



UPPFÖLJNINGSRAPPORT

Uppföljning enligt plan för verksamhetsuppföljning 2019-2022

Kommunal utförare

Guldringen 79-81

Bostad med särskild service

Diarienummer: VON 2020/0344-10

Datum: 2020-04-16

VÅRD- OCH OMSORGSKONTORET
BESTÄLLNINGS- OCH UPPFÖLJNINGSENHETEN

www.norrkoping.se



NORRKÖPING

Sammanfattning

Uppföljning är en viktig del i kvalitetsarbetet och kommunen är ansvarig för att följa upp verksamhet oavsett utförare. Vård- och omsorgsnämnden har en riktlinje för arbetet med uppföljning av vård- och omsorgsverksamhet (VON 2019/0086). I planen för verksamhetsuppföljning 2019-2022 framgår vilka kommunala och privata utförare som ska följas upp. Uppföljningarna genomförs av uppföljningsteamet på beställnings- och uppföljningsenheten.

Denna rapport redovisar resultatet av genomförd uppföljning vården 2020 av kommunal utförare, Guldringen 79-81, bostad med särskild service.

Metoden är intervjubaserad och frågor ställs till enhetschef och medarbetare i samband med ett besök på enheten och ger en ögonblicksbild av verksamheten. En bedömning av svar görs utifrån en tregradig skala; godkänd (grön), delvis godkänd (gul) och inte godkänd (röd). För de frågor som har fått en gul eller röd bedömning ska ansvarig chef inkomma med en åtgärdsplan inom 30 dagar.

I rapporten redovisas en sammanställning av resultatet, det vill säga vilken bedömning respektive fråga har fått utifrån den tregradiga färgskalan. Det förekommer ett fåtal frågor, som inte bedöms utan enbart har ställts för att erhålla information och som särredovisas. Därutöver redovisas insamlade och inhämtade uppgifter från ekonomienheten och myndighetsutövningen

Sammanställning resultat för bedömda frågor vid genomförd uppföljning

40 frågor	Godkänd	Delvis godkänd	Inte godkänd
Guldringen 79-81	32 (80%)	3 (8 %)	5 (12 %)

Inledning

Uppföljning är en viktig del i kvalitetsarbetet och kommunen är ansvarig för att följa upp verksamhet oavsett utförare. Utifrån lagstiftning ställs samma kvalitetskrav på privata utförare som på 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.

I planen för verksamhetsuppföljning 2019-2022 framgår planerad uppföljning av kommunala och privata utförare för respektive år. Dessutom kan uppföljning ske på förekommen anledning eller utifrån ett årligt tema.

Uppföljningarna genomförs av uppföljningsteamet på beställnings- och uppföljningsenheten, som har ett sammanhållande ansvar. I teamet ingår sakkunniga, medicinskt ansvariga och socialt ansvarig samordnare.

Verksamhet

Uppföljningen ingår i planen för verksamhetsuppföljning. Guldringen 79-81 är en bostad med särskild service enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) i form av en servicebostad med totalt sex platser. Vid uppföljningsbesöket bodde åtta personer på enheten. Både kvinnor och män men övervägande män i åldern mellan 29-55 år.

Metod

Innan besöket på enheten har kontakt tagits med ansvarig chef. Därefter har informationsbrev och frågor skickats ut till chefen. Som underlag inför intervjun har även dokument och uppgifter på vård- och omsorgskontoret inhämtats.

Besök och intervju genomfördes av socialt ansvarig samordnare och sakkunnig onsdagen den 29 januari 2020. Vid intervjun deltog två enhetschefer.

Efter besöket har intervjusvaren på frågorna bedömts tillsammans med aktuella dokument och uppgifter.

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. Sedan 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. Det förekommer ett fåtal frågor som ställs enbart för att erhålla information. Dessa bedöms inte enligt skalan ovan och särredovisas i slutet av rapporten.

Uppföljningsrapporten skickas till ansvarig chef och delges på vård- och omsorgsnämnden samt publiceras därefter internt och externt. För de frågor som har fått en gul eller röd bedömning krävs att chefen inkommer med en åtgärdsplan över vilka åtgärder som ska vidtas samt tidplan över när dessa ska vara genomförda. Åtgärdsplanen ska ha inkommit till uppföljningsansvarig på beställnings- och uppföljningsenheten inom 30 dagar.

Som stöd i uppföljningsarbetet med frågor, viktning och bedömning används kravsorteraren från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Det är ett verktyg för stöd i arbetet med uppföljning på enhetsnivå i syfte att underlätta strukturering och analys i systematisk uppföljning.

Kommunikation

2020-01-22	Kontakt med berörd chef, besöksdatum bokad till onsdagen den 29 januari 2020
2020-01-22	Skriftlig information via e-post inför uppföljningsbesöket
2020-02-11	Besök på enheten av uppföljningsansvariga - intervju med två enhetschefer
2020-02-17	Återkoppling av svar till enhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt
2020-02-25	Återkoppling av svar från enhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt
2020-04-16	Uppföljningsrapport klar
2020-05-16	Åtgärdsplan ska vara färdig och inskickad till uppföljningsansvarig

Resultatredovisning

Kommunal utförare Guldringen 79-81

Nr	Frågor	Bedömning	Brist
Ledning och styrning			
1.	Har det för enheten tagits fram en krisplan/kontinuitetsplan, som är en verksamhetspecifik beredskapsplan?		Kontinuitetsplan saknas
2.	Görs loggkontroller två gånger per år i enlighet med riktlinjen?		Loggkontroller genomförs inte enligt riktlinjen.
Systematiskt kvalitetsarbete			
3.	Finns en plan för hur ni systematiskt ska arbeta med egenkontroll?		Saknas planering för när egenkontroller ska göras.
4.	Arbetar ni med riskanalyser enligt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete?		
5.	Uppfyller ni kvalitetsmål för avvikelshantering?		Avvikelserna är inte fullt ut bearbetade.
6.	Informerar personal om hur synpunkter och klagomål tas emot?		
7.	Informerar brukare och närstående om hur synpunkter och klagomål lämnas?		
8.	Informerar personal om rapporteringsskyldigheten avseende missförhållanden enligt lex Sarah?		
9.	Informerar personal om rapporteringsskyldigheten avseende avvikelser som medfört vårdskada eller risk för vårdskada enligt lex Maria?		
Medarbetare			
10.	Erhåller alla medarbetare individuella kompetensutvecklingsinsatser utifrån behov?		
11.	Genomgår personalen utbildning i brand- och säkerhetsarbete?		
12.	Säkerställer ni att alla nyanställda medarbetare får den introduktionen som krävs för att klara av arbetet?		
13.	Sker riskbedömning av arbetsmiljön i enskildes hem och upprättats handlingsplan vid behov?		Riskbedömning av arbetsmiljön i enskildas hem genomförs inte enligt riktlinje.
14.	Genomgår medarbetare utbildning i ett rehabiliterande förhållningssätt?		
Verksamhet och arbetssätt			
15.	Arbetar ni utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt?		
16.	Bedrivs värdegrundsarbete utifrån lagstiftning och kommunens värdegrund?		
17.	Tillgodoser ni brukarens behov av auktoriserad tolk?		

18.	Finns rutiner för att säkerställa hygienkontroll (livsmedelshygien)?		
19.	Finns arbetssätt och metoder som motsvarar och är anpassade efter brukarnas behov?		
20.	Har brukarna möjlighet till fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter?		
21.	Arbetar ni enligt riktlinjen mat och måltider?		Känner inte till riktlinjen för mat och måltider
22.	Följs aktuell riktlinje för skyddsåtgärder?		
23.	Känner alla medarbetare till vad lex Maja vad innebär?		
Hälso- och sjukvård			
24.	Finns rutin så kontakt tas med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal när brukarens hälsotillstånd förändras?		
25.	Finns arbetssätt för säker hantering av läkemedel på enheten?		
26.	Följs vård- och omsorgskontorets direktiv och instruktioner avseende vårdhygien?		
27.	Sker samverkan mellan chef och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i samband med delegeringar utifrån vård- och omsorgskontorets direktiv?		Enhetschef samverkar inte med SSK kring delegeringar
28.	Erbjuds alla brukare en rehabiliteringsnivåbedömning?		
29.	Tillgodoses individuellt förskrivna hjälpmedel till brukare med funktionsnedsättning?		
30.	Får alla brukare en basal utredning inför bedömning av inkontinenshjälpmedel?		
Dokumentation			
31.	Har medarbetarna de praktiska förutsättningar, såsom avsatt tid, plats, tillgång till dator och behörighet för att kunna fullgöra sin dokumentationsplikt?		
32.	Sker fortlöpande dokumentation av de beviljade insatserna?		
33.	Finns rutin eller arbetssätt för att informera brukaren om dennes rätt av att ta del av den dokumentation som finns?		Saknas rutin eller arbetssätt för att informera brukaren
34.	Har medarbetarna den kunskap som krävs för att kunna dokumentera de beviljade insatserna?		
35.	Har alla brukare en aktuell genomförandeplan?		
36.	Har alla brukare fått möjlighet att vara delaktiga i upprättande av genomförandeplanen?		
37.	Dokumenteras hälso- och sjukvårdsinsatser enligt vård- och omsorgskontorets dokumentationsdirektiv?		
38.	Fungerar vårdplaner som underlag för hälso- och sjukvårdsinsatser?		
Samverkan			
39.	Samverkar ni med legala företrädare och närstående?		

40.	Har brukare som är i behov av samtidiga insatser blivit erbjuden en upprättad SIP?		
-----	--	--	--

Nr	Övriga frågor	Ja	Nej	Kommentar
41.	Fungerar samverkan vid genomförande av samordnad individuell plan (SIP)?	X		Finns SIP för 1-2 brukare

Inhämtade uppgifter

Ekonomienheten

Guldringen 79-81 skulle enligt resursfördelningsmodellen få 7,01 åa, men verksamheten valde att tilldela enheten 7,50 åa.

Utfallet per februari månad är 6,80 åa och enheten beräknas gå enligt budget. Enheten bedöms som godkänd.

Myndighetsutövningen

LSS-handläggare har följt upp ett antal brukare, som har beviljats insatsen bostad med särskild service och som bor på Guldringen 79-81.

Uppföljningarna genomfördes under februari och mars 2020. Brukarna fick svara på fyra frågor. Resultatet visar procentuell fördelning av svaren.

Nr	Frågor	Ja	Delvis	Nej	Vet ej
1.	Får du den hjälp/det stöd du är beviljad?	50%			50%
2.	Får du vara med och planera när din hjälp/ditt stöd ska genomföras?	50%			50%
3.	Får du vara med och planera hur din hjälp/ditt stöd ska genomföras?	50%			50%
4.	Får du hjälp/stöd på ett sätt som känns bra för dig?	50%			50%

Information

Nr	Frågor	Ja	Nej	Kommentar
1.	Tillsyn från andra myndigheter		X	
2.	Har enheten deltagit i nationella brukarundersökningar?		X	