

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Örebro kommun, Adolfsbergshemmet



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 - Adolfsbergshemmet

Adolfsbergshemmet består av 72 lägenheter fördelade på fyra somatiska avdelningar och fyra avdelningar med inriktning demens och psykiatri. Boendet har de senaste åren haft en pågående renovering och genomförde i slutet av februari 2023 en organisationsförändring genom att utöka antalet enhetschefer från två till tre. Utöver administration och enhetschefer har boendet 66 omvårdnadspersonal, åtta sjuksköterskor och två arbetsterapeuter. Verksamheten beskriver ett pågående förbättringsarbete kring struktur för processer, möten och rutiner.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att ni ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd. Adolfsbergshemmet ska senast den **28 april 2023** skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan
- Egenkontroller

Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

Dokumentation i IT-system /Nationella register

Anhörigstöd

Hälso- och sjukvård

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Kompetens - omvårdnadspersonal

Med anledning av ovanstående brister ska utföraren även skicka in följande handlingar:

- En uppdaterad rutin för samverkan, där samverkan med tandhygienist och den löpande interna samverkan under dagen ska framgå

- En genomförd egenkontroll kopplat till den löpande sociala dokumentationen i verkställighetsjournal
- En komplettering till er sammanställning av genomförda egenkontroller, där även uppföljning av åtgärderna ska framgå
- Uppdaterad sammanställning av riskbedömningar blåsdysfunktion
- Lokal rutin för anhörigstöd
- Uppdaterad rutin för hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts
- Uppdaterad kompetensinventering.

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast 31 augusti 2023.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter 31 augusti 2023. Vilket innebär att vi kommer granska inkomna handlingar och rutiner samt era registrerade händelser i avvikelsemodulen.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Ledningssystem för kvalitet

- Riskanalyser

Ert ledningssystem ska innehålla kravställda delar enligt Socialstyrelsens föreskrift (SOFs: 2011:9) där riskanalyser ingår. Vidare beskriver överenskommelsen (2.7.2) hur ni ska arbeta med riskanalyser för att identifiera risker som kan komma att påverka er kvalitet. Ni ska genomföra riskanalyser inför förändringar som skulle kunna innebära att ni inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar, föreskrifter och styrdokument. I arbetet med att identifiera risker ska ni även uppskatta sannolikheten för att de inträffar och dess eventuella konsekvenser. Ni ska upprätta handlingsplaner med åtgärder utifrån de risker som identifieras. Ni som utförare ska även ha en rutin som beskriver ert arbete med riskanalyser för att systematiskt förbättra er verksamhet.

Ni hänvisar till Örebro kommuns grundmetod på hemsidan som er rutin för arbete med riskanalyser, här finns metodboken som beskriver hur arbetet dels ska planeras genom tidsplan och deltagande, och vidare genomföras utifrån delarna identifiera, beskriva, bedöma och åtgärda. Det finns en tydlig beskrivning av utförandet.

Ni ombads inkomma med en sammanställning över genomförda riskanalyser det senaste året. Ni inkom med en dokumenterad genomförd analys kopplad till

verksamhetsförändring. Det är tydligt vad den avser, ni har identifierat risker och ni har skapat en åtgärdsplan.

I konversation med enhetschef framgår att dessa åtgärder har följts upp i mars 2023. Det framgick även på platsbesök att ni genomfört fler riskanalyser än vad ni inkommit med, dels riskanalyser kopplat till schemaförändring, dels inför sommaren 2022.

Bedömning

Genom att ta del av era inskickade dokument och genom dialog på platsbesök gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni har följsamhet till kravet. Det framgår hur ni arbetar i de metoder och rutiner ni hänvisar till och ni har det senaste året genomfört och dokumenterat riskanalyser. Vi kan även se att ni identifierat risker, vidtagit åtgärder och följt upp deras effekt.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Enligt överenskommelse (2.9.9) ska ni som utförare följa riktlinjer och styrdokument för skydds- och begränsningsåtgärder. Ni ska ha ett strukturerat arbetssätt för att minimera användandet av skydds- och begränsningsåtgärder genom att möjliggöra för andra eventuella lösningar. Inför användandet av begränsningsåtgärd ska riskbedömning, syfte och samtycke finnas dokumenterat i journal.

Inför uppföljningen inkom ni med en sammanställning över verksamhetens skydds- och begränsningsåtgärder. Sammanställningen visar att ni har nio skydds- och begränsningsåtgärder, där samtycke, syfte, riskbedömning och uppföljning finns dokumenterat.

På platsbesöket beskrev ni hur ni försöker förebygga användandet av skydds- och begränsningsåtgärder genom träning och aktiviteter. Ni lyfte även pågående förbättringsarbete för att öka kunskapen hos omvårdnadspersonal och pågående samverkan med fysioterapeut kring förebyggande rehabilitering. Verksamhetens enhetschefer och legitimerade personal har deltagit i ett seminarium gällande skydds- och begränsningsåtgärder som upplevdes som en givande del i att förebygga och hitta strukturerade arbetssätt.

Bedömning

Genom att ta del av er sammanställning och genom samtal på platsbesök gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni har följsamhet till kravet för skydds- och begränsningsåtgärder. Det finns dokumenterad riskbedömning, syfte och samtycke i tillräcklig omfattning och ni kan beskriva ett pågående arbete för att minimera användandet av skydds- och begränsningsåtgärder.

Dokumentation

Enligt överenskommelsen (2.8.4) ska dokumentation ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOFS 2014:5 om dokumentation vid genomförande av insatser enligt SoL. Utförare 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 två månader efter inflytt. Vidare ska genomförandeplaner uppdateras vid behov eller minst var sjätte månad. Individens synpunkter, önskemål och delaktighet av stödet ska framgå och det praktiska genomförandet av individens stöd avseende vård- och omsorgsinsatser ska vara beskrivet. För att bedöma om ni uppfyller kravet har vi har granskat 15 slumpmässigt utvalda genomförandeplaner. Av dessa är alla aktuella, det framgår hur den enskilde varit delaktig och beskrivning finns hur insatsen ska genomföras under dygnet för att uppnå behov och mål.

Den löpande dokumentationen i verkställighetsjournal ska vara objektiv och saklig. Den ska utformas med respekt för den enskildes integritet. Faktiska omständigheter över tid och händelser av betydelse för genomförandet av insatser ska framgå. Dokumentation om de boende ska förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen (1990:782). Vidare granskades även den löpande dokumentationen i verkställighetsjournaler för 15 boende under perioden 220301–230301. Granskningen visar att det i alla dessa framgår händelser av betydelse och innehållet är utformat med respekt. Vi kan följa vad som genomförts och hur situationen ser ut för de boende.

På platsbesöket görs observationen att den sociala dokumentationen som finns utanför verksamhetssystem förvaras på personalkontor med låst dörr i enlighet med gällande lagstiftning.

Bedömning

Genom att granska er dokumentation och genom observation på platsbesök gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni har följsamhet till kravet dokumentation. Alla era genomförandeplaner är aktuella, delaktigheten framgår och det praktiska utförande finns beskrivet. I granskade verkställighetsjournaler ser vi att innehållet är utformat med respekt för den boende, det framgår händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid. Dokumentation utanför verksamhetssystem om de boende förvaras i enlighet med gällande lagstiftning.

Mat, måltid och nutrition

Enligt överenskommelse (2.17) 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. I riktlinjen beskrivs att matvanor samt individuella önskemål om mat och måltider ska framgå i genomförandeplan.

Ni ombads skicka in den rutin ni använder i verksamheten för hur näringstillstånd utreds, hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas. Ni inkom med rutinen *Mat, måltider och nutrition, Rutin för vård och omsorg i Örebro kommun*, i den framgår hur god mat, goda måltider och ett gott

nutritionsomhändertagande ska erbjudas. Det framgår hur verksamheten ska arbeta med riskbedömning för undernäring och utredning av nutritionstillstånd och arbetsmetoder för behandling.

Det framgick i vår granskning av genomförandeplaner att det i 14 av 15 finns dokumentation om behov och önskemål kring mat och måltider.

På platsbesöket tillfrågades ni om resultatet från Socialstyrelsens undersökning, *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen* där det framkom att endast 46% av de boende hos er upplever måltiderna som en trevlig stund på dagen. Ni ombads beskriva vad ni tror det beror på och ni redogjorde för att det stundtals finns en oro kring matsituationen på demensavdelningarna och att personalen försöker att hitta lösningar utifrån individuella behov. Dels genom att anpassa miljön i den mån det går, dels genom att försöka anpassa tidpunkter för måltider. I det stora hela upplever personalen att de boende är nöjda med maten som serveras.

Bedömning:

Genom att ta del av er rutin, granskning av genomförandeplaner och genom samtal på platsbesök gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni har följsamhet till kravet. Den rutin som ni arbetar efter redogör för arbetet med mat, måltider och nutrition och hur ni arbetar med riskbedömning nutritionsutredning och behandling kopplat till undernäring. I granskade genomförandeplaner framgår behov och önskemål kring mat och måltider i tillräcklig omfattning.

Hygien och smittskydd

Enligt överenskommelsen (2.20) ska ni som utförare följa Örebro läns riktlinjer och rutiner gällande hygien och smittskydd. Ni ska även följa Arbetsmiljöverkets (AFS 2018:4) och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) inom området. Vidare ska ni tillhandahålla skyddsutrustning och arbetskläder till personalen samt engångsmaterial i den utsträckning som behövs. Er verksamhet ska ha minst ett hygienombud.

I samband med platsbesök och rundvandring observerades att arbetskläder förvaras smuts- och dammfritt i garderober i källaren. Enhetschefer informerade om att det finns arbetskläder i tillräcklig omfattning samt att de tvättas i cirkulationstvätt. I samband med detta observerades även att förbrukningsmaterial, skyddsutrustning och material för god handhygien förvaras i förråd i källaren där personal kan hämta för att fylla på mindre förråd som finns på avdelningarna. I er kompetensinventering framgår att ni har flera hygienombud i verksamheten.

Bedömning

Genom observation och samtal på platsbesök och information från er kompetensinventering gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni har följsamhet till kravet. Ni har utsedda hygienombud och tillhandahåller arbetskläder och skyddsutrustning i tillräcklig omfattning.

Palliativ vård

Enligt överenskommelsen (2.21.6) ska ni följa Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument för palliativ vård. Alla verksamheter som bedriver palliativ vård ska ha utsedda palliativa ombud och ombudssamordnare som ska samverka för att utveckla den palliativa vården och förmedla kunskap samt ge stöd till övriga medarbetare.

I er inskickade kompetensinventering framgår att ni har nio palliativa samordnare och två palliativa ombudssamordnare.

Bedömning:

Genom att ta del av information från er kompetensinventering där det framgår att ni har utsedda ombud och samordnare gör Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni har följsamhet till kravet.

Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren brister i kvalitetskrav. Nedan redovisas de brister som föranlett beslut om åtgärdsplan.

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan

Ert ledningssystem ska innehålla kravställda delar enligt Socialstyrelsens föreskrift (SOFs: 2011:9) där samverkan ingår som en del. Enligt föreskrift och överenskommelsen (2.7.1) ska ni ha en rutin för hur ni säkerställer att daglig samverkan och informationsöverföring sker i verksamheten mellan olika professioner och funktioner. Rutinen ska beskriva vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används. Det behöver även framgå hur samverkan och informationsöverföring sker mellan legitimerad- och omvårdnadspersonal. Men legitimerad personal avses även personal på regionen, så som läkare och fysioterapeut, och tandhygienist.

Ni har inkommit med er rutin för intern och extern samverkan. Rutinen beskriver vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt som används för samverkan, dock framgår inte hur samverkan mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal sker löpande under dagen utöver planerade forum. I rutinen framgår inte hur samverkan sker med tandhygienist inom regionen.

På platsbesöket beskrev ni att det finns ett inarbetat arbetssätt och löpande samverkan med tandhygienist, dock behöver arbetssätten tillföras rutinen. Ni beskrev även hur ni arbetar med löpande samverkan internt under dagen, dels genom telefonsamtal, dels genom meddelande i dokumentationssystem.

Bedömning:

Genom att ta del av er rutin för intern och extern samverkan gör Enheten för uppföljning bedömning att ni inte har följsamhet till kravet då er rutin saknar en beskrivning av hur ni samverkar med tandhygienist inom regionen och hur den

löpande samverkan sker under dagen mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal inom er verksamhet.

Åtgärd:

Ni ska inkomma med en uppdaterad rutin för samverkan där samverkan med tandhygienist och daglig samverkan mellan omvårdnads- och legitimerad personal framgår. Ni ska även inkomma med en åtgärdsplan där det ska framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidsplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Vi kommer granska er rutin i samband med resultatuppföljning som vi genomför efter 31 augusti 2023.

Ledningssystem för kvalitet

- Egenkontroller

Ert ledningssystem ska uppfylla det som krävs i Socialstyrelsens föreskrift (SOF: 2011:9) avseende egenkontroller. Ni ska regelbundet genomföra de egenkontroller ni bedömer krävs för att säkra kvaliteten i er verksamhet. Ni ska vid identifierade brister vidta åtgärder och egenkontroller ska dokumenteras. Utöver föreskriften ska ert arbete med egenkontroller uppfylla kraven i överenskommelsen (2.7.3) där det framgår att ni årligen ska genomföra egenkontroller utifrån basal hygien, er följsamhet till krav på dokumentation och följsamhet till avvikelseprocessen.

Ni ombads inkomma med en sammanställning över genomförda egenkontroller det senaste året och granskningen visar att ni genomfört dessa inom både kravställda och icke kravställda områden, dock saknas egenkontroll för den löpande sociala dokumentationen i verkställighetsjournalen. I inskickad *egenkontroll social dokumentation inkl. genomförandeplaner*, granskas endast delar som rör genomförandeplan. Vi kan se att ni har identifierat brister och vidtagit åtgärder i er sammanställning, men det framgår inte om ni följt upp åtgärdernas effekt.

På platsbesöket samtalande vi om arbetet med egenkontroller och ni beskrev att ni arbetar enligt årshjulet med egenkontroller och skapar handlingsplaner och följer upp åtgärder i QPR. Ni kompletterade efter platsbesöket gällande en av egenkontrollerna, men inte heller där ser vi att åtgärderna följts upp.

Bedömning

Genom att granska era inskickade underlag samt utifrån samtal på platsbesök gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni delvis brister i följsamhet till kravet. Vi kan se att ni utför egenkontroller, ni har identifierat brister och planerat för åtgärder. Dock saknas en av de kravställda egenkontrollerna och vi kan inte se i underlaget att ni följt upp åtgärdernas effekt.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan där det ska framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidsplan och vem som är ansvarig för

respektive åtgärd. Ni ska inkomma med en genomförd egenkontroll kopplad till den löpande sociala dokumentationen i verkställighetsjournal. Ni ska även inkomma med en komplettering till er sammanställning över vad ni sett i era egenkontroller. Sammanställningen innehöll brister och åtgärder och behöver kompletteras med om dessa åtgärder följts upp och vad uppföljningen visade. Vi kommer granska era inkomna handlingar i samband med resultatuppföljning som vi genomför efter 31 augusti 2023.

Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

Enligt lagstiftning och föreskrifter har ni ett ansvar att rapportera, utreda och följa upp händelser, som sker i eller kommer till er verksamhet. Med händelser menas avvikelser, klagomål och synpunkter. Vidare ska ni enligt överenskommelse (2.7.4) följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter.

- Avvikelser

Vi har granskat era rapporterade händelser under perioden 220122–230122. Verksamheten har rapporterat 360 händelser under senaste året. Av dessa är 44% utredda och bedömda, 36% åtgärdade och 28% uppföljda enligt processens steg i avvikelsemodulen. Av de 360 rapporterade händelserna är 49% endast rapporterade, det vill säga inte hanterade vidare i stegen bedömda, åtgärdade eller uppföljda.

- Klagomål och synpunkter

Vi har granskat era klagomål och synpunkter under perioden 200122–230122 då 29 har registrerats. Av dessa 29 är 79% utredda och bedömda, 55% åtgärdade och endast 48% är uppföljda. Av de 29 rapporterade är 20% inte hanterade.

På platsbesöket beskrev ni att verksamheten är medveten om de registrerade händelser och klagomål som inte är hanterade och det finns ett påbörjat arbete för att åtgärda detta. Ni har själva identifierat att det saknats struktur i er avvikelshantering och har infört avvikelseträffar samt lyfter avvikelser på teamträffar och morgonmöten. Arbete har påbörjats för att åtgärda de rapporterade händelserna från tidigare som inte har hanterats.

På platsbesöket framkom att ni vet att de klagomål och synpunkter som kommer till kommunen via kommunens diariesystem och som rör er verksamhet även ska registreras i avvikelssystemet.

Enheten för uppföljning har genom sökning i kommunens diariesystem sett att Adolfsbergshemmet har flertalet Lex Sarah utredningar diarieförda från de senaste tre åren och verksamheten beskriver att de löpande stämmer av ärenden och tar hjälp av Socialt ansvarig samordnare i dessa ärenden.

Inom ramen för detta krav har fråga ställts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om det inkommit klagomål, synpunkter eller Lex Sarah anmälningar till dem avseende Adolfsbergshemmet under de senaste tre åren, vilket de uppger att det inte gjort.

Bedömning:

Genom att granska era registrerade händelser, klagomål och synpunkter och genom samtal på platsbesök gör Enheten för uppföljningen bedömningen att ni brister i följsamhet till kravet. Ni hanterar inte de händelser, synpunkter och klagomål som registrerats i tillräcklig omfattning.

Åtgärd

Ni ska inkomma med åtgärdsplan där ni beskriver hur ni ska arbeta för att säkerställa att era registrerade händelser, synpunkter och klagomål hanteras löpande. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen, samt tidsplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Vi kommer granska era registrerade händelser i samband med resultatuppföljning som vi genomför 31 augusti 2023.

Dokumentation i IT-system

Enligt överenskommelsen (2.8.5 dokumentation i it- system) ska ni som utförare följa Örebro kommuns riktlinje för vårdprevention och 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. Ni ska vidta adekvata åtgärder för att förebygga eller åtgärda de risker som identifieras.

Granskning av era inskickade underlag visar att ni gör riskbedömningar i tillräcklig omfattning inom alla områden förutom blåsdysfunktion. När det avser blåsdysfunktion har endast 23% av de boende en riskbedömning.

På platsbesök framkom att ett arbete för att öka riskbedömningar avseende blåsdysfunktion är påbörjat. Verksamheten har haft en utbildningsinsats med inkontinensombud för att komma vidare i arbetet.

Bedömning

Genom att granska er inskickade sammanställning av riskbedömningar gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni delvis brister i följsamhet till kravet. Ni utför riskbedömningar i tillräcklig omfattning inom områdena trycksår, undernäring, fall och munhälsa. Dock brister ni i följsamhet till kravet avseende blåsdysfunktion, då dessa inte har utförts i tillräcklig utsträckning.

Åtgärd

Ni ska inkomma med åtgärdsplan där ni beskriver hur ni ska arbeta för att säkerställa att riskbedömningar avseende blåsdysfunktion genomförs i större omfattning. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen, samt tidsplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Vi kommer följa upp att ni arbetat med riskbedömningar vad gäller blåsdysfunktion genom att ta del av ny uppdaterad sammanställning i samband med resultatuppföljning som vi genomför 31 augusti 2023.

Anhörigstöd

Enligt överenskommelsen (2.18) ska ni som utförare ha en rutin för hur ni arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen. Ni som utförare ska även informera och förmedla kontakt med anhörigcentrum vid behov.

Ni ombads inkomma med er lokala rutin och inkom med en övergripande riktlinje för hur verksamheter ska arbeta med anhörigstöd. I denna riktlinje beskrivs att ni som verksamhet ska ha en lokal rutin.

På platsbesöket beskrev ni hur ni arbetar med anhörigträffar, dialog med anhöriga och anhörigombud. Enheten för uppföljning förtydligade att ni behöver ha en lokal rutin där ni beskriver dessa arbetssätt.

Bedömning

Genom att granska er inskickade handling och genom samtal på platsbesöket gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni brister i följsamhet till kravet då ni saknar en lokal rutin för anhörigstöd.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en lokal rutin för anhörigstöd samt en åtgärdsplan. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidsplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Vi kommer granska er rutin i samband med resultatuppföljning som vi genomför 31 augusti 2023.

Hälso- och sjukvård

Enligt överenskommelse (2.21) ska ni som utförare ska följa gällande lagar och föreskrifter, samt Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument för hälso- och sjukvård. Ni 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.

Ni ombads inkomma med rutin som beskriver hur ni arbetar i er verksamhet och som vi tagit del av. Det är tydligt vad rutinen avser, ansvarsfördelning framgår och instruktioner om utförandet. Det framgår hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts från er legitimerade personal till omvårdnadspersonal. Den beskriver även hur omvårdnadspersonal praktiskt tar emot och planerar så att de blir kända och finns tillgängliga för den personal som ska utföra dem.

Er rutin saknar den hälso- och sjukvård som överläts av regionens legitimerade personal till er omvårdnadspersonal. På platsbesöket beskrev ni era arbetssätt som inte finns dokumenterade.

Bedömning

Genom att granska er inskickade rutin och genom samtal på platsbesök gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni brister i följsamhet till kravet. Er rutin saknar en beskrivning av hur hälso- och sjukvård överläts från regionens legitimerade personal till er omvårdnadspersonal.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en uppdaterad rutin för hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts från regionen samt en åtgärdsplan. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidsplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Vi kommer granska er rutin i samband med resultatuppföljning som vi genomför efter 31 augusti 2023.

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Enligt överenskommelsen (2.1) ska ni som utförare säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.

I er inskickade kompetensinventering framgår hur stor del av er personal som genomgått de obligatoriska utbildningarna. Utbildningen i SBAR har 0% genomfört, Individens behov i centrum, IBIC 29%, Treserva 37%, Demens ABC 59%, Mat, måltid och nutrition 43% samt manuell förflyttning och lyftkörkort 72%.

Socialstyrelsens utbildning i basala hygienrutiner har endast 10% genomfört och på platsbesöket bekräftas delvis bristen. Dels genom att ni själva uttryckte en osäkerhet kring personalens kunskapsnivå, dels genom att vi observerade personal på platsbesöket med långa naglar, nagellack och piercing i slemhinna.

Ni beskrev på platsbesök hur inventeringen av de obligatoriska utbildningarna genomförts i form av eftersökning i system och samtal med personal. Ni lyfte även känslan av att de vikarier som kommer från vikariepoolen ej genomfört de obligatoriska utbildningarna.

Bedömning:

Genom att ta del av er kompetensinventering gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni brister i följsamhet till kravet då er personal inte har genomfört någon av de obligatoriska utbildningarna i tillräcklig omfattning.

Åtgärd:

Ni ska inkomma med åtgärdsplan där ni beskriver hur ni ska arbeta för att säkerställa att er personal genomför de obligatoriska utbildningarna i tillräcklig omfattning. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen, samt tidsplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Vi kommer granska er kompetensinventering i samband med resultatuppföljning som vi genomför efter 31 augusti 2023.

Kompetens - omvårdnadspersonal

Enligt överenskommelse (2.22.2) ska 85% av omvårdnadspersonal ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

I er inskickade kompetensinventering framgår att 64 % av er omvårdnadspersonal har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

På platsbesöket framkom att ni arbetar för att öka följsamheten till kravet genom att möjliggöra för personal att delta i omvårdnadslyftet, vårdbiträdelyftet och språkutbildning. Verksamheten har flertalet personal i nämnda utbildningar.

Bedömning:

Genom att ta del av er kompetensinventering gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni inte har följsamhet till kravet då för få uppnår kravställt kompetenskrav.

Åtgärd:

Ni ska inkomma med åtgärdsplan där ni beskriver hur ni ska arbeta för att nå följsamhet till kravet. Ni beskrev era pågående åtgärder på platsbesöket och dessa behöver dokumenteras i åtgärdsplanen, det ska även framgå tidsplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Vi kommer granska er kompetensinventering i samband med resultatuppföljning som vi genomför efter 31 augusti 2023.

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
- Policy
- Årsberättelse, verksamhetsplan
- Tidigare uppföljningar

Hanna Hernebring
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Förvaltningskansliet
Örebro kommun