

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Örebro kommun, Berggården

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i kommande basuppdrag, för närvarande överenskommelse Sov 278/2021. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång vart tredje år enligt riktlinje för avtals- och verksamhetsuppföljning, Voo 938/2023. Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

Örebro kommun - Berggården

Berggården är ett vård- och omsorgsboende beläget på norr i Örebro. På Berggården finns 36 lägenheter fördelat på tre avdelningar. Avdelningarna har två olika inriktningar, somatik och demens.

Örebro kommun övertog driften av Berggården från en extern utförare i maj 2022. I juni samma år påbörjades en uppföljning på förekommen anledning i verksamheten, Sov 382/2022. Uppföljningen genomfördes för att säkerställa att det fanns ett pågående åtgärdsarbete för de brister som övertogs från tidigare utförare. Uppföljningen avslutades i december 2022 då flera av bristerna var åtgärdade. För resterande brister bedömdes att verksamheten hade påbörjat åtgärdsarbetet där en positiv förflyttning kunde ses och att det åligger verksamheten att fortsätta åtgärdsarbetet för att nå upp till samtliga krav. I samband med att uppföljningen avslutades informerades verksamheten om att åtgärden ska vara tillräckliga för att Berggården ska kunna nå upp till kvalitetskraven senast hösten 2023. De brister som kvarstod från uppföljningen 2022 kommer nedan att redovisas under respektive krav.

Bedömningsöversikt

Kvalitetskrav		
Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar	Skydds- och begränsningsåtgärder	
Kompetens - omvårdnadspersonal	Mat, måltid och nutrition	
Samverkan	Anhörigstöd	
Riskanalyser	Hygien och smittskydd	
Egenkontroller	Hälso- och sjukvård	
Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet	Palliativ vård	
Dokumentation	Aktiv och meningsfull tillvaro	
Dokumentation i IT system		

Bedömningskriterier

Uppfyller kravet

Uppfyller inte kravet

Metod

I samband med kvalitetsuppföljningen har Avtalscontrollers inom Enheten för uppföljning begärt in och granskat underlag gällande de kvalitetskrav som specificeras i Överenskommelse. Uppföljningen har även innefattat inhämtade data från berörda myndigheter samt en granskning i verksamhetssystem gällande dokumentation och avvikelshantering. Som en del i uppföljningen har också ett platsbesök genomförts, platsbesöket innefattade observation av vissa av verksamhetens utrymmen samt samtal med personal.

Underlaget ligger till grund för det beslut som Enheten för uppföljning fattat i denna rapport.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet. För att se till att er verksamhet bedrivs enligt mål, riktlinjer, lag och annan författning i enlighet med 6 kap. 6 § KL, ska ni åtgärda dessa brister.

Enheten för uppföljning vill ta del av er åtgärdsplan som innehåller aktiviteter för att åtgärda de brister som redovisas i denna rapport samt tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Senast den **31 oktober 2023** ska ni skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

Punkter i överenskommelsen:

- Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar
- Kompetens – omvårdnadspersonal
- Kvalitetsledningssystem
 - riskanalyser
 - utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet
- Dokumentation
- Dokumentation i IT system
- Skydds- och begränsningsåtgärder
- Hygien och smittskydd

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

- Reviderad rutin för riskanalys
- Reviderad rutin för egenkontroll som ska beskriva hur ni genomför:
 - egenkontroll av avvikelseprocessen som beskrivs i riktlinjen avvikelser, klagomål och synpunkter
 - egenkontroll av dokumentation
 - egenkontroll av verksamhetens följsamhet till riktlinjen Basal hygien

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast **den 9 februari 2024**.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras i **februari 2024**. Detta innebär att vi kommer granska inkomna rutiner, kompetensinventering, registerutdrag och sammanställning. Vi kommer i början av februari 2024 skicka mallar för kompetensinventering och sammanställning skyddsåtgärder som ni ska fylla i och samtidigt begära registerutdrag Senior alert.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Kvalitetsledningssystem - Samverkan

Krav som följs upp

Utföraren ska ha en rutin som beskriver:

- Hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom egna verksamheten mellan olika professioner och funktioner
- Vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används inom den egna verksamheten.
- Hur samverkan och informationsöverföring sker mellan legitimerade personal och omvårdnadspersonal ska finnas särskilt beskrivet. Med legitimerad personal menas utförarens arbetsterapeut och sjuksköterska samt regionens sjukgymnast/fysioterapeut, läkare och tandhygienist.

Underlag till bedömning

Rutin rond med fysioterapeut
Rutin rond med läkare
Rutin tandvårdsenheten
Lokal rutin samverkan mellan olika professioner Berggården
Lokal rutin överrapportering Berggården.

Bedömning

Begärda och inskickade rutiner innehåller de delar som överenskommelsen krävställer. På platsbesöket beskrivs arbetssätt och hur samverkan sker internt, till exempel informationsöverföring vilket överensstämmer med rutiner.

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller överenskommelsens krav.

Kvalitetsledningssystem – Egenkontroller

Krav som följs upp

Utföraren ska årligen genomföra egenkontroll inom följande områden:

- Verksamhetens följsamhet till riktlinjen *Basal hygien inom kommunal vård och omsorg*
- Verksamhetens följsamhet till *punkt 2.8.4 dokumentation*

Underlag till bedömning

Inskickad sammanställning

- Verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i *Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter*
- Hälso- och sjukvårdsdokumentation. Egenkontrollen ska överensstämma med Örebro kommuns egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation

Bedömning

I inskickad sammanställning framgår att ni har genomfört egenkontroller inom de tre områden som kravställs i överenskommelsen. Av sammanställningen framgår vilka brister ni identifierat, vilka åtgärder ni har vidtagit, ni har handlingsplaner och ni har följt upp vidtagna åtgärder och dess effekt.

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller överenskommelsens krav.

Mat, måltid och nutrition

Krav som följs upp

Verksamheten ska sträva efter att ge varje enskild person positiva matupplevelser. Utföraren ska ha en rutin som beskriver:

- När och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt för hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas

Genomförandeplanen ska innehålla:

- En planering för mat och måltider som är individuellt anpassad utifrån vad, var, hur och när den enskilde önskar äta

Underlag till bedömning

Lokal rutin för utredning, förebyggande och behandling av patients näringstillstånd

Dokumentationsgranskning i Treserva av 10 slumpmässigt utvalda boenden

Socialstyrelsens undersökning 2022

Bedömning

Rutin

Inskickad rutin innehåller de delar som överenskommelsen kravställer. Vid behov kan sjuksköterskan starta en nutritionsutredning och ni följer då en övergripande rutin för kommunens vård och omsorgsboende.

Dokumentationsgranskning i Treserva

I samtliga granskade genomförandeplaner finns individuellt anpassad information om behov och önskemål kring mat och måltider.

Socialstyrelsens öppna jämförelse - Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2022?

I det senaste tillgängliga resultatet av undersökningen har två frågor och svar granskats. I undersökningen presenteras andelen positiva svar som jämförs med Örebro samt Riket.

- "Hur brukar maten smaka?" Berggården 46 %, Örebro 64 %, Riket 71%
- "Upplever du att måltiderna på ditt äldreboende är en trevlig stund på dagen?" Berggården 33 %, Örebro 62 %, Riket 66 %

På platsbesöket ställs frågor kring om hur ni arbetat med resultatet. Ni berättar att på den somatiska avdelningen diskuteras maten mer medan på demensavdelningarna är upplevelsen att de boende tycker om maten. Ni uppger att ni i verksamheten kan lyfta mer kring maten på de boenderåd som finns återkommande i verksamheten.

