



UPPFÖLJNINGSRAPPORT

Uppföljning enligt beslutad uppföljningsplan 2019-2022

Kommunal utförare

Leonardsbergsvägen 10

Bostad med särskild service

Diarienummer: VON 2019/0249

Datum: 2019-05-13

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

Leonardsbergsvägen 10 är en bostad med särskild service enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och betecknas som en servicebostad. Totalt finns 15 platser. Vid verksamhetsbesöket bor 15 personer på boendeenheten, tre kvinnor och 12 män i ålder mellan drygt 20 till 55 år.

Metod

Innan uppföljningsbesöket så har kontakt tagits med ansvarig chef via 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 medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och sakkunnig torsdagen den 28 mars 2019. Vid besöket på boendeenheten deltog enhetschef och en medarbetare.

Efter besöket har intervjustavaren på frågorna bedömts tillsammans med aktuella dokument och 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 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

2019-02-15	Information via e-post till enhetschef om planerad tid för verksamhetsbesök, besöksdatum bokad till torsdagen den 28 mars
2019-03-08	Skriftlig information via e-post inför verksamhetsbesök
2019-03-28	Besök på boendeenheten av uppföljningsansvariga - intervju med enhetschef och medarbetare
2019-04-03	Återkoppling av svar till enhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt
2019-04-09	Återkoppling av svar från enhetschef
2019-05-13	Uppföljningsrapport klar
2019-06	Åtgärdsplan ska vara färdig och inskickad till uppföljningsansvarig

Resultatredovisning – Kommunal utförare, Leonardsbergsvägen 10

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 ev. höja den nivån?		
9. Tillgodoses tillgång av sjuksköterska dygnet runt , årets alla dagar för bedömning?		
10. På vilket sätt tillgodoses tillgång av arbetsterapeut och fysioterapeut?		
11. Har utföraren en strategi för att hålla sig uppdaterade med nyheter och förändringar inom sitt ansvarsområde?		
12. Utgår arbetet med brukarna från ett rehabiliterande förhållningssätt?		
13. Genomför utföraren minst två informationsträffar per år för brukare, närstående eller legal företrädare?		Minst två informationsträffar per år för brukare, närstående och eller legala företrädare har inte genomförts
14. Har varje brukare en utsedd kontaktman?		

15. Följer utföraren aktuell riktlinje för de brukare som behöver stöd vid hantering av sina pengar?		
16. Följer utförarens medarbetare med brukaren vid läkar- och tandläkarbesök, aktiviteter med mera om behov av detta finns?		
17. Anlitar utföraren auktoriserad tolk om behov av detta finns?		
18. Tar utföraren hänsyn till brukarens önskemål och behov kring hur brukaren vill ha sin mat tillagad och serverad?		
19. Har konkretisering av riktlinjen mat och måltider gjorts i en rutin för verksamhetsområdet och följs den på enheten?		
20. Följs aktuell riktlinje för skyddsåtgärder och speciallarm?		
21. Följs riktlinje för arbetstekniska hjälpmedel?		
22. Följs riktlinje för grundutrustning?		
23. 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)?		
24. Har medarbetarna praktiska förutsättningar för att fullgöra sin dokumentationsplikt?		
25. Sker fortlöpande dokumentation av de beviljade insatserna?		
26. Finns rutin eller arbetssätt för att informera brukaren om dennes rätt att ta del av den dokumentation som finns?		
27. Dokumenteras iakttagelser samt hälso- och sjukvårdsinsatser enligt direktivet för dokumentation?		
28. Har alla brukare en aktuell genomförandeplan som de varit med att upprätta?		
29. Fungerar vårdplaner som underlag för hälso- och sjukvårdsinsatser?		
30. Har utföraren initierat eller medverkat vid någon SIP?		

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

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

FRÅGOR SOM INTE BEDÖMS	JA	NEJ	KOMMENTAR
55. Har något brott begåtts som polisanmälts?		X	
56. Har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomfört någon tillsyn?		X	
57. Har tidigare uppföljningar genomförts?	X		Hösten 2017
58. Har tillsyn genomförts från andra myndigheter?	X		Arbetsmiljöverket 2017
59. Finns resultat av brukarundersökning?	X		Svar finns från 2018

Inhämtade uppgifter

Ekonomienheten

Bemanning enligt årligt uppdrag: Leonardsbergsvägen 10 skulle enligt resursfördelningsmodellen ha 13,59 årsarbetare och verksamheten valde att tilldela enheten samma som modellen 13,59 årsarbetare. Utfallet per februari månad är 11,62 årsarbetare och man beräknar ett totalt utfall för 2019 på ca 300 000 kr under budget. Enheten bedöms som godkänd.

Myndighetsutövningen

På Leonardsbergsvägen 10 bor 15 brukare och alla utom två har fått sina beslut uppföljda. Däremot är de två sistnämnda personer som handläggarna arbetar aktivt med och känner väl, men av olika anledningar så blev de inte uppföljda till det här tillfället.

Flera brukare beskriver att man har utvecklats under tiden man har bott där. Några av dem använder beskrivningen stora framsteg. Flera brukare har fått bättre rutiner kring matlagning samt kan även se en klar förbättring i sitt deltagande i sociala aktiviteter. De flesta deltar mer eller mindre i de gemensamma aktiviteter som erbjuds. Man har vissa dagar som en bil och eller buss åker in till stan för att handla, vilket många brukare följer med på. Flera ser en klar positiv effekt, när de får stöd med sin medicinering från personalen. Ett par brukare uttrycker att de vill flytta därifrån. En brukare ångrar att hen tackade ja och trivs inte alls, vilket till stor del beror på att hen känner sig isolerad och vill till ett boende mer centralt beläget i stan. En annan brukare vill flytta på grund av att hen tycker sig behöva mer stöd än vad personalen kan ge, dock har brukaren svårt att mer konkret uppge vilket stöd hen saknar idag. Koordinatorn har informerats om att dessa två brukare uttrycker önskemål om att vilja flytta, vilket redan var känt.

De flesta arbetar aktivt med sina genomförandeplaner. En brukare har inte velat skriva någon genomförandeplan hittills, men är på gång att göra det nu. En brukare uttrycker att personalen har för lite tid ibland och skulle önska få mer tid tillsammans med personalen. Majoriteten av brukarna på Leonardsberg uttrycker att de känner sig trygga på boendet och trivs där.