

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Örebro kommun, Trädgårdarna



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 - Trädgårdarna

Trädgårdarna är ett vård- och omsorgsboende med 85 platser som ligger i nordvästra Örebro på Boglundsängen. Boendet har 81 lägenheter varav 4 för parboende. Det finns tio enheter varav tre har inriktning demenssjukdom och övriga somatisk inriktning.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Trädgårdarna ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd.

Trädgårdarna ska senast den 5 maj 2023 skicka in åtgärdsplanen till eggetval@orebro.se

Bedömningen är att Trädgårdarna brister inom följande kvalitetskrav:

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Kompetens omvårdnadspersonal

Ledningssystem för kvalitet

1. Samverkan
2. Riskanalyser
3. Egenkontroller
4. Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

Dokumentation i IT-system

Skydds- och begränsningsåtgärder

Mat, måltid och nutrition

Anhörigstöd

Hälso- och sjukvård

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

- Uppdaterad kompetensinventering som omfattar alla personal oavsett anställningsform.
- Uppdaterad rutin för hur ni arbetar med samverkan.
- Rutin för hur ni arbetar med riskanalyser.
- Dokumentation från genomförda egenkontroller.
- Rutin för hur ni arbetar med klagomål och synpunkter.
- Registerutdrag från senior alert, bedömning blåsdysfunktion.
- Sammanställning skyddsåtgärder.
- Rutin som beskriver när och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt för hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas.
- Uppdaterad rutin för hur ni arbetar med anhörigstöd.
- Uppdaterad rutin för hur ni arbetar med fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Ovanstående handlingar ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast den 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 den 31 augusti 2023. Vilket innebär att vi kommer att granska inkomna rutiner och underlag samt genomföra granskning av avvikelser i Treserva.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att Trädgårdarna uppfyller följande kvalitetskrav:

Dokumentation

Enligt överenskommelsen (punkt 2.8.4) ska dokumentation ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt följa Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument gällande dokumentation. En genomförandeplan ska påbörjas omgående, vara färdigställd senast två månader efter mottaget uppdrag samt uppdateras vid behov och minst var sjätte månad. Det ska framgå vilka personer som varit delaktiga vid upprättandet av genomförandeplanen och på vilket sätt den boende varit delaktig. Det praktiska genomförandet av individens stöd ska vara beskrivet i genomförandeplanen. Dokumentation i verkställighetsjournal ska visa åtgärder som vidtas för den enskilde samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för genomförandet av insatser. Dokumentationen ska utformas med respekt för den enskildes integritet. Dokumentation om de boende ska förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen.

För att följa upp kravet på dokumentation genomfördes en dokumentationsgranskning. Granskningen visar att av 15 slumpvist utvalda individer var en nyinflyttad och saknade därför en aktuell genomförandeplan. Av kvarstående 14 var 78 % aktuella. Vidare granskades innehållet i de aktuella genomförandeplanerna och samtliga uppfyllde kraven då dessa beskrev hur och när uppdraget ska utföras under hela dygnet för att tillgodose individens behov. Individens delaktighet framgick och det fanns en namngiven kontaktperson. Verkställighetsjournaler för 15 slumpvist utvalda individer granskades för de senaste 12 månaderna. Endast 60 % av dessa 15 bedömdes uppfylla kraven vilket bedömdes som för låg andel. Ytterligare granskning av 15 slumpvist utvalda individers journaler för 12 månader genomfördes. Av slutligen 30 individers granskade verkställighetsjournaler bedömdes 80 % uppfylla kraven på händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid, att det går att följa vad som har genomförts och hur situationen ser ut för individen utifrån dennes behov och beslutade insatser. Dokumentationen var för samtliga 30 granskade verkställighetsjournaler utformad med respekt för individens integritet.

För att säkerställa förvaring av dokumentation innehållande personuppgifter genomfördes en observation vid platsbesök. Inga uppgifter syntes ligga framme för obehöriga, expeditioner för medarbetare och legitimerad personal är läsbara.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att Trädgårdarna uppfyller kraven inom dokumentation i verkställighetsjournalen, samt att ni i tillräcklig omfattning uppfyller kraven på aktuella genomförandeplaner och deras innehåll. Bedömning är även av att förvaring av dokumentation uppfyller kraven.

Hygien och smittskydd

Enligt överenskommelsen (punkt 2.20) ska utföraren följa Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och rutiner gällande hygien och smittskydd som finns publicerade på kommunens och Regionens hemsidor. Utföraren ska även följa Arbetsmiljöverkets (AFS 2018:4) och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 6 2015:10) inom området. Vidare ska utföraren tillhandahålla skyddsutrustning och arbetskläder till personalen samt engångsmaterial i den utsträckning som behövs. Verksamheten ska även ha minst ett hygienombud.

Enligt er kompetensinventering har ni 12 hygienombud. Vid platsbesök genomfördes observation och intervju. Arbetskläder tillhandahålles i tillräcklig omfattning, det finns tillräckligt för dagligt ombyte. Förvaring av arbetskläder sker i separat förråd. Kläderna tvättas i cirkulationstvätt. Ni har förråd med skyddsutrustning i form av engångsförkläden, skyddskläder och handskar samt material för god handhygien.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att Trädgårdarna uppfyller kraven inom hygien och smittskydd.

Palliativ vård

Enligt överenskommelsen (punkt 2.21.6) ska utföraren följa Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument för palliativ vård. Enligt *Riktlinje palliativ vård* ska alla verksamheter som bedriver palliativ vård ha utsedda palliativa ombud som ska förmedla kunskap samt ge stöd till övriga medarbetare. Även palliativa ombudssamordnare ska finnas i verksamheten.

Inför uppföljningen ombads ni inkomma med en kompetensinventering. Av kompetensinventeringen framgår att Trädgårdarna har 12 palliativa ombud samt en palliativ ombudssamordnare.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att Trädgårdarna uppfyller kraven på ombud och ombudssamordnare inom palliativ vård.

Brister i kvalitetskrav

Resultatet av uppföljningen visar att Trädgårdarna brister i kvalitetskrav. Nedan redovisas de brister som föranlett beslut om åtgärdsplan.

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Enligt överenskommelsen (punkt 2.1.1) ska personal genomgått de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.

Inför uppföljning ombads ni inkomma med en kompetensinventering som omfattar all personal oavsett anställningsform. Vi har granskat er kompetensinventering som visar att personal inte har genomgått obligatoriska utbildningar i tillräcklig utsträckning: Basala hygienrutiner i vård och omsorg: Ingen har genomfört det senaste året. IBIC, SBAR, Vardagsrehabilitering: Ingen har genomfört.

Följande utbildningar har samtliga ordinarie medarbetare genomgått: Manuell förflyttning/lyftkörkort, Mat, måltid och nutrition, Palliativ utbildning, Treserva, Demens ABC.

Vid platsbesök beskrev ni att timanställda och vikarier inte ingår i kompetensinventeringen och att ni inte har dokumentation om vilka utbildningar som dessa har genomgått. Ni samverkar med bemanningsenheten som förser er med vikarier.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte i tillräcklig omfattning uppfyller kraven inom obligatoriska utbildningar. Ni brister i kraven för Basala hygienrutiner i vård och omsorg, IBIC, SBAR samt Vardagsrehabilitering då ingen personal har genomgått dessa.

Åtgärd

Trädgårdarna ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för er plan för att uppnå kravet att säkerställa att all personal genomgår obligatoriska utbildningar. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd.

Ni ska inför resultatuppföljningen inkomma med en uppdaterad kompetensinventering som omfattar alla personal oavsett anställningsform.

Kompetens- omvårdnadspersonal

Enligt överenskommelsen (punkt 2.22.2) ska minst 85 % av all omvårdnadspersonal, oavsett anställningsform, ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Inför uppföljningen ombads ni inkomma med en kompetensinventering. Utifrån denna framgår att Trädgårdarna har 100 % av omvårdnadspersonalen (79 tillsvidareanställda medarbetare) genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. Vid platsbesök uppgavs att timanställda och vikarier inte finns med på kompetensinventeringen. Enligt er uppgift saknar många av timanställda eller vikarier utbildning som motsvarar kravet.

Bedömning

Enheten för uppföljnings kan inte göra en bedömning om Trädgårdarna uppfyller kraven då ni inte har redovisat vilken utbildning som all förekommande personal har genomgått.

Åtgärd

Trädgårdarna ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för er plan för att uppnå kravet att säkerställa att all personal genomgått omvårdnadsutbildning eller motsvarande. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd.

Trädgårdarna ska i samband med resultatuppföljning inkomma med en uppdaterad kompetensinventering som omfattar alla medarbetare, oavsett anställningsform.

Ledningssystem för kvalitet

Enligt överenskommelsen (punkt 2.7) ska utföraren ha ett ledningssystem som uppfyller de krav som finns i lagar och föreskrifter, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) samt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659).

Kvalitetsledningssystemet är uppbyggt av flera delar och Enheten för uppföljnings bedömning är att Trädgårdarna inte i tillräcklig omfattning uppfyller krav i följande delar:

-Samverkan

Enligt överenskommelsen (punkt 2.7.1) ska utföraren ha rutiner för hur daglig samverkan och informationsöverföring sker i verksamheten mellan olika professioner och funktioner. Rutinen ska utgå ifrån verksamhetens behov av samverkan. Den ska innehålla en beskrivning av vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används för att möta behoven. Hur samverkan och informationsöverföring sker mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal ska finnas särskilt beskriven. Med legitimerad personal menas utförarens arbetsterapeut och sjuksköterska samt regionens sjukgymnast/fysioterapeut, läkare och tandhygienist.

Inför uppföljningen ombads ni inkomma med er rutin för samverkan. Vi har granskat inkommen rutin som uppger interna forum som APT, teamträffar och rapport. Verksamhetssystemen Treserva eller NPÖ används vid samverkan. HSL gruppen har verksamhetsmöten med ansvarig vårdcentral

Vid platsbesök beskrev ni hur ni samverkar både internt och externt samt vilka funktioner som ansvarar och med vilka externa aktörer ni samverkar. Ni har väl utarbetade arbetssätt för samverkan som ni behöver beskriva i er rutin.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är Trädgårdarna inte uppfyller kravet då inkommen rutin saknar ansvarsfördelning och tillvägagångssätt för hur ni arbetar med samverkan. Rutinen saknar även en del externa aktörer som ni vid platsbesök beskriver att ni samverkar med.

Åtgärd

Trädgårdarna ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för er plan för att uppnå kravet. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd.

Ni ska inför resultatuppföljningen inkomma med uppdaterad rutin för samverkan som uppfyller kraven i överenskommelsen. Rutinen ska innehålla en tydlig beskrivning/ instruktion av hur samverkan sker samt ansvarsfördelning. Rutinen ska innehålla en beskrivning av vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt som används. Hur samverkan och informationsöverföring sker mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal ska finnas särskilt beskriven. Med legitimerad personal menas utförarens arbetsterapeut och sjuksköterska samt regionens sjukgymnast/fysioterapeut, läkare och tandhygienist.

-Riskanalyser

Riskanalyser är ett förebyggande verktyg som ska användas på verksamhetsnivå för att identifiera risker som kan komma att påverka verksamhetens kvalitet. Enligt överenskommelsen (punkt 2.7.2) ska riskanalyser genomföras inför förändringar som skulle kunna innebära att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar, föreskrifter och styrdokument. För varje risk som identifieras ska utföraren uppskatta sannolikheten att risken inträffar och vilka konsekvenser som risken skulle kunna innebära. Handlingsplaner ska upprättas och åtgärder vidtas för de risker som identifierats. Riskanalyser och det förbättringsarbete som genomförs ska dokumenteras.

Inför uppföljningen ombads ni inkomma med er rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser samt en sammanställning över genomförda riskanalyser de senaste 12 månaderna. Ni har inte inkommit med någon rutin eller sammanställning. Vid platsbesök beskrev ni en nyligen påbörjad riskanalys, ni visade hur ni dokumenterat denna och beskrev hur ni planerar att arbeta vidare. Ni visade kommunens intranät, att ni följer de metoder som finns där för riskanalys.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att Trädgårdarna inte uppfyller kravet då ni inte inkommit med en rutin för hur ni arbetar med riskanalyser.

Åtgärd

Trädgårdarna ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för er plan för att uppnå kravet. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd.