Enheten för uppföljning bedömer utifrån de delar som granskats att ni uppfyller överenskommelsens krav.

Hälso- och sjukvård

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utföraren ska ha en rutin som beskriver: <ul style="list-style-type: none"> • Hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts från legitimerad personal till omvårdnadspersonal • Hur omvårdnadspersonalen praktiskt tar emot och planerar för fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder • Rutinen ska även omfatta den hälso- och sjukvård som överläts av regionen 	Enhetsrutin för läkemedelshantering Berggården, Lokal rutin Berggården hälso- och sjukvård

Bedömning

Inskickade rutiner innehåller de delar som överenskommelsen kravställer. På platsbesöket beskrivs det praktiska arbetssättet vid fördelade och delegerade uppgifter från legitimerade till omvårdnadspersonal och hur omvårdnadspersonal gör, vilket kan utläsas i inskickade rutiner.

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller överenskommelsens krav.

Anhörigstöd

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utföraren ska ha en rutin som beskriver: <ul style="list-style-type: none"> • Hur utföraren arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen 	Lokal rutin Anhörigstöd Berggården

Bedömning

I uppföljningen 2022 bedömdes att verksamheten fortsatt ska arbeta aktivt för att göra anhöriga delaktiga i vården och omsorgen och utveckla rutin gällande bland annat ansvarsfördelning. På platsbesöket beskrivs hur ni gör anhöriga delaktiga i vård och omsorgen av de boende vilket överensstämmer med rutinen. Ni har anhörigträffar. Kontaktperson har ett tydligt uppdrag i att ansvara för kontakten med anhörig och legitimerade tar kontakt med anhöriga där överenskommelse finns.

Bedömning görs att er rutin innehåller efterfrågade delar. Utifrån information på platsbesök görs bedömningen att ni har förutsättningar till ett gott anhörigstöd och att möjlighet ges till anhörigas delaktighet i vård och omsorgen av den boende.

Enheten för uppföljning bedömer att ni har åtgärdat tidigare brist och att ni uppfyller överenskommelsens krav.

Aktiv och meningsfull tillvaro

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinje för dokumentationsskyldighet enligt SoL och uppfylla följande krav inom området:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Den enskilde får stöd i att behålla och utveckla intressen, sociala relationer och kontakter som är viktiga för personen • Aktivitets- och funktionsbedömningar ska göras av arbetsterapeut för samtliga boende och användas som en grund för planering av individuella och gemensamma aktiviteter. • I genomförandeplanen ska individens synpunkter, önskemål och delaktighet av stödet framgå. 	<p>Sammanställning över aktivitets- och funktionsbedömning, aktiv och meningsfull tillvaro</p> <p>Information på platsbesök</p>

Bedömning

Sammanställning

Vid uppföljningen 2022 arbetade verksamheten med att säkerställa att arbetsterapeuten utförde och dokumenterade aktivitets- och funktionsbedömningar. Verksamheten gjorde en positiv förflyttning och vid avslutad uppföljning hade 92 procent av de boende en dokumenterad aktivitets- och funktionsbedömning. Bedömningen var att Berggården gjorde en positiv förflyttning men behövde fortsätta med åtgärder för att säkerställa rätt kompetens och arbetssätt i verksamheten.

Utifrån inskickad sammanställning kan vi se att ni har vidhållit det arbete som ni påbörjade under 2022. Aktivitets och funktionsbedömningar genomförs och de boendes intressen och önskemål finns dokumenterade i genomförandeplanerna. Detta skapar förutsättningar till en aktiv och meningsfull tillvaro.

På platsbesök beskrivs att ni har aktivitetsombud på varje avdelning. Dagligen finns en personal som har ett aktivitetsansvar. Ni framför att boende har önskemål om fler aktiviteter och det är något som ni vill utveckla, en möjlighet kan vara att involvera civilsamhället i större utsträckning. Ni beskriver även att arbetsterapeut och sjuksköterska arbetar i team. Gruppen kan stötta varandra och samverka, ni har tex. en gemensam morgonplanering som även enhetschefer deltar i. Verksamheten anser att de har byggt ett bra team med fokus på personcentrerad vård.

Enheten för uppföljning bedömer att ni har en god följsamhet till gällande riktlinje och uppfyller överenskommelsens krav.

Palliativ vård

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha utsedda palliativa ombud samt minst en palliativ ombudssamordnare</p>	<p>Kompetensinventering</p>

Bedömning

I inskickad kompetensinventering framgår att ni har fem palliativa ombud och en palliativombudssamordnare. På platsbesöket framgår att alla avdelningar har palliativa ombud samt inom nattpersonalen. Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller överenskommelsens krav.

Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren brister i nedanstående kvalitetskrav.

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utförarens personal ska genomgå de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.	Kompetensinventering

Bedömning

Av inskickad kompetensinventering framgår att de obligatoriska utbildningarna inte har genomförts av samtlig personal. Överenskommelsen krävställer att all personal ska genomgå utbildningar.

Andel personal som genomgått utbildningarna: Basala hygien-rutiner i vård och omsorg 29%, Demens ABC 74%, Individens behov i centrum (IBIC) 49%
 Manuell förflyttning och lyftkörkort 57 %, Mat, måltid och nutrition 44 %
 Palliativ utbildning 37 %, SBAR 30 %, Verksamhetssystem Treserva 17 %
 Vardagsrehabilitering 13 %.

I uppföljningen som avslutades i december 2022 framgår att verksamheten fortsatt behövt arbeta med utbildningsnivå och fortsatt ge personalen förutsättningar att genomföra de obligatoriska utbildningar som krävställes. Den åtgärdsplan som ni utformade i samband med uppföljningen har inte följts. Av er kompetensinventering framgår det tydligt att ni inte arbetat med åtgärder enligt åtgärdsplanen då bristen kvarstår i ungefärlig omfattning som i december 2022. Ni framför på platsbesöket att på grund av hög sjukfrånvaro har fokus varit att bemanna verksamheten. Vikarier får introduktion men ni har inte kunnat fokusera på att utbilda vikarier.

På platsbesöket framförs att personalen fått praktisk visning i Treserva av Visa/Driva handledare, enhetschef och HSL- personal har kunnat handleda på plats. Vad gäller utbildningen lyftkörkort har all personal gått men inte uppföljningsdagarna. Enhetschef bedömer den som genomgången när intyg kan uppvisas därav låg andel.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet. Då bristen kvarstår i ungefärlig utsträckning som i december 2022 ska ni beskriva i en åtgärdsplan hur ni ska åtgärda bristen, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. Inför resultatuppföljningen kommer vi att begära in en ny kompetensinventering.

Kompetens - omvårdnadspersonal

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Minst 85 % av all omvårdnadspersonal ska ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande	Kompetensinventering

Bedömning

Under uppföljningen 2022 framkom att det funnits svårigheter med att bemanna verksamheten med utbildad personal. Detta var en brist som kvarstod från tidigare utförare, att man inte bemannat Berggården med sådan kompetens och personalstyrka att de boende alltid tillförsäkrades en god vård och omsorg.

Verksamheten informerade under uppföljningen 2022 om att de kontinuerligt arbetar med rekrytering, men att bemanning har varit ett problem efter övertagandet. De har identifierat ett behov av fler vikarier med högre utbildningsnivå och kompetens för att de ska kunna driva det planerade förändringsarbetet effektivt.

Vi kan nu se i er kompetensinventering att 52 % av all omvårdnadspersonal har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. På platsbesöket framförs att ni endast har två tillsvidareanställda som inte har en omvårdnadsutbildning men som ska gå Äldreomsorgslyftet. Vad gäller vikarier beskrivs att det fortsatt är en utmaning med rekrytering och det är svårt att rekrytera utbildade vikarier.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet. Ni har hög andel tillsvidareanställda med rätt utbildningsnivå (94 %). Dock ser vi av er kompetensinventering att ni har fortsatt har en stor andel vikarier som har en lägre utbildningsnivå än den som överenskommelsen kräver. Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta med att åtgärda bristen, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. Inför resultatuppföljningen kommer vi att begära in en ny kompetensinventering.

Kvalitetsledningssystem - Riskanalyser

Krav som följs upp

Utföraren ska ha en rutin som beskriver:

- Hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet

Underlag till bedömning

Lokal rutin riskanalyser
Berggården

Bedömning

I inskickad rutin framgår när en riskanalys ska genomföras och vem som är ansvarig men tillvägagångsättet saknas. På platsbesöket beskrivs exempel på förändringar i verksamheten när ni genomfört riskanalyser och att ni då använt er av en central mall.

Enheten för uppföljning bedömer att ni saknar förutsättningar att arbeta med riskanalyser då er rutin inte beskriver hur ni ska göra.

Ni ska revidera rutin så det framgår hur ni gör en riskanalys. Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen gällande rutin och hur ni avser implementera rutinen i verksamheten, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå.

Kvalitetsledningssystem - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur utföraren genomför egenkontroll av verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter • Hur samverkan sker vid avvikelshantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredning av en händelse <p>Utföraren ska även:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informera om och möjliggöra för den enskilde och anhöriga att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till uppdragsgivaren. • Informera och utbilda personal om rapporteringsskyldigheten 	<p>Granskning av rapporterade händelser i Tresa för perioden 2022-05-17 till 2023-07-16.</p> <p>Klagomål/synpunkter i W3D3(kommunens ärendehanteringssystem) för perioden 2022-05-17 till 2023-07-16.</p> <p>Lokal rutin egenkontroller Berggården</p> <p>Socialstyrelsens undersökning 2022</p>

Bedömning

För att bedöma om ni har en följsamhet till Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter har hanteringen av era rapporterade händelser granskats på en övergripande nivå för att se om ni följer processen som beskrivs i riktlinjen.

Avvikelse

I uppföljningen 2022 bedömdes att ni inte hade en följsamhet i er avvikelshantering till gällande riktlinje. Ni dokumenterade inte vilka åtgärder ni vidtagit för avvikelserna samt hur ni följt upp åtgärdernas effekt. Ni ombads att fortsätta arbeta vidare med följsamhet till stegen i avvikelshanteringen. Vi har nu gjort en ny granskning inom ramen för denna uppföljning. Vi har granskat 86 rapporterade händelser och ni har hanterat dessa med god följsamhet till processens samtliga steg som beskrivs i riktlinjen.

Klagomål och synpunkter

För perioden finns sex rapporterade klagomål och synpunkter. Underlaget är för litet för att kunna bedöma följsamheten till processen i riktlinjen.

Granskning i W3D3 visar att ett klagomål finns registrerat som innehåller klagomål från boende på Berggården där synpunkter lämnats gällande bland annat aktiviteter och personal. Det finns även en Lex Sarah utredning gällande brister i personlig omsorg där konstaterade görs att rutin inte följts. Utredningen har inte lämnats vidare till IVO.

Lokal rutin egenkontroller Berggården

Rutinen beskriver att enhetschef är ansvarig men tillvägagångssättet beskrivs inte. Det framgår inte hur ni gör en egenkontroll av verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter.

Information från IVO

Kontakt med IVO visar att inga inkomna klagomål eller synpunkter samt Lex Sarah finns för perioden maj 2022 till juli 2023.

Socialstyrelsens öppna jämförelse - Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2022?

I det senaste tillgängliga resultatet av undersökningen har en fråga granskats. I undersökningen presenteras andelen positiva svar som jämförs med Örebro samt Riket. På frågan ”*Vet var man vänder sig med synpunkter och klagomål*” var andelen positiva för Berggården 29 % i jämförelse med Örebro 41 % och Riket 43 %.

Platsbesök och begärd rutin

Vid övertagandet av Berggården till kommunen i maj 2022 fanns avvikelser som var ohanterade en lång tid tillbaka. Enhetschef ser en förbättring idag vilket även granskningen bekräftar som enheten för uppföljning genomfört. Verksamheten har utarbetat en bättre process, avvikelsen avslutas om ni ser att åtgärden har gett effekt. Det finns forum och daglig avstämning för avvikelshantering där legitimerade ingår. Verksamheten upplever färre klagomål och synpunkter. Ni arbetar med att ha en tydligare kommunikation och återkommande kontakt med anhöriga och följer upp ärenden. På frågan hur verksamheten förmedlar var man kan vända sig med klagomål och synpunkter beskrivs att det finns framgång i nyhetsbrev som skickas till anhöriga och även i entrén till boendet.

På platsbesöket ställs fråga om hur verksamheten arbetar med rapporteringsskyldigheten och hur ofta utbildning genomförs. Personal berättar att vid misstanke om missförhållanden går denne till enhetschef samt att det var längesedan de hade en utbildning. Enhetschef säger att de skulle kunna gå igenom rapporteringsskyldigheten på APT men det har inte genomförts. Personalen får stöd av enhetschefer i händelser som inträffar.

Rutin begärs på platsbesök som beskriver hur samverkan sker vid avvikelshantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredningen av en händelse. Rutinen innehåller efterfrågade delar enligt överenskommelsens krav.

Sammantagen bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni delvis uppfyller kravet. Bedömning görs att ni inte uppfyller del av krav gällande rutin *Lokal rutin egenkontroller Berggården* då den saknar beskrivning hur ni gör egenkontroll av följsamheten till avvikelseprocessen som beskrivs i riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter. Ni har heller inte informerat och utbildat personal inom rapporteringsskyldigheten vilket kravställs i överenskommelsen.

Ni ska inkomma med en reviderad rutin som ska beskriva hur ni genomför egenkontroll av avvikelseprocessen som beskrivs i riktlinjen. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen gällande rutin och implementeringen av den i verksamheten samt hur ni ska åtgärda bristen avseende utbildning i rapporteringsskyldigheten, det ska framgå vem som är ansvarig och tidsplan.

Dokumentation

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Genomförandeplanen ska:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Upprättas omgående och vara färdigställd senast 2 månader efter mottaget uppdrag • Följas upp och upprättas tillsammans med den enskilde vid behov och minst var sjätte månad • Beskriva hur och när uppdraget ska utföras för att tillgodose den enskildes behov och mål • Innehålla information om individens delaktighet • Innehålla namngiven kontaktperson <p>I dokumentationen som förs i verkställighetsjournalen ska:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det finnas dokumentation av händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid • Den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas i dokumentationen. Dvs. det ska gå att följa vad som faktiskt genomförs och hur situationen ser ut för de enskilde utifrån dennes ansökan, behov och genomförandet av beslutade insatser • Vara utformad med respekt för den enskildes integritet. • Social dokumentation om den enskilde som finns utanför verksamhetssystemet förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen <p>Utföraren ska även ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur utföraren genomför egenkontroll av den löpande dokumentationen som förs i verkställighetsjournal 	<p>Granskning i Treserva av 10 slumpmässigt utvalda individers verkställighetsjournaler; tidsperiod de senaste tolv månaderna samt individernas genomförandeplaner.</p> <p>Lokal rutin egenkontroller Berggården</p> <p>Observation vid platsbesök</p>

Bedömning

Granskning av verkställighetsjournaler samt genomförandeplaner i Treserva

Samtliga verkställighetsjournaler innehåller händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid. Det går att följa hur situationen är för de boenden samt vad som genomförts. Granskningen av genomförandeplaner visar att samtliga är aktuella och i alla genomförandeplaner finns information om hur stödet praktiskt ska genomföras under hela dygnet, hur de boende deltagit, namngiven kontaktperson och önskemål om mat och måltider.

Lokal rutin egenkontroller Berggården

Enligt rutin ska egenkontroll genomföras av social dokumentation inklusive genomförandeplaner. Det framgår att enhetschef är ansvarig. Rutinen saknar beskrivning av tillvägagångssätt dvs hur ni genomför en egenkontroll av dokumentation.

På platsbesöket beskrivs att ni tar stickprov, ni använder mall och besvarar frågor. Verksamheten får till sig via verksamhetschef eller SAS att egenkontroller ska göras och hur. När ni genomfört egenkontroll enligt mallar går ni igenom resultat tillsammans med personalen.

Observation vid platsbesök

Av rundvandring på platsbesök konstaterades att kontor är låsta, det krävs tagg för att komma in. Vid tiden för observation uppmärksammades inga handlingar utanför verksamhetssystemet.

Sammantagen bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni delvis uppfyller kravet.

Bedömning görs att ni inte uppfyller del av krav gällande rutin *Lokal rutin egenkontroller Berggården* då den saknar beskrivning hur ni gör egenkontroll av den löpande dokumentationen i verkställighetsjournal. På platsbesöket beskrevs hur ni går tillväga och det ska beskrivas i rutinen. Ni ska revidera er rutin så det framgår hur ni genomför egenkontroll av dokumentation. Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen gällande rutin och implementeringen av den i verksamheten, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå.

Nationella register – Senior Alert

Krav som följs upp

- Utföraren ska genomföra en riskbedömning inom områdena trycksår, undernäring, fall, munhälsa och blåsdysfunktion med stöd av kvalitetsregistret Senior alert om inte uppenbart obehövligt i enlighet med Örebro kommuns riktlinjer för vårdprevention.
- Boendet ska ha en eller flera BPSD-administratörer

Underlag till bedömning

Registeruttag Senior Alert

Kompetensinventering

Bedömning

Registeruttag Senior Alert

Vid uppföljningen 2022 arbetade verksamheten med att säkerställa tillgänglighet avseende sjuksköterska och att behov av hälso- och sjukvård identifierades genom riskbedömningar inom Senior Alert. Riskbedömningar hade tidigare inte genomförts på ett systematiskt sätt och sjuksköterskan fanns inte tillgänglig i tillräcklig omfattning för att tillgodose de boendes behov av hälso- och sjukvård. Vid avslutad uppföljning hade man genomfört riskbedömningar inom samtliga fem riskområden på samtliga boende. Sjuksköterskor hade även flyttat så att deras kontor låg i anslutning till avdelningen vilket ökade tillgängligheten. Bedömningen var att Berggården gjort en positiv förflyttning men att det fanns ett fortsatt behov av ledningspersoner, inklusive sjuksköterskor, på plats för att etablera en bra kultur, implementera rutiner och driva förändringar.

Vi har nu genomfört en ny granskning som visar att verksamhetens registerutdrag visar att av 35 boende har 32 (91 %) riskbedömningar inom områdena trycksår, undernäring, fall, munhälsa. För 15 boende av 35 (42 %) har riskbedömningar för blåsdysfunktion genomförts.

På platsbesöket framkommer att sjuksköterskan fortsatt har kontor i anslutning till avdelningarna för att kunna arbeta nära omvårdnadspersonalen och ge stöd och handledning. Ni beskriver också att enhetschefer befinner sig i verksamheten och har ett nära ledarskap som innebär avstämningar, att följa upp, ge stöd och vägledning till medarbetare samt forma tydliga mål.

Kompetensinventering

Enligt kompetensinventering finns det fyra BPSD administratörer i verksamheten varav två är medarbetare, en är chef och en arbetsterapeut. I uppföljningen som avslutades 2022 konstaterades brist då ni saknade BPSD-administratörer i verksamheten. Ni har åtgärdat bristen och uppfyller den delen av kravet.

Sammantagen bedömning

Bedömningen är att ni delvis uppfyller kravet. Utifrån information på platsbesök bedöms att ni fortsatt har en positiv förflyttning vad gäller tillgänglighet av ledningspersoner och legitimerade på plats i verksamheten. Det skapar goda förutsättningar för det fortsatta förbättringsarbetet och att skapa god arbetsmiljö och kultur i arbetsgrupperna.

Dock bedöms det som en brist att ni inte genomfört riskbedömning inom området blåsdysfunktion i tillräcklig utsträckning. Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. Inför resultatuppföljningen kommer vi att begära in ett nytt registeruttag för blåsdysfunktion

Skydds- och begränsningsåtgärder

Krav som följs upp

Följande delar ska dokumenteras i verkställighetsjournal respektive hälso- och sjukvårdsjournal inför användning av skydds- och begränsningsåtgärder:

- Samtycke till begränsningsåtgärden
- Syftet/målet med begränsningsåtgärden
- Riskbedömning av begränsningsåtgärden
- Uppföljning av åtgärden, senaste 6 månaderna

Underlag till bedömning

Sammanställning av verksamhetens skyddsåtgärder

Bedömning

Av er inskickade sammanställning, där ni genomfört en granskning i verksamhetssystem, framgår att har fyra individer har en skyddsåtgärd, 75 % av dessa har ett dokumenterat samtycke och syfte. Endast 25 % av dessa har en dokumenterad riskbedömning eller har haft en uppföljning under de senaste sex månaderna.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet då ni inte genomför riskbedömningar eller uppföljning av åtgärden i tillräcklig utsträckning. Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. Inför resultatuppföljningen kommer vi begära en ny sammanställning av verksamhetens skyddsåtgärder.

Hygien och smittskydd

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska uppfylla följande krav:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tillhandahålla skyddsutrustning till personalen. • Tillhandahålla arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i>. • Ha tillgång till hygienombud i verksamheten <p>Utföraren ska även ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur utföraren årligen genomför egenkontroll av verksamhetens följsamhet till riktlinjen Basal hygien inom kommunal hälso- och sjukvård. 	<p>Observation vid platsbesök</p> <p>Kompetensinventering</p> <p>Lokal rutin egenkontroller Berggården</p>

Bedömning

Observation vid platsbesök

Vid rundvandring i verksamheten observerades att det finns tillräckligt med arbetskläder. Enhetschef upplever att det finns tillräckligt för dagligt ombyte men en översyn pågår för att eventuellt köpa in mer arbetskläder. Verksamheten använder cirkulationstvätt. I förråd i källaren finns engångsförkläden, handskar, handsprit, tvål och pappershanddukar. Varje avdelning ansvarar för att hämta och fylla på material vid behov, detta för att undvika lagring på avdelningen. Administratör ansvar för att bevaka åtgången och beställning av material.

Kompetensinventering

Av kompetensinventering framgår att ni har tre hygienombud i verksamheten.

Lokal rutin egenkontroller Berggården

Enligt rutin ska egenkontroll basal hygien genomföras två gånger per år genom hygienrund och lätt att göra rätt. Det framgår att enhetschef är ansvarig. Rutinen saknar beskrivning av tillvägagångssättet, hur ni genomför en egenkontroll.

Sammantagen bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni delvis uppfyller kravet. Bedömning görs att ni inte uppfyller del av krav då er rutin bedöms som bristfällig då den saknar beskrivning av tillvägagångssättet. Ni ska revidera er rutin så det framgår hur ni genomför egenkontroll av verksamhetens följsamhet till riktlinjen Basal hygien. Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen gällande rutin och implementeringen av den i verksamheten, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå.

Caroline Lindqvist
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun