



UPPFÖLJNINGSRAPPORT

Uppföljning enligt beslutad uppföljningsplan 2019-2022

Privat utförare Omsorgsgruppen IN AB

Albrektsvägen 112C

Bostad med särskild service

Diarienummer: VON 2019/0472 012

Datum: 2019-04-23

VÅRD- OCH OMSORGSKONTORET
BESTÄLLNINGS- OCH UPPFÖLJNINGSENHETEN

Inledning

Uppföljning är en viktig del i kvalitetsarbetet och kommunen är ansvarig för att följa upp verksamhet oavsett utförare. Utifrån lagkrav ställs samma höga 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

Albrektsvägen 112C är en bostad med särskild service enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) i form av en gruppbofastad. Totalt finns fem platser. Vid verksamhetsbesöket bor fem personer där, en kvinna och fyra män i ålder mellan 40-75 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 har använts som underlag vid intervjun.

Besök och intervju har genomförts av sakkunniga måndagen den 25 mars 2019. Vid besöket deltog verksamhetschef och en medarbetare.

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

Uppgifter gällande ekonomisk status har inhämtats från ekonomi-enheten.

Uppgifter gällande bemanning har inhämtats från beställningsteamet på beställnings- och uppföljningsenheten.

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

Uppgifter gällande mat och måltider har inhämtats från utvecklingsledaren kring mat och måltider som har genomfört måltidsobservation på enheten.

Bedömning för respektive fråga har gjorts enligt följande färgschema:

Godkänd
Delvis godkänd
Inte godkänd

Noterade svar har skickats ut till enhetschefen 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 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.

Kommunikation

2019-01-15	Första e-postkontakt med verksamhetschef, därefter telefonkontakt för att boka in lämplig tid för verksamhetsbesök
2019-03-08	Skriftlig information via e-post inför verksamhetsbesök
2019-03-25	Besök på boendeenheten av uppföljningsansvariga - intervju med verksamhetschef och medarbetare
2019-04-01	Återkoppling av svar till och från verksamhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt
2019-04-23	Uppföljningsrapport klar
2019-05-...	Åtgärdsplan ska vara färdig och inskickad till uppföljningsansvarig

Resultatredovisning – Privat utförare Omsorgsgruppen IN AB, Albrektsvägen 112C

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. Tillgodoses tillgång av sjuksköterska dygnet runt, årets alla dagar för bedömning?		
9. På vilket sätt tillgodoses tillgång av arbetsterapeut och fysioterapeut?		
10. Har utföraren en strategi för att hålla sig uppdaterade med nyheter och förändringar inom sitt ansvarsområde?		
11. Utgår arbetet med brukarna från ett rehabiliterande förhållningssätt?		
12. Genomför utföraren minst två informationsträffar per år för brukare, närstående eller legal företrädare?		
13. Har varje brukare en utsedd kontaktman?		
14. Följer utföraren aktuell riktlinje för de brukare som behöver stöd vid hantering av sina pengar?		
15. Följer utförarens medarbetare med brukaren vid läkar- och tandläkarbesök, aktiviteter med mera om behov av detta finns?		

16. Anlitar utföraren auktoriserad tolk om behov av detta finns?		
17. Tar utföraren hänsyn till brukarens önskemål och behov kring hur brukaren vill ha sin mat tillagad och serverad?		
18. Har konkretisering av riktlinjen mat och måltider gjorts i en rutin för verksamhetsområdet och följs den på enheten?		
19. Följs aktuell riktlinje för skyddsåtgärder och specialarm?		
20. Följs riktlinje för arbetstekniska hjälpmedel?		
21. Följs riktlinje för grundutrustning?		
22. 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)?		
23. Har medarbetarna praktiska förutsättningar för att fullgöra sin dokumentationsplikt?		
24. Sker fortlöpande dokumentation av de beviljade insatserna?		
25. 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
26. Dokumenteras iakttagelser samt hälso- och sjukvårdsinsatser enligt direktivet för dokumentation?		
27. Har alla brukare en aktuell genomförandeplan som de varit med att upprätta?		
28. Fungerar vårdplaner som underlag för hälso- och sjukvårdsinsatser?		
29. Har utföraren initierat eller medverkat vid någon SIP?		
30. Förvaras handlingar rörande brukarnas personliga förhållanden så att obehöriga inte kan komma åt dem?		

31. Finns rutiner så kontakt tas med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal när brukarens hälsotillstånd förändras?		
32. Erbjuds alla brukare en rehabiliteringsnivåbedömning?		
33. Har lokal rutin för läkemedelshantering upprättats i samverkan med ansvarig sjuksköterska?		
34. Är brukarna tillgodosedda beträffande individuellt förskrivna hjälpmedel?		
35. Genomförs individuell utprovning inför förskrivning och tillhandahållande av inkontinenshjälpmedel?		
36. Sker arbetssätt och medverkan i kvalitetsregister som Senior alert, BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) och Palliativa registret?		Arbetsätt och medverkan i kvalitetsregister som Senior alert, BPSD och Palliativa registret saknas
37. Arbetar ni enligt direktivet för uppsökande och nödvändig tandvård?		
38. Följs direktiv och instruktioner avseende vårdhygien?		
39. Sker samverkan i samband med delegeringar utifrån vård- och omsorgskontorets direktiv?		
40. Samverkar ni med andra i kommunen?		
41. Samverkar ni med andra vårdgivare?		
42. Samverkar ni med legala företrädare och anhöriga?		
43. Samverkar ni med frivilligorganisationer?		
44. Samverkar ni med utvecklingsledaren kring mat och måltider?		
45. Följer ni riktlinjen för gemensam hushållskassa?		
46. Informeras personal om hur synpunkter och klagomål tas emot?		
47. Informeras brukare och närstående om hur synpunkter och klagomål lämnas?		
48. Arbetar enheten med avvikelser enligt avvikelsehandboken?		

49. Informeras personal om rapporteringsskyldigheten avseende missförhållanden eller risk för missförhållanden enligt lex Sarah samt avvikelser som medfört vårdskada eller risk för vårdskada (lex Maria)?		
50. Finns aktuell verksamhetsplan?		
51. Finns verksamhetsberättelse från föregående år?		
52. Arbetar ni med riskanalyser?		
53. Arbetar ni med egenkontroll?		

FRÅGOR SOM INTE BEDÖMS	JA	NEJ	KOMMENTAR
54. Har något brott begåtts som polisanmälts?	X		
55. Har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomfört någon tillsyn?		X	
56. Har tidigare uppföljningar genomförts?	X		Hösten 2016
57. Har tillsyn genomförts från andra myndigheter?	X		Arbetsmiljöverket november 2018 och februari 2019
58. Finns resultat av brukarundersökning?		X	

Inhämtade uppgifter

Ekonomienheten

Omsorgsgruppen IN AB är enligt utförd kontroll hos Skatteverket 2019-03-19 registrerad som arbetsgivare och innehar F-skattsedel.

Beställningsteamet på beställnings- och uppföljningsenheten

Kontroll av bemanning enligt fastställt krav i gällande avtal är genomfört för februari 2019. Kontrollen av bemanningen visar att utföraren uppfyller ställda krav.

Myndighetsutövningen

Det är fem brukare bosatta på Albrektsvägen. Fyra av dem är uppföljda under de senaste månaderna och en för två år sedan.

Samtliga uppger, att de trivs med sitt boende. En brukare trivdes inte så bra från början och vill ibland fortfarande flytta, vilket innebär att handläggare planerar att göra en ny uppföljning om sex månader. Någon betonar att hen inte kunde trivas bättre och får all hjälp som behövs. Någon annan har ibland svårt att kommunicera med personalen. Ytterligare någon trivs bäst med att vara själv och umgås mest med personalen. Som helhet uppfattas brukarna få den hjälp eller det stöd som är beviljat.

Mat och måltider

Strukturerade måltidsobservationer är ett verktyg för att få en uppfattning om vad som fungerar bra och vad som kan förbättras vid måltiderna. Vad som observeras är exempelvis hur rummet upplevs i fråga om belysning, dukning och färgsättning, hur maten serveras, vad som erbjuds under måltiden samt bemötande och social interaktion. Det dokumenteras enligt en observationsmall.

Måltidsobservationen genomfördes tisdagen den 2 april 2019 i samband med middag. Återkoppling har gjorts till verksamhetschefen separat.

Måltiden serveras i ett stort allrum. Det är rent och undanplockat på bordet, men dukningen ger ett något avskalat intryck. De brukare som kan servera sig själva av maten tar inne i köket. Personalen sitter med vid bordet, äter och samtalar. Det är en hög grad av social interaktion under måltiden, även om det är olika grad av delaktighet i samtalen. Måltiden tar god tid, stämningen är trivsamt och det är lugn och ro under hela måltiden. Alla sitter kvar till den sista personen ätit upp och kaffe serveras efter maten. Enheten har en rullande meny och på fredagar serverar brukarnas önskemål av maträtt.