



UPPFÖLJNINGSRAPPORT

Uppföljning enligt beslutad uppföljningsplan 2019-2022

Kommunal utförare

Jurslavägen 36 Nattdistrikt 9

Ordinärt boende

Diarienummer: VON 2019/0144

Datum: 2019-11-21

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 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

Uppföljningen ingår i den beslutade uppföljningsplanen för 2019-2022. Jurslavägen 36 är en kommunal hemtjänst enligt SoL samt utifrån Lagen om valfrihet (LOV). Nattdistrikt 9 utför hemtjänst på natten. Eftersom de har samma enhetschef följs de upp tillsammans.

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 två sakkunniga måndagen den 6 november 2019. Vid besöket på hemtjänsten deltog ordinarie enhetschef, en biträdande samordnare och en medarbetare som arbetar natt.

Efter besöket har intervjusvaren på frågorna bedömts tillsammans med resultat från de dokument som begärts in före besöket på begäran samt uppgifter från 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.

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.

Kommunikation

| | |
|-------------------------|---|
| 2019-10-16 | Kontakt med berörd chef, besöksdatum bokad till 18/9 |
| 2019-10-16 | Skriftlig information via e-post inför verksamhetsbesök |
| 2019-11-06 Kl: 10-12 | Besök på enheten av uppföljningsansvariga - intervju med enhetschef, bitr. samordnare och en medarbetare som arbetare natt. |
| 2019-11-11 | Återkoppling till enhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt |
| 2019-11-21 | Uppföljningsrapport klar |
| 2019-12-21 | Åtgärdsplan ska vara färdig och inskickad till uppföljningsansvarig |

Resultatredovisning – Kommunal utförare, Jurslavägen 36 Nattdistrikt 9

| FRÅGOR | BEDÖMNING | BRIST |
|--|-------------|--|
| IT/Telefoni | | |
| 2. Har det skett någon förändring för certifierad ledning? | Ej aktuellt | |
| 3. Har det skett någon förändring certifierad arbetsledare | Ej aktuellt | |
| 4. Finns rutin för kommunikation och dokumentation vid driftavbrott? | | |
| 5. Genomförs loggkontroller enligt beställarens riktlinje? | | |
| 6. Uppfylls följande krav? A/Tar ni emot uppdrag och dokumenterar i Treserva? B/Registrera ni utförd tid i TES? C/Används mobiler för att registrering av tid och insatser? D/Används digital nyckelhantering? E/Har ni genomgått introduktionsutbildning för uppkoppling mot och kunskap om verksamhetssystem? F/Har ni kompetens för användande av verksamhetssystem? G/Har personalen den datakunskap som krävs? | | |
| Systematiskt kvalitetsarbete | | |
| 7. Arbetar enheten med avvikelser enligt avvikelsehandboken? | | Följer inte avvikelsehandboken fullt ut. Bristar i att ange åtgärder. |
| 8. Arbetar ni med riskanalyser? | | |
| 9. Arbetar ni med egenkontroll? | | |

| | | |
|--|------------|--|
| 10. Informeras personal om rapporteringsskyldigheten avseende avvikelser? | | |
| 11. Informeras brukare och närstående om hur synpunkter och klagomål lämnas? | | |
| 12. Informeras personal om hur synpunkter och klagomål tas emot? | | |
| 13. Har eventuella brott som begåtts polisanmälts? | | |
| 14. Har brukare valt att byta utförare? | | |
| 15. Känner all personal till vad Lex Maja innebär? | | All personal känner inte till vad Lex Maja innebär. |
| Medarbetare | | |
| 16. Deltar ni på utbildningarna som kommunen kallar till/erbjuder, som är aktuella för er verksamhet? | | |
| 17. Hur säkerställer ni att all berörd personal får del av kunskapen från utbildningar som kommunen kallar till? | | |
| 18. Har ni anställningsvillkor som lägst motsvarar vårdföretagarnas avtal eller SKL villkor för bransch, vård, behandling i äldreomsorg? | Ej aktuell | |
| 19. Tillgodoser ni anställdas rätt till heltid? | | |
| 20. Hur tillgodoser ni anställdas rätt till sammanhållen arbetstid? | | |
| 21. Har 65% av tillsvidare anställd personal kompetens i enlighet med kommunen beslutade utbildningskrav på USK? | | 65% av tillsvidareanställd personal har inte kompetens i enlighet med beslutat utbildningskrav på USK. |
| 22. Finns introduktionsprogram för nyanställda? | | |
| 23. Erbjuds praktikplatser? | | |
| 24. Bedriver ni ett aktivt värdegrundsarbete? | | |
| Trygghet och säkerhet | | |

| | | |
|--|------------|--|
| 25. Finns nyckelrutin? | | |
| 26. Har brand/säkerhets utbildning genomförts med all personalen? | | |
| 27. Har all ordinarie personal synliga namnskyltar samt fotolegitimation vid besök hos brukare? | | |
| 28. Vad har visstidsanställda och vikarier för identifiering? | | |
| 29. Hur tillgängliggör ni kontaktuppgifter till brukaren som gäller chef och nyckelpersoner? | | |
| 30. Finns rutin för användandet av tolk? | | |
| 31. Är det någon anställd som utfört insatser till egen närstående? | | |
| 32. Finns rutin för att hantera situationer där brukaren inte öppnar eller är anträffbar? | | |
| Sekretess | | |
| 33. Har personalen och underleverantörer undertecknat regler om tystnadsplikt? (Endast privata) | Ej aktuell | |
| Omval | | |
| 34. Hur sker samverkan kring brukaren vid byte av utförare gällande tidigare utförare och tillträdande utförare? | | |
| Verksamhet och arbetssätt | | |
| 35. Har varje brukare en utsedd kontaktman? | | |
| Verksamhet och arbetssätt/Mat och måltider | | |
| 36. Har konkretisering av riktlinjen mat och måltid gjorts i en rutin för verksamhetsområdet och följs den? | | |
| 37. Hur ser kedjan för mat distribution ut? | | Kylkedjan bryts eftersom kylväska inte alltid används och termometer saknas. |

| | | |
|--|--|---|
| 38. Hur genomför ni inköp av dagligvaror? | | |
| 39. Informeras brukaren om hur inköp av dagligvaror utförs? | | |
| Dokumentation | | |
| 40. Har alla medarbetarna den kunskap som krävs för att kunna dokumentera de beviljade insatserna enligt SoL? | | |
| 41. Har medarbetarna praktiska förutsättningar för att fullgöra sin dokumentationsplikt? | | Säkerställer inte att viktig information dokumenteras innan arbetspassets slut. |
| 42. Finns rutin eller arbetssätt för att informera brukaren om dennes rätt av att ta del av den dokumentation som finns? | | |
| 43. Har samtliga medarbetare, både ordinarie medarbetare och vikarier, behörighet till Treserva? | | |
| 44. Sker fortlöpande dokumentation av de beviljade insatserna? | | |
| 45. Har alla brukare en aktuell genomförandeplan som de varit med att upprätta? | | |
| Krav på HSL | | |
| 46. Finns rutin så kontakt tas med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal när brukarens hälsotillstånd fodrar det? | | |
| 47. Arbetar ni enligt ett rehabiliterande förhållningssätt? | | |
| 48. Sker samverkan i samband med delegeringar utifrån vård och omsorgskontorets direktiv? | | |
| 49. Har lokal rutin för läkemedelshantering upprättats i samverkan med ansvarig sjuksköterska? | | |
| 50. Dokumenteras hälso- och sjukvårdsinsatser enligt vård och omsorgskontorets dokumentations direktiv? | | |

| | | |
|--|--|--|
| 51. Följs vård och omsorgskontorets direktiv och instruktioner avseende vårdhygien ? | | Följer inte fullt ut instruktioner för vårdhygien gällande kläder. |
| Samverkan | | |
| 52. Har ni genomfört någon SIP enligt beslutad samverkansprocess med regionen? | | |
| 53. Hur säkerställer ni samverkan med frivilligorganisationer utifrån ett brukarperspektiv? | | |
| 54. Vilka samverkar ni med i kommunen? | | |
| 55. Samverkar ni med andra vårdgivare än kommunen? | | |
| Verksamhetsplan/Verksamhetsberättelse | | |
| 56. Finns aktuell verksamhetsplan? respektive verksamhetsberättelse 15 januari inlämnad? | | |
| 57. Finns verksamhetsberättelse för föregående år? | | |
| Myndighet | | |
| 58. Påbörjar ni nytt uppdrag inom 24 timmar vid förfrågan? | | |
| Insatser på natten | | |
| 62. Samverkar ni med privata utförare? | | |
| 63. Har alla brukare med insatsen natttillsyn, det beskrivet i en GFP? | | |
| 64. Följer ni rutinen för överrapportering mellan dag- och nattpersonal utifrån brukarens behov? | | |
| 65. Finns tillgängligt ledarskap nattetid? | | |

| FRÅGOR SOM INTE BEDÖMS | JA | NEJ | KOMMENTAR |
|---|----|-----|-----------|
| 1. Är lokalerna godkända för sitt ändamål av berörda myndigheter? | X | | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| 59. Individuppföljning genomförs av myndighet | X | | |
| 60. Finns det skriftliga uppdrag? | X | | |
| 61. Har IVO genomfört tillsyn? | | X | |

Inhämtade uppgifter

Ekonomienheten

Den ekonomiska uppföljningen av den kommunala hemtjänsten sker månadsvis. Månatlig uppföljning på hur verksamheten klarar sig mot ersättningen som erhålls för utförda timmar. Hemtjänsten Jurslavägen 36 har enligt ersättningsmodell 15,14 ÅA. Utfallet per augusti månad är 20,94 ÅA och prognos för 2019 visar ett underskott på – 4,5 MSEK. Enhetens ekonomiska status är inte godkänd med brister som kräver åtgärdsplan. Utfallet per augusti månad visar att åtgärder har påbörjats men inte tillräckligt för att enheten uppnår budget i balans 2019.

Den ekonomiska uppföljningen av de kommunala nattdistrikten sker månadsvis. Månatlig uppföljning på hur verksamheten klarar sig mot resursfördelningsmodellen. Nattdistrikt 9 har enligt resursfördelningsmodell 3,75ÅA. Utfallet per augusti månad är 4,1 ÅA och prognos för 2019 visar ett underskott – 457 000 SEK. Enhetens ekonomiska status är inte godkänd med brister som kräver åtgärdsplan .

Myndighetsutövningen

Myndighet har valt att följa upp ca:10 procent av de brukare som har en kommunal hemtjänst enligt LOV. Jurslavägen 36 har ca 120 brukare. Myndighet har genomfört uppföljningar på 14 av dessa. Uppföljningarna är genomförda mellan maj och november 2019. Brukarna har fått svara på fyra frågor.

| FRÅGA | JA | DELVIS | NEJ | VET EJ |
|---|----|--------|-----|--------|
| Får du den hjälp/det stöd du är beviljad? | 12 | 2 | | |

| | | | | |
|---|----|---|---|--|
| Får du vara med och planera när din hjälp/ditt stöd ska genomföras och av vem? | 10 | 3 | 1 | |
| Får du vara med och planera hur din hjälp/ditt stöd ska genomföras? | 10 | 2 | 2 | |
| Får du hjälp/stöd på ett sätt som känns bra för dig? | 12 | 2 | | |