

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Örebro kommun, Mikaeligården

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i den överenskommelse verksamheten tecknat med Örebro kommun Sov 278/2021. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång var tredje år enligt riktlinje för avtals- och verksamhetsuppföljning, sov 215/2020.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

Örebro kommun – Mikaeligården

Mikaeligården ligger i västra Örebro. På Mikaeligården finns sammantaget 55 lägenheter för personer i behov av vård- och omsorgsboende eller växelvård.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Mikaeligården ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska senast den 9 juni 2023 skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se. Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Kompetens - omvårdnadspersonal

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan
- Riskanalyser
- Egenkontroller
- Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

Dokumentation i IT-system

Skydds- och begränsningsåtgärder

Mat, måltid och nutrition

Anhörigstöd

Hälso- och sjukvård

Med anledning av ovanstående brister ska utföraren även skicka in följande handlingar. Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast den 2 oktober 2023.

Samverkan:

- Rutin som beskriver hur samverkan och informationsöverföring sker internt mellan olika professioner och funktioner. Vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används samt hur samverkan sker med

regionen. Det ska finnas en tydlig ansvarsfördelning över vem som gör vad i rutinen samt en tydlig beskrivning/instruktion av utförandet.

Risکانالyser:

- Handlingsplan utifrån riskbedömning ”arbetsmiljö under ombyggnation”
- En sammanställning från Riskanalys inför sommaren som innehåller:
 - anledning till att riskanalysen genomfördes
 - vilka risker som identifierades
 - vilka åtgärder som genomfördes utifrån riskerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt
- Rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser. Det ska finnas en tydlig ansvarsfördelning över vem som gör vad i rutinen samt en tydlig beskrivning/instruktion av utförandet.

Egenkontroller:

- En genomförd egenkontroll avseende SoL – dokumentation. Av egenkontrollen ska det framgå vilka brister ni identifierat, vilka åtgärder ni satt in, vem som är ansvarig för respektive åtgärd samt hur och när ni planerar att följa upp åtgärderna och vem som är ansvarig för uppföljningen
- En genomförd egenkontroll avseende er följsamhet till Riktlinjen för Avvikelser, klagomål och synpunkter. Av egenkontrollen ska det framgå vilka brister ni identifierat, vilka åtgärder ni satt in, vem som är ansvarig för respektive åtgärd samt hur och när ni planerar att följa upp åtgärderna och vem som är ansvarig för uppföljningen
- Slutförd egenkontroll ”lätt att göra rätt” Av egenkontrollen ska det framgå vilka åtgärder ni satt in utifrån identifierade brister, vem som är ansvarig för respektive åtgärd samt hur och när ni planerar att följa upp åtgärderna och vem som är ansvarig för uppföljningen
- En rutin som beskriver hur ni genomför:
 - egenkontroll av verksamhetens följsamhet till riktlinjen inom området basal hygien vid behov eller minst en gång per år.
 - egenkontroll av verksamhetens följsamhet till SoL- dokumentation vid behov eller minst en gång per år.
 - egenkontroll av verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i riktlinjen inom området avvikelser, klagomål och synpunkter vid behov eller minst en gång per år.

Mat och måltider:

- En beskrivning på hur ni ska implementera den centrala rutinen för mat, måltid och nutrition som beskriver hur man ska arbeta för att förebygga och upptäcka risker för undernäring, men också hur man utreder och behandlar nutritionstillståndet. Alternativt inkomma med en egen utformad rutin som beskriver hur man förebygger, utreder och behandlar undernäring.

Hälsa- och sjukvård:

- Rutin som beskriver hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts från er legitimerade personal till omvårdnadspersonal. Rutinen ska även beskriva hur omvårdnadspersonal praktiskt tar emot och planerar för fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder så att de blir kända och finns tillgängliga för den personal som ska utföra dem. Rutinen ska även omfatta den hälso- och sjukvård som överläts av regionens legitimerade personal till er omvårdnadspersonal

Anbörigstöd:

- Rutin som beskriver hur ni ska arbeta för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 2 oktober 2023. Vilket innebär att vi kommer, granska inkommet underlag samt genomföra en granskning gällande rapporterade händelser i treserva. Ett nytt registeruttag från Senior Alert kommer att begäras in samt en ny inventering av skydds- och begränsningsåtgärder.

