



# UPPFÖLJNINGSRAPPORT

Uppföljning enligt beslutad uppföljningsplan 2019-2022

Kommunal utförare

ÅSELSTADSVÄGEN 94

Bostad med särskild service

Diarienummer: VON 2019/0244

Datum: 2019-12-16

VÅRD- OCH OMSORGSKONTORET  
BESTÄLLNINGS- OCH UPPFÖLJNINGSENHETEN

→ [www.norrkoping.se](http://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 beslutad uppföljningsplan för 2019-2022. Åselstadsvägen 94 är en bostad med särskild service enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) i form av en gruppboende med totalt fem platser. Vid uppföljningsbesöket bor fem personer här, två kvinnor och tre män i åldern mellan 25-55 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 har genomförts av sakkunniga fredagen den 8 november 2019. Vid besöket och intervjun deltog enhetschef och flera medarbetare.

Efter besöket har intervjustavaren 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.

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

2019-06-17	Efter kontakt med enhetschef meddelas via e-post bokad tid för besök, fredag den 8 november 2019
2019-10-22	Skriftlig information via e-post inför besöket på enheten
2019-11-08	Besök på enheten av uppföljningsansvariga - intervju med enhetschef och medarbetare
2019-11-14	Återkoppling av svar till enhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt
2019-11-15	Återkoppling av svar från enhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt
2019-12-16	Uppföljningsrapport klar
2020-01-16	Åtgärdsplan ska vara färdig och inskickad till uppföljningsansvarig

## Resultatredovisning – Kommunal utförare, Åselstadsvägen 94

FRÅGOR	BEDÖMNING	BRIST
<b>Ledning och styrning</b>		
1. Har ni en strategi för att hålla er uppdaterade med nyheter och förändringar inom ansvarsområdet?		
2. Säkerställs att medarbetarna har behörighet, kunskap och kompetens för att hantera verksamhetssystem?		
3. Har ni en rutin för kommunikation och dokumentation i samband med eventuellt driftsavbrott?		
4. Görs loggkontroller två gånger per år?		
<b>Systematiskt kvalitetsarbete</b>		
5. Arbetar ni med riskanalyser?		
6. Arbetar ni med egenkontroll?		
7. Arbetar ni med avvikelser enligt avvikelsehandboken?		Eftersläpning av registrering av bearbetning av avvikelser förekommer
8. Informeras personal om hur synpunkter och klagomål tas emot?		
9. Informeras brukare och närstående om hur synpunkter och klagomål lämnas?		
11. Informeras personal om rapporteringsskyldigheten avseende missförhållanden enligt lex Sarah?		
12. Informeras personal om rapporteringsskyldigheten avseende avvikelser som medfört vårdskada eller risk för vårdskada enligt lex Maria?		
13. Känner all personal till vad lex Maja innebär?		

<b>Fastighet och säkerhet</b>		
14. Görs felanmälan till förvaltaren vid uppkommen brist i fastigheten?		
15. Finns tillgång till brandskyddsutrustning såsom brandsläckare, brandfilt, första förbandstavla och brandvarnare?		
16. Sker riskbedömning av arbetsmiljön i enskildes hem och upprättats handlingsplan vid behov?		
17. Har medarbetare genomgått utbildning i brand- och säkerhetsarbete?		
<b>Medarbetare</b>		
18. Har ni nått andelen utbildad personal och hur arbetar ni för att eventuellt höja den nivån?		
19. Får nyanställda medarbetare ett individuellt utformat introduktionsprogram?		
20. Erhåller medarbetarna kontinuerlig och adekvat kompetensutveckling?		
21. Har alla tillsvidareanställda medarbetare möjlighet att arbeta heltid om de vill?		
<b>Verksamhet och arbetsätt</b>		
22. Utgår arbetet med brukarna från ett rehabiliterande förhållningssätt?		
23. Bedrivs ett aktivt och strukturerat arbete med värdegrundsfrågor?		
24. Finns arbetsätt och metoder som motsvarar och är anpassade efter brukarnas behov?		Finns inte till fullo arbetsätt och metoder som motsvarar och är anpassade efter brukarnas behov
25. Har brukarna möjlighet till fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter?		Kan inte alltid ge brukarna möjlighet till fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter
26. Genomför ni minst två informationsträffar per år för enskilda, närstående eller legal företrädare?		
27. Har varje brukare en utsedd kontaktman?		

28. Följer ni aktuell riktlinje för de brukare som behöver stöd vid hantering av sina pengar?		
29. Följer medarbetare eller annan lämplig person med brukaren vid läkar- och tandläkarbesök, aktiviteter med mera om behov av detta finns?		
30. Anlitar ni auktoriserad tolk om behov av detta finns?		
31. Samverkar ni med utvecklingsledare för mat och måltider kring mat och måltider?		
32. Tar ni hänsyn till brukarens önskemål och behov kring hur brukaren vill ha sin mat tillagad och serverad?		
33. Har konkretisering av riktlinjen mat och måltider gjorts i en rutin för verksamhetsområdet och följs den på enheten?		
34. Följs aktuell riktlinje för skyddsåtgärder?		
35. Följs riktlinje för arbetstekniska hjälpmedel?		
36. Följs riktlinje för grundutrustning?		
<b>Hälso- och sjukvård</b>		
37. Finns rutin så kontakt tas med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal när brukarens hälsotillstånd fordrar det?		
38. Tillgodoses tillgång av sjuksköterska dygnet runt, årets alla dagar för bedömning?		
39. På vilket sätt tillgodoses tillgång av arbetsterapeut och fysioterapeut?		
40. Erbjuds alla brukare en rehabiliteringsnivåbedömning?		
41. Har lokal rutin för läkemedelshantering upprättats i samverkan med ansvarig sjuksköterska?		
42. Är brukarna tillgodosedda beträffande individuellt förskrivna hjälpmedel?		

43. Genomförs individuell utprovning inför förskrivning och tillhandahållande av inkontinenshjälpmedel?		
44. Sker arbetssätt och medverkan i kvalitetsregister som Senior alert, BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) och Palliativa registret?		
45. Arbetar ni enligt direktivet för uppsökande och nödvändig tandvård?		
46. Följs vård- och omsorgskontorets direktiv och instruktioner avseende vårdhygien?		
47. Sker samverkan i samband med delegeringar utifrån vård- och omsorgskontorets direktiv?		
<b>Dokumentation</b>		
48. Har medarbetarna praktiska förutsättningar för att fullgöra sin dokumentationsplikt?		
49. Sker fortlöpande dokumentation av de beviljade insatserna?		
50. Finns rutin eller arbetssätt för att informera brukaren om dennes rätt av att ta del av den dokumentation som finns?		
51. Har medarbetarna den kunskap som krävs för att kunna dokumentera de beviljade insatserna enligt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade)?		
52. Har alla brukare en aktuell genomförandeplan som de varit med att upprätta?		Alla brukare har inte en aktuell genomförandeplan som de har varit med att upprätta
53. Dokumenteras iakttagelser samt hälso- och sjukvårdsinsatser enligt direktiv för dokumentation?		
54. Fungerar vårdplaner som underlag för hälso- och sjukvårdsinsatser?		
55. Förvaras handlingar rörande brukarnas personliga förhållanden så att obehöriga inte kan komma åt dem?		

<b>Samverkan</b>		
56. Har ni initierat eller medverkat vid någon SIP (samordnad individuell plan)?		
57. Samverkar ni med andra i kommunen?		
58. Samverkar ni med legala företrädare och anhöriga?		
59. Samverkar ni med frivilligorganisationer?		
60. Samverkar ni med andra vårdgivare än kommunen?		
<b>Verksamhetsplan och verksamhetsberättelse</b>		
61. Finns aktuell verksamhetsplan?		
62. Finns verksamhetsberättelse från föregående år?		
<b>Myndighetsutövning</b>		
63. Finns arbetssätt eller rutin för hur ni informerar handläggare om brukarens förändrade behov?		

FRÅGOR SOM INTE BEDÖMS	JA	NEJ	KOMMENTAR
10. Har något brott begåtts som polisanmälts?	X		
64. Har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomfört någon tillsyn?		X	Anmälan till IVO för tre år sedan
65. Har tidigare uppföljningar genomförts?		X	
66. Har tillsyn genomförts från andra myndigheter?		X	
67. Finns resultat av brukarundersökning?		X	Finns i år inget resultat för enheten



## Inhämtade uppgifter

### Ekonomienheten

Åselstadsvägen 94 skulle enligt resursfördelningsmodellen få 9,45 årsarbetare (åa), men verksamheten valde att tilldela enheten 9,60 åa. Utfallet per september månad är 10,86 åa och enheten beräknas vid årsskiftet att gå med ett underskott på ca 800 000 kr.

Enheten bedöms som inte godkänd med brister som kräver åtgärdsplan.

### Myndighetsutövningen

LSS-handläggare har följt upp ett antal brukare, som har beviljats insatsen bostad med särskild service och som bor på Åselstadsvägen 94. Uppföljningarna genomfördes under oktober och november 2019. Brukarna fick svara på tre frågor. Resultatet visar procentuell fördelning av svaren.

FRÅGA	JA	DELVIS	NEJ	VET EJ
Får du den hjälp/det stöd du är beviljad?	100 %	0	0	0
Får du vara med och planera när och hur din hjälp/ditt stöd ska genomföras och av vem?	100 %	0	0	0
Får du hjälp/stöd på ett sätt som känns bra för dig?	100 %	0	0	0