

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Vintrosahemmet – Örebro kommun



Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i basuppdrag, Sov Voo 1211/2023. 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 - Vintrosahemmet

Vintrosahemmet är ett vård- och omsorgsboende beläget cirka två mil väster om Örebro. På Vintrosahemmet finns 34 lägenheter fördelat på fyra enheter. Enheterna har två olika inriktningar, somatik och demens. Vi har genomfört en uppföljning av kvalitetskrav i Vintrosahemmets verksamhet tidigare. Föregående uppföljning genomfördes 2021, Sov 85/2021.

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 basuppdrag. 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 tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd. Senast **den 6 mars 2024** ska ni skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se

Bedömningen är att Vintrosahemmet brister inom följande kvalitetskrav:

- **Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**
- **Kompetens – omvårdnadspersonal**
- **Ledningssystem för kvalitet**
 - samverkan
 - egenkontroller
- **Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet**
- **Dokumentation**
- **Dokumentation i IT-system**
- **Skydds- och begränsningsåtgärder**
- **Hälso- och sjukvård**
- **Aktiv och meningsfull tillvaro**

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

- **En ny kompetensinventering**
- **En uppdaterad rutin för samverkan**
- **Sammanställning av egenkontroller gällande basal hygien och avvikelser**
- **En rutin för egenkontroll av löpande dokumentation i verkställighetsjournal**

- **Registeruttag från Senior alert gällande riskbedömningar för områdena trycksår, fall och undernäring.**
- **Sammanställning av skydds- och begränsningsåtgärder**
- **En rutin för hälso- och sjukvård**
- **Egenkontroll av aktiv och meningsfull tillvaro**

Handlingarna ska vara inskickade till eggetval@orebro.se senast den 21 maj 2024.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 21 maj 2024. Detta innebär att vi kommer:

- Ta del av kompetensinventering
- Granska rutiner
- Ta del av sammanställningar av egenkontroller och skydds- och begränsningsåtgärder
- Granska hantering av klagomål och synpunkter
- Ta del av registeruttag från Senior alert
- Granska egenkontroll gällande aktiv och meningsfull tillvaro

Vi kommer i början av maj 2024 skicka mall för kompetensinventering, sammanställning av egenkontroller och skydds- och begränsningsåtgärder samt egenkontroll gällande aktiv och meningsfull tillvaro som ni ska fylla i. Ni kommer även få göra ett registerutdrag från Senior alert för områdena trycksår, fall och undernäring.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Ledningssystem för kvalitet - 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

Riskanalys – intranät. Länkar till handbok, rapportmall mm.

Platsbesök den 7 februari 2024

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då ni hänvisat till Örebro kommuns övergripande rutin för riskanalyser, som även innehåller mallar för riskbedömning och rapport. Vidare beskriver ni, vid platsbesök, hur ni arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra er verksamhet.

Mat, måltid och nutrition

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Verksamheten ska sträva efter att ge varje enskild person positiva matupplevelser. Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> När och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt för hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas <p>Genomförandeplanen ska innehålla:</p> <ul style="list-style-type: none"> En planering för mat och måltider som är individuellt anpassad utifrån vad, var, hur och när den enskilde önskar äta 	<p>Rutin mat, måltider, nutrition</p> <p>Dokumentationsgranskning i Treserva av 10 genomförandeplaner</p> <p>Individuppföljning som genomfördes oktober-november 2023. Individbeslut för 27 boende följdes upp</p> <p>Socialstyrelsens kundundersökning</p> <p>Platsbesök den 7 februari 2024</p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då rutinen innehåller kravställda delar samt att önskemål gällande mat och måltider framgår i 90% av granskade genomförandeplaner. Resultat från granskning av genomförandeplaner stämmer överens med resultat av individuppföljning. Resultat från Socialstyrelsens kundundersökning (2023) visar att Vintrosahemmet ligger lägre än rikssnittet på frågor om mat och måltider. Hur brukar maten smaka? 64% (riket 73%)
 Upplever du att måltiderna är en trevlig stund på dagen? 60% (riket 68%).
 Vid platsbesöket beskrev verksamheten olika åtgärder för att förbättra måltiderna samt möjligheter för de boende att påverka maten.

Anhörigstöd

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

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då rutin för anhörigstöd innehåller kravställda delar, tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgår.

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 den 7 februari 2024</p> <p>Kompetensinventering</p> <p>Rutin egenkontroll basal hygien</p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då observation vid platsbesök visar att Vintrosahemmet tillhandahåller skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen. Arbetskläder förvaras i förråd i källaren på arbetsplatsen och tvättas via cirkulationstvätt. Kompetensinventeringen visar att verksamheten har fem hygienombud. Rutin egenkontroll basal hygien innehåller kravställda delar, tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgår.