Om brister kvarstår vid en resultatuppföljning kan Enheten för uppföljning komma att vidta ytterligare sanktioner i enlighet med gällande överenskommelse.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Dokumentation

Enligt överenskommelsen ska dokumentation ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOFS 2014:5 om dokumentation vid genomförande av insatser enligt SoL. Utföraren ska också följa Örebro kommuns och region Örebro läns riktlinjer och styrdokument gällande dokumentation. Enligt riktlinje för dokumentationsskyldighet enligt SoL ska genomförandeplan påbörjas omgående och vara färdigställd senast 30 dagar efter mottaget uppdrag och uppdateras vid behov eller minst var sjätte månad. Det ska framgå vilka personer som varit delaktiga vid upprättandet av genomförandeplanen och på vilket sätt den boende varit delaktig. Det praktiska genomförandet av individens stöd avseende vård- och omsorgsinsatser ska vara beskrivet i genomförandeplanen. Dokumentation i verkställighetsjournal ska visa åtgärder som vidtas för den enskilde samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för genomförandet av insatser. Dokumentationen ska utformas med respekt för den enskildes integritet.

För att bedöma om ni uppfyller kravet på dokumentation genomfördes en dokumentationsgranskning av 10 slumpmässigt utvalda boendes dokumentation.

Granskningen innefattade genomförandeplaner samt den löpande dokumentationen i verkställighetsjournal.

Granskningen visade att 100% av genomförandeplaner var aktuella, dvs uppföljda inom de senaste sex månaderna, dessa granskades vidare utifrån dess innehåll. Granskningen visade att det i samtliga planer fanns relevant information, dvs information om kontaktperson, hur den enskilde deltagit vid upprättandet, hur insatsen ska utföras över dygnet samt vilka behov och önskemål kring mat och måltider som finns.

Vidare granskades verkställighetsjournaler för de 10 slumpmässigt utvalda boende. Granskningen visade att 80% av journaler innehöll händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid. Det går att följa vad som genomförts, hur situationen ser ut för den boende och samtlig dokumentation är utformad med respekt för den enskilde.

Bedömning

Utifrån genomförd dokumentationsgranskning gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni i tillräcklig omfattning uppfyller de krav som ställs i överenskommelsen gällande dokumentation.

Hygien och smittskydd

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa riktlinje för basal hygien inom kommunal vård och omsorg. Enligt angiven riktlinje ska varje arbetsplats som bedriver patientnära vård ha tillgång till flera hygienombud. För att bedöma om ni uppfyller kravet gällande hygien och smittskydd tog vi del av innehållet i er kompetensinventering samt gjorde en observation på platsbesöket.

Av kompetensinventeringen kunde vi utläsa att ni har 7 hygienombud i er verksamhet. Under platsbesöket gjordes en rundvandring i verksamhetens lokaler och en observation av förråd för förbrukningsmaterial samt förråd för arbetskläder. Det fanns gott om förbrukningsmaterial och vid observationstillfället hade det nyligen kommit en leverans av arbetskläder. Personalen som deltog på platsbesöket upplever att det kan saknas kläder i rätt storlek när de kommer på morgonen. Detta är lyft till administrationen som nyligen gjort en inventering gällande storlekar för att säkerställa att kläder finns för dagligt byte.

Bedömning

Utifrån att ni har utsedda hygienombud och utifrån observationen på platsbesöket gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni uppfyller de krav som ställs i överenskommelsen gällande hygien och smittskydd.

Palliativ vård

Enligt Överenskommelsen ska utföraren följa Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument för palliativ vård. Detta innebär bland annat att er verksamhet ska ha utsedda palliativa ombud samt palliativa ombudssamordnare.

För att bedöma om ni uppfyller kravet gällande palliativ vård tog vi del av innehållet i er kompetensinventering. Av inventeringen kunde vi utläsa att ni har 6 palliativa ombud men inga palliativa ombudssamordnare. På platsbesöket framkommer dock att det har blivit en miss i kompetensinventeringen och det finns en samordnare på Mikaeligården.

Bedömning

Utifrån att ni har utsedda palliativa ombud och ombudssamordnare gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni uppfyller krav som ställs i överenskommelsen gällande palliativ vård.

Brister i kvalitetskrav

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Enligt överenskommelsen ska utföraren säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningarna som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession. För att bedöma om ni uppfyller kravet gällande utbildningar begärde vi in en kompetensinventering. Av inventeringen kunde vi utläsa att personal i tillräckligt stor utsträckning genomfört följande obligatoriska utbildningar;

- Basala hygienrutiner inom vård och omsorg
- Demens ABC
- Manuella förflyttningar och lyftkörkort
- Verksamhetssystem Treserva

Däremot har få personal genomfört följande obligatoriska utbildningar;

- Vardagsrehabilitering
- Mat, måltid och nutrition
- SBAR
- IBIC
- Palliativ utbildning.

Bedömning

Bedömningen är att ni inte uppfyller de krav i överenskommelsen som ställs på utbildningar då få av personalen genomgått de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan och där beskriva hur ni ska arbeta för att säkerställa att all personal genomgår samtliga obligatoriska utbildningar. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Inför resultatuppföljningen kommer vi att begära in en ny kompetensinventering.

Kompetens - omvårdnadspersonal

Enligt överenskommelsen ska minst 85 % av all omvårdnadspersonal ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. För att bedöma om ni uppfyller krav gällande kompetens begärdes en kompetensinventering in. I den framgår att 65% av omvårdnadspersonal har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. På platsbesöket informerar ni oss om att flertalet personal genomgått validering via äldreomsorgslyftet och att ni ska undersöka möjligheterna för fler personal att delta i nästkommande utbildningsperiod.

Bedömning

Bedömningen är att ni inte uppfyller kravet på kompetens. Ni ska inkomma med åtgärdsplan där ni beskriver hur ni ska arbeta med kompetensutveckling och rekrytering för att uppnå minst 85% utbildad personal. I åtgärdsplanen ska de aktiviteter ni beskriver att ni vidtagit framgå, exempelvis validering via äldreomsorgslyftet. Det ska också framgå vilka aktiviteter ni mer avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan

Enligt Överenskommelsen ska utföraren ha rutiner som beskriver hur samverkan och informationsöverföring sker internt mellan olika professioner och funktioner. Vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används samt hur samverkan sker med regionen. För att bedöma om ni uppfyller kravet begärde vi in er rutin för samverkan.

Rutinen ni skickade in granskades, den innehåller en beskrivning av vilka möten som finns på Mikaeligården, med vilken frekvens de sker och vilka som deltar.

Av rutinen framgår inte hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom egna verksamheten mellan olika professioner och funktioner mellan dessa möten. Vilka verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används framgår inte heller. Hur samverkan och informationsöverföring sker mellan legitimerade personal och omvårdnadspersonal finns inte beskrivet. Det saknas också en beskrivning av hur samverkan sker med regionen, exempelvis med sjukgymnast/fysioterapeut, läkare och tandhygienist.

Bedömning

Bedömningen är att ni inte uppfyller kravet på samverkan. Ni ska inkomma med en reviderad rutin för samverkan som innehåller samtliga efterfrågade delar.

Ni ska också i er åtgärdsplan beskriva vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att implementera rutinen i er verksamhet samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Ledningssystem för kvalitet

- Riskanalyser

Enligt överenskommelsen ska utföraren genomföra riskanalyser inför förändringar i organisationen som skulle kunna innebära att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar, föreskrifter och styrdokument. Handlingsplaner ska upprättas och åtgärder vidtas för de risker som identifierats. Riskanalyser och det förbättringsarbete som genomförs ska dokumenteras. För att bedöma om ni uppfyller kravet på riskanalyser begärde vi in följande:

- Rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser.
- En sammanställning över genomförda riskanalyser för de senaste 12 månaderna. Av sammanställningen skulle det framgå:
 - vilka riskanalyser som genomförts
 - anledning till att riskanalyserna genomfördes
 - vilka risker som identifierades
 - vilka åtgärder som genomfördes utifrån riskerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt

Ni inkom inte med efterfrågad rutin och inte heller med någon sammanställning. Ni inkom med en genomförd riskanalys gällande arbetsmiljö, av denna kan vi se att ni identifierat risker och vilka åtgärder ni planerar att vidta för dessa risker. Om dessa åtgärder följts upp och av vem framgår inte av riskanalysen.

Under platsbesöket informerar verksamheten om att de genomfört en uppföljande riskanalys gällande arbetsmiljö och till den kommer det skapas en handlingsplan. Det kommer även göras en riskanalys inför sommaren.

Bedömning

Bedömningen är att ni inte uppfyller kravet på riskanalyser. Av det inkomna underlaget kan vi inte se att ni arbetar med riskanalyser på ett systematiskt sätt för att förbättra er verksamhet. Ni saknar även förutsättningar för att arbeta med riskanalyser då ni inte har en rutin som beskriver hur det arbetet ska genomföras i er verksamhet. Ni ska inkomma med följande:

- Handlingsplan utifrån riskanalys, *arbetsmiljö under ombyggnation*.
- En sammanställning från *Riskanalys inför sommaren* som innehåller:
 - anledning till att riskanalysen genomfördes
 - vilka risker som identifierades
 - vilka åtgärder som genomfördes utifrån riskerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt

- En rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser.

Ni ska också i er åtgärdsplan beskriva vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att komma till rätta med bristen samt för att implementera rutinen i er verksamhet. Tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd ska framgå av åtgärdsplanen.

Ledningssystem för kvalitet

- Egenkontroller

Enligt överenskommelsen ska utföraren regelbundet genomföra egenkontroller inom den egna verksamheten i syfte att säkra verksamhetens kvalitet. Utföraren ska utöver de egenkontroller som verksamheten själva bedömer krävs även årligen genomföra egenkontroll inom de områden som uppdragsgivaren begär. Dessa områden är; basal hygien, dokumentation samt följsamhet till avvikelseprocessen. För att bedöma om ni uppfyller kravet på egenkontroller ombads ni skicka in följande:

- En sammanställning av genomförda egenkontroller för de senaste 12 månaderna. Av sammanställningen ska det framgå:

- vilka egenkontroller som har genomförts.

Om ni identifierat brister ska det i sammanställningen även framgå:

- vilka åtgärder som genomfördes utifrån bristerna
- hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt

Ni inkom inte med någon sammanställning. Däremot inkom ni med en genomförd egenkontroll av HSL- dokumentationen där identifierade brister framkommer. Ni inkom även med en sammanställning av egenkontroll "Lätt att göra rätt", där identifierade brister framkommer för hela boendet. I inskickat underlag kunde vi också se att ni genomfört flera egenkontroller men av dessa framgick inte vilka brister som identifierats utan vi kan enbart se att de är genomförda. På platsbesöket framkommer att verksamheten inte har någon rutin som beskriver hur de arbetar med egenkontroller.

Bedömning:

Utifrån inkommet underlag är bedömningen att ni inte uppfyller kravet på egenkontroller. Ni har inte genomfört två av de egenkontroller som uppdragsgivaren krävställer, SoL- dokumentation och avvikelseprocessen. Ni har genomfört en egenkontroll för hygien "lätt att göra rätt" men det framgår enbart vilka brister ni identifierat.

Ni ska i er åtgärdsplan beskriva hur ni säkerställer att de egenkontroller som uppdragsgivaren krävställer genomförs årligen enligt gällande överenskommelse. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att

åtgärda bristen samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska även genomföra och inkomma med:

- Egenkontroll avseende SoL – dokumentation
- Egenkontroll avseende avvikelseprocessen
- Slutföra egenkontroll ”lätt att göra rätt”

Ni ska även inkomma med rutin som beskriver hur ni genomför egenkontroller gällande SoL- dokumentation, avvikelser samt hygien.

Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

- Avvikelser

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren har ett ansvar att rapportera, utreda och följa upp händelser som sker i eller rapporteras till verksamheten. Med händelser menas avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren ska genom ett strukturerat kvalitetsarbete förebygga att missförhållanden och vårdskador inträffar.

För att bedöma er följsamhet till Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter gällande avvikelshantering granskade vi era rapporterade händelser i avvikelsemodulen i treserva mellan perioden 220310-230310. Under den aktuella perioden har ni rapporterat 214 händelser varav 211 är bedömda som en avvikelse. Dessa 211 har ni med god följsamhet hanterat till riktlinjen i stegen utreda och bedöma. Däremot brister ni i att dokumentera de åtgärder ni sätter in och där ni har satt in åtgärder brister ni i att följa upp effekten av dem.

När vi genomförande granskningen så identifierade vi även 51 rapporterade händelser som inte var kategoriserade, det innebär att de inte var bedömda som en avvikelse alt. ingen avvikelse. Denna värdering gör man under steget bedöma och är en förutsättning för att kunna gå vidare i processen. Dessa ohanterade händelser påverkar utfallet av granskningen, verksamheten behöver hantera samtliga rapporterade händelser.

Ni inkom även med er rutin för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter. Rutinen innehåller en beskrivning av hur ni arbetar med rapporterade händelser. Dock saknar rutinen en beskrivning av hur ni genomför egenkontroll av er följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter samt hur samverkan sker vid avvikelshantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredning av en händelse.

Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

- Klagomål och synpunkter

För att bedöma er följsamhet till Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter användes följande underlag;

- Vi begärde ut eventuella klagomål, synpunkter och Lex Sarah som rapporterats till IVO under de senaste 36 månaderna.
- Vi genomförde en sökning av klagomål och synpunkter som kommit till er verksamhet via W3D3 samt eventuella Lex Sarah utredningar.
- Vi granskades rapporterade synpunkter/klagomål i avvikelsemodulen i treserva.
- Socialstyrelsens kundundersökning.

Från IVO fick vi ta del av ett klagomål som inkommit till dem gällande Mikaeligården och i W3D3 fanns ett klagomål registrerat. Vi kunde också i W3D3 se att det i verksamheten genomförts fem Lex Sarah utredningar. Det klagomål som fanns registrerat i W3D3 återfanns inte i avvikelsemodulen i treserva.

På platsbesöket ombads verksamheten att redogöra för hur man arbetat med klagomål och synpunkter. Personal berättar att man oftast åtgärdar klagomål direkt och ibland så framför man det till chefen som får ta en kontakt med uppgiftslämnaren. Man arbetar inte med att rapportera klagomål och synpunkter i treserva och på platsbesöket framkommer att personal inte har kännedom om att det ska hanteras enligt gällande riktlinje, dvs att de utreds, bedöms, åtgärdas och följs upp i avvikelsemodulen i treserva. I verksamhetens rutin framgår detta dock.

Vidare granskades rapporterade synpunkter/klagomål i avvikelsemodulen i treserva, granskad innefattade perioden 200310-230310. Under den aktuella perioden fanns 6 rapporterad klagomål/synpunkter. Detta är ett för litet underlag för att kunna bedöma följsamheten till riktlinjen.

Inom ramen för denna punkt i överenskommelsen tittade vi också på resultatet från Socialstyrelsens kundundersökning gällande klagomål och synpunkter. Den frågan vi tittade på var;

- Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet?

Mikaeligården hade 25% positiva svar vilket är lägre än både övriga Örebro kommun samt riket.

Sammantagen bedömning för Avvikelser, klagomål och synpunkter:

Ni behöver säkerställa att samtliga rapporterade händelser hanteras i enlighet med gällande riktlinje, dvs att de utreds, bedöms, åtgärdas och följs upp. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att samtliga rapporterade händelser hanteras enligt gällande riktlinje. Ni ska även beskriva hur ni avser att arbeta för att informera och möjliggöra för den enskilde och anhöriga att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till Örebro kommun. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Inför resultatuppföljningen kommer vi att genomföra en ny granskning av era rapporterade händelser i Treserva.

Dokumentation i IT-system

Enligt överenskommelsen och Örebro kommuns riktlinje för vårdprevention ska utföraren genomföra riskbedömning enligt Senior Alert. De områden som ska riskbedömas är trycksår, undernäring, fall, blåsdysfunktion och munhälsa. Utifrån identifierade risker ska åtgärder genomföras och följas upp. Utföraren ska vidta adekvata åtgärder för att förebygga eller åtgärda de risker som identifieras. Enligt krav ska boenden med demensinriktning registrera i BPSD-registret och använda det arbetssätt som beskrivs där. För att bedöma om ni uppfyller kravet på dokumentation i IT-system (nationella register) begärdes ett registeruttag från Senior Alert in. Vi granskade även inkommen kompetensinventering för att se om verksamheten hade BPSD administratörer.

Uttaget från Senior Alert visar att verksamheten genomfört 16 riskbedömningar avseende risk för fall, trycksår, munhälsa och undernäring. Vad gäller blåsdysfunktion har det inte inkommit något underlag från Mikaeligården.

Under platsbesöket framkommer att verksamheten är medvetna om att detta är eftersatt men att det pågår ett arbete med att säkerställa att samtliga boende får en riskbedömning. Enligt kompetensinventeringen har verksamheten 4 BPS administratörer.

Bedömning

Bedömning är att verksamheten inte uppfyller de krav som ställs i överenskommelsen avseende dokumentation i IT-system då ni inte utför och registrerar riskbedömningar inom de riskområden ni ska enligt Senior Alert. Ni ska i er åtgärdsplan beskriva hur ni ska säkerställa att riskbedömningar utförs för samtliga boende inom alla fem riskområden i Senior Alert. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Inför resultatuppföljningen kommer vi att begära in ett nytt registeruttag från Senior Alert.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa riktlinjer och styrdokument för skydds- och begränsningsåtgärder. Utföraren ska ha ett strukturerat arbetssätt för att minimera användandet av skydds- och begränsningsåtgärder genom att om möjligt hitta andra lösningar än sådana som begränsar. Följande delar ska dokumenteras i verkställighetsjournal respektive hälso- och sjukvårdsjournal inför användning av skydds och begränsningsåtgärder:

- Riskbedömning av begränsningsåtgärden
- Syftet/målet med begränsningsåtgärden
- Samtycke till begränsningsåtgärden

För att bedöma om ni uppfyller kravet gällande skydds- och begränsningsåtgärder fick ni göra en inventering av verksamhetens skydds- och begränsningsåtgärder i form av rullstolsbord, positioneringsbälte och/eller uppfällda sänggrindar. Vi kan utifrån den se att ni har 32 skydds- och begränsningsåtgärder. Av sammanställningen kan vi se att ni dokumenterar samtycke och syfte till skydds- och begränsningsåtgärden men brister i att dokumentera riskbedömning samt följa upp skyddsåtgärden inom angiven tid.

Under platsbesöket framkommer att verksamheten har ett pågående arbete med att skapa en bättre samverkan mellan alla yrkeskategorier gällande skydds- och begränsningsåtgärder. Arbetsterapeuten har ett pågående arbete gällande inventering av de skydds- och begränsningsåtgärder som finns på Mikaeligården.

Bedömning

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller de krav som ställs i överenskommelsen avseende skydds- och begränsningsåtgärder då ni inte i tillräcklig omfattning dokumenterar riskbedömningen samt uppföljningen av åtgärden. Ni ska i er åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att säkerställa att samtliga kravställda delar dokumenteras avseende skydd och begränsningsåtgärder. Inför resultatuppföljningen kommer ni att få genomföra en ny inventering.

Mat, måltid och nutrition

Enligt överenskommelse ska utföraren följa Örebro kommuns riktlinjer för mat, måltid och nutrition. I den beskrivs utförarens ansvar för bland annat mat, måltid, riskbedömning, nutritionsutredning och behandling. För att bedöma om ni uppfyller kravet på mat, måltid och nutrition granskades följande;

- Vi begärde vi in er rutin som beskriver när och hur en patients näringsstillstånd ska utredas, hur undernäring ska förebyggas och vid behov behandlas.

- Vi har i samband med granskning av genomförandeplaner tittat om behov och önskemål kring mat och måltider finns beskrivet.
- Vi har tagit del av resultatet från Socialstyrelsens kundundersökning gällande hur de boende upplever att maten brukar smaka samt om de upplever att måltiderna på boendet är en trevlig stund på dagen.

Nedan redovisas granskningens resultat utifrån de olika delar som granskats;

Rutinen

Ni inkom inte med någon rutin.

Genomförandeplaner

Granskning av 10 visade att det i samtliga av fanns dokumentation avseende mat och måltider.

Socialstyrelsens kundundersökning

De frågor vi tittat på i Socialstyrelsens undersökning är: Hur brukar maten smaka? Där hade ni 64% positiva svar vilket är lägre än riket som hade 71%. På frågan, Upplever du att måltiderna på ditt äldreboende är en trevlig stund på dagen? Där hade ni 64% positiva svar vilket också är lägre än riket som ligger på 66%.

Under platsbesöket framkommer att ni inte har någon rutin som beskriver när och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt hur undernäring ska förebyggas och vid behov behandlas. Undertecknad informerar er om att det finns en central rutin som man kan använda sig av, ni behöver dock ta ställning till om ni ska implementera den centrala rutinen i er verksamhet eller om ni ser ett behov av att ta fram en egen rutin som beskriver när och hur en patients näringstillstånd ska utredas, hur undernäring ska förebyggas och vid behov behandlas.

Bedömning

Den sammantagna bedömningen är att ni inte uppfyller kravet i överenskommelsen avseende mat, måltid och nutrition då ni saknar efterfrågad rutin. Ni behöver inkomma med en beskrivning på hur ni ska implementera den centrala rutinen i er verksamhet, alternativt inkomma med en egen rutin. Ni ska också i er åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta med resultatet från Socialstyrelsens kundundersökning avseende mat och måltider Vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Anhörigstöd

Enligt överenskommelse ska utföraren ha en rutin som beskriver hur verksamheten arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen. För att bedöma om ni uppfyller kravet på anhörigstöd begärde vi in er rutin som beskriver den anhöriges delaktighet.

Ni inkom inte med någon rutin och på platsbesöket informerade ni oss om att ni inte har någon upprättad rutin för detta. Ni berättade också att ni inte har anhörigombud, dock utvecklar ni rutinen för kontaktmannaskap där ansvar kring kontakt med anhöriga ska förtydligas.

Bedömning

Bedömningen är att ni inte uppfyller kravet på anhörigstöd då ni saknar en rutin som beskriver hur ni ska arbeta för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen. Ni behöver upprätta en rutin för detta och inkomma med. Ni ska också i er åtgärdsplan beskriva vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att implementera rutinen i er verksamhet samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Hälso- och sjukvård

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa gällande lagar och föreskrifter för hälso- och sjukvård samt Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument för hälso- och sjukvård. Detta innebär att utföraren ska ha en rutin som beskriver hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts från utförarens legitimerade personal till omvårdnadspersonal. Rutinen ska även beskriva hur omvårdnadspersonal praktiskt tar emot och planerar för fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder så att de blir kända och finns tillgängliga för den personal som ska utföra dem. Rutinen ska även omfatta den hälso- och sjukvård som överläts av regionens legitimerade personal till utförarens omvårdnadspersonal.

För att bedöma om ni uppfyller kravet gällande hälso- och sjukvård begärde vi in er rutin för överlätna hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Ni inkom inte med någon rutin och på platsbesöket framkom att ni inte har en rutin för överlätna hälso- och sjukvårdsåtgärder. Ni informerade samtidigt om att ni påbörjat ett arbete med att upprätta en rutin.

Bedömning

Bedömningen är att ni inte uppfyller kravet på Hälso- och sjukvård då ni saknar en rutin som beskriver hur ni arbetar med överlätna hälso- och sjukvårdsåtgärder. Ni ska därför inkomma med en rutin som beskriver hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts från er legitimerade personal till omvårdnadspersonal. Rutinen ska även beskriva hur omvårdnadspersonal

praktiskt tar emot och planerar för fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder så att de blir kända och finns tillgängliga för den personal som ska utföra dem. Rutinen ska även omfatta den hälso- och sjukvård som överläts av regionens legitimerade personal till er omvårdnadspersonal. Ni ska också i er åtgärdsplan beskriva vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att implementera rutinen i er verksamhet samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Metod

Avtalscontrollers inom Enheten för uppföljning har samlat in och granskat nedanstående underlag. Underlaget ligger till grund för det beslut som Enheten för uppföljning fattat i denna rapport. Uppföljningen har även innefattat ett platsbesök i verksamheten.

Underlag för bedömning:

- Intervju
- Observation
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Journal
- Dokumentation
- Kundundersökning
- Myndighetsinformation
- Rutiner

Melisa Hasanbegovic
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun