



# UPPFÖLJNINGSRAPPORT

Uppföljning enligt plan för verksamhetsuppföljning 2019-2022

Privat utförare

Nytida AB, S:t Olofsgatan 32

Verksamhet för personer med funktionsnedsättning

Diarienummer: VON 2020/0621

Datum: 2021-01-13

## 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 2020/0487-1). 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 hösten 2020 av privat utförare Nytida AB, S:t Olofsgatan 32, bostad med särskild service.

Metoden är intervjubaserad och frågor ställs till chef och medarbetare vanligtvis i samband med ett besök på enheten och ger en ögonblicksbild av verksamheten. På grund av rådande omständigheter med covid-19 genomfördes intervjun vid denna uppföljning i lokaler på vård- och omsorgskontoret. 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

43 frågor	Godkänd	Delvis godkänd	Inte godkänd
Nytida AB S:t Olofsgatan 32	37 (86 %)	1 (2 %)	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 2020/0487-1). 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 plan för verksamhetsuppföljning. Nytida AB har avtal med vård- och omsorgsnämnden om utförande av driftentreprenad under perioden 2017-04-01--2023-03-31 efter att rätten till avtalsförlängning även har använts. S:t Olofsgatan 32 är en bostad med särskild service enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) i form av en servicebostad med 14 platser. Vid uppföljningen bor 14 personer på enheten, varav nio kvinnor och fem män i åldern mellan 45-80 år.

## Metod

Innan uppföljningen 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. Uppföljningen ger en ögonblicksbild av verksamheten.

På grund av rådande omständigheter med covid-19 genomfördes intervjun i lokaler på vård- och omsorgskontoret, istället för som planerat vid besök på enheten. Den genomfördes av sakkunniga måndagen den 5 oktober 2020, verksamhetschef och gruppchef deltog. Efter intervjun har svaren på frågorna bedömts tillsammans med aktuella dokument och uppgifter.

Uppgifter gällande bemanning har inhämtats från ekonomienheten.

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

Uppgifter gällande ekonomisk status har inhämtats från beställningsteamet på beställnings- och uppföljningsenheten.

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 uppföljningsintervjun 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. Åtgärdsplanen diarieförs och följs senare upp.

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

2020-09-14	Kontakt med berörd chef inför planerad uppföljning.
2020-09-24	Skriftlig information via e-post inför uppföljning.
2020-10-05	Möte på vård- och omsorgskontoret (VOK) – intervju med verksamhetschef och gruppchef.
2020-10-08	Återkoppling av svar till enhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt.
2020-10-18	Återkoppling av svar från enhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt.
2020-10-31	Skicka in personalbemanning för september 2020 enligt bifogat dokument.
2021-01-13	Uppföljningsrapport klar.
2021-02-13	Åtgärdsplan ska vara färdig och inskickad till uppföljningsansvarig.

# Resultatredovisning

## Privat utförare, Nytida AB, S:t Olofsgatan 32

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?		Loggkontroller görs inte 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.	Arbetar ni med avvikelser enligt avvikelshandboken?		Arbetar inte med avvikelser enligt avvikelshandboken.
6.	Uppfyller ni kvalitetsmål för avvikelshantering?		Uppfyller inte kvalitetsmål för avvikelshantering.
7.	Informerar personal om hur synpunkter och klagomål tas emot?		
8.	Informerar brukare och närstående om hur synpunkter och klagomål lämnas?		
9.	Informerar personal om rapporteringsskyldigheten avseende missförhållanden enligt lex Sarah?		
10.	Informerar personal om rapporteringsskyldigheten avseende avvikelser som medfört vårdskada eller risk för vårdskada enligt lex Maria?		
<b>Medarbetare</b>			
11.	Erhåller alla medarbetare individuella kompetensutvecklingsinsatser utifrån behov?		
12.	Genomgår personalen utbildning i brand- och säkerhetsarbete?		
13.	Säkerställer ni att alla nyanställda medarbetare får den introduktion som krävs för att klara av arbetet?		
14.	Sker riskbedömning av arbetsmiljön i enskildes hem och upprättats handlingsplan vid behov?		

15.	Genomgår medarbetare utbildning i ett rehabiliterande förhållningssätt?		
<b>Verksamhet och arbetssätt</b>			
16.	Arbetar ni utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt?		
17.	Bedrivs värdegrundsarbete utifrån lagstiftning och kommunens värdegrund?		
18.	Tillgodoser ni brukarens behov av auktoriserad tolk?		
19.	Finns rutiner för att säkerställa hygienkontroll (livsmedelshygien)?		
20.	Finns arbetssätt och metoder som motsvarar och är anpassade efter brukarnas behov?		
21.	Har brukarna möjlighet till fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter?		
22.	Genomför ni minst två informationsträffar per år för enskilda, närstående eller legal företrädare?		
23.	Arbetar ni enligt riktlinjen mat och måltider?		Kännedom om kommunens riktlinje mat och måltider saknas.
24.	Följs aktuell riktlinje för skyddsåtgärder?		
25.	Känner alla medarbetare till vad lex Maja innebär?		Alla medarbetare känner inte till vad lex Maja innebär.
<b>Hälso- och sjukvård</b>			
26.	Finns överenskommelse om läkarmedverkan?		
27.	Finns rutin så kontakt tas med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal när brukarens hälsotillstånd fördrar det?		
28.	Finns arbetssätt för säker hantering av läkemedel på enheten?		
29.	Följs vård- och omsorgskontorets direktiv och instruktioner avseende vårdhygien?		
30.	Sker samverkan mellan chef och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i samband med delegeringar utifrån vård- och omsorgskontorets direktiv?		

31.	Erbjuds alla brukare en rehabiliteringsnivåbedömning?		
32.	Tillgodoses individuellt förskrivna hjälpmedel till brukare med funktionsnedsättning?		
33.	Får alla brukare en basal utredning inför bedömning av inkontinenshjälpmedel?		
<b>Dokumentation</b>			
34.	Har medarbetarna de praktiska förutsättningar, såsom avsatt tid, plats, tillgång till dator och behörighet för att kunna fullgöra sin dokumentationsplikt?		
35.	Sker fortlöpande dokumentation av de beviljade insatserna?		
36.	Finns rutin eller arbetssätt för att informera brukaren om dennes rätt av att ta del av den dokumentation som finns?		Rutin eller arbetssätt för att informera brukaren om dennes rätt av att ta del av den dokumentation som finns saknas.
37.	Har medarbetarna den kunskap som krävs för att kunna dokumentera de beviljade insatserna?		
38.	Har alla brukare en aktuell genomförandeplan?		
39.	Har alla brukare fått möjlighet att vara delaktiga i upprättande av genomförandeplanen?		
40.	Dokumenteras hälso- och sjukvårdsinsatser enligt vård- och omsorgskontorets dokumentationsdirektiv?		
41.	Fungerar vårdplaner som underlag för hälso- och sjukvårdsinsatser?		
<b>Samverkan</b>			
42.	Samverkar ni med legala företrädare och närstående?		
43.	Har brukare som är i behov av samtidiga insatser blivit erbjuden en upprättad SIP?		

Nr	Övriga frågor	Ja	Nej	Kommentar
44.	Fungerar samverkan vid genomförande av samordnad individuell plan (SIP)?		X	En person hade behövt, men regionen sade nej.

## Inhämtade uppgifter

### Ekonomienheten

I enlighet med begäran har redogörelse lämnats in för kontroll av personalbemanning på S:t Olofsgatan 32 avseende september månad 2020. Krav på bemanning av omvårdnadspersonal och legitimerad personal ligger inom godkänt intervall enligt avtal.

### Myndighetsutövningen

LSS-handläggare har följt upp ett antal brukare, som har beviljats insatsen bostad med särskild service och som bor på S:t Olofsgatan 32. Genomförda uppföljningar är gjorda september till och med november 2020. Brukarna har svarat 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?	100 %			
3.	Får du vara med och planera hur din hjälp/ditt stöd ska genomföras?	75%	25 %		
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		Hösten 2019. Frågorna rör bemötande, inflytande och trivsel/trygghet. 11 svaranden, totalresultatet visar 82 procent positiva.
3.	Finns ansvarsförsäkring?	X		Gäller 2020, även 2021.
4.	Finns arbetsgivaransvar?	X		Kontroll 2020-09-21. Är registrerad arbetsgivare, har F-skatt, arbetsgivaravgifter är betalda, ingen skatteskuld finns.
5.	Finns bankgaranti?	X		Gäller till och med 2021-03-31.
6.	Finns tillstånd?	X		Kontroll 2020-12-22 hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO), finns med i omsorgsregistret.