Ni ska inför resultatuppföljningen inkomma med rutin som beskriver hur ni avser att arbeta med riskanalyser, i enlighet med krav i överenskommelsen.

-Egenkontroller

Enligt överenskommelsen (punkt 2.7.3) ska utföraren regelbundet genomföra egenkontroller inom den egna verksamheten. Detta för att systematiskt kunna följa upp och utvärdera verksamheten samt kontrollera att den följer aktuella lagar, föreskrifter och styrdokument i syfte att säkra verksamhetens kvalitet. För de brister som identifieras vid egenkontroller ska utföraren skapa handlingsplan för planering och genomförande av åtgärdsarbete. Egenkontroller som genomförs ska dokumenteras. Utföraren ska årligen genomföra egenkontroll inom de områden som uppdragsgivaren begär samt de egenkontroller som verksamheten själva bedömer krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Utöver SOSFS 2011:9 krav på egenkontroller ska utföraren i enlighet med överenskommelsen genomföra egenkontroll inom basal hygien, dokumentation och avvikelprocessen.

Inför uppföljningen ombads ni skicka in en sammanställning av egenkontroller genomförda de senaste 12 månaderna. Sammanställningen skulle beskriva vilka egenkontroller som hade genomförts. Om ni hade identifierat brister skulle det

framgå vilka åtgärder som genomförts, hur ni hade följt upp åtgärderna och dess effekt.

Vi har granskat er sammanställning där det framgår att ni har genomfört egenkontroll av basal hygien, ni identifierade en brist som ni tog upp på arbetsplatsträffar. Det framgår inte om ni har följt upp åtgärden. Det framgår att ni har genomfört en avvikelsegranskning, resultatet av den framgår inte av sammanställningen. Inom övriga kravställda områden framgår inte om ni har genomfört egenkontroller. Vid platsbesök beskrev ni hur ni arbetat med egenkontrollerna. Egenkontroll av fortlöpande dokumentation i verkställighetsjournal har ni inte genomfört, däremot har ni nyligen genomfört egenkontroll på genomförandeplaner. Ni beskriver att alla egenkontroller hanteras i QPR; Vård och omsorgs kvalitetsledningssystem.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att Trädgårdarna inte uppfyller samtliga krav inom egenkontroller då ni inte genomfört eller inkommit med dokumentation från samtliga kravställda egenkontroller.

Åtgärd

Trädgårdarna ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för er plan för att uppnå kravet. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd.

Ni ska inför resultatuppföljningen inkomma med dokumentation från samtliga kravställda egenkontroller; inom basal hygien, dokumentation och avvikelseprocessen. Om ni identifierat brister ska det av dokumentationen framgå vilka åtgärder som genomförts, hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt.

-Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

Enligt socialtjänstlagen, patientsäkerhetslagen samt Socialstyrelsens föreskrifter har utföraren ett ansvar att rapportera, utreda och följa upp händelser som sker i eller kommer till verksamheten. Med händelser menas avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren ska genom ett strukturerat kvalitetsarbete förebygga att missförhållanden och vårdskador inträffar. Utföraren ska enligt överenskommelsen (punkt 2.7.4) följa Örebro kommuns *Riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter*.

Avvikelser

För att bedöma er följsamhet till avvikelseprocessen i stegen utreda, bedöma, åtgärda och följa upp har en granskning genomförts i Treservas avvikelsem modul. Perioden som granskats är 12 månader (2022-02-01 till 2023-02-01).

Totalt fanns 417 rapporterade händelser varav ni bedömt 149 som avvikelser. 104 avvikelser följer hela processen och är avslutade, granskning av dessa visar att ni har följsamhet i tillräcklig omfattning i stegen utreda, bedöma samt åtgärda. Granskning visar att ni har lägre följsamhet i steget följa upp där endast 70 % av de avslutade avvikelserna är hanterade. Den lägre andelen uppföljda avvikelser

beror enligt enhetschef på att avvikelseärenden kan avslutas samma dag som de tas upp i teamet. Ni har ett arbetssätt för att hantera avvikelser med avvikelseträffar och teamträffar varje vecka.

Med anledning av att många rapporterade händelser inte bedöms som avvikelser fick verksamheten beskriva på platsbesök hur ni arbetar med dessa. Enhetschef beskrev att fallhändelser avslutas eftersom ni inte kan göra något om det inte är uppenbart att händelsen beror på verksamheten.

Klagomål och synpunkter

För att bedöma er följsamhet till processen för hantering av klagomål och synpunkter i enlighet med riktlinjen har vi begärt svar på om klagomål rapporterats till IVO, sökt i kommunens diarie- och ärendehanteringssystem W3D3 samt i avvikelsemodulen i Treserva för 36 månader bakåt i tiden. Inga klagomål har rapporterats till IVO. Det finns tre klagomål som registrerats och hanterats i W3D3. I avvikelsemodulen finns fyra rapporterade klagomål/synpunkter varav tre hanterats i samtliga steg i processen.

Vi har tagit del av Socialstyrelsens undersökning 2022 *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen*, där har 48% av de boende på Trädgårdarna som besvarat undersökningen uppgett att de vet var de ska vända sig med klagomål och synpunkter, i jämförelse med rikets 43%.

Vid platsbesök beskrev ni att den låga andelen rapporterade klagomål/synpunkter över tid enligt enhetschef beror på kompetensbrist. Verksamheten har inte fört in klagomål och synpunkter i avvikelsemodulen i Treserva. Vid nyanställning beskrev enhetschef att den som introducerar förväntas informera om rapporteringsskyldigheten. Vid frågan om ni har en rutin för hur den boende eller anhöriga lämnar synpunkter eller klagomål så beskrev enhetschef att ni saknar detta utöver blanketten *Hjälp oss att bli bättre*.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att Trädgårdarna uppfyller delar av kraven då ni registrerat och hanterat avvikelser i Treserva och uppvisar följsamhet i stegen bedöma, utreda och åtgärda. Ni har lägre följsamhet i steget följa upp, vilket behöver förbättras. Trädgårdarna brister i kraven då ni inte rapporterat och hanterat samtliga klagomål och synpunkter i avvikelsemodulen i Treserva.

Åtgärd

Trädgårdarna ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för er plan för att uppnå kravet att uppnå följsamhet i avvikelseprocessen. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd.

Ni ska inför resultatuppföljningen inkomma med rutin för hur ni arbetar med klagomål och synpunkter. Vid resultatuppföljning kommer en ny granskning att genomföras av verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen i Treserva.

Dokumentation i IT-system (Nationella register)

-BPSD

Enligt krav i överenskommelsen (punkt 2.8.5) ska utföraren registrera i BPSD-registret och använda det arbetssätt som beskrivs där. Detta innebär bland annat att ni ska ha en eller flera BPSD-administratörer.

Syfte och mål med BPSD-registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom/ kognitiv sjukdom.

Inför uppföljningen ombads ni inkomma med en kompetensinventering i vilken det framkommer att ni har 19 BPSD-administratörer.

Bedömning

Utifrån att Trädgårdarna har flera BPSD-administratörer och därmed förutsättningar att arbeta i BPSD-registret bedömer Enheten för uppföljning att ni uppfyller kravet.

-Senior Alert

Enligt överenskommelsen (punkt 2.8.5) och Örebro kommuns riktlinje för vårdprevention ska utföraren genomföra riskbedömning enligt Senior Alert. De områden som ska riskbedömas är trycksår, undernäring, fall, blåsdysfunktion och munhälsa. Utifrån identifierade risker ska åtgärder genomföras och följas upp. Utföraren ska vidta adekvata åtgärder för att förebygga eller åtgärda de risker som identifieras.

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/ eller har problem med blåsdysfunktion.

För att bedöma om ni uppfyller kravet begärdes ett registeruttag från Senior Alert gällande områdena trycksår, undernäring, fall, munhälsa samt blåsdysfunktion för de senaste 12 månaderna. Uttaget visar att 76 boende är riskbedömda, ni genomför riskbedömningar inom områdena fall, trycksår, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion. Inom området blåsdysfunktion har endast 46 boende motsvarande 59 % en riskbedömning.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att Trädgårdarna uppfyller kraven i genomförda riskbedömningar inom områdena fall, trycksår, undernäring samt munhälsa. Bedömning är att ni inte i tillräcklig omfattning uppfyller kraven inom Senior Alert, då inte samtliga boende har riskbedömts inom området blåsdysfunktion.

