



UPPFÖLJNINGSRAPPORT

Uppföljning enligt beslutad uppföljningsplan 2019-2022

Kommunal utförare

Trädgårdsgatan 30:2

Bostad med särskild service

Diarienummer: VON 2019/0247

Datum: 2019-06-24

VÅRD- OCH OMSORGSKONTORET
BESTÄLLNINGS- OCH UPPFÖLJNINGSENHETEN

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

Trädgårdsgatan 30:2 är en bostad med särskild service med tio platser, varav tre brukare med beslut om insats enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) i form av gruppboende och övriga sju har beviljats insatsen enligt socialtjänstlagen (SoL). De är i ålder mellan cirka 30 till 60 år och det är fler män än kvinnor.

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 har använts som underlag vid intervjun.

Besök och intervju har genomförts av sakkunniga måndagen den 8 april 2019. Vid besöket deltog enhetschef och en medarbetare.

Efter besöket har intervjusvaren på frågorna bedömts tillsammans med aktuella dokument och uppgifter från vård- och omsorgskontoret.

Uppgifter gällande ekonomisk status har inhämtats från ekonomi-enheten.

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 enhetschefen 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 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.

Kommunikation

2019-02-07	Kontakt med enhetschef via e-post om planerad tid för verksamhetsbesök
2019-04-03	Kontakt med enhetschef, ändrar besöksdatum
2019-04-04	Skriftlig information via e-post inför verksamhetsbesök
2019-04-08	Besök på enheten av uppföljningsansvariga – intervju med enhetschef och medarbetare
2019-04-17	Återkoppling av svar till enhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt
2019-05-07	Återkoppling av svar från enhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt
2019-06-24	Uppföljningsrapport klar
2019-07-	Åtgärdsplan ska vara färdig och inskickad till uppföljningsansvarig

Resultatredovisning – Kommunal utförare, Trädgårdsgatan 30:2

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?		Ett aktivt och strukturerat arbete med värdegrundsfrågor bedrivs inte
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?		Strategi för att hålla sig uppdaterade med nyheter och förändringar inom sitt ansvarsområde saknas
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 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?		Kännedom om riktlinjen mat och måltider saknas
20. Följs aktuell riktlinje för skyddsåtgärder och specialarm?		
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?		Praktiska förutsättningar för medarbetarna att fullgöra sin dokumentationsplikt i form av tillräckligt med avsatt tid saknas
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?		Rutin eller arbetssätt för att informera brukaren om dennes rätt att ta del av den dokumentation som finns saknas

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 förändras?		
33. Erbjuds alla brukare en rehabiliteringsnivåbedömning?		
34. Har lokal rutin för läkemedelshantering upprättats i samverkan med ansvarig sjuksköterska?		Lokal rutin för läkemedelshantering finns men behöver uppdateras
35. Är brukarna tillgodosedda beträffande individuellt förskrivna hjälpmedel?		
36. Genomförs individuell utprovning inför förskrivning och tillhandahållande av inkontinenshjälpmedel?		Individuell utprovning och förskrivning av inkontinenshjälpmedel saknas
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?		Personal informeras inte om hur synpunkter och klagomål tas emot
48. Informeras brukare och närstående om hur synpunkter och klagomål lämnas?		Brukare och närstående informeras inte om hur synpunkter och klagomål lämnas
49. Arbetar enheten med avvikelser enligt avvikelsehandboken?		Arbetar inte med avvikelser på ett strukturerat sätt enligt avvikelsehandboken
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?		Arbetar inte med egenkontroll på ett strukturerat sätt

FRÅGOR SOM INTE BEDÖMS	JA	NEJ	KOMMENTAR
55. Har något brott begåtts som polisanmälts?	X		
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	Däremot lämnades begäran till Arbetsmiljöverket 2019-04-15
59. Finns resultat av brukarundersökning?	X		Resultat finns från två olika brukarundersökningar, båda avser 2018

Inhämtade uppgifter

Ekonomienheten

Bemanning enligt årligt uppdrag: Enligt resursfördelningsmodellen skulle enheten tilldelas 9,57 årsarbetare (åa), men verksamhetsområdet valde att ge enheten 8,25 åa. Utfallet per februari månad är 8,97 åa med en beräknad prognos på totalt 40 000 kr över budget.

Trädgårdsgatan 30:2 bedöms som delvis godkänd med förbättringsbehov.

Myndighetsutövningen

Det bor tio brukare på Trädgårdsgatan 30:2. Den missbruksproblematik, som finns på båda boendeenheter med adress Trädgårdsgatan 30, är inte lika omfattande på det här boendet jämfört med det andra boendet (Trädgårdsgatan 30:1), även om det finns brukare med komplicerad samsjuklighet också här.

Flertalet av brukarna uttrycker tydligt under genomförda uppföljningar att de trivs mycket bra, att de trivs med personal och med det stöd de får på boendet. Det är också flera av dem, som har bott där i många år och även säger att ”dom vill aldrig flytta därifrån”. Vid uppföljningarna visade det sig att några brukare behövde få sina genomförandeplaner uppdaterade.