



UPPFÖLJNINGSRAPPORT

Uppföljning enligt beslutad uppföljningsplan 2019-2022

Privat utförare
Genuin Omsorg Sverige AB

Hemtjänst

Diarienummer: VON 2017/0856

Datum: 2019-08-05

VÅRD- OCH OMSORGSKONTORET

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

Uppföljningen av Genuin Omsorg, Tunnbindaregatan 20 ingår i den beslutade uppföljningsplanen för 2019-2022. Genuin Omsorg bedriver hemtjänst enligt Socialtjänstlagen SOL samt utifrån Lagen om valfrihet (LOV).

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 sakkunniga onsdagen 6 mars 2019. Vid besöket på deltog verksamhetschef och två undersköterskor.

Efter besöket har intervjustavaren på frågorna bedömts tillsammans med resultat från de dokument som vid besöket visades upp på begäran samt uppgifter från vård- och omsorgskontoret.

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

Löpande kontroller av företagets ekonomiska status genomförs löpande men resultaten redovisas inte i denna rapport.

En bedömning för respektive fråga har gjorts enligt följande färgschema:

| |
|----------------|
| Godkänd |
| Delvis godkänd |
| Inte godkänd |

Noterade svar har skickats ut till ansvarig chefen 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

| | |
|------------|--|
| 2019-02-13 | Kontakt med berörd chef, besöksdatum bokad |
| 2019-02-13 | Skriftlig information via e-post inför verksamhetsbesök |
| 2019-02-25 | Begärda dokument ska ha inkommit till VOK |
| 2019-03-06 | Besök på enheten Tunnbindaregatan 20, <u>Norrköping</u> |
| 2019-03-14 | Återkoppling till verksamhetschef för att säkerställa att vi uppfattat svaren rätt |

| | |
|------------|--|
| 2019-03-18 | Återkoppling från chef att vi uppfattat svaren rätt |
| 2019-06-15 | Åtgärdsplan färdig och inskickad till uppföljningsansvarig |

| | |
|------------|---|
| 2019-05-15 | Uppföljningsrapport klar och skickad till verksamhetschef |
|------------|---|

Resultatredovisning – Privat utförare, Genuin Omsorg

| Nr: | FRÅGOR | BEDÖMNING | BRIST |
|-----|--|-----------|---|
| 3 | Bedriver ni ett aktivt värdegrundsarbete? | | |
| 4 | Hur säkerställer ni samverkan med frivillig organisation utifrån ett brukarperspektiv? | | |
| 5 | Arbetar enheten med avvikelser enligt avvikelshandboken? | | Arbetar inte med avvikelser enligt avvikelshandboken. Konsekvensbedömning och avvikelsoorsak saknas. |
| 6 | Arbetar ni med riskanalys? | | |
| 7 | Arbetar ni med egenkontroll? | | |
| 8 | Deltar ni på utbildningarna som kommunen kallar till? | | |
| 9 | Hur säkerställer ni att all berörd personal får del av kunskapen från utbildningar som kommunen kallar till? | | |
| 10 | Har konkretisering av riktlinjen mat och måltid gjorts i en rutin? | | |
| 11 | Hur ser kedjan för mat distribution ut? | | |
| 12 | Informeras brukaren om hur inköp av dagligvaror utförs? | | |
| 13 | Hur genomför ni inköp av dagligvaror? | | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| 14 | Har ni anställningsvillkor som lägst motsvarar vårdföretagarnas avtal eller SKL villkor för bransch, vård, behandling, äldreomsorg? | | |
| 15 | Tillgodoser ni anställdas rätt till heltid? | | |
| 16 | Hur tillgodoser ni anställdas rätt till sammanhållen arbetstid? | | |
| 17 | Har det skett någon förändring för certifierad ledning? | | |
| 18 | Har det skett någon förändring certifierad arbetsledare | | |
| 19 | Har 65% av tillsvidare anställd personal kompetens i enlighet med kommunen beslutade utbildningskrav på USK? | | |
| 20 | Finns introduktionsprogram för nyanställda? | | |
| 21 | Erbjuds praktikplatser? | | |
| 22 | Har brand/säkerhets utbildning genomförts med all personalen? | | |
| 23 | Finns nyckelrutin? | | |
| 24 | Har all ordinarie personal synliga namnskyltar samt fotolegitimation vid besök hos brukare? | | |
| 25 | Vad har visstidsanställda och vikarier för identifiering? | | |
| 26 | Hur tillgängliggör ni kontaktuppgifter till brukaren som gäller chef och nyckelpersoner? | | |
| 27 | Finns rutin för användandet av tolk? | | |
| 28 | Finns rutin för att hantera situationer där brukaren inte öppnar eller är anträffbar? | | |
| 29 | Har brukare valt att byta utförare? | | |
| 30 | Hur sker samverkan kring brukaren vid byte av utförare gällande tidigare utförare och tillträdande utförare? | | |
| 32 | Påbörjar ni nytt uppdrag inom 24 tim vid förfrågan? | | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| 33 | Har alla medarbetarna den kunskap som krävs för att kunna dokumentera de beviljade insatserna enligt SoL? | | |
| 34 | Har medarbetarna praktiska förutsättningar för att fullgöra sin dokumentationsplikt? | | |
| 35 | Finns rutin eller arbetssätt för att informera brukaren om dennes rätt av att ta del av den dokumentation som finns? | | |
| 36 | Har samtliga medarbetare, både ordinarie medarbetare och vikarier, behörighet till Treserva? | | |
| 37 | Sker fortlöpande dokumentation av de beviljade insatserna? | | |
| 38 | Har alla brukare en aktuell genomförandeplan som de varit med att upprätta? | | |
| 39 | Finns rutiner för att kontakt tas med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal när patientens hälsotillstånd förändras? | | |
| 40 | Arbetar ni enligt ett rehabiliterande förhållningssätt? | | |
| 41 | Sker samverkan i samband med delegeringar utifrån vård och omsorgskontorets direktiv? | | |
| 42 | Har lokal rutin för läkemedelshantering upprättats i samverkan med ansvarig sjuksköterska? | | |
| 43 | Dokumenteras hälso- och sjukvårdsinsatser enligt dokumentations direktiv? | | |
| 44 | Följs vård och omsorgskontorets direktiv och instruktioner avseende vårdhygien ? | | |
| 45 | Uppfylls följande krav? A/Tar ni emot uppdrag och dokumenterar i Treserva? B/Registrera ni utförd tid i TES? C/Används mobiler för 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? | | |
| 46 | Finns rutin för kommunikation och dokumentation vid driftavbrott? | | |
| 47 | Genomförs loggkontroller enligt beställarens riktlinje? | | |
| 48 | Vilka samverkar ni med i kommunen? | | |
| 49 | Samverkar ni med andra vårdgivare än kommunen? | | |
| 50 | Har ni genomfört någon SIP enligt beslutad samverkansprocess med regionen? | | |
| 51 | Har något brott begåtts med polisanmälning gällande personal? | | |
| 52 | Informerar personal om rapporteringsskyldighet avseende avvikelser? | | |
| 53 | Är verksamhetsplan 15 mars respektive verksamhetsberättelse 15 januari inlämnad? | | |
| 55 | Är det någon anställd som utfört insatser till egen närstående? | | |
| 56 | Har personalen och underleverantörer undertecknat regler om tystnadsplikt? | | |
| 57 | Informerar brukare och närstående om hur synpunkter och klagomål lämnas? | | |
| 58 | Informerar personal om hur synpunkter och klagomål lämnas? | | |

| FRÅGOR SOM INTE BEDÖMS | JA | NEJ | DELVIS |
|---|----|-----|--------|
| 1. Är lokalerna godkända för sitt ändamål av berörda myndigheter? | X | | |
| 2. Individuppföljning | X | | |
| 31. Finns det skriftliga uppdrag? | X | | |
| 54. Har IVO genomfört tillsyn? | | X | |

Inhämtade uppgifter

Myndighetsutövningen

Myndighet har valt att följa upp ca 20 procent av de brukare som valt en LOV- utförare. Genuin Omsorg har ca 36 brukare och vi har genomfört uppföljningar på sju av dessa brukare. Merparten av uppföljningar är gjorda under mars 2019. Brukarna har fått svara på tre frågor.

| FRÅGA | JA | DELVIS | NEJ | VET EJ |
|--|----|--------|-----|--------|
| Får du den hjälp/det stöd du är beviljad? | 5 | 2 | | |
| Får du vara med och planera när och hur din hjälp/ditt stöd ska genomföras och av vem? | 1 | 5 | 1 | |
| Får du hjälp/stöd på ett sätt som känns bra för dig? | 6 | 1 | | |

Löpande kontroller

Månadsvis genomförs kontroller av företagets rating, F-skatt, registrerad arbetsgivaravgift samt ersättning och volym. Kontrollerna utförs av upphandlingscenter, ekonomienheten och/eller beställnings- och uppföljningsenheten. Resultatet följs upp enligt gällande rutiner.