Åtgärd

Trädgårdarna ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för er plan för att uppnå kravet att säkerställa att samtliga boende har riskbedömts inom området blåsdysfunktion. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska inför resultatuppföljningen inkomma med ett nytt registerutdrag från Senior Alert för bedömning av blåsdysfunktion.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Enligt överenskommelsen (punkt 2.9.9) ska utföraren följa riktlinjer och styrdokument för skydds- och begränsningsåtgärder. Enligt länsövergripande riktlinje ska någon form av samtycke inhämtas från den enskilde för att det ska vara tillåtet att använda skydds- och begränsningsåtgärder. Syftet med åtgärden ska vara att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera den enskilde. Åtgärder som syftar till att utöva tvång eller mot den enskildes vilja begränsa hans rörelsefrihet är inte tillåtna. Syftet med åtgärden får inte heller vara att kompensera för brister i verksamheten. I dokumentation ska kartläggning, riskanalys och de etiska överväganden som varit aktuella framkomma. Skydds- och begränsningsåtgärder ska följas upp två gånger per år.

Inför uppföljningen ombads ni göra en sammanställning av verksamhetens skydds- och begränsningsåtgärder i form av rullstolsbord, positioneringsbälte och/eller uppfällda sänggrindar. Vi kan utifrån inkommen sammanställning se att Trädgårdarna har ordinerat 24 skyddsåtgärder, varav samtycke finns dokumenterat för 92 % och syfte finns dokumenterat för 88%. Riskbedömning finns endast dokumenterat för 16%. Uppföljning finns dokumenterat för 75% under det senaste året. Vid platsbesök beskrev ni hur ni arbetar i teamet med skyddsåtgärder, ni är medvetna om att riskbedömningar är ett förbättringsområde.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att Trädgårdarna inte i uppfyller kravet i tillräcklig omfattning i enlighet med länsövergripande riktlinje, då riskbedömning saknas för merparten av insatta åtgärder.

Åtgärd

Trädgårdarna ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för er plan för att uppnå kravet att säkerställa att samtliga insatta skyddsåtgärder har riskbedömts. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd.

Ni ska inför resultatuppföljningen inkomma med en uppdaterad sammanställning över förekommande skyddsåtgärder i er verksamhet.

Mat, måltid och nutrition

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Örebro kommuns riktlinjer för mat, måltid och nutrition. I riktlinjen beskrivs utförarens ansvar för bland annat mat, måltid, riskbedömning, nutrivitionsutredning och behandling.

Inför uppföljningen begärde vi in er rutin för när och hur en patients näringstillstånd ska utredas, för hur undernäring ska förebyggas och vid behov behandlas. Ni har inte inkommit med en rutin. Ni har skickat in *Nutrivitionsutredning vid risk för undernäring* som är ett metodstöd, *Mat och vätskeregistrering* som är en del av nutrivitionsutredningen och *Riskbedömning Senior alert* som används vid bedömning av risk för undernäring.

Vi har genomfört en granskning av 14 slumpvist utvalda genomförandeplaner för att bedöma om er planering för mat och måltider är individuellt anpassade utifrån vad, var, hur och när individen önskar äta. Behov och önskemål kring mat och måltider framgår i 12 av de granskade genomförandeplanerna.

Vi har tagit del av Socialstyrelsens undersökning 2022 *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen* som visar att 58% av de boende på Trädgårdarna som besvarat undersökningen anser att maten brukar smaka bra, i jämförelse med rikets 71%. Av de boende som besvarat undersökningen anser 70 % att måltiderna är en trevlig stund, i jämförelse med rikets 66%.

Vid platsbesök beskrev enhetschef att det sämre resultatet på frågan om maten smakar bra kunde bero på att kocken bytts ut eller att det saknats ugn en längre tid. Kommentarer kring maten brukar vara att det är för dåligt saltat eller kryddat. När klagomål/synpunkter kommer så återkopplar enhetscheferna till enhetschef för restaurangen. På platsbesök beskrev arbetsterapeut att måltidsituationen anpassas, tex miljö och placering så att ingen utesluts och det blir en trevlig stund.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att planering, behov och önskemål för mat och måltider finns i tillräcklig omfattning beskrivet i genomförandeplaner.

Trädgårdarna uppfyller inte krav i enlighet med riktlinjen då ni inte inkommit med rutin som beskriver när och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt hur undernäring ska förebyggas och vid behov behandlas.

Åtgärd

Trädgårdarna ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för er plan för att uppnå kravet att säkerställa att samtliga insatta åtgärder har riskbedömts. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd.

Ni ska inför resultatuppföljningen inkomma med en rutin som ska beskriva när och hur en patients näringstillstånd ska utredas, för hur undernäring ska förebyggas och vid behov behandlas. Rutinen ska innehålla ansvarsfördelning och en tydlig beskrivning/instruktion av utförandet.

Anhörigstöd

Enligt överenskommelsen ska utföraren ha en rutin som beskriver hur de arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen.

Inför uppföljningen begärde vi in er rutin som beskriver hur ni arbetar i enlighet med överenskommelsen. Den rutin ni inkommit med är en beskrivning av vad ni ska arbeta med för att göra anhöriga delaktiga i vård- och omsorgsarbetet. Punkter ni tar upp är till exempel att vara med vid inflyttnings- och välkomstsamtal, vara med vid formulerande av genomförandeplaner och att uppmuntra till att ge synpunkter. Instruktioner för genomförande eller vilken funktion som ansvarar för vad framgår inte. Vid platsbesök beskrev enhetschefer att ni känner anhöriga så de kan bara höra av sig, ni har ett bra samarbete och dialog med anhöriga.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att Trädgårdarna inte i tillräcklig omfattning uppfyller kravet på anhörigstöd då er rutin saknar beskrivning av vad som ska göras, när, hur och vem/ vilken funktion som ska göra det.

Åtgärd

Trädgårdarna ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för er plan för att uppnå kravet. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd.

Ni ska inför resultatuppföljningen inkomma med en uppdaterad rutin för anhörigstöd som innehåller ansvarsfördelning och en tydlig beskrivning/instruktion av utförandet.

Hälso- och sjukvård

Utföraren ska följa gällande lagar och föreskrifter för hälso- och sjukvård samt Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument för hälso-och sjukvård. Enligt överenskommelsen ska utföraren 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.

Inför uppföljningen begärde vi in er rutin för fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder. Ni har skickat in en central rutin för delegering av läkemedel som beskriver delegeringsprocessen. Rutinen beskriver hur förfarandet ser ut när omvårdnadspersonal får en generell delegering. Rutinen beskriver inte hur en fördelad eller delegerad hälso- och sjukvårdsåtgärd praktiskt överläts från legitimerade personal till omvårdnadspersonal. Rutinen beskriver inte heller hur omvårdnadspersonal praktiskt tar emot och planerar för den fördelade eller

delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärden så att den blir känd och finns tillgänglig för den personal som ska utföra den.

Vid platsbesök beskrev ni arbetssätt för hur personal tar emot en fördelad åtgärd från arbetsterapeut, sjuksköterska och fysioterapeut. Ni saknar dessa delar i er rutin.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att Trädgårdarna inte i tillräcklig omfattning uppfyller kravet inom hälso- och sjukvård då era rutiner för fördelad och delegerad hälso- och sjukvårdsåtgärder saknar beskrivning av hur fördelad hälso- och sjukvårdsåtgärd från arbetsterapeut, sjuksköterska eller fysioterapeut tas emot, planeras för och blir känd samt tillgänglig för personal som ska utföra dem.

Åtgärd

Trädgårdarna ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för er plan för att uppnå kravet. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd.

Ni ska inför resultatuppföljningen inkomma med en uppdaterad rutin som innehåller ansvarsfördelning och en tydlig beskrivning/instruktion av utförandet för hur fördelad hälso- och sjukvårdsåtgärd från arbetsterapeut, sjuksköterska eller fysioterapeut tas emot, planeras för och blir känd samt tillgänglig för personal som ska utföra dem.

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 den 29 mars 2023.

Underlag för bedömning:

- Intervju
- Observation
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Verkställighetsjournal
- Dokumentation
- Socialstyrelsens undersökning 2022 *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen*
- Myndighetsinformation
- Rutiner
- Tidigare uppföljningar

Malin Paulsson
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun