



# UPPFÖLJNINGSRAPPORT

Uppföljning enligt plan för verksamhetsuppföljning 2019-2022

Kommunal utförare

Generalsgatan 9:1

Särskilt boende för äldre

Diarienummer: VON 2020/0250

Datum: 2020-04-03

## 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, Generalsgatan 9:1, särskilt boende för äldre.

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

39 frågor	Godkänd	Delvis godkänd	Inte godkänd
Generalsgatan 9:1	31 (79 %)	8 (21 %)	0 (0 %)

## 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. Generalsgatan 9:1 är ett särskilt boende för äldre enligt Socialtjänstlagen. Enheten har totalt 28 platser fördelat på två våningar.

## 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 intervju ger en ögonblicksbild av verksamheten.

Besök och intervju genomfördes av sakkunnig och socialt ansvarig samordnare måndagen den 10 februari 2020. Vid intervjun deltog enhetschef och en 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:

<b>Godkänd</b>
<b>Delvis godkänd</b>
<b>Inte godkänd</b>

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

2020-01-21	Kontakt med berörd chef, besöksdatum bokad till måndagen den 10 februari 2020.
2020-01-21	Skriftlig information via e-post inför uppföljningsbesöket
2020-02-10	Besök på enheten av uppföljningsansvariga - intervju med enhetschef och medarbetare
2020-02-11	Återkoppling av svar till enhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt
2020-02-12	Återkoppling av svar från enhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt
2020-04-03	Uppföljningsrapport klar
2020-05-04	Åtgärdsplan ska vara färdig och inskickad till uppföljningsansvarig

# Resultatredovisning

## Kommunal utförare, Generalsgatan 9:1

Nr	Frågor	Bedömning	Brist
<b>Ledning och styrning</b>			
1.	Har det för enheten tagits fram en krisplan/kontinuitetsplan, som är en verksamhetspecifik beredskapsplan?		
2.	Görs loggkontroller två gånger per år i enlighet med riktlinjen?		
<b>Systematiskt kvalitetsarbete</b>			
3.	Har ni en plan för hur ni systematiskt ska arbeta med egenkontroll?		
4.	Arbetar ni med riskanalyser enligt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete?		
5.	Uppfyller ni kvalitetsmål för avvikelshantering?		Alla kvalitetsmål för avvikelshantering är inte uppfyllda till 100 %.
6.	Informeras personal om hur synpunkter och klagomål tas emot?		Personal informeras inte löpande om hur synpunkter och klagomål ska tas emot.
7.	Informeras brukare och närstående om hur synpunkter och klagomål lämnas?		
8.	Informeras personal om rapporteringsskyldigheten avseende missförhållanden enligt lex Sarah?		
9.	Informeras personal om rapporteringsskyldigheten avseende avvikelser som medfört vårdskada eller risk för vårdskada enligt lex Maria?		
<b>Medarbetare</b>			
10.	Erhåller alla medarbetare individuella kompetensutvecklingsinsatser utifrån behov?		Alla medarbetare erhåller inte till fullo individuella kompetensutvecklingsinsatser.
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?		Introduktionsplanen saknar delar såsom information om genomförandeplan, kontaktmannaskap och brukarnas egna medel.
13.	Sker riskbedömning av arbetsmiljön i enskildes hem och upprättats handlingsplan vid behov?		
14.	Genomgår medarbetare utbildning i ett rehabiliterande förhållningssätt?		

<b>Verksamhet och arbetsätt</b>			
15.	Arbetar ni utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt?		
16.	Bedrivs värdegrundsarbete utifrån lagstiftning och kommunens värdegrund?		Enhetens värdegrundsarbete sker inte tillräckligt strukturerat och aktivt.
17.	Tillgodoser ni brukarens behov av auktoriserad tolk?		
18.	Finns rutiner för att säkerställa hygienkontroll (livsmedelshygien)?		
19.	Har varje brukare en utsedd kontaktman?		
20.	Följer ni aktuell riktlinje för de brukare som behöver stöd vid hantering av sina pengar?		
21.	Följs aktuell riktlinje för skyddsåtgärder?		
22.	Finns arbetsätt och metoder som är anpassade efter brukarnas behov?		Enhetens arbetsätt och metoder är enbart till viss del anpassat efter brukarnas behov.
23.	Har brukarna möjlighet till ett meningsfullt innehåll i sin vardag?		
24.	Arbetar ni enligt riktlinjen mat och måltider?		
25.	Känner alla medarbetare till vad lex Maja innebär?		
<b>Hälso- och sjukvård</b>			
26.	Finns rutin så kontakt tas med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal när brukarens hälsotillstånd förändras?		
27.	Finns arbetsätt för säker hantering av läkemedel på enheten?		
28.	Följs vård- och omsorgskontorets direktiv och instruktioner avseende vårdhygien?		
29.	Sker samverkan mellan chef och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i samband med delegeringar utifrån vård- och omsorgskontorets direktiv?		
30.	Får alla brukare en basal utredning inför bedömning av inkontinenshjälpmedel?		
<b>Dokumentation</b>			
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?		
34.	Har medarbetarna den kunskap som krävs för att kunna dokumentera de beviljade insatserna?		Alla medarbetare har inte tillräcklig kunskap för att kunna dokumentera de beviljade insatserna.

35.	Har alla brukare en aktuell genomförandeplan?		Alla brukare har inte 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?		
<b>Samverkan</b>			
39.	Samverkar ni med legala företrädare och närstående?		

Nr	Övriga frågor	Ja	Nej	Kommentar
40.	Fungerar samverkan vid genomförande av samordnad individuell plan (SIP)?	-	-	Inte aktuellt, enheten har inte haft någon SIP.
41.	Arbetar ni med att höja språkkompetens?	-	-	Finns med i enhetens risk- och väsentlighetsanalys. Enheten har eskalerat risken.

## Inhämtade uppgifter

### Ekonomienheten

Generalsgatan 9:1 har enligt resursfördelningsmodellen 2020 18,2 årsarbetare (ÅA). Utfall hittills per januari månad är 18,88 ÅA. Enheten bedöms i utfall hittills som delvis godkänd.

### Myndighetsutövningen

Myndighet har valt att följa upp 78 procent av de brukare som bor på Generalsgatan 9:1. Enheten har 27 antal brukare (28 platser). Myndighet har genomfört uppföljningar på 21 av dessa. Uppföljningarna är genomförda under januari 2020. Brukarna har fått svara på fyra frågor. Nedan redovisas hur brukarna procentuellt sett har besvarat respektive fråga.

Nr	Frågor	Ja	Delvis	Nej	Vet ej	Bortfall
1.	Får du den hjälp/det stöd du är beviljad?	81 %	5 %	5 %		10 %
2.	Får du vara med och planera när din hjälp/ditt stöd ska genomföras?	71 %	14 %	10 %	5 %	
3.	Får du vara med och planera hur din hjälp/ditt stöd ska genomföras?	76 %	10 %		10 %	14 %
4.	Får du hjälp/stöd på ett sätt som känns bra för dig?	86 %	5 %		5 %	5 %

## Information

Nr	Frågor	Ja	Nej	Kommentar
1.	Har tillsyn genomförts från andra myndigheter?	X		Inspektion från IVO (Inspektionen för vård och omsorg) mars 2019.
2.	Har enheten deltagit i nationella brukarundersökningar?	X		Brukarundersökning 2019.