



UPPFÖLJNINGSRAPPORT

Uppföljning enligt beslutad uppföljningsplan 2019-2022

Kommunal utförare

Orrekullavägen 16

Bostad med särskild service

Diarienummer: VON 2019/0248

Datum: 2019-04-17

VÅRD- OCH OMSORGSKONTORET
BESTÄLLNINGS- OCH UPPFÖLJNINGSENHETEN

→ www.norrkoping.se

Inledning

Uppföljning är en viktig del i kvalitetsarbetet och kommunen är ansvarig för att följa upp verksamhet oavsett utförare. Utifrån lagkrav ställs samma höga 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

Orrekullavägen 16 är en bostad med särskild service enligt socialtjänstlagen (SoL). Totalt finns 16 platser. Vid verksamhetsbesöket bor 15 personer på boendeenheten, fyra kvinnor och 11 män i ålder mellan 35-75 år.

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 medicinskt ansvarig rehabiliterare och sakkunnig onsdagen den 20 februari 2019. Vid besöket på boendeenheten deltog enhetschef och en medarbetare.

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

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.

Uppgifter gällande mat och måltider har inhämtats från utvecklingsledaren kring mat och måltider som har genomfört måltidsobservation på enheten.

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

2019-01-31	Personlig kontakt via telefon med enhetschef, besöksdatum bokat till den 20 februari
2019-01-31	Skriftlig information via e-post inför verksamhetsbesök
2019-02-13	Begärda dokument till vård- och omsorgskontoret (VOK)
2019-02-20	Besök på boendeenheten av uppföljningsansvariga - intervju med enhetschef och medarbetare
2019-02-22	Återkoppling till enhetschef för att säkerställa att vi har uppfattat svaren rätt
2019-04-17	Uppföljningsrapport klar
2019-05-...	Åtgärdsplan ska vara färdig och inskickad till uppföljningsansvarig

Resultatredovisning – Kommunal utförare, Orrekullavägen 16

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		
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 ev. 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?		
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 per år 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?		Det tas inte tillräcklig hänsyn till brukarens önskemål och behov till 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?		Konkretisering i en rutin av riktlinjen mat och måltider har inte gjorts
20. Följs aktuell riktlinje för skyddsåtgärder och speciallarm?		
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?		
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 dokumentation 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?		
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 fördrar det?		
33. Erbjuds alla brukare en rehabiliteringsnivåbedömning?		
34. Har lokal rutin för läkemedelshantering upprättats i samverkan med ansvarig sjuksköterska?		
35. Är brukarna tillgodosedda beträffande individuellt förskrivna hjälpmedel?		
36. Genomförs individuell utprovning inför förskrivning och tillhandahållande av inkontinenshjälpmedel?		Individuell utprovning av inkontinenshjälpmedel är inte säkerställd av sjuksköterska
37. Sker arbetssätt och medverkan i kvalitetsregister som Senior alert, BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) och Palliativa registret?		Arbetsätt och medverkan sker inte i kvalitetsregistret Senior Alert för personer över 65 år
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?		
48. Informeras brukare och närstående om hur synpunkter och klagomål lämnas?		
49. Arbetar enheten med avvikelser 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?		

FRÅGOR SOM INTE BEDÖMS	J A	N E J	K O M M E N T A R
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	
59. Finns resultat av brukarundersökning?	X		Svar finns från 2018

Inhämtade uppgifter

Ekonomienheten

Bemanning enligt årligt uppdrag: Orrekullavägen skulle enligt resursfördelningsmodellen ha 13,89 årsarbetare, men verksamhetsområdet valde att tilldela boendeenheten 12,00 årsarbetare. Utfallet per februari månad 2019 är 12,60 årsarbetare och enhetens prognos beräknas bli ca 100 000 kr över budget. Enheten bedöms som delvis godkänd med förbättringsbehov.

Myndighetsutövningen

På boendeenheten bor 15 brukare och alla har fått sina beslut uppföljda. En av brukarna var inlagd på sjukhus, när uppföljningen skulle ske så personal och företrädare deltog. De flesta verkar trivas bra och upplever att man får den hjälp man behöver. Majoriteten beskriver att de får det stöd de behöver men några önskar att personalen hade lite mer tid. En brukare har på grund av hälsoskäl bytt lägenhet till markplan, vilket har underlättat mycket för brukaren och hen trivs nu bra. Flertalet av brukarna väljer att inte vara med i gemensamma aktiviteter, vilket verkar vara kopplat till psykiskt mående och vissa paranoida tankar kring att andra pratar om dem och så vidare.

Två brukare beskriver tillsammans med personal en mycket positiv utveckling sedan de flyttade till Orrekullavägen och har en påtagligt ökad livskvalité idag. En brukare vill byta och bo mer centralt, eftersom hen känner sig isolerad på boendet utanför Norrköping. Detta informeras boendekoordinatorn om efter uppföljningen. En brukare har mått psykiskt dåligt och har därför vårdats enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Här pågår en planering för att brukaren ska kunna flytta tillbaka. En annan brukare trivs citat ”jättebra eftersom jag får så mycket kaffe här”.

Mat och måltider

Strukturerade måltidsobservationer är ett verktyg för att få en uppfattning om vad som fungerar bra och vad som kan förbättras vid måltiderna. Vad som observeras är exempelvis hur rummet upplevs i fråga om belysning, dukning och färgsättning, hur maten serveras, vad som erbjuds under måltiden samt bemötande och social interaktion. Det dokumenteras enligt en observationsmall.

Måltidsobservationen genomfördes tisdagen den 5 mars 2019 i samband med lunchen. Återkoppling har gjorts till enhetschefen separat.

Matsalen på enheten är sparsamt dekorerad i gröna toner och utformad för att minimera sinnesintryck för de med perceptionsstörningar. Porslin, dryck och mat dukas upp på vagnar. Brukarna köar och får maten upplagd av personal. Dryck tas själv. Måltiden presenteras skriftligt på tavla utanför matsal och en maträtt serveras. Låg grad av social interaktion under måltiden. Bra bemötande från personalen. Lugn och ro under större delen av måltiden, men lite spring mot slutet. Brukarna lämnar matbordet så fort de har ätit upp. Några vill stanna kvar i matsalen och småprata med personalen.

Brugarrevision

Brugarrevision är ett sätt att granska en verksamhet och dess insatser. Enligt Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) och Schizofreniförbundets definition är det en granskning av en enhet eller verksamhet som ger vård, stöd eller service till personer med psykiska funktionshinder som utförs av brukare och eller närstående. Särskilda brukarrevisorer, som är oberoende och med egen erfarenhet av psykisk ohälsa, frågar brukarna enheten eller verksamheten vad de tycker är bra med insatsen, vad de tycker är dåligt och om de har förslag på förbättringar. Resultatet sammanställs i en rapport, där även revisorernas egna reflektioner finns med samt förbättringsförslag.

Orrekullavägen var föremål för en brukarrevision under 2017 genom att avtal hade upprättats med RSMH, VON 2017/0397-6. Sju brukare intervjuades av tre brukarrevisorer från RSMH Stockholm. Sammanställd rapport, VON 2017/0397-10, är en kvalitativ studie baserad på dessa sju individuella intervjuer. Trots att alla inte deltog gör brukarrevisorenna bedömningen att det blev ett tillräckligt stort antal för att få en bild av de boendes åsikter. Positivt som framkom var att det finns ett gott bemötande hos personalen, vilket flera betonade liksom den goda andan mellan personal och brukare. Det personliga stödet och hjälpen anses som mycket god. Omgivningen och den egna lägenheten uppskattas. Önskemål förs fram om fler samtal och fler aktiviteter samt att göra brukarna mer delaktiga i rutiner och vardag.