

Uppföljning av kvalitetskrav

Bostad med särskild service enligt LSS

Utförare: Örebro kommun, Kumminvägen 13

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i den överenskommelse verksamheten tecknat med Programnämnd social välfärd Örebro kommun Sov 460/2020. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång var tredje år på uppdrag av Programnämnd Social välfärd.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

Örebro kommun, Kumminvägen 13

Kumminvägen 13 är en gruppbostad där det bor sex servicemottagare i olika åldrar och med olika diagnoser. Enhetschef beskriver vid intervju att lokalerna är ändamålsenliga i ett plan med kök i mitten. De är renoverade 2019 och miljön beskrivs som hemlik. Trädgård finns. Studsmatta och fotbollsplaner finns i närområdet. Enligt enhetschef har verksamheten sju medarbetare (6,8 årsarbetare) som samtliga är schemalagda med sovande jour.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Kumminvägen 13 ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska senast den 1 juni 2021 skicka in åtgärdsplanen till eggetval@orebro.se

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

- Ledningssystem för kvalitet
 - Samverkan
 - Riskanalyser
 - Utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter
 - Utredning av rapporteringsskyldighet, missförhållande och vårdskada
- Dokumentation och förvaring
 - Individuell planering, delaktighet och genomförandeplan
- Skydds- och begränsningsåtgärder
- Fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder

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

- Rutin som beskriver hur extern samverkan sker, samt hur ansvarsfördelning mellan verksamhet och externa aktörer ser ut.
- Rutin för hur individen och anhöriga ges möjlighet att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt inom verksamheten eller lämna klagomål direkt till kommunen.
- Rutin som beskriver hur personal informeras om rapporteringsskyldigheten.
- En sammanställning över aktuella skydds- och begränsningsåtgärder, och beskrivning av om riskbedömning och samtycken för åtgärderna har dokumenterats. Om åtgärder som identifierats vid granskning inte längre förekommer ska detta redovisas.
- Rutin för vårdplaner behöver kompletteras så att den även omfattar hur verksamheten säkerställer att hälso- och sjukvårdsåtgärder som fördelats och

delegerats från legitimerad personal inom Örebro kommun eller Region Örebro län, tas emot och planeras för genomförande.

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast 1 september 2021

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning där vi granskar inkomna handlingar. Efter den 1 september 2021 kommer vi att granska er följsamhet till avvikelseprocessen gällande uppföljning av åtgärder och dess effekt. Vi kommer också att granska att bristerna gällande avsaknad av aktuella genomförandeplaner, samt beskrivning av mål och aktiviteter är åtgärdade i tillräcklig omfattning.

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

Enheten för uppföljning har även identifierat brister av mindre omfattning i er verksamhet. För dessa brister tilldelas verksamheten ett påpekande. Mindre omfattande brister har identifierats inom följande kvalitetskrav:

Dokumentation och förvaring

- Social dokumentation

De brister som är av mindre omfattning ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Kumminvägen 13 ska enligt överenskommelse i kommande kvalitetsberättelse beskriva hur verksamheten åtgärdat den brist vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att ni uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Ledningssystem för kvalitet

- Riskanalyser

Enligt SOSFS 2011:9 ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Enligt överenskommelsen ska utföraren utöver kraven inom SOSFS 2011:9 ha en beskrivning av hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet.

Inför uppföljningen ombads Kumminvägen 13 att inkomma med en beskrivning av hur verksamheten arbetar med riskanalyser och en sammanställning över vilka riskanalyser som genomförts det senaste året. Sammanställningen skulle beskriva anledning till att riskanalyserna genomfördes, vilka risker som identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån riskerna samt hur verksamheten följt upp åtgärderna och dess effekt.

Vi har granskat verksamhetens beskrivning och sammanställning.

Verksamheten beskriver att de följer rutinen för riskanalys på individnivå och verksamhetsnivå. De har skickat in rutinen som är framtagen av MAS/SAS i samråd med pedagoger och fastställd av förvaltningsledningsgrupp. Rutinen beskriver hur verksamheterna ska jobba med riskanalyser och varför. I rutinen framgår att riskanalyser på individnivå ska göras en gång per år eller vid behov, samt att riskanalyser på

enhetsnivå görs vid behov såsom till exempel vid förändringar i verksamhet och allvarliga avvikelser.

I enhetens inskickade sammanställning över gjorda riskanalyser beskriver de att det gjorts riskanalyser på enhetsnivå med anledning av covid-19. Risker som identifierades var bland annat oro och risk att skyddsmaterial tar slut. Åtgärder har även gjorts utifrån individernas behov, exempel är reviderade och upprättade handlingsplaner för oro, samt information om hur smittspridning kan minskas. Utöver det finns åtta andra riskanalyser gjorda på individnivå.

Utifrån beskrivningen framkommer det att verksamheten arbetar med riskanalyser på såväl individ som enhetsnivå, det framkommer identifierade risker, åtgärder samt effekter av åtgärderna. Verksamheten beskriver på digitalt möte att de följer upp riskerna enligt årshjul, det görs minst en gång per år eller oftare.

Det framkommer dock vid intervjun att verksamheten har ett nytt personalschema från och med första mars 2021, och att ingen riskanalys gjorts inför införandet trots att schemaförändringen medfört att det vid ett återkommande tillfälle i veckan är obemannat på verksamheten. Enligt överenskommelsen och verksamhetens egna rutiner är detta en förändring i verksamheten där en riskanalys skulle ha genomförts.

Den samlade bedömning är dock att utföraren uppfyller kraven inom området då Kumminvägen 13 har en beskrivning av hur verksamheten arbetar med riskanalyser och kan påvisa att de arbetar systematiskt med riskanalyser. Att riskanalys av nytt schema inte gjorts bedöms inte vara en brist på en systematisk nivå, utan betraktas som ett enstaka tillfälle där verksamheten brustit i att göra riskanalys.

Ledningssystem för kvalitet

-Egenkontroller

Enligt SOSFS 2011:9 ska verksamheten regelbundet genomföra egenkontroller inom den egna verksamheten för att på ett systematiskt sätt följa upp och utvärdera verksamheten samt kontrollera att den egna verksamheten följer lagar, föreskrifter och styrdokument i syfte att säkra verksamhetens kvalitet. Enligt överenskommelsen ska utföraren vid behov eller minst en gång per år ha genomfört egenkontroll av följsamhet till riktlinjen inom basal hygien, krav inom området dokumentation och förvaring samt avvikelseprocessen i enlighet med riktlinjen

Inför uppföljningen ombads Kumminvägen 13 att inkomma med en beskrivning av hur verksamheten arbetar med egenkontroller. Beskrivningen skulle också innehålla en sammanställning av vilka egenkontroller som genomförts det senaste året, vilka brister som eventuellt identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån bristerna samt hur verksamheten följt upp åtgärderna och dess effekt.

Vi har granskat verksamhetens beskrivning och sammanställning av egenkontroller genomförda under 2020 som visar inom vilka områden som brister identifierats. Vi kan se att egenkontroller gjorts inom områdena hygien, dokumentation samt avvikelseprocessen.

Verksamheten beskriver att egenkontroller genomförs enligt årshjul samt att egenkontroller inom områdena SOL, LSS och HSL har genomförts.

Identifierad brist finns i arbetet med målplaner, då det inte finns många målplaner upprättade samt att dokument inte alltid skrivskyddas i treserva. Åtgärd är att pedagogisk verksamhetsutvecklare finns för att vid behov stötta personalen i dokumentation av mål och handlingsplaner. En boendepedagog har lånats in från annan verksamhet för att utbilda personal kring att upprätta och skrivskydda målplaner. Lathund finns att tillgå

samt manual för Treserva. Inom HSL har det framkommit att personal inte följer hygienriktlinjen och detta har påtalats för berörd personal.

Kumminvägen 13 uppfyller kraven inom området då verksamheten har genomfört de egenkontroller som krävs i överenskommelsen inom hygien, dokumentation och avvikelseprocessen. Verksamheten kan beskriva hur systematiskt arbete med egenkontroller genomförs. Verksamheten har inkommit med en sammanställning över genomförda egenkontroller 2020 som visar inom vilka områden egenkontroll genomförts och vilka brister som identifierats, och har kunnat redovisa vilka åtgärder verksamheten har arbetat med.

Fadderskap

Enligt överenskommelse för bostad med särskild service ska den enskilde garanteras att få en fadder och ha möjlighet att byta denne om så önskas. Rutin eller beskrivning över personalens ansvar som fadder ska finnas.

Utifrån de delar inom området som vi granskat uppfyller ni kraven utifrån er beskrivning att varje servicemottagare har utsedd fadder och att det finns möjlighet att byta fadder om så skulle önskas. Ni redovisar även en rutin för fadderskap där personalens ansvar som fadder beskrivs.

Anhörigstöd

Enligt överenskommelse för bostad med särskild service ska ni informera om och förmedla kontakt med Anhörigcentrum, samt ha en rutin för att stödja anhöriga.

Ni bedöms uppfylla kraven inom området då ni har en rutin för anhörigstöd som bland annat beskriver att personal ska informera om, och vid behov hjälpa till att förmedla kontakt med Anhörigcentrum.

Hygien och smittskydd

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Örebro kommun och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument samt Arbetsmiljöverkets och Socialstyrelsens föreskrifter inom området. Utföraren ska tillhandahålla skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial till personalen i den utsträckning som behövs. Utföraren ska också genomföra egenkontroll för hygien.

Inför uppföljning ombads ni inkomma med en beskrivning av hur arbete med egenkontroller av hygien genomförs.

Ni beskriver både i inskickat underlag samt vid digitalt platsbesök att medarbetare genomför "Lätt att göra rätt", en självskattning som finns inlagt i årshjulet, för att uppnå en följsamhet till basala hygienrutiner. Denna görs två gånger om året. Det framkommer även i inskickat underlag där ni sammanställt era egenkontroller, att verksamheten följer de basala hygienriktlinjerna. Ni beskriver på digitalt platsbesök att ni ser till att det finns påskrivna ansvarsförbindelser för medarbetare så de har kännedom och ansvar för att känna till och följa hygienrutiner. Ni beskriver även att hygienrund genomförs en gång per år enligt årshjulet och genomförs tillsammans med enhetschef, sjuksköterska samt verksamhetens hygienombud.

Utifrån det vi har granskat uppfyller Kumminvägen 13 kraven inom området då egenkontroller inom området som krävs i överenskommelsen har genomförts och verksamheten kan beskriva hur systematiskt arbete med hygien och smittskydd genomförs.

Brister i kvalitetskrav

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

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan

Enligt SOSFS 2011:9 ska det framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Utföraren ska enligt överenskommelsen ha en rutin som beskriver hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten mellan olika professioner och funktioner. Rutinen ska innehålla en beskrivning av vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används. Rutinen ska också beskriva hur samverkan sker med LSS/SOL-handläggare, legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård, legitimerad personal inom Region Örebro län, socialtjänsten och eventuella andra aktörer.

Inför uppföljningen ombads Kumminvägen 13 att inkomma med rutin för intern och extern samverkan. Vi har granskat rutinen för samverkan på Kumminvägen 13, som tar upp både samverkan med individen samt intern och extern samverkan. Samverkan som berör individen samt intern samverkan bedöms som tydligt beskrivet och det framgår i vilka processer, samt hur samverkan sker.

När det gäller extern samverkan saknas beskrivning av vilka samverkanspartners verksamheten har. Det står beskrivet vilka partners som kan ingå i en samverkan, men det framgår inte om och i så fall vilka av dessa som verksamheten samverkar med, och inte heller hur samverkan går till med dessa. Ansvarsfördelning mellan boendet och de externa aktörerna framkommer inte heller.

Kumminvägen 13 brister i krav inom området då verksamheten inte har rutin som beskriver hur extern samverkan sker mellan olika samverkanspartner, och hur ansvarsfördelningen mellan verksamheten och de externa aktörerna ser ut. Utföraren ska i åtgärdsplan beskriva hur verksamheten ska arbeta för att åtgärda bristen samt inkomma med rutin som beskriver hur extern samverkan sker. I rutinen ska det även framkomma hur ansvarsfördelning mellan verksamhet och externa aktörer ser ut.

Ledningssystem för kvalitet

-Utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

Enligt överenskommelsen ska utföraren utöver kraven inom SOSFS 2011:9 följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren ska ha rutiner som beskriver hur den enskilde och anhöriga kan lämna klagomål och synpunkter. Utföraren ska också minst en gång per år genomföra egenkontroll av verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen enligt övergripande riktlinje.

Inför uppföljningen ombads Kumminvägen 13 att inkomma med rutin för klagomål och synpunkter, där innehållet skulle stämma överens med Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter. Verksamheten skulle även inkomma med en beskrivning av hur de arbetar med egenkontroller för avvikelseprocessen, samt inkomma med en sammanställning av antal avvikelser som verksamheten registrerat i avvikelsemodulen senaste 12 månaderna. Sammanställningen skulle också innehålla de vanligaste avvikelsetyperna, orsakerna och åtgärdernas effekt.

Ni har beskrivit och redovisat att egenkontroll av följsamhet till avvikelseprocessen

genomförs och dokumenteras via kvalitetsledningssystemet utifrån årshjul samt vid behov.

Vi har sökt efter klagomål i W3D med sökordet Kumminvägen 13 och inte hittat några avvikelser registrerade där. Vi har även sökt efter klagomål registrerade i avvikelsemodulen i Treserva och inte hittat några registrerade klagomål eller synpunkter.

Er rutin gällande klagomål och synpunkter beskriver hur arbete sker med tillämpning av övergripande riktlinje för hantering av klagomål och synpunkter. Den beskriver hur hantering och återkoppling vid klagomålshantering sker och även hur samverkan sker vid de tillfällen fler yrkeskategorier är involverade i en händelse och utredning.

Verksamheten har inte redovisat rutin som beskriver hur individen och anhöriga ges möjlighet att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt inom verksamheten eller lämna direkt till kommunen.

Vi har genomfört en granskning av er följsamhet till avvikelseprocessens steg utreda, bedöma, åtgärda och följa upp. Det har vi gjort genom att granska tio avvikelser som rapporterats i avvikelsemodulen i Treserva under perioden 2020-09-02 till 2021-03-02. Granskningen visar brister i stegen utreda, åtgärda och följa upp. För steget utreda visade granskningen att nio av tio avvikelser saknar beskrivning av hur händelsen har påverkat den enskilde. I åtta av tio rapporterade avvikelser saknas information om vad som orsakat händelsen inom steget utreda.

För steget åtgärda saknar åtta av tio avvikelser en anteckning som beskriver åtgärder. I samtliga tio granskade avvikelser saknas beskrivning av hur ni har följt upp och bedömt åtgärdens effekt.

Kumminvägen 13 brister i krav inom området då verksamheten inte har rutin som beskriver hur individen och anhöriga ges möjlighet att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt inom verksamheten eller direkt till kommunen. Kumminvägen 13 brister också i följsamhet till avvikelseprocessen när det gäller stegen utreda, åtgärda och följa upp då det i dessa steg saknas anteckningar som beskriver orsak till händelse samt hur detta påverkat den enskilde, åtgärd beskrivs inte heller eller hur verksamheten har följt upp och bedömt effekt av åtgärd.

Utföraren ska i åtgärdsplan beskriva hur verksamheten ska arbeta för att säkerställa att samtliga steg i avvikelseprocessen följs enligt riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren ska även inkomma med rutin för hur individen och anhöriga ges möjlighet att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt inom verksamheten eller lämna klagomål och synpunkter direkt till kommunen.

Enheten för uppföljning kommer att göra en ny granskning av avvikelseprocessen efter den 1 september 2021.

Ledningssystem för kvalitet

-Rapporteringskyldighet, missförhållande och vårdskada

Enligt överenskommelsen ska utföraren utöver kraven i SOSFS 2011:9 ha en rutin som beskriver hur utföraren informerar personal om deras ansvar att rapportera händelser enligt riktlinjen.

Inför uppföljningen ombads Kumminvägen 13 att inkomma med rutin för hur information ges till personal om ansvar att rapportera händelser. Utföraren har inkommit med riktlinje för lex Sarah som gäller för vård och omsorgsförvaltningen. Riktlinjen tar upp att information om skyldighet att rapportera ska ges till medarbetare, hur rapporteringen ska gå till och hur en anmälan enligt lex Sarah ska göras. Verksamheten beskriver i intervju att rapporteringsskyldigheten tas upp två gånger per år på arbetsplatsträffar enligt ett årshjul, samt att alla nyanställda och vikarier får ta del av

rapporteringskyldighet i introduktionen. Utföraren har inte inkommit med rutin som beskriver hur information ges till personal på Kumminvägen 13 om ansvar för att rapportera händelser.

Bedömningen är att Kumminvägen 13 brister i krav inom området, då verksamheten saknar en rutin för hur personal informeras om rapporteringskyldigheten. Den inskickade riktlinjen bedöms inte vara en rutin som beskriver hur information om rapporteringskyldigheten ges till personal på Kumminvägen 13. Enligt överenskommelsen ska en rutin som beskriver detta finnas upprättad.

Kumminvägen 13 ska i åtgärdsplan beskriva hur verksamheten ska arbeta för att åtgärda bristen samt inkomma med rutin som beskriver hur personal informeras om rapporteringskyldigheten.

Dokumentation och förvaring

- Individuell planering, delaktighet och genomförandeplan

Enligt överenskommelsen ska den enskildes synpunkter, önskemål och delaktighet framgå av genomförandeplanen samt i den sociala dokumentationen. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande över hur insatser som ges ska utformas. Genomförandeplanen ska beskriva den enskildes vård- och omsorgsinsatser, vilket eller vilka mål som gäller för insatsen enligt nämndens beslut samt vilket eller vilka mål som gäller för varje aktivitet. Genomförandeplanen ska alltid följas upp vid förändringar av den enskildes behov eller minst var sjätte månad. Utföraren ska ha en rutin för upprättande och uppföljning av genomförandeplaner.

Inför uppföljningen ombads Kumminvägen 13 att inkomma med rutin för upprättande och uppföljning av genomförandeplaner. Rutinen beskriver hur verksamheten säkerställer att dokumentation i olika delar av genomförandeplaner sker, samt hur ansvarsfördelningen för stöd och handledning till personal ser ut. Verksamheten inkom även med lokal rutin för uppföljning av genomförandeplaner.

Vi har gjort en granskning för att se om samtliga boende har aktuella genomförandeplaner. Vi kan vid granskning av samtliga servicemottagares genomförandeplaner upprättade from 1 mars 2021 se att av sex servicemottagare är det en av dessa som har en aktuell genomförandeplan. Vi kan därför inte se hur verksamheten arbetar med bemötande, omvårdnad, mat och måltider samt aktiv och meningsfull tillvaro.

Bedömningen är att Kumminvägen 13 uppfyller delar av krav inom området då verksamheten har rutiner för upprättande och uppföljning av genomförandeplaner. Kumminvägen 13 brister i krav inom området, då verksamheten inte har aktuella genomförandeplaner för fem av sex servicemottagare. Det framkommer inte heller mål för insatser, eller hur verksamheten arbetar med bemötande, omvårdnad, mat- och måltider, samt aktiv- och meningsfull tillvaro.

Utföraren ska i åtgärdsplan beskriva hur verksamheten ska arbeta för att säkerställa att samtliga servicemottagare har aktuella genomförandeplaner samt beskriva hur verksamheten ska arbeta för att säkerställa att arbetet med genomförandeplaner ska ske utifrån krav i överenskommelse. Verksamheten ska också beskriva hur de ska säkerställa att det framkommer mål för insatser samt hur verksamheten arbetar med bemötande, omvårdnad, mat- och måltider samt aktiv- och meningsfull tillvaro i genomförandeplanerna.

Enheten för uppföljning kommer efter 1 september 2021 följa upp att bristerna gällande avsaknad av aktuella genomförandeplaner, samt beskrivning av mål och aktiviteter är åtgärdade i tillräcklig omfattning.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa riktlinjer och styrdokument för skydds- och begränsningsåtgärder. Om verksamheten väljer en åtgärd som innebär en begränsning ska det framkomma i dokumentationen vad som är syftet och hur verksamheten har riskbedömt åtgärden för den enskilde. Samtycke ska finnas dokumenterat.

Inför uppföljningen ombads Kumminvägen 13 att inkomma med en sammanställning av hur verksamheten de senaste 12 månaderna arbetat med skydds- och begränsningsåtgärder inom LSS enligt länsövergripande riktlinje. Utföraren beskriver att det inte förekommer någon skydds- eller begränsningsåtgärd, förutom ett dörrlarm där fadder enligt utföraren ska ta fram en målplan.

Vi har i vår granskning av verkställighetsjournaler de senaste sex månaderna för samtliga servicemottagare, sett att det i tre fall förekommer begränsande åtgärder beskrivet i rutinbeskrivningar för två olika servicemottagare.

För en servicemottagare framkommer det i morgonrutin och kvällsrutin att kedja ska tas på och tas bort från altandörr då denne inte ser det. I samma persons ADL-rutin (allmän daglig livsföring) beskrivs att personen ibland kan sätta på sin spis och att säkringen därför har stängts av. För en annan servicemottagare framkommer i en kvällsrutin att altandörrens kedja ska hakas på nattetid. Det framkommer att god man uttryckt oro och önskar kedja. Syfte, riskbedömning, samtycke samt uppföljning av åtgärder framkommer inte i någon dokumentation som enheten för uppföljning tagit del av för dessa två servicemottagare.

Kumminvägen 13 brister i krav inom området då vår granskning identifierade skydds- och begränsningsåtgärder för vilka det saknas dokumenterat syfte, riskbedömning och samtycke. Därför ska utföraren i åtgärdsplan beskriva hur verksamheten ska arbeta för att säkerställa att arbete sker enligt länsövergripande riktlinje. Utföraren ska också inkomma med en sammanställning över aktuella skydds- och begränsningsåtgärder och beskrivning av om riskbedömning och samtycken för åtgärderna har dokumenterats. Om åtgärder som identifierats vid granskning inte längre förekommer ska detta redovisas.

Fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder

Enligt överenskommelsen ska utföraren ha en rutin som beskriver hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder från legitimerad personal inom Örebro kommun eller Region Örebro län tas emot och planeras för. Utföraren ska säkerställa att åtgärderna blir kända för personal och utförda enligt instruktioner.

Inför uppföljningen ombads Kumminvägen 13 att inkomma med en rutin för hur verksamheten arbetar med att ta emot, planera för, genomföra och dokumentera de hälso- och sjukvårdsinsatser som fördelats och delegerats av legitimerad personal.

Vi har granskat den inskickade rutinen, ”Lokal rutin vårdplaner på Kumminvägen 13”, som beskriver hur personal tar emot delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder så att de blir kända för den personal som ska utföra dem. Det görs enligt rutin genom att legitimerad personal gör en vårdplan som fördelas till boendet. Vårdplanen kvitteras i Treserva av den personal som är i tjänst när planen kommer. Det dokumenteras i Treserva och planen skrivs ut.

Innan legitimerade fördelar vårdplanen förs en dialog om att den kommer att skapas. Det framgår inte hur verksamheten praktiskt går till väga för att säkerställa att åtgärderna

planeras för genomförande när den tagits emot. Det framkommer inte heller i rutinen hur verksamheten tar emot och planerar för genomförande av åtgärder från Region Örebro län.

Kumminvägen 13 brister i krav inom området då det inte framgår i rutin för vårdplaner hur verksamheten säkerställer att hälso- och sjukvårdsåtgärder som kvitterats i Treserva planeras för genomförande, eller hur verksamheten tar emot och planerar för genomförande av åtgärder från Region Örebro län.

Kumminvägen 13 ska i åtgärdsplan beskriva hur verksamheten ska arbeta för att åtgärda bristen. Utföraren ska också inkomma med rutin för vårdplaner som utöver nuvarande innehåll, även ska beskriva hur verksamheten säkerställer att hälso- och sjukvårdsåtgärder som fördelats och delegerats från legitimerad personal inom Örebro kommun eller Region Örebro län tas emot och planeras för genomförande.

Påpekande

Nedanstående brister har föranlett ett påpekande och ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete.

Dokumentation och förvaring

- Social dokumentation

Enligt överenskommelsen ska utföraren, förutom att följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, uppfylla följande krav, dokumentera händelser av betydelse samt utforma dokumentationen med respekt för den enskildes integritet. Utföraren ska också genomföra egenkontroll av dokumentation, dokumentera utförande, samt den enskildes utveckling. Den som utför en insats hos den enskilde är den som ska anteckna i verkställighetsjournal.

Inför uppföljningen ombads Kumminvägen 13 inkomma med en beskrivning av hur verksamheten arbetar för att säkerställa att dokumentation sker i enlighet med krav i överenskommelse, samt hur ansvarsfördelningen för stöd och handledning till personal ser ut. De ombads även inkomma med en beskrivning av hur verksamheten arbetar med egenkontroll för dokumentation.

Verksamheten beskriver att det finns ett pågående arbete med stöd av pedagogisk verksamhetsutvecklare (PUT) för stöttning i dokumentation. Boendepedagog har lånats in från annan verksamhet för att fortsättningsvis utbilda personal i dokumentation. När det gäller egenkontroll beskriver enhetschef att denne går in veckovis i Treserva och granskar dokumentationen, granskningen dokumenteras inte. Enhetschef har sett brister i journalföring vilka påtalats till berörda medarbetare. Egenkontroll genomförs via kvalitetsledningssystemet där det finns frågor som säkerställer att granskningen av genomförandet sker på ett systematiskt sätt. Egenkontrollen dokumenteras och sker utifrån årshjul och vid behov. Den största bristen som upptäckts utifrån egenkontroller kopplat till årshjulet, har varit att upprätta målplaner och skrivskydda dokument. Planeringsdag ska ske under våren för att jobba vidare med dokumentation. Verksamheten har inkommit med en rutin för genomförandeplaner och beskrivning av vilka områden där egenkontroll genomförts. I rutinen framkommer att personal ska dokumentera uppföljning och uppdatering av genomförandeplan i journalen.

Vi har granskat journalanteckningar för samtliga boende för perioden 2020-09-01 till 2021-03-01. Granskningen visade att det är personen som utfört åtgärden som dokumenterat. Genomgående i journalanteckningarna finns det löpande anteckningar av händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid utifrån beslutade insatser.

Det som inte framkommer i de granskade journalanteckningarna är dokumentation om att genomförandeplaner upprättats eller följts upp.

Bedömningen är att Kumminvägen 13 uppfyller delar av krav inom området. Verksamhetens rutin beskriver arbetet med dokumentation, genomförandeplaner, målplaner och rutinbeskrivningar. Rutinen innehåller ansvarsfördelning för stöd och handledning till personal. Egenkontroller har genomförts inom dokumentation under 2020. Granskning av samtliga boendes verkställighetsjournal för sex månader tillbaka visar att anteckningar förts med respekt för den enskilde. Det framgår att det är personal som utfört insats hos den enskilde som har dokumenterat.

Kumminvägen 13 brister i krav inom området social dokumentation då det saknas anteckningar om upprättande eller uppföljning av genomförandeplan för samtliga boende. Detta är att betrakta som avsaknad av en händelse av betydelse och faktiska omständigheter. Även verksamhetens redovisade rutin för genomförandeplan uppger att personal ska dokumentera uppföljning och uppdatering av genomförandeplan i journalen.

Kumminvägen 13 ska arbeta i enlighet med överenskommelsen och i kommande års kvalitetsberättelse beskriva hur verksamheten arbetat för att säkerställa att anteckningar om upprättande eller uppföljning av genomförandeplaner görs.

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 digitalt möte med utföraren.

Underlag för bedömning:

- Intervju i samband med digitalt möte den 11 november, deltagare var avdelningschef, enhetschef samt boendepedagoger från verksamheten.
- Synpunkter och klagomål från verksamhetssystemet Treserva för senaste året samt inkomna underlag från utföraren.
- Avvikelse från verksamhetssystemet Treserva för senaste året samt inkomna underlag från utföraren.
- Granskning av samtliga boendes verkställighetsjournaler i Treserva för de senaste sex månaderna.
- Dokumentation i form av granskning av samtliga boendes genomförandeplaner eller rutinbeskrivningar i Treserva för de senaste sex månaderna
- Rutiner och underlag som begärts av avtalscontroller inför uppföljning och rutiner eller underlag som inkommit i samband med digitalt möte.

Sandra Månstierna
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun