

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Klosterbacken, Örebro kommun

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 642/2018. 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 - Klosterbacken

Klosterbacken är ett kommunalt vård- och omsorgsboende som drivs som intraprenad sedan 2008. Det finns 60 platser för boende och de är fördelade på fyra grupper; ett gruppboende och ett vårdboende för personer med demenssjukdom samt två grupper med somatisk inriktning. Klosterbacken samarbetar med Olaus Petri vårdcentral som ligger i samma byggnad.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i verksamheten och beslutar därmed att Klosterbacken ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Klosterbacken ska **senast den 1 september 2021** skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se. Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

- **Kvalitetsledningssystem**
 - Samverkan
 - Riskanalyser
 - Egenkontroller
 - Utredning av avvikelser
 - Rapporteringsskyldighet
- **Hälso- och sjukvård**
- **Skydds- och begränsningsåtgärder**
- **Aktiv och meningsfull tillvaro**
- **Anhörigstöd**

Med anledning av ovanstående brister ska utföraren även skicka in följande rutiner. I rutinerna ska tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgå:

- Rutiner för samverkan inom den egna verksamheten och med externa aktörer.
- Lokal rutin för hur synpunkter, klagomål, fel och brister tas emot, utreds från kund och anhöriga men även personal och andra aktörer.

- Rutin som säkerställer att information om skyldigheten att rapportera ges av närmaste chef när en anställning påbörjas och därefter minst en gång per år. Av rutinen ska det också framgå hur rapportering går till samt hur anmälan enligt Lex Sarah ska göras i er verksamhet.
- Lokal rutin för stöd till anhöriga

Handlingarna ska vara inskickade till eggetval@orebro.se senast den 7 oktober 2021.

Enheten för uppföljning kommer att följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning. En resultatuppföljning kommer att genomföras efter den 7 oktober 2021. Detta innebär att vi kommer granska inkomna handlingar samt genomföra en granskning gällande de brister i dokumentationen som redovisas i denna rapport

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

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Dokumentation och förvaring

Enligt överenskommelsen ansvarar utföraren för att personalen har sådana kunskaper att dokumentationen sker i enlighet med socialtjänstlagen och patientdatalagen.

- Social dokumentation

Här erinras särskilt om utförarens skyldighet att dokumentera faktiska omständigheter och händelser av betydelse. För att säkra delaktighet och kontinuitet ska en individuell vård och omsorgsplan formuleras tillsammans med den enskilde eller dennes företrädare. Den hjälp och det stöd som planeras ska följas upp.

För att bedöma om ni uppfyller kravet genomfördes en dokumentationsgranskning av 15 boendes journaler. Perioden för granskningen var 12 månader tillbaka i tiden från granskningstillfället. Granskningen innefattade både verkställighetsjournaler och genomförandeplaner.

Granskningen visade att samtliga boendes verkställighetsjournaler uppfyllde kravet. Dokumentationen var utformad med respekt för den enskildes integritet och det gick att följa den individuella vård och omsorgsprocessen, det vill säga det fanns kontinuerlig dokumentation om händelse av betydelse och faktiska omständigheter över tid.

Av de 15 boendes journaler som vi granskade var det 13 som hade en aktuell genomförandeplan, vilket vi bedömer som godkänt. En person saknade genomförandeplan och en persons plan var äldre än sex månader. I genomförandeplanerna framgick hur insatserna ska utföras under hela dygnet för att uppnå mål med insatsen.

- **Hälso- och sjukvårdsdokumentation**

För dokumentation inom hälso- och sjukvård ska utföraren följa Örebro läns riktlinje Informationshantering och journalföring i kommunal hälso- och sjukvård.

Inför uppföljningen ombads ni inkomma med en beskrivning av hur ni arbetar med att ta emot, planera för, genomföra och dokumentera de hälso- och sjukvårdsinsatser som överläts av legitimerad personal. För att uppfylla kravet i överenskommelsen ska verksamheten säkerställa att kravet på god och säker vård upprätthålls när en arbetsuppgift överläts till någon annan att utföra. Vår granskning av er beskrivning visar att den innehåller efterfrågade delar.

Enligt patientdatalag (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården ska journalen innehålla samtycken och återkallade samtycken. I samband med uppföljningen valde vi slumpmässigt ut 29 boendes hälso- och sjukvårdsjournaler för granskning. Vår granskning visar att det i 23 av journalerna fanns ett dokumenterat samtycke för informationsöverföring mellan vårdgivare vilket vi bedömer som godkänt.

Ni har genomfört egenkontroller av dokumentation och skapat handlingsplaner utifrån de brister ni uppmärksammat. Hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt framgår inte vilket är en brist som redovisas under rubriken egenkontroll. Bedömningen är att ni uppfyller krav på social dokumentation och hälso- och sjukvårdsdokumentation enligt överenskommelsen.

Personlig omvårdnad

Enlig överenskommelsen utgår personlig omvårdnad från att den boendes funktioner i den dagliga livsföringen ska upprätthållas samt att social isolering ska motverkas.

I samband med uppföljningen granskade vi ert resultat på frågan ”Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende?” i Socialstyrelsens kundundersökning (2020). Där når ni inte riktigt upp till rikssnittet.

Vid det digitala mötet framkom att ni aktivt arbetar med att möjliggöra för den boende att upprätthålla sitt sociala nätverk och att ni strävar efter att förstå vad som är bäst utifrån varje boendes perspektiv. Ni diskuterar denna punkt på arbetsplatsträffar, det finns boenderåd, ni uppmärksammar den boendes mående och vid vårdplanering frågar ni hur den boende trivs. Den sammantagna bedömningen är att ni uppfyller krav i överenskommelse.

Vård i livets slutskede

Enligt överenskommelsen ska ni möjliggöra för den boende att behålla en god livskvalitet till livets slut. Enligt riktlinje palliativ vård ska antalet personal som besöker en palliativ patient minimeras i syfte att skapa god kontinuitet i vården. God kontinuitet tillsammans med en väl fungerande kommunikation mellan boende, närstående och teamet utgör grunden för ett respektfullt bemötande. Detta bidrar till att skapa och upprätthålla en god vård i livets slutskede för både den boende och närstående

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med rutin som beskriver hur ni möjliggör en hög personalkontinuitet hos den boende vid palliativt vak. Ni saknar den efterfrågade rutinen, men i riktlinjen, som uppdaterades den 3 maj 2021, finns inte längre kravet kvar att ni ska ha denna rutin.

Ni har inkommit med en beskrivning av hur ni arbetar med personalkontinuitet hos den boende vid palliativt vak. Det finns en struktur på enheten när palliativt vak krävs och i möjligaste mån begränsar ni antal personer som sitter vak. Detta sker i en dialog mellan sjuksköterska och bemanningsansvarig. Ni beskriver att ni utgår från den palliativa riktlinjen och att det är vedertaget bland personalen att det är den som känner den boende bäst som sitter vak. Bedömningen är att ni uppfyller krav i överenskommelsen.

Individuell planering

Enligt överenskommelsen innebär individuell planering bland annat att den boendes individualitet ska synas i planeringen och att det är varje boendes unika levnadsberättelse som är utgångspunkten för vården och omsorgen.

I samband med uppföljningen valde vi slumpvis ut 15 boendes genomförandeplaner. Av dessa var 13 aktuella och de granskades vidare utifrån innehåll. Vår granskning visade att den boendes delaktighet framgår i samtliga av dessa genomförandeplaner. I vår bedömning har vi även tagit med ert resultat på Socialstyrelsens kundundersökning (2020) avseende hur de boende upplever att personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål samt om de kan påverka vid vilka tider personalen kommer. Där ligger ert resultat precis under rikssnittet men i kombination med att den boendes delaktighet framgår i samtliga granskade genomförandeplaner är vår sammantagna bedömning ändå att ni uppfyller krav i överenskommelsen.

Bemötande

Enligt överenskommelsen ska ni utgå från en gemensam värdegrund där alla människors lika värde och lika rätt poängteras. Detta innebär bland annat att personalen ska respektera den boendes integritet och självbestämmande och att vården och omsorgen ska anpassas efter den boendes nuvarande önskemål och behov.

I samband med uppföljningen granskade vi resultatet från Socialstyrelsens kundundersökning (2020) och när det gäller personalens bemötande ligger ert resultat i linje med rikets. Bedömningen är att ni uppfyller krav i överenskommelsen.

Kontaktmannaskap

Enligt överenskommelsen är syftet med kontaktmannaskap att skapa kontinuitet och trygghet för den boende samt att öka dennes inflytande. Den boende ska få en utsedd kontaktperson och om så önskas ska den boende kunna byta kontaktperson.

Vid det digitala mötet uppgav ni att alla boende har en kontaktperson och att byte av kontaktperson möjliggörs om så önskas. Det är kontaktpersonen som skapar genomförandeplan och har kontakt med anhöriga. Ni har även något som kallas "KP-tid", vilket innebär att kontaktpersonen spenderar tid med en enskild boende. Bedömningen är att ni uppfyller krav i överenskommelse.

Mat, måltid och nutrition

Enligt överenskommelsen ska ni sträva efter att ge de boende positiva matupplevelