



# UPPFÖLJNINGSRAPPORT

Uppföljning enligt beslutad uppföljningsplan 2019-2022

Kommunal utförare

Ljuragatan 17-19

Bostad med särskild service

Diarienummer: VON 2019/0242

Datum: 2019-06-28

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

Uppföljningen ingår i den beslutade uppföljningsplanen för 2019-2022. Ljuragatan 17-19 är en bostad med särskild service enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och betecknas som en servicebostad. Vid verksamhetsbesöket är det åtta kvinnor och fem män, som bor där och de är i åldern från 20 till drygt 40 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 och intervju har genomförts av medicinskt ansvarig sjuksköterska och sakkunniga fredagen den 10 maj 2019. Vid besöket intervjuades enhetschef och en medarbetare.

Efter besöket har intervjusvaren på frågorna bedömts tillsammans med resultat från de dokument som vid besöket visades upp på begäran samt 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.

## Kommunikation

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.

2019-02-07	Kontakt med enhetschef via e-post om planerad tid för verksamhetsbesök
2019-04-24	Skriftlig information via e-post inför verksamhetsbesök
2019-05-10	Besök på enheten av uppföljningsansvariga - intervju med enhetschef och medarbetare
2019-05-27	Återkoppling av svar till enhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt
2019-06-13	Återkoppling av svar från enhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt
2019-06-28	Uppföljningsrapport klar
2019-07-	Åtgärdsplan ska vara färdig och inskickad till uppföljningsansvarig

## Resultatredovisning – Kommunal utförare, Ljuragatan 17-19

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 eventuellt 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 för brukare, närstående eller legal företrädare per år 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 (samordnad individuell plan)?		
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 fodrar det?		
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?		Det saknas registrerade avvikelser
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		Förra sommaren (2018)
56. Har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomfört någon tillsyn?		X	
57. Har tidigare uppföljningar genomförts?		X	
58. Har tillsyn genomförts från andra myndigheter?		X	
59. Finns resultat av brukarundersökning?		X	Har hittills inte varit aktuellt

## **Inhämtade uppgifter**

### **Ekonomienheten**

*Bemanning enligt årligt uppdrag:* Enligt resursfördelningsmodellen skulle enheten tilldelas 6,48 årsarbetare (åa), men verksamhetsområdet valde att ge enheten 8,70 åa. Utfallet per mars månad är 8,47 åa med en beräknad prognos enligt budget.

Enheten bedöms som godkänd.

### **Myndighetsutövningen**

Alla brukare, som bor på Ljuragatan 17-19, är uppföljda. Majoriteten av brukarna uppger, att de trivs med att bo där. Samtidigt uppger flertalet, att det byts mycket personal och att det är jobbigt för dem. Det kommer nya människor hela tiden och det upplevs som en stress hos många, varför flera säger nej till stöd.

Flera brukare uppger att man skulle vilja bo i en egen lägenhet med stöd av insatsen boendestöd, då man upplever att man klarar mycket själv. Några står också i bostadskö och har gjort det länge men har inte fått några erbjudanden. De flesta brukarna trivs med personalen. Majoriteten uppger att de får den hjälp de behöver, men några tycker att personalen skulle behöva ha mer tid för de som bor på boendet.

Många av brukarna är med på de gemensamma aktiviteter som erbjuds och de som uppger att de inte deltar vill inte delta eller tycker inte att de behöver mer aktiviteter än vad de redan har.

Det är några brukare som berättar att det är mer lyhört sedan boendet flyttade till nuvarande fastighet och att de ibland störs av grannar.