



UPPFÖLJNINGSRAPPORT

Uppföljning enligt beslutad uppföljningsplan 2019-2022

Kommunal utförare

Ribbingsholmsvägen 3B

Särskilt boende

Diarienummer: VON 2019/0170

Datum: 2019-06-19

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 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

Uppföljningen ingår i den beslutade uppföljningsplanen för 2019-2022. Ribbingsholmsvägen 3B är ett särskild boende (SÄBO) enligt Socialtjänstlagen (SoL). Boendet består av tre avdelningar med totalt 26 platser, varav 6 (Solhem), 9 (Ekhem) och 11 (Fridebo) platser på respektive avdelning. Avdelning Solhem är en demensavdelning med särskild personalgrupp.

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 använts som underlag vid intervjun.

Besök och intervju har genomförts av sakkunniga onsdagen den 8 maj 2019. Vid besöket på boendet deltog enhetschef och medarbetare.

Efter besöket har intervjustavaren på frågorna bedömts tillsammans med resultat från de dokument som vid besöket visades upp på begäran samt 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 beviljade insatser har inhämtats från myndighetsutövningen som under åren 2017-2018 genomfört uppföljning av samtliga enskildas beviljade insatser på SÄBO.

Uppgifter gällande mat och måltider har inhämtats från utvecklingsledaren för 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 ansvarig chef 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 uppföljningsansvarig på beställnings- och uppföljningsenheten inom 30 dagar efter att uppföljningsrapporten är klar.

Som stöd i uppföljningsarbetet med frågor, viktning och bedömning har kravsorseraren 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

2019-04-24	Kontakt med berörd chef via e-post, besöksdatum bokad till 2019-05-08. Skriftlig information inför verksamhetsbesök bifogades.
2019-05-08	Besök på enheten av uppföljningsansvariga - intervju med enhetschef och medarbetare
2019-05-10	Återkoppling till enhetschef för att säkerställa att uppföljningsansvariga har uppfattat svaren rätt
2019-05-29	Återkoppling har gjorts från enhetschef där även begärda dokument har bifogats.
2019-06-19	Uppföljningsrapport klar
2019-07-19	Åtgärdsplan ska vara färdig och inskickad till uppföljningsansvarig

Resultatredovisning – Kommunal utförare, Ribbingsholmsvägen 3B

FRÅGOR	BEDÖMNING	BRIST
Ledning och styrning		
1. Har utföraren en strategi för att hålla sig uppdaterade med nyheter och förändringar inom sitt ansvarsområde?		
2. Säkerställer utföraren att medarbetare är insatt i och följer de för verksamheten gällande styrdokument?		
3. Säkerställs att medarbetarna har behörighet, kunskap och kompetens för att hantera verksamhetssystem?		
4. Har enheten en rutin för kommunikation och dokumentation i samband med ev. driftsavbrott?		
5. Görs loggkontroller två gånger per år?		Loggkontroller görs inte systematiskt två gånger per år.
Systematiskt kvalitetsarbete		
6. Arbetar ni med riskanalyser?		
7. Arbetar ni med egenkontroll?		
8. Arbetar enheten med avvikelser enligt avvikelshandboken?		Hantering av avvikelser sker inte till fullo enligt avvikelshandboken. Flera avvikelser saknas konsekvensbedömning och det förekommer äldre avvikelser.
9. Informeras personal om hur synpunkter och klagomål tas emot?		
10. Informeras brukare och närstående om hur synpunkter och klagomål lämnas?		Enheten har inte rutin för hur brukare och närstående ska informeras om

		hur synpunkter och klagomål ska lämnas.
11. Har eventuella brott som begåtts polisanmälts?		
12. Informeras personal om rapporteringsskyldigheten avseende missförhållanden enligt lex Sarah?		
13. Informeras personal om rapporteringsskyldigheten avseende avvikelser som medfört vårdskada eller risk för vårdskada (lex Maria)?		
Fastighet och säkerhet		
14. Görs felanmälan till förvaltaren vid uppkommen brist i fastigheten?		
15. Finns tillgång till brandskyddsutrustning såsom brandsläckare, brandfilt, första förbandstavla och brandvarnare?		
16. Sker riskbedömning av arbetsmiljön i enskildes hem och upprättats handlingsplan vid behov?		
17. Har medarbetare genomgått utbildning i brand- och säkerhetsarbete?		
18. Har det för enheten tagits fram en kontinuitetsplan, som är en verksamhetsspecifik beredskapsplan?		Enheten har inte upprättat en kontinuitetsplan.
Medarbetare		
19. Har ni nått andelen utbildad personal gällande undersköterskor och hur arbetar ni för att ev. höja den nivån?		
20. Får nyanställda medarbetare ett individuellt utformat introduktionsprogram?		
21. Erhåller medarbetarna kontinuerlig och adekvat kompetensutveckling?		
22. Har alla tillsvidareanställda medarbetare möjlighet att arbeta heltid (om de vill)?		
23. Arbetar ni aktivt för lika rättigheter och möjligheter för alla medarbetare (inkl. arbetssökande)		

Verksamhet och arbetssätt		
24. Utgår arbetet med brukarna från ett rehabiliterande förhållningssätt?		
25. Bedrivs ett aktivt och strukturerat arbete med värdegrundsfrågor?		
26. Har utföraren utvecklat ett motiverande arbetssätt så den enskilde tar emot stöd utifrån sina behov?		
27. Har brukarna möjlighet till ett meningsfullt innehåll i sin vardag?		Det sker inte dagliga aktiviteter på alla avdelningar.
28. Arbetar enheten med att införa IBIC (Individens Behov I Centrum) som arbetssätt?		
29. Genomför utföraren minst två informationsträffar per år för enskilda, närstående eller legal företrädare?		Informationsträffar har inte genomförts två gånger om året.
30. Har varje brukare en utsedd kontaktman?		
31. Följer utföraren aktuell riktlinje för de brukare som behöver stöd vid hantering av sina pengar?		
32. Följer utförarens medarbetare eller annan lämplig person med brukaren vid läkar- och tandläkarbesök, aktiviteter med mera om behov av detta finns?		
33. Anlitar utföraren auktoriserad tolk om behov av detta finns?		
34. Samverkar ni med utvecklingsledare för mat och måltider kring mat och måltider?		
35. Tar utföraren hänsyn till brukarens önskemål och behov kring hur brukaren vill ha sin mat tillagad och serverad?		Brukarens önskemål och behov om hur brukaren vill ha sin mat tillagad och serverad är inte alltid dokumenterade i genomförandeplanen.
36. Känner ni till riktlinjen mat och måltider och hur arbetar ni efter den?		Riktlinjen mat och måltider är inte känd på enheten.

37. Arbetar ni med att identifiera och förebygga undernäring och felnäring hos den enskilde?		
38. Arbetar utföraren för att undvika ofrivillig nattfasta på elva timmar?		
39. Följs aktuell riktlinje för skyddsåtgärder?		Riktlinjen för skyddsåtgärder har inte gåtts igenom för att säkra att den följs.
40. Följs riktlinje för arbetstekniska hjälpmedel?		
41. Följs riktlinje för grundutrustning?		
Krav på HSL		
42. Finns rutin så kontakt tas med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal när brukarens hälsotillstånd fodrar det?		
43. Tillgodoses tillgång av sjuksköterska dygnet runt, årets alla dagar för bedömning		
44. Tillgodoses tillgång av arbetsterapeut och fysioterapeut mån-fre?		
45. Erbjuds alla brukare en rehabiliterings-nivåbedömning?		
46. Har lokal rutin för läkemedelshantering upprättats i samverkan med ansvarig sjuksköterska?		
47. Är brukarna tillgodosedda beträffande individuellt förskrivna hjälpmedel?		
48. Genomförs individuell utprovning inför förskrivning och tillhandahållande av inkontinenshjälpmedel?		
49. Sker arbetssätt och medverkan i kvalitetsregister som Senior alert, BPSD och Palliativa registret?		
50. Arbetar ni enligt direktivet för uppsökande och nödvändig tandvård?		
51. Följs vård- och omsorgskontorets direktiv och instruktioner avseende vårdhygien?		

52. Sker samverkan i samband med delegeringar utifrån vård- och omsorgskontorets direktiv?		
Dokumentation		
53. Har medarbetarna praktiska förutsättningar för att fullgöra sin dokumentationsplikt?		
54. Sker fortlöpande dokumentation av de beviljade insatserna?		Dokumentation av de beviljade insatserna sker inte i tillräcklig omfattning.
55. Finns rutin eller arbetssätt för att informera brukaren om dennes rätt av att ta del av den dokumentation som finns?		Det saknas en rutin eller arbetssätt för att informera brukaren om dennes rätt av att ta del av dokumentation.
56. Har medarbetarna den kunskap som krävs för att kunna dokumentera de beviljade insatserna enligt SoL?		
57. Har alla brukare en aktuell genomförandeplan som de varit med att upprätta?		Det förekommer genomförandeplaner som inte är uppdaterade.
58. Dokumenteras iakttagelser samt hälso- och sjukvårdsinsatser enligt direktiv för dokumentation?		
59. Fungerar vårdplaner som underlag för hälso- och sjukvårdsinsatser?		
60. Har utföraren initierat eller medverkat vid någon SIP (samordnad individuell plan)?		
61. Förvaras handlingar rörande brukarnas personliga förhållanden så att obehöriga inte kan komma åt dem?		Det förekommer att handlingar kan ligga framme i personalrummet.
Samverkan		
62. Samverkar ni med andra i kommunen?		
63. Samverkar ni med legala företrädare och anhöriga?		

64. Samverkar ni med frivilligorganisationer?		
65. Samverkar ni med andra vårdgivare?		
Verksamhetsplan, verksamhetsberättelse		
67. Finns aktuell verksamhetsplan?		
68. Finns verksamhetsberättelse från föregående år?		
Myndighetsutövning		
69. Tillgodoser utförarens medarbetare det utökade hjälpbehovet och utför mer åt brukaren om oförutsedda behov uppstår hos brukaren i form av utökade behov av hjälp (t.ex. vid feber, magsjuka och dylikt)?		
70. Har ni arbetssätt eller rutin för hur ni meddelar myndighetsutövningen om brukarens förändrade behov?		

FRÅGOR SOM INTE BEDÖMS	JA	NEJ	Kommentar
66. Har utföraren anmält till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) de uppgifter om verksamheten som krävs?	X		
71. Har myndighetsutövningens handläggare gjort individuppföljning av boendets brukare?	X		Nov 2017
72. Har IVO genomfört någon tillsyn?		X	
73. Finns resultat från Socialstyrelsens brukarundersökning?	X		Resultat finns från brukarundersökningen 2018.

Inhämtade uppgifter

Ekonomienheten

Ribbingsholmsvägen 3B har enligt resursfördelningsmodellen 20,52 årsarbetare (ÅA). Utfallet per februari månad är 20,82 ÅA och enheten beräknas gå i balans med budget 2019.

Enheten bedöms som godkänd.

Myndighetsutövningen

Myndighet har under åren 2017-2018 genomfört uppföljning av samtliga enskildas beviljade insatser på SÄBO. Brukarna har fått svara på 24 frågor. Några av de intervjuade är avlidna eller har bytt boende. Ett flertal brukare har demenssjukdomar eller andra kognitiva nedsättningar som försvårar/omöjliggör intervjuer. Det finns en intervjumall som är anpassad för personer som har nedsatt hörsel eller som endast kan svara ja eller nej och denna har använts vid intervjuerna, för personer med dessa svårigheter. Information har även inhämtats från personalen och observationer har gjorts på plats. Varje enhetschef har fått en återkoppling av resultatet från uppföljningen.

Uppföljning har gjorts på Ribbingsholmsvägen 3B under november 2017. Totalt har 12 brukare intervjuats. Nedan sammanfattas svaren uppdelat på tre frågeområden. Då antalet svar är ett medelsnitt av flera frågor stämmer inte alltid antalet svar per frågeområde med totalt antal svarande.

Frågeområde	Ja	Delvis/ibland	Nej	Vet ej/ej svarat
Trygghet/meningsfullhet	7	1	2	1
Respekt/integritet	11	1	0	0
Självbestämmande/delaktighet	6	1	1	5

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 på Ribbingsholmsvägen 3B, avdelning Ekhem, onsdagen den 22 maj 2019 i samband med lunchen. Återkoppling har gjorts till enhetschef.

Sammanfattning av resultatet: I matsalen finns mycket gröna växter och belysningen är god, både med ljus utifrån och tända lampor. Maten ställs i kantiner på vagn och matgästerna serveras från den. Personal frågar matgästerna om hur mycket mat de vill ha samt vilken dryck. Det är låg grad av social interaktion mellan matgästerna under måltiden. Det är till stor del lugn och ro under måltiden, även om några larm ringer. Måltiden tar god tid och alla hinner äta upp innan bordet dukas av.