har något brott begåtts som polisanmälts?	X		För flera år sedan
42. Har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomfört någon tillsyn?		X	
43. Har tidigare uppföljningar genomförts?		X	
44. Har tillsyn genomförts från andra myndigheter?	X		Arbetsmiljöverket har genomfört inspektion, yttrande upprättat 2018

45. Finns resultat av brukarundersökning?		X	Har hittills inte varit aktuellt att ta fram resultat, men en liknande enhet är under 2019 pilotenhet för detta
---	--	---	---

Inhämtade uppgifter

Ekonomienheten

Bemanning enligt årligt uppdrag: Frans Blomsgata 71 skulle enligt uppdraget ha 6,79 årsarbetare (åa), men verksamheten valde att tilldela enheten 8,00 åa. Utfallet per mars månad är 9,45 åa och det totala utfallet beräknas till ca 1,5 miljoner kr över budget.

Enheten bedöms som inte godkänd med brister som kräver åtgärdsplan.

Myndighetsutövningen

De flesta brukarna är uppföljda. Fem av dem ska vidare till ”vuxenkortis” eller har andra planeringar på gång, varför fokus i kontakten med myndighetsutövningens handläggare inte har varit uppföljning av korttidsvistelsen på Frans Bloms gata. I samband med uppföljningarna har det varit kontakt med föräldrar och flertalet uppger att de har en bra avlastning. Men några problem är återkommande och det handlar om att man inte får hela beslutet verkställt omgående samt att det tar lång tid innan alla beviljade dygn kan erbjudas. Just nu har det varit extra svårt på grund av pågående renovering i fastigheten och att vissa rum därmed inte har varit tillgängliga.

Flera uppger att det är svårt att få de dygn man har behov av och har inte heller möjlighet att styra över detta. Man kan exempelvis inte få en hel helg på grund av uppdelningen av särskilda dagar för barn respektive ungdomar. Barn erbjuds korttidsvistelse i början av en vecka medan ungdomar erbjuds slutet av veckan. Flera efterfrågar en bättre flexibilitet för att kunna följa behoven bättre. Flera föräldrar uppger att personalen är väldigt bra och att de får ett bra bemötande. Personalen uppfattas ha god kunskap inom neuropsykiatrisk problematik och föräldrarna känner sig trygga med verksamheten. Flertalet uppger att det känns bra att man jobbar långsiktigt exempelvis får inskolning ta tid. I något fall framkommer brister i bemötande, vilket har inneburit att föräldrarna inte fått den avlastning som de hade behövt.