



UPPFÖLJNINGSRAPPORT

Uppföljning enligt plan för verksamhetsuppföljning 2019-2022

Kommunal utförare

Klingsbergsgatan 30

Verksamhet för personer med funktionsnedsättning

Diarienummer: VON 2020/0338-7

Datum: 2020-04-15

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 våren 2020 av kommunal utförare, Klingsbergsgatan 30, 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 inhämtade uppgifter från ekonomienheten och myndighetsutövningen samt information om eventuella tillsyner och brukarundersökningar.

Sammanställning resultat för bedömda frågor vid genomförd uppföljning

| 40 frågor | Godkänd | Delvis godkänd | Inte godkänd |
|---------------------|-----------|----------------|--------------|
| Klingsbergsgatan 30 | 27 (68 %) | 5 (12%) | 8 (20 %) |

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. Klingsbergsgatan 30 är en bostad med särskild service enligt LSS. I gruppboenden bor 6 personer i åldern mellan 48-66 år. Både män och kvinnor.

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. Besöket och intervjun ger en ögonblicksbild av verksamheten.

Besök och intervju genomfördes av medicinskt ansvarig sjuksköterska och sakkunnig onsdagen den 11 mars 2020. Vid intervjun deltog enhetschef och två medarbetare.

Efter besöket har intervju svaren 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

| | |
|------------|---|
| 2020-02-19 | Kontakt med berörd chef, besöksdatum bokad till onsdagen den 11 mars 2020 |
| 2020-02-19 | Skriftlig information via e-post inför uppföljningsbesöket |
| 2020-03-11 | Besök på enheten av uppföljningsansvariga - intervju med enhetschef och två medarbetare |
| 2020-03-11 | Återkoppling av svar till enhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt |
| 2020-03-19 | Återkoppling av svar från enhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt |
| 2020-04-15 | Uppföljningsrapport klar |
| 2020-05-15 | Åtgärdsplan ska vara färdig och inskickad till uppföljningsansvarig |

Resultatredovisning

Kommunal utförare, Klingsbergsgatan 30

| Nr | Frågor | Bedömning | Brist |
|-------------------------------------|---|-----------|--|
| Ledning och styrning | | | |
| 1. | Har det för enheten tagits fram en krisplan/kontinuitetsplan, som är en verksamhetspecifik beredskapsplan? | | Kontinuitetsplan behöver anpassas till en enhetens behov. |
| 2. | Görs loggkontroller två gånger per år i enlighet med riktlinjen? | | Loggkontroller har inte genomförts enligt riktlinjen. |
| Systematiskt kvalitetsarbete | | | |
| 3. | Har ni en plan för hur ni systematiskt ska arbeta med egenkontroll? | | Saknar delvis en systematisk plan för egenkontroller. |
| 4. | Arbetar ni med riskanalyser enligt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete? | | Saknar systematik i arbetet med riskanalyser på verksamhetsnivå. |
| 5. | Uppfyller ni kvalitetsmål för avvikelshantering? | | Uppfyller inte kvalitetsmålen. |
| 6. | Informerar personal om hur synpunkter och klagomål tas emot? | | Personal informeras inte. |
| 7. | Informerar brukare och närstående om hur synpunkter och klagomål lämnas? | | Brukare och närstående informeras inte. |
| 8. | Informerar personal om rapporteringsskyldigheten avseende missförhållanden enligt lex Sarah? | | Saknas kontinuerlig information om Lex Sarah |
| 9. | Informerar personal om rapporteringsskyldigheten avseende avvikelser som medfört vårdskada eller risk för vårdskada enligt lex Maria? | | Saknas kontinuerlig information om 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 introduktion som krävs för att klara av arbetet? | | |
| 13. | Sker riskbedömning av arbetsmiljön i enskildes hem och upprättats handlingsplan vid behov? | | Handlingsplanerna är inte uppdaterade. |
| 14. | Genomgår medarbetare utbildning i ett rehabiliterande förhållningssätt? | | |
| Verksamhet och arbetssätt | | | |
| 15. | Arbetar ni utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt? | | Arbetar delvis utifrån 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 arbetsätt 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? | | |
| 22. | Följs aktuell riktlinje för skyddsåtgärder? | | |
| 23. | Känner alla medarbetare till vad lex Maja innebär? | | Känner inte till Lex Maja |
| Hälso- och sjukvård | | | |
| 24. | Finns rutin så kontakt tas med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal när brukarens hälsotillstånd fordrar det? | | |
| 25. | Finns arbetsätt 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? | | |
| 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 arbetsätt för att informera brukaren om dennes rätt av att ta del av den dokumentation som finns? | | Saknar arbetsätt 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)? | - | - | Ej aktuellt |

Inhämtade uppgifter

Ekonomienheten

Klingsbergsgatan 30 skulle enligt resursfördelningsmodellen få 8,36 åa, men verksamheten valde att tilldela enheten 8,00 åa.

Utfallet per februari månad är 8,26 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 Klingsbergsgatan 30.

Uppföljningarna genomfördes under 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? | 100% | | | |
| 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? | 75% | 25% | | |

Information

| Nr | Frågor | Ja | Nej | Kommentar |
|----|---|----|-----|---|
| 1. | Har tillsyn genomförts från andra myndigheter? | | X | |
| 2. | Har enheten deltagit i nationella brukarundersökningar? | X | | Inget resultat på grund av för få svarande. |