Palliativ vård

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> • Utföraren ska ha utsedda palliativa ombud samt minst en palliativ ombudssamordnare 	<p>Kompetensinventering</p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då kompetensinventeringen visar att det finns sex palliativa ombud samt en palliativ ombudssamordnare.

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

Enligt kompetensinventeringen framgår att personal genomgått obligatoriska utbildningar, dock inte i tillräcklig omfattning gällande följande utbildningar:

- Basala hygien (33 % genomförda)
- IBIC (33 %)
- Manuell förflyttning/lyftkörkort (51 %)
- Mat, måltid och nutrition (54 %)
- Palliativ utbildning (49 %)
- SBAR (32 %)
- Treserva (10 %)
- Vardagsrehabilitering (35 %)

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten brister då samtlig personal inte genomfört obligatoriska utbildningar i tillräcklig omfattning. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni kommer arbeta framåt för att personal ska genomföra obligatoriska utbildningar. Inför resultatuppföljning kommer vi 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

Enligt kompetensinventeringen framgår att 64% av omvårdnadspersonalen genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten brister då omvårdnadspersonal inte genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande i tillräcklig omfattning. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni kommer arbeta framåt med rekrytering och kompetensutveckling samt hur ni ska arbeta för att behålla befintlig personal. Inför resultatuppföljning ska ni inkomma med en ny kompetensinventering.

Ledningssystem för kvalitet - Samverkan

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Rutin samverkan internt och externt Vintrosahemmet</p>

Bedömning

Rutinen ni skickat in beskriver samverkan mellan intern personal och att verksamheten har forum för detta. Det framgår vilka yrkeskategorier som deltar och vem/vilka som är ansvarig för respektive träff. Rutinen beskriver hur samverkan med läkare och sjukgymnast från Regionen sker, dock saknas beskrivning av samverkan med tandhygienist. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten brister då rutinen inte innehåller kravställda delar. Inför resultatuppföljning ska ni inkomma med en uppdaterad rutin som beskriver ovanstående.

Ledningssystem för kvalitet - Egenkontroller

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska årligen genomföra egenkontroll inom följande områden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verksamhetens följsamhet till riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i> • Verksamhetens följsamhet till <i>punkt 2.8.4 dokumentation</i> • Verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i <i>Riktlinje Avvikelse, Klagomål och synpunkter</i> • Hälso- och sjukvårdsdokumentation. Egenkontrollen ska överensstämma med Örebro kommuns egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation 	<p>Inskickad sammanställning av egenkontroller genomförda under de senaste 12 månaderna</p>

Bedömning

I sammanställningen framgår att Vintrosahemmet genomfört egenkontroller gällande dokumentation och att inga brister är identifierade. Vidare framgår det att egenkontroll gällande avvikelser saknar åtgärder och uppföljning av dem, samt att egenkontroll gällande basal hygien inte är genomförd. Enheten för

uppföljnings bedömning är att verksamheten brister då egenkontroll gällande avvikelser saknar åtgärder och uppföljning av dem, samt att egenkontroll gällande basal hygien inte är genomförd. Inför resultatuppföljning ska saknade egenkontroller genomföras och ni ska inkomma med en sammanställning av dem.

Ledningssystem för kvalitet - 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>Granskning av rapporterade avvikelser i Treserva från de senaste 12 månaderna</p> <p>Granskning av klagomål/synpunkter i Treserva från de senaste 36 månaderna</p> <p>Rutin egenkontroll – granskning av avvikelser</p>
<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>Information från IVO</p> <p>Klagomål/synpunkter i W3D3 (kommunens ärendehanteringssystem)</p> <p>Socialstyrelsens kundundersökning</p>

Bedömning

Granskning av avvikelser visar att verksamheten de senaste 12 månaderna har 78 registrerade händelser som är utredda, bedömda, åtgärdade och uppföljda i tillräcklig omfattning. De senaste 36 månaderna har 6 klagomål och synpunkter registrerats i Treserva. Klagomålen och synpunkterna är utredda, bedömda och åtgärdade i tillräcklig omfattning, dock är endast 67% uppföljda. Inskickad rutin egenkontroll – granskning av avvikelser innehåller kravställda delar, tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgår. IVO har inte mottagit några klagomål eller synpunkter de senaste 36 månaderna. I W3D3 finns 3 ärenden som är hanterade. Enheten för uppföljnings bedömning är att ni följer processen enligt riktlinje gällande avvikelshantering, dock brister ni i hanteringen av klagomål och synpunkter. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni kommer arbeta framåt för att följa hela processen gällande hantering av klagomål och synpunkter. I samband med resultatuppföljningen kommer vi göra en ny granskning av klagomål och synpunkter i Treserva.

I resultat från Socialstyrelsens kundundersökning 2023 framgår att Vintrosa hemmet ligger högre än riket:

Hur nöjd eller missnöjd är du med ditt äldreboende? 92% (riket 78%)

Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet? 45% (riket 44%)

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 • Hur utföraren säkerställer att personalen ges handledning och stöd för att säkerställa följsamhet till punkt 2.8.4 dokumentation. 	<p>Granskning av 20 verkställighetsjournaler samt 10 genomförandeplaner i Treserva</p> <p>Individuppföljning som genomfördes oktober-november 2023. Individbeslut för 27 boende följdes upp</p> <p>Observation vid platsbesök den 7 februari 2024</p>

Bedömning

Genomförandeplaner och dokumentation i verkställighetsjournaler innehåller kravställda delar i tillräcklig omfattning, dock saknas rutin som beskriver hur utföraren genomför egenkontroll av den löpande dokumentationen som förs i verkställighetsjournal. Vid platsbesök observeras att ingen dokumentation med personuppgifter ligger framme så obehöriga kan se den.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten brister då rutin gällande egenkontroll social dokumentation saknas. Inför resultatuppföljning ska ni inkomma med en rutin gällande egenkontroll av social dokumentation som beskriver tillvägagångssätt.

Nationella register – Senior Alert

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> Utföraren ska genomföra en riskbedömning inom områdena trycksår, undernäring och fall med stöd av kvalitetsregistret Senior alert om inte uppenbart obehövt i enlighet med Örebro kommuns riktlinjer för vårdprevention. Boendet ska ha en eller flera BPSD-administratörer 	Registeruttag Senior Alert Kompetensinventering

Bedömning

Registeruttag från Senior alert visar att 22 av de 34 (65 %) som bor på Vintrosahemmet har en riskbedömning. I kompetensinventeringen framgår att verksamheten har sju BPSD-administratörer. Enheten för uppföljningsbedömning är att verksamheten brister då inte alla som bor på Vintrosahemmet har en riskbedömning enligt Senior alert. Inför resultatuppföljning ska ni inkomma med ett nytt registeruttag.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Följande delar ska dokumenteras i verkställighetsjournal respektive hälso- och sjukvårdsjournal inför användning av skydds- och begränsningsåtgärder: <ul style="list-style-type: none"> Samtycke till begränsningsåtgärden Syftet/målet med begränsningsåtgärden Riskbedömning av begränsningsåtgärden Uppföljning av åtgärden, senaste 6 månaderna 	Sammanställning av verksamhetens skyddsåtgärder

Bedömning

I sammanställning av skydds- och begränsningsåtgärder framgår att Vintrosahemmet har 11 skydds- och begränsningsåtgärder. Skydds- och begränsningsåtgärderna har dokumenterat samtycke i tillräcklig omfattning, dock brister ni gällande syfte, riskbedömning och uppföljning i dokumentationen. Enheten för uppföljningsbedömning är att verksamheten brister då sammanställning av skydds- och begränsningsåtgärder visar att syfte, riskbedömning och uppföljning inte finns i tillräcklig omfattning. Ni ska beskriva i åtgärdsplan hur ni ska säkerställa att samtliga delar genomförs och dokumenteras. Inför resultatuppföljning kommer en ny sammanställning av skydds- och begränsningsåtgärder begäras in.

Hälso- och sjukvård

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <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 	<p>Rutin överlätna hälso- och sjukvårdsåtgärder från annan vårdgivare</p>

Bedömning

Inskickad rutin är övergripande och beskriver annan vårdgivares ansvar i överlämnandet av hälso- och sjukvårdsåtgärder. Vid platsbesök visar det sig att det är ganska olika bland sjuksköterskorna hur de arbetar och att det är mycket muntlig rapportering vilket ses som en risk att det inte förs över till nästa pass. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten brister då rutinen inte innehåller kravställda delar. Inför resultatuppföljning ska ni inkomma med en rutin som beskriver hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder överläts från Vintrosahemmets sjuksköterska och arbetsterapeut till omvårdnadspersonal. Hur omvårdnadspersonal tar emot och planerar för de fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärderna från Regionen samt Vintrosahemmets sjuksköterska och arbetsterapeut ska också framgå.

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. • Utifrån den enskildes förmåga och önskemål ska utföraren verka för att den enskilde upplever en meningsfull tillvaro 	<p>Egenkontroll av dokumentation i 10 genomförandeplaner gällande intressen och önskemål</p> <p>Egenkontroll av 10 dokumenterade aktivitets- och funktionsbedömningar</p> <p>Individuppföljning som genomfördes oktober-november 2023. Individbeslut för 27 boende följdes upp</p>

Bedömning

I verksamhetens egenkontroll framgår att de boende har aktivitets- och funktionsbedömningar i tillräcklig omfattning, dock är önskemål endast dokumenterat i 40% och intressen i 20% av genomförandeplaner. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten brister då önskemål och intressen om aktiviteter i genomförandeplan inte är dokumenterat i tillräcklig omfattning. Resultatet av individuppföljningen överensstämmer med vad som framgår i verksamhetens egenkontroller.

Karolina Fritzson
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun