



Dnr 2016/120-72

1(19)

RAPPORT
2016-10-10

KOMMUNLEDNINGSKONTORET
Utredningsenheten
Tillsynsenheten
Maria Rosendahl
Rose-Marie Larsson

Avtalsuppföljning RO Omsorg AB



Dnr 2016/120-72

RAPPORT

2016-10-10

Bakgrund

I tillsynsenhetens uppdrag från socialnämnden ingår att genomföra oanmälda och/eller föranmälda besök vid de driftenheter som socialnämnden har ansvar för, har avtal med eller köper platser av med stöd av auktorisation. Tillsynsenheten genomför en uppföljning av avtalet i nära anslutning till avtalets tecknande.

Syfte

Att följa upp det avtal som RO Omsorg AB tecknat med Täby kommun och därigenom tillförsäkra att RO Omsorg AB uppfyller krav i avtal.

Avgränsning

Avtalsuppföljningen omfattar inte ekonomisk uppföljning av RO Omsorg AB.

Metod

- Förbokad besök hos RO Omsorg AB med ett utskick av informationsbrev.
- Intervju med ansvarig chef för verksamheten samt VD för RO Omsorg AB.
- Intervju med 4 personal. En kundansvarig, en samordnare och två personliga assistenter.
- Granskning av dokument och rutiner på plats. Anteckningar görs direkt i tillsynsansvarigas laptop.



Dnr 2016/120-72

RAPPORT

2016-10-10

-Besöket genomförs av två tillsynsansvariga och beräknas pågå en förmiddag eller en eftermiddag eventuellt kan återbesök ske. Mall skapas för intervju med ansvarig chef samt en för intervju med personal. Det samlade resultatet redovisas i en rapport.

Avtalspunkter

1. Information om verksamheten

1.4 Personal och ledning	
Antal anställda (visa personalförteckning)	De har 75 Tillsvidareanställda, 19 PAN A, 36 PAN P
Antal Brukare	21 SFB kunder, 2 LSS, 5 mix, 3 övriga Totalt: 31
Hur många har SFB och hur många har biståndsbeslut	Se ovan

RAPPORT

2016-10-10

2. Personal och ledning

Personal och ledning	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Verksamhetsansvarig uppger
1.24. Finns det alltid en ansvarig chef som är tillgänglig och ansvarar för den dagliga ledningen Har verksamheten en för kommunen namngiven ersättare	X			Måndag-fredag finns tre kundansvariga på plats, som kan svara på medarbetarnas och arbetsledarnas frågor (kundansvariga jobbar var tredje helg). Övrig tid finns jourberedskap, det finns en rutin för detta.

Personal och ledning	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Verksamhetsansvarig uppger
1.24 Har ansvarig chef relevant högskoleutbildning och erfarenhet (IVO)	X			Verksamhetschefen är arbetsterapeut med påbyggnadskurser ex. LSS kurs 7,5 hp. Hon har arbetat 9 år som chef.

RAPPORT
2016-10-10

Personal och ledning	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Verksamhetsansvarig uppger
1.24 Har personalen individuella kompetensutvecklingsplaner (fortbildning/utbildning/handledning)		X		De har rutiner och blanketter för detta. Enligt verksamhetschef ska man införa det hos personalen. Framkom vid intervju med personal att det inte är implementerat. Susanna Daag, ägare och VD ger handledning genom sitt andra bolag som är ett kompetensbolag.

Brister som behöver åtgärdas:

Implementera rutin för kompetensutveckling hos personalen i verksamheten.

Personal och ledning	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Personal uppger
1.24 Behärskar personalen svenska språket (Intervju samt granskning av dokumentation löpande social journal)	X			Den intervjuade personalen behärskar det svenska språket i tal. Utifrån journalgranskningen behärskar personalen det svenska språket i skrift.

RAPPORT

2016-10-10

Personal och ledning	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Personalen uppger
1.24 Intervju med två personal om: • Arbetsfördelning • Chefs tillgänglighet • Utbildning och erfarenhet • Kompetensutvecklingsplan samt handledning		X		Tillgänglighet, personal bekräftar att det finns en rutin och kan beskriva hur de gör, men den är inte helt förankrad eftersom personalen beskriver flera händelser under sommaren där bemanningen inte fungerat. Utbildning: tre har adekvat utbildning, en har ingen utbildning men har lång erfarenhet av arbete inom vården (arbetar dock inte direkt mot kund). Enligt samtlig personal så saknas kompetensutvecklingsplaner. Samtlig personal har kännedom om att företaget har intern utbildning. Delar av personalen har tagit del av den interna utbildningen.

Brister som behöver åtgärdas:

Implementera rutin för kompetensutveckling hos personalen i verksamheten.

Implementera rutin för hur ansvarsfördelningen ser ut i hela verksamheten.

RAPPORT 2016-10-10

Personal och ledning	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Verksamhetsansvarig uppger
1.26 Finns det en plan för nyrekrytering för medarbetare		X		Det finns inte en övergripande plan utan en överenskommelse med varje god man hur rekryteringen ska se ut för varje brukare. Personalen kan dock inte förklara hur det går till d.v.s. att det finns en plan hos brukaren för nyrekrytering. Introduktion Finns ett introduktionsmaterial med bl.a. policys, bisyssla, alkohol, sekretess osv. Samtlig personal bekräftar att de fått ett introduktionsmaterial när de påbörjade sin anställning hos RO Omsorg AB.

Brister som behöver åtgärdas:

Implementera rutin för nyrekrytering av medarbetare i hela verksamheten.

RAPPORT
2016-10-10

Personal och ledning	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Verksamhetsansvarig uppger
1.26 Har ni rutiner för frånvaro (planerad och akut)		X		Det finns en övergripande rutin för planerad och akut frånvaro som stämmer överens med gällande lagstiftning. Det finns även en lokal/individuell plan för varje kund (den har vi inte fått tagit del av). Personalen bekräftar att det finns en rutin men att den inte har fungerat och att personal har fått stannat kvar då ingen ny personal kommit och löst av. Dubbelbemanning har inte alltid löst sig.

Brister som behöver åtgärdas:

Implementera rutin för planerad och akut frånvaro i hela verksamheten.

RAPPORT
 2016-10-10

Personal och ledning	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Verksamhetsansvarig uppger
1.27 Kollar man utdrag från belastningsregistret i det fallet man ska arbeta med barn	X			Ja för samtlig personal. Det står i platsannonsen att de ska ta med ett utdrag från belastningsregistret (öppnat kuvert). De visar upp ett exemplar – originalet sparas i personalakten. Rutinen bekräftas av personalen.

Personal och ledning	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Verksamhetsansvarig uppger
1.28 Lokaler (anteckna hur det ser ut, konferensrum, möteslokal eller liknande) Enligt avtalet ska de ha kontorslokaler med möjlighet för möten(APT) d.v.s. möteslokal/konferenslokal. Handikappanpassad toalett, utrymningsvägar osv.	X			Konferenslokal, fyra kontorsrum, pentry, förråd/mötesrum. Handikapptoalett med dusch.

RAPPORT
2016-10-10

3. Rutiner och dokumentation

Rutiner och dokumentation	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	
1.31 Finns Genomförandeplan	X			

Rutiner och dokumentation	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Verksamhetsansvarig uppger
1.32 Förvaras dokumentationen säkert	X			Den förvaras säkert, men inte i ett brandsäkert skåp. Skåpet är låst inne på ett kontor.

Övrigt:

Det finns inte något lagkrav på brandsäkra skåp.

RAPPORT 2016-10-10

Rutiner och dokumentation	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Verksamhetsansvarig uppger
1.32 Följer dokumentationen de krav som ställs i avtal Har verksamheten en rutin för dokumentation		X		Rutin finns för social dokumentation den behöver dock uppdateras i enlighet med den nya föreskriften 2014:5. Personakterna: I de två fall som granskas hålls handlingar ordnade på ett enkelt sätt, personakten avser en person, det finns en social journal och det finns en genomförandeplan. Beställning saknas samt kontaktinformation till brukare, god man och om hen behöver tolk eller kommunikationsstöd. Det finns information i personakten som endast rör personal som inte ska ligga i personakten.

Brister som behöver åtgärdas:

Verksamheten behöver utveckla rutin för dokumentation enligt SOSFS 2014:5 samt implementera rutinen i hela verksamheten.

RAPPORT 2016-10-10

Rutiner och dokumentation	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Verksamhetsansvarig uppger
1.18 Är den enskilde och/eller dennes legale ställföreträdare delaktiga i utformning av assistansen. Är brukaren delaktig i rekryteringen av sina assistenter	X			Det finns en övergripande rutin för brukarinflytande. Genomförandeplanen är ett styrdokument för insatsen. Man planerar utifrån beslut och genomförandeplan. De brukare som inte kan berätta hur de önskar utformningen av sitt stöd, har en sex veckors aktivitetsplan som upprättas i samband med genomförandeplan. När genomförandeplanen är signerad börjar den gälla. Rekryteringen utgår ifrån överenskommelse med god man se fråga 1.26.

Rutiner och dokumentation	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Verksamhetsansvarig uppger
1.32 Följer dokumentationen de krav som ställs i avtal Har verksamheten en rutin för dokumentation		X		Rutin finns för social dokumentation men den behöver utvecklas i enlighet med SOSFS 2014:5 samt med information utifrån gällande föreskrift.

Brister som behöver åtgärdas:

Utveckla och implementera rutin för dokumentation enligt gällande föreskrift SOSFS: 2014:5 i hela verksamheten.

Dnr 2016/120-72

RAPPORT 2016-10-10

Rutiner och dokumentation	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Verksamhetsansvarig uppger
1.81 Tas det hänsyn till den enskildes åsikter och önskemål om hur assistansen ska utformas		X		Det framgår av genomförandeplanen att man tar tillvara brukarens behov och förmågor. Men det framgår inte om den enskilde har lämnat åsikter, önskemål eller godkänt planen.

Brister som behöver åtgärdas:

Utveckla rutin för dokumentation och implementera rutinen i hela verksamheten.

Rutiner och dokumentation	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Verksamhetsansvarig uppger
1.37 Finns det rutin för tystnadsplikt	X			Ja det finns en rutin för tystnadsplikt och den går verksamheten igenom i samband med introduktion. Den nyanställda skriver på en blankett att de tagit del av informationen.

Rutiner och dokumentation	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Verksamhetsansvarig uppger
1.39 Har verksamheten rutin för hur man kommunicerar med FK om förändrade assistansbehov för den enskilde		X		Har ingen skriftlig rutin för det men verksamhetsansvarig uppger att det finns en muntlig överenskommelse för detta.

Brister som behöver åtgärdas:

Verksamheten behöver en rutin för den externa samverkan gällande hur man kommunicerar med FK om förändrade assistansbehov för den enskilde. Implementera rutinen i hela verksamheten.

Rutiner och dokumentation	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Verksamhetsansvarig uppger
1.46 Har verksamheten tillstånd från IVO för utförande av personlig assistans enligt LSS. Har verksamheten rutin om hur förfarandet går till om det blir förändringar i tillståndet		X		De visar gällande tillstånd från IVO. De har ingen rutin för hur man meddelar förändringar i tillståndet.

Brister som behöver åtgärdas:

Verksamheten behöver en rutin för hur man meddelar förändringar i tillståndet. Implementera rutinen i verksamheten.

Rutiner och dokumentation	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Verksamhetsansvarig uppger
1.67 Har verksamheten en krisplan, vid extra ordinära händelser	X			Delar finns men de berättade att de för en diskussion med kommunen om vem som har ansvar för olika delar. Har olika rutiner för olika kriser.

4. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete m.m.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Verksamhetsansvarig uppger
1.34 Har verksamheten ett ledningssystem enligt kraven i SOSFS 2011:9 • Övergripande (mål och kvalitet) • Riskanalys • Egenkontroll • Personalens delaktighet i				Verksamheten har ett ledningssystem enligt gällande föreskrift. De har en rutin för hur de uppdaterar ledningssystemet och det sker en gång per år. Övergripande Ledningssystemet är enligt verksamhetsansvarig anpassat för den verksamheten de bedriver. Det

RAPPORT
2016-10-10

kvalitetsarbetet. • Fler delar redovisas separat nedan			finns en ansvarsfördelning. Uppger att de vävt in lagens intention i rollbeskrivningen. Riskanalys De har en rutin för riskanalys med tillhörande blankett där man uppskattar sannolikhet och konsekvens av den inträffade händelsen. Egenkontroll De har en checklista för egenkontroll. Det finns en övergripande årsplan där olika aktiviteter finns beskrivna bl.a. egenkontroll. Det finns dock inte en skriftlig rutin som beskriver hur egenkontrollen går till. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet Det finns ett tillvägagångssätt enligt verksamhetsansvarig av personalens medverkan i kvalitetsarbetet. I intervju med personalen framgår det att rutinen inte är implementerad i verksamheten.
---	--	--	---

RAPPORT 2016-10-10

Brister som behöver åtgärdas:

Förtydliga mål och kvalitet i ledningssystemet enligt gällande föreskrift och enligt lagens intention. Utveckla rutinen för egenkontroll så att det tydligt framgår hur egenkontrollen ska genomföras i de olika delarna samt implementera rutinen och det systematiska förbättringsarbetet så att personalen görs delaktiga.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Verksamhetsansvarig uppger
1.30 Har verksamheten en rutin avseende lex Sarah Finns det en lokal rutin för rapportering till socialnämnden.		X		Det finns en nedskriven lex Sarah rutin med gamla benämningar.

Brister som behöver åtgärdas:

Uppdatera rutin för lex Sarah enligt gällande föreskrift SOSFS 2011:5.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Verksamhetsansvarig uppger
1.35 Finns det rutin för extern och intern samverkan		X		Ja det finns en nedskriven extern rutin för hur samverkan ska ske. Det finns ingen skriftlig rutin för hur den interna samverkan ska ske.

Brister som behöver åtgärdas:

Verksamheten behöver ta fram en skriftlig rutin för hur den interna samverkan ska ske. Implementera rutinen i verksamheten.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Verksamhetsansvarig uppger
1.36 Finns det rutin för synpunkter och klagomål	X			Det finns en skriftlig rutin för utredning av avvikelser, synpunkter och klagomål.

5. Underleverantörer

Underleverantörer	Stämmer Helt	Stämmer Delvis	Stämmer Inte	Verksamhetsansvarig uppger
1.10 Använder sig verksamheten av underleverantörer	X			Enligt verksamhetsansvarig använder sig RO Omsorg AB inte av underleverantörer.

Samtliga brister ska vara åtgärdade senast 2017-01-10. Återbesök kommer att ske i verksamheten.