



OMSORGSGRUPPEN IN AB

Uppföljning och kontroll av enheterna

Dalvikens dagcenter och Fenix dagcenter

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning	4
2. Inledning	5
3. Genomförande	6
4. Kommunikation	6
5. Resultatredovisning	7
5.1. Uppföljning av privat utförare 2014	7
5.2. Dalvikens dagcenter	7
5.2.1. Försäkringar	8
5.2.2. Tillstånd	8
5.2.3. Verksamhetskrav	8
<i>Deltagarnärvaro</i>	
5.2.4. Åtaganden	8
<i>Genomförandeplaner</i>	
<i>Kundenkät</i>	
<i>Medarbetarenkät</i>	
<i>Verksamhetsbesök</i>	
5.2.5. Entreprenörens kvalitetsarbete	9
<i>Ledningssystem</i>	
<i>Internkontroll</i>	
<i>Avvikelser</i>	
<i>Verksamhetsplan 2015</i>	
<i>Verksamhetsberättelse 2014</i>	
5.2.6. Personalfrågor	10
<i>Arbetsgivaransvar</i>	
<i>Personaltäthet</i>	
5.3. Fenix dagcenter	11
5.3.1. Försäkringar	11
5.3.2. Tillstånd	12
5.3.3. Verksamhetskrav	12
<i>Deltagarnärvaro</i>	
5.3.4. Åtaganden	12
<i>Genomförandeplaner</i>	
<i>Brukarundersökning</i>	
<i>Kundenkät</i>	
<i>Medarbetarenkät</i>	
<i>Verksamhetsbesök</i>	

5.3.5. Entreprenörens kvalitetsarbete	13
<i>Ledningssystem</i>	
<i>Internkontroll</i>	
<i>Avvikelser</i>	
<i>Verksamhetsplan 2015</i>	
<i>Verksamhetsberättelse 2014</i>	
5.3.6. Personalfrågor	15
<i>Arbetsgivaransvar</i>	
<i>Personaltäthet</i>	
6. Samlad analys	16
7. Referensdokument	18

1. Sammanfattning

Kommunen har ansvar för att tillhandahålla verksamhet av god kvalitet samt att säkerställa den. Dessutom är ansvaret särskilt förtydligt i kommunallagen för verksamhet som bedrivs av privat utförare. Under våren 2015 beslutades att genomföra uppföljning och kontroll av Dalvikens dagcenter och Fenix dagcenter. Ramavtalet avser daglig verksamhet för enskilda deltagare med totalt 35 helårsplatser. Det påbörjades 2012-05-01 och löper ut under våren 2016. Den aktuella utföraren, Omsorgsgruppen IN AB, har drivit verksamheten sedan slutet av 1990-talet. Målgrupp är vuxna personer i åldern 18 – 65 år med funktionsnedsättning tillhörande personkrets 1 eller 2 enligt 1 § Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Ansvarig för rapporten är berednings- och planeringsenheten på vård- och omsorgskontoret. Inledningsvis upprättades en uppföljningsplan för att på ett strukturerat sätt granska, analysera och bedöma de bägge enheterna. Det tre bedömningsnivåerna är godkänt, godkänt med reservation eller inte godkänt. Från ramavtalet kontrolleras försäkringar och tillstånd. Från bilagan, förutsättningar och krav, kontrolleras verksamhetskrav, åtaganden, entreprenörens kvalitetsarbete och personalfrågor. I samband med egenkontrollen hos de kommunala verksamheterna genomfördes uppföljning av privata utförare, vars resultat redovisas gemensamt för de bägge enheterna.

Både Dalvikens dagcenter och Fenix dagcenter nådde sammantaget ett godkänt resultat. De flesta kontrollmomenten i denna uppföljning och kontroll blev godkända. Endast ett kontrollmoment blev inte godkänt för enheterna, vilket var genomförandeplaner.

Förbättringsåtgärder behöver ske inom samtliga områden, som inte blev helt godkända. Redovisning görs i samband med verksamhetsberättelsen för 2015. Eventuellt framtagna handlingsplaner ska bifogas. Ytterligare identifierade förbättringsområden är redovisning av insatser inom hälso- och sjukvården samt hantering av avvikelser samt synpunkter och klagomål.

Sveriges kommuner och landsting, SKL, planerar att genomföra en pilotundersökning med intresserade kommuner för att utveckla en gemensam nationell brukarundersökning inom socialtjänstens verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Vård- och omsorgskontoret deltar i detta arbete och planeringen är att Fenix dagcenter deltar som privat utförare och Estetverksta'n som kommunal utförare i denna pilotundersökning.

2. Inledning

Kommunen har ansvar för att tillhandahålla verksamhet av god kvalitet samt att säkerställa den. Dessutom är ansvaret sedan den 1 januari 2015 särskilt förtydligt i kommunallagen för verksamhet som bedrivs av privat utförare.

Under våren 2015 beslutades om att genomföra uppföljning och kontroll av Dalvikens dagcenter och Fenix dagcenter. Gällande ramavtal med vård- och omsorgsnämnden påbörjades 2012-05-01 och löper ut under våren 2016. Det kan inte förlängas, varför ny upphandlingsprocess pågår. Den aktuella utföraren, Omsorgsgruppen IN AB, har drivit verksamheten sedan slutet av 1990-talet.

Ramavtalet avser daglig verksamhet för enskilda deltagare. Uppdraget ska utföras fackmässigt och i enlighet med bilagan, förutsättningar och krav, samt andra handlingar och uppgifter i förfrågningsunderlaget. Avtalet omfattar totalt 35 helårsplatser på bägge enheter med option om att utöka uppdraget med ytterligare 10 helårsplatser under avtalstiden.

Målgrupp är vuxna personer i åldern 18 – 65 år med funktionsnedsättning tillhörande personkrets 1 eller 2 enligt 1 § Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Personkrets 1 avser personer med måttlig till grav utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd. Personkrets 2 avser personer med betydande och bestående begåvningsmässig funktionsnedsättning efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.

Kompletterat till avtalets bilaga finns en resursfördelningsmodell med de tre kriterierna jagstödjande insatser, kommunikativt stöd och omvårdnad. Dessa kriterier är sedan var för sig uppdelade i tre nivåer, som påverkar personaltätthet och ersättning. Vid ingången till aktuellt avtal var flertalet deltagare sammantaget på bägge enheter placerade i den tredje nivån, vilket krävde högsta personaltätthet. Personalen ska enligt modellen i nivå tre vara närvarande och aktivt åtgärdande, tolka tecken och signaler åt den enskilde samt utföra omvårdnad. Enligt nivå ett behöver personalen vara tillgänglig som förebild, ge stöd vid verbal kommunikation samt ge muntligt stöd, uppmuntran och ”påputtning”. I nivå två ska personalen vara närvarande som förebild, ge stöd vid alternativ kommunikation samt ge både muntligt och praktiskt stöd.

Presenterad rapport är översiktlig. Ett begränsat antal kontrollmoment redovisas och bedöms. Ansvariga är verksamhetschef och sakkunnig från berednings- och planeringsenheten. Medicinskt ansvarig sjuksköterska och socialt ansvarig samordnare har involverats.

3. Genomförande

En uppföljningsplan upprättades inledningsvis för att på ett strukturerat om än på ett begränsat sätt granska, analysera och bedöma enheternas verksamheter. Aktuella kontrollmoment är hämtade från ramavtalet och bilagan Förutsättningar och krav. Från avtalet kontrolleras försäkringar och tillstånd. Från bilagan kontrolleras verksamhetskrav, åtaganden, entreprenörens kvalitetsarbete och personalfrågor. Vidare redovisas resultatet från vård- och omsorgskontorets uppföljning av privata utförare, som genomfördes parallellt med de kommunala verksamheternas egenkontroll.

Inför de bägge verksamhetsbesöken i början av juni 2015 efterfrågades olika dokument och material. Dels skulle verksamhetschefen i förväg lämna in aktuellt ledningssystem, genomförda kvalitetskontroller och resultat från enkätundersökningar för 2014 och 2015 samt rutin för avvikelser, synpunkter och klagomålshantering. Dels skulle verksamhetschefen vid besöken visa kopia på tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg samt ha statistikuppgifter för en utvald verksamhetsdag under maj månad 2015. Statistiken avsåg antalet inskrivna och närvarande deltagare uppdelat i heltid och deltid, aktuell nivåbedömning enligt resursfördelningsmodellen samt ange orsak till eventuell frånvaro.

Besöken på enheterna genomfördes av rapportansvariga från berednings- och planeringsenheten. Verksamhetschefen tog emot på bägge platser. Först gjordes en rundvandring i lokalerna, därefter följde en genomgång av uppföljningsplanens kontrollmoment samt aktuella dokument och framtaget material. Genomförd granskning av brukares genomförandeplaner presenterades. Däremot konstaterades att kontrollen av personaltätheten för maj månad blir klar under september. Vid besöket efterfrågades försäkringsuppgifter, som översändes omgående av företaget.

4. Kommunikation

Resultatet av ingående kontrollmoment i rapporten kommunicerades med verkställande direktör och verksamhetschef från Omsorgsgruppen IN AB vid möte torsdagen den 24 september 2015. Inför mötet på måndagen samma vecka bifogades med e-post ett utkast av rapporten.

Vård- och omsorgsnämnden delges rapporten vid sitt sammanträde onsdagen den 11 november 2015.

5. Resultatredovisning

Först redovisas resultatet från vård- och omsorgskontorets uppföljning av privata utförare, därefter följer respektive enhets resultat uppdelat efter uppföljningsplanens kontrollmoment. Samtidigt görs bedömning utifrån nivåerna godkänt, godkänt med reservation eller inte godkänt.

5.1. Uppföljning av privat utförare 2014

Bedömning: Godkänt



Uppföljning av de privata enheterna genomfördes 2014 i samband med att vård- och omsorgskontorets kommunala verksamheter genomförde sin egenkontroll. Genom uppföljningen kontrollerades att gällande lagar, rutiner, riktlinjer, anvisningar och föreskrifter följdes. Enkäten innehöll frågor såväl om verksamheten som hälso- och sjukvård. Därefter analyserade enheterna det egna resultatet utifrån frågeställningarna vad fungerar bra och patientsäkert, förbättringsområden och planerade åtgärder.

Inlämnat svar från företaget avsåg bägge enheter gemensamt. Arbetet med genomförandeplaner bedömdes vara väl fungerande likaså visade resultatet att medarbetarna hade en god kunskap om rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah, hur avvikelserapportering och lex Sarah var en viktig del i kvalitetsledningssystemet. Ett återkommande förbättringsområde var arbetet med skriftliga rutiner. För att höja kvaliteten ytterligare skulle bland annat skriftliga rutiner skapas för mottagande av ny brukare samt rapportering mellan daglig verksamhet och boende. Även inom hälso- och sjukvårdsområdet behövde skriftliga rutiner ses över för exempelvis informationsöverföring, brister i följsamhet av basala hygienrutiner samt hjälpmedel och medicintekniska produkter.


5.2. Dalvikens dagcenter

Dalvikens dagcenter med adress Sandbyhovsgatan 9 har 25 platser. Vid ingången till nuvarande avtal var samtliga personer, som deltog i enhetens verksamhet placerade i den tredje nivån avseende kriterierna jagstödande insatser, kommunikativt stöd och omvårdnad. Högsta personaltäthet krävs med en närvarande och aktivt åtgärdande personal, som tolkar tecken och signaler åt deltagaren samt utför omvårdnad.

På företagets hemsida finns följande information om enheten. Dalvikens dagliga verksamhet vänder sig till dig med lite större omvårdnadsbehov. Vi finns i stora och rymliga lokaler på Sandbyhovsområdet i Norrköping. Vår verksamhet erbjuder sinnesstimulerande aktiviteter som exempelvis upplevelserum, bassängbad, liggande dans, musik, rytmik och promenader.




5.2.1. Försäkringar

Bedömning: Godkänt 

Inlämnat försäkringsbrev styrker åtagandet i ramavtalet om att det ska finnas ett fullgott försäkringsskydd enligt gängse svenska försäkringsvillkor som inkluderar ansvarsförsäkring avseende person- och sakskada.


5.2.2. Tillstånd

Bedömning: Godkänt 

Bägge enheter finns med i register hos Inspektionen för vård och omsorg, vilket kontrollerades 2015-05-04. Gällande tillståndsbevis utfärdades av Länsstyrelsen Östergötland 2009-10-19 i samband med tidigare avtalsperiod.

5.2.3. Verksamhetskrav

Deltagarnärvaro

Bedömning: Godkänt 

Inlämnade uppgifter avser deltagarnärvaro fredagen den 29 maj 2015 och ifall inte alla var där av vilken anledning. Totalt fanns 18 personer aktuella för enhetens aktiviteter och alla behövde personalinsatser enligt nivå tre. Just den här dagen skulle 10 personer delta på heltid och 4 personer på deltid. Samtliga av dessa 14 var närvarande, ingen var ledig eller hade frånvaro på grund av sjukdom.

5.2.4. Åtaganden

Genomförandeplaner

Bedömning: Inte godkänt 

I slutet av maj 2015 granskade socialt ansvarig samordnare genomförandeplanerna för 18 personer, varav åtta hade aktuell plan. Av 18 planer var åtta uppföljda de senaste sex månaderna, fyra under hösten 2014, fem var inte uppföljda de senaste 10 – 14 månaderna och en plan inte uppföljd sedan fyra år tillbaka.

Kundenkät

Bedömning: Godkänt med reservation 


Inlämnad enkätundersökning är daterad 2011 och resultatet avser bägge enheter. Anhöriga och gode män tillfrågades genom 38 utlämnade enkäter, varav 16 besvarades. I enkäten graderades den egna upplevelsen utifrån frågor om bland annat bemötande, tillgänglighet och samarbete. Siffran ett betydde dålig upplevelse medan siffran fyra motsvarade mycket bra. Frågan om upplevelsen av miljön på de besökta platserna på enheterna nådde strax under tre. Övriga bedömdes med svar mellan tre och fyra. Efter 2011 finns ingen senare genomförd undersökning, vilket beror på svårigheten att hitta en lämplig form för enkäten som ger tillräcklig information att använda i kvalitetsarbetet.

Medarbetarenkät

Bedömning: Godkänt med reservation 

Enkätundersökningar för 2011, 2013 samt 2014 är inlämnade. Resultaten gäller bägge enheter sammantaget. 2011 besvarades 14 av 15 enkäter. Medarbetarna fick gradera sina upplevelser, där siffran ett motsvarade dålig upplevelse medan siffran fyra var mycket bra. Lägst svarsresultat fick kommunikation/informationsutbyte, som inte nådde över nivå tre. Sedan 2012 genomförs medarbetarenkäter med ett internetbaserat verktyg, enkätssystemet Webropol. Enkäterna från 2013 och 2014 har bägge 23 svaranden, däremot saknas uppgift om totalt antal utlämnade enkäter. Medarbetarna fick förutom några basfrågor gradera påståenden på en skala mellan siffran ett, instämmer inte alls, och siffran sex, instämmer helt. Ett fåtal påståenden nådde strax över tre, ingen fick lägre resultat och flertalet återfanns i intervallet mellan fyra och fem. Påståenden om att trivas med sina arbetsuppgifter nådde över fem.


Verksamhetsbesök

Bedömning: Godkänt 

Rapportansvariga gjorde inplanerat besök torsdagen den 11 juni 2015. Verksamhetschefen visade runt i lokalerna och informerade om aktiviteter. Ingen närmare lokalbesiktning genomfördes, däremot konstaterades att enheten kommer att bli erbjudna nya lokaler beroende på kommande förändringar inom Sandbyhovsområdet.

5.2.5. Entreprenörens kvalitetsarbete


Ledningssystem

Bedömning: Godkänt 

Ledningssystemet inom Omsorgsgruppen innehåller definition av kvalitet, processer, aktiviteter, rutiner, samverkan, systematiskt förbättringsarbete, personalens medverkan och dokumentationsskyldighet.

Bedömningen grundas på att ledningssystemet lämnades in enligt begäran, däremot har ingen kvalitativ granskning av innehållet gjorts. Inget datum finns noterat på dokumentet, varför det är oklart när det är upprättat.

Internkontroll

Bedömning: Godkänt 

I den interna kvalitetskontrollen ingår ledningssystem, kvalitetskriterier enligt avtal, arbetsmiljö, brand och beredskap, medicin samt personal och verksamhet. Den senaste kontrollen är analyserad och godkänd maj 2015.

Avvikelser

I den senaste verksamhetsberättelsen för 2014 noterades att ingen av de bägge enheterna hade fått formella klagomål eller hade gjort någon redovisning. Det har inte heller gjorts någon sammanställning eller analys kring avvikelshantering.

Rutin för avvikelshantering

Bedömning: Godkänt ✓

En lokalrutin finns upprättad för verksamheterna i Norrköpings kommun, som anger att kommunens anvisningar, riktlinjer och rutiner gällande avvikelshantering ska följas. Lokalrutinen beskriver avvikelser, ger exempel och avslutas med en checklista.

Rutiner för hantering av synpunkter och klagomål

Bedömning: Godkänt ✓

Kompletterat till ledningssystemets avsnitt finns en förtydligande rutin med blankett för idéer, synpunkter och klagomål att fylla i och lämna in.

Verksamhetsplan 2015

Bedömning: Godkänt ✓

Plan är inlämnad och omfattar bägge enheter förutom en uppdelning av verksamhetsmålen. Dalviken ska exempelvis fortsätta arbeta med bemötande under arbetsplatsmöten och utbilda i teckenkommunikation.

Planen är uppdelad med rubrikavsnitten inledning, verksamhetsidé, vision, verksamhetsmål 2015, värdegrunder, omvårdnad, kvalitetsarbete, kvalitetsledning, kvalitetskontroll, avvikelserapportering/klagomålshantering, uppföljning och utvärdering samt medarbetarnas kompetensutveckling.

Någon fördjupad värdering av verksamhetsplanen är inte gjord.

Verksamhetsberättelse 2014

Bedömning: Godkänt ✓

Inlämnad berättelse omfattar bägge enheter. Inledningsvis beskrivs innehåll och värdegrund. Därefter följer avsnitten målgrupp, målsättning, arbetsmetoder och arbetssätt, personal, kompetensutveckling, tillgänglighet, kvalitetsarbete, synpunkter och klagomål, samarbete och samverkan, uppföljning, utvärdering och resultat samt prioriterade områden 2015.


Någon fördjupad värdering av verksamhetsberättelsen är inte gjord.

5.2.6. Personalfrågor**Arbetsgivaransvar**

Bedömning: Godkänt ✓

På begäran av svar från Skatteverket, daterat 2015-05-18, framkom att Omsorgsgruppen IN AB var registrerad för F-skatt. Arbetsgivaravgifter var inbetalade de tre senaste månaderna februari till och med april 2015. Inga restförda skulder avseende skatter och avgifter fanns hos Kronofogden enligt Skatteverkets register.

Personaltäthet

Bedömning: Godkänt 

Vård- och omsorgskontoret har i uppdrag att ta in uppgifter om privata och kommunala enheters personaltäthet. Detta görs för att personaltätheten ska överensstämma med tecknade avtal för privata utförare och stämma gentemot budget för kommunala utförare. Aktuell kontroll genomfördes maj månad 2015 och avsåg denna gång även daglig verksamhet enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Uppgifter skulle lämnas in om antal platser, avidentifierad lönelista med sysselsättningsgrad per anställd och yrkeskategori, antalet arbetade timmar av ordinarie personal inklusive övertid antalet arbetade timmar av vikarier och eventuellt tjänsteköp, enhetens totala arbetade timmar och totala antalet årsarbetare.


På Dalvikens dagcenter hade verksamheten under maj månad 6,87 årsarbetare totalt. Enligt avtal skulle det vara minst en bemanning på 6,6 årsarbetare, utifrån närvaro hel- och halvdag samt bedömd resursfördelningsnivå per deltagare. Alltså har Dalvikens dagcenter en godkänd bemanning för den aktuella mät månaden.

5.3. Fenix dagcenter

Fenix dagcenter med adress Generalsgatan 5 har 10 platser. Vid ingången till nuvarande avtal var flertalet personer, som deltog i verksamheten placerade i nivå två. Det innebär att personalen ska vara närvarande med jagstödande insatser, ge stöd vid alternativ kommunikation och om det behövs ge muntligt och praktiskt stöd i omvårdnad.


På företagets hemsida finns följande information om enheten. Fenix dagliga verksamhet vänder sig till dig med ett estetiskt intresse. Vi finns i centrala delarna av Norrköping. Vår verksamhet erbjuder estetisk verksamhet i form av exempelvis konst, keramik, glasmålning, kommunikation, teater/drama och film. Vi går även regelbundet på gym och vistas mycket ute i skog och mark.

5.3.1. Försäkringar

Bedömning: Godkänt 

Inlämnat försäkringsbrev styrker åtagandet i ramavtalet om att det ska finnas ett fullgott försäkringsskydd enligt gängse svenska försäkringsvillkor som inkluderar ansvarsförsäkring avseende person- och sakskada.


5.3.2. Tillstånd

Bedömning: Godkänt 

Bägge enheter finns med i register hos Inspektionen för vård och omsorg, vilket kontrollerades 2015-05-04. Gällande tillståndsbevis utfärdades av Länsstyrelsen Östergötland 2009-10-19, i samband med tidigare avtalsperiod.

5.3.3. Verksamhetskrav

Deltagarnärvaro

Bedömning: Godkänt 

Inlämnade uppgifter avser deltagarnärvaro fredagen den 29 maj 2015 och ifall inte alla var där av vilken anledning. Totalt fanns 19 personer aktuella för att delta på heltid, varav 14 behövde personalinsatser enligt nivå två. Av övriga sex behövde tre personalinsatser enligt nivå ett och de andra enligt nivå tre. Just den här dagen i slutet av maj deltog 16 personer. En person var sjuk och två hade annan ledighet.

5.3.4. Åtaganden

Genomförandeplaner

Bedömning: Inte godkänt 

I slutet av maj 2015 granskade socialt ansvarig samordnare genomförandeplanerna för 20 personer. Nio personer av 20 hade en aktuell plan. Fyra personer saknade plan. Av 16 upprättade planer var nio uppföljda de senaste sex månaderna, fyra uppföljda under hösten 2014 och tre inte uppföljda under 1-3 års tid.

Brugarundersökning

Bedömning: Godkänt med reservation 

Inlämnat resultat avser brukarundersökning utförd på enheten i slutet av maj 2015 av Omsorgsgruppens kvalitetsutvecklare. 18 personer tillfrågades om sina upplevelser av att delta i enhetens verksamhet. Resultatet är övervägande positivt med så kallade glada gubbar som svar. Däremot saknas analys av resultatet likaså bedömning av ifall förbättringsåtgärder skulle behövas eller inte.

Kundenkät

Bedömning: Godkänt med reservation 

Inlämnad enkätundersökning är daterad 2011 och resultatet avser bägge enheter. Anhöriga och gode män tillfrågades genom 38 utlämnade enkäter, varav 16 besvarades. I enkäten graderades den egna upplevelsen utifrån frågor om bland annat bemötande, tillgänglighet och samarbete. Siffran ett betydde dålig upplevelse medan siffran fyra motsvarade mycket bra. Frågan om upplevelsen av miljön på de besökta platserna på enheterna nådde strax under tre. Övriga bedömdes med svar mellan tre och fyra. Efter 2011 finns


ingen senare genomförd undersökning, vilket beror på svårigheten att hitta en lämplig form för enkäten som ger tillräcklig information att använda i kvalitetsarbetet.

Medarbetarenkät

Bedömning: Godkänt med reservation 

Enkätundersökningar för 2011, 2013 samt 2014 är inlämnade. Resultaten gäller bägge enheter sammantaget. 2011 besvarades 14 av 15 enkäter. Medarbetarna fick gradera sina upplevelser, där siffran ett motsvarade dålig upplevelse medan siffran fyra var mycket bra. Lägst svarsresultat fick kommunikation/informationsutbyte, som inte nådde över nivå tre. Sedan 2012 genomförs medarbetarenkäter med ett internetbaserat verktyg, enkätsystemet Webropol. Enkäterna från 2013 och 2014 har bägge 23 svaranden, däremot saknas uppgift om totalt antal utlämnade enkäter. Medarbetarna fick förutom några basfrågor gradera påståenden på en skala mellan siffran ett, instämmer inte alls, och siffran sex, instämmer helt. Ett fåtal påståenden nådde strax över tre, ingen fick lägre resultat och flertalet återfanns i intervallet mellan fyra och fem. Påståenden om att trivas med sina arbetsuppgifter nådde över fem.


Verksamhetsbesök

Bedömning: Godkänt 

Rapportansvariga gjorde planerat besök onsdagen den 10 juni 2015 på enheten. Verksamhetschefen visade runt i lokalerna samt informerade om aktiviteterna. Ingen närmare besiktning genomfördes men brister noterades när det gäller personalutrymmen för dokumentation och omklädning. Behovet av nödvändiga åtgärder påtalades för verksamhetschefen.

5.3.5. Entreprenörens kvalitetsarbete


Ledningssystem

Bedömning: Godkänt 

Ledningssystemet inom Omsorgsgruppen innehåller definition av kvalitet, processer, aktiviteter, rutiner, samverkan, systematiskt förbättringsarbete, personalens medverkan och dokumentationskyldighet.

Bedömningen grundas på att ledningssystemet lämnades in enligt begäran, däremot har ingen kvalitativ granskning av innehållet gjorts. Inget datum finns noterat på dokumentet, varför det är oklart när det är upprättat.

Internkontroll


Bedömning: Godkänt 

I den interna kvalitetskontrollen ingår ledningssystem, kvalitetskriterier enligt avtal, arbetsmiljö, brand och beredskap, medicin samt personal och verksamhet. Den senaste kontrollen är analyserad och godkänd mars 2015.

Avvikelser


I den senaste verksamhetsberättelsen för 2014 noterades att ingen av de bägge enheterna hade fått formella klagomål eller hade gjort någon redovisning. Det har inte heller gjorts någon sammanställning eller analys kring avvikelshantering.

Rutin för avvikelshantering

Bedömning: Godkänt 


En lokalrutin finns upprättad för verksamheterna i Norrköpings kommun, som anger att kommunens anvisningar, riktlinjer och rutiner gällande avvikelshantering ska följas. Lokalrutinen beskriver avvikelser, ger exempel och avslutas med en checklista.

Rutin för hantering av synpunkter och klagomål

Bedömning: Godkänt 

Kompletterat till ledningssystemets avsnitt finns en förtydligande rutin med blankett för idéer, synpunkter och klagomål att fylla i och lämna in.

Verksamhetsplan 2015


Bedömning: Godkänt 

Plan är inlämnad och omfattar bägge enheter förutom en uppdelning av verksamhetsmålen. På Fenix ska exempelvis den estetiska verksamheten fortsätta utvecklas och kontaktpersonerna ska ha regelbundna samtal med de arbetstagare de har extra ansvar för.

Den är uppdelad med rubrikavsnitten inledning, verksamhetsidé, vision, verksamhetsmål 2015, värdegrunder, omvårdnad, kvalitetsarbete, kvalitetsledning, kvalitetskontroll, avvikelserapportering/klagomålshantering, uppföljning och utvärdering samt medarbetarnas kompetensutveckling.

Någon fördjupad värdering av verksamhetsplanen är inte gjord.

Verksamhetsberättelse 2014


Bedömning: Godkänt 

Inlämnad berättelse omfattar bägge enheter. Inledningsvis beskrivs innehåll och värdegrund. Därefter följer avsnitten målgrupp, målsättning, arbetsmetoder och arbetssätt, personal, kompetensutveckling, tillgänglighet, kvalitetsarbete, synpunkter och klagomål, samarbete och samverkan, uppföljning, utvärdering och resultat samt prioriterade områden 2015.

Någon fördjupad värdering av verksamhetsberättelsen är inte gjord.


5.3.6. Personalfrågor

Arbetsgivaransvar

Bedömning: Godkänt 

På begäran av svar från Skatteverket, daterat 2015-05-18, framkom att Omsorgsgruppen IN AB var registrerad för F-skatt. Arbetsgivaravgifter var inbetalade de tre senaste månaderna februari till och med april 2015. Inga restförda skulder avseende skatter och avgifter fanns hos Kronofogden enligt Skatteverkets register.

Personaltäthet

Bedömning: Godkänt 

Vård- och omsorgskontoret har i uppdrag att ta in uppgifter om privata och kommunala enheters personaltäthet. Detta görs för att personaltätheten ska överensstämma med tecknade avtal för privata utförare och stämma gentemot budget för kommunala utförare. Aktuell kontroll genomfördes maj månad 2015 och avsåg denna gång även daglig verksamhet enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Uppgifter skulle lämnas in om antal platser, avidentifierad lönelista med sysselsättningsgrad per anställd och yrkeskategori, antalet arbetade timmar av ordinarie personal inklusive övertid antalet arbetade timmar av vikarier och eventuellt tjänsteköp, enhetens totala arbetade timmar och totala antalet årsarbetare.

På Fenix dagcenter hade verksamheten under maj månad 5,41 årsarbetare totalt. Enligt avtal skulle det vara minst en bemanning på 4,29 årsarbetare, utifrån närvaro hel- och halvdag samt bedömd resursfördelningsnivå per deltagare. Alltså har Fenix dagcenter en godkänd bemanning för den aktuella mät månaden.

6. Samlad analys

Både Dalvikens dagcenter och Fenix dagcenter nådde sammantaget ett godkänt resultat i genomförd uppföljning och kontroll. Flertalet av kontrollmomenten blev godkända. Båda enheterna nådde cirka 80 procent.

Följande moment blev inte godkända eller godkändes med reservation:

Dalvikens dagcenter

Genomförandeplaner

Bedömning: Inte godkänt



För låg andel aktuella genomförandeplaner. Samtidigt noterades att enheten hade några mycket väl genomarbetade planer, vilka avidentifierade kan användas som goda exempel i utbildningssyfte.

Medarbetarenkät

Bedömning: Godkänt med reservation



Uppgift om totalt antal tillfrågade medarbetare saknas liksom analys av resultatet.

Kundenkät

Bedömning: Godkänt med reservation



Ingen genomförd enkät sedan 2011. Enhetens resultat går inte att utläsa separat och analys saknas. Låg svarsfrekvens, 42 procent, 16 av 38 enkäter.

Fenix dagcenter

Genomförandeplaner

Bedömning: Inte godkänt



För låg andel aktuella genomförandeplaner.

Brukarundersökning

Bedömning: Godkänt med reservation



Analys av resultatet och bedömning av eventuella åtgärder saknas.

Medarbetarenkät

Bedömning: Godkänt med reservation



Uppgift om totalt antal tillfrågade medarbetare saknas liksom analys av resultatet.

Kundenkät

Bedömning: Godkänt med reservation 

Ingen genomförd enkät sedan 2011. Enhetens resultat går inte att utläsa separat och analys saknas. Låg svarsfrekvens, 42 procent, 16 av 38 enkäter.

Förbättringsåtgärder

Förbättringsåtgärder behöver ske inom samtliga områden, som inte blev helt godkända.

Redovisning ska göras i samband med inlämnandet av verksamhetsberättelsen för 2015. Eventuellt framtagna handlingsplaner ska bifogas.

Ytterligare identifierade förbättringsområden är redovisning av insatser inom hälso- och sjukvård samt hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål. Enheterna bör säkerställa att det positiva noll-resultatet inte beror på att man låter bli att klaga, anmäla eller uppmärksamma brister. Bristande personalutrymmen uppmärksammades och påtalades för verksamhetschefen i samband med verksamhetsbesöket på Fenix dagcenter.

Nationell brukarundersökning

Sveriges kommuner och landsting, SKL, planerar att genomföra en pilotundersökning med intresserade kommuner under hösten 2015 för att utveckla en gemensam nationell brukarundersökning inom socialtjänstens verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Vård- och omsorgskontoret deltar i en arbetsgrupp som SKL har för detta arbete och kan därmed bidra nationellt med våra erfarenheter av Pict-O-Stat. Planeringen är att från Norrköping delta med Fenix dagcenter som privat utförare och Estetverksta'n som kommunal utförare.

7. Referensdokument

Under arbetets gång med uppföljning och kontroll har olika dokument använts. Det är dokument, som redan fanns tillgängliga på vård- och omsorgskontoret eller som har begärts in från Omsorgsgruppen IN AB. Här följer en samlad lista på referensdokumenten.

Dokument	Diarienummer
Ramavtal daglig verksamhet LSS	UH-11-104
Förfrågnings underlag daglig verksamhet LSS	UH-11-104
Anbud daglig verksamhet LSS	UH-11-104
IVO, 2015-05-04, koll i register Länsstyrelsen Östergötland, Tillståndsbevis, 2009-10-19	VON 2015/0977 733
Skatteverket, begäran/svar offentliga uppgifter	VON 2015/0977 733
Länsförsäkringar Östgöta, försäkringsbrev	VON 2015/0977 733
Ledningssystem inom Omsorgsgruppen IN AB	VON 2015/0977 733
Lokalrutin för avvikelshantering	VON 2015/0977 733
Rutin för synpunkter och klagomål	VON 2015/0977 733
Intern kvalitetskontroll Dalviken, 2015-05-12	VON 2015/0977 733
Intern kvalitetskontroll Fenix, 2015-05-18	VON 2015/0977 733
Verksamhetsplan 2015	VON 2015/00395 009
Verksamhetsberättelse 2014	VON 2015/00397 733
Granskning genomförandeplan 28 maj 2015, Brukarundersökning daglig verksamhet Fenix 2015-05-25	VON 2015/0977 733
Enkätmanställning medarbetare, kund, anhöriga & godmän, jämförelse 2008-2011	VON 2015/0977 733
Medarbetarenkät 2011 och kundenkät, anhörig och gode män 2011	VON 2015/0977 733
Medarbetarenkät 2013	VON 2015/0977 733
Medarbetarenkät 2014	VON 2015/0977 733
Antal arbetstagare på dc Dalviken den 29/5-05	VON 2015/0977 733
Antal arbetstagare på dc Fenix den 29/5-15	VON 2015/0977 733
Uppföljning Omsorgsgruppen och Horisont Omsorg 2014, verksamhetsfrågor	VON 2014/0494 730
Uppföljning Omsorgsgruppen 2014, hälso- och sjukvårdsfrågor	VON 2014/0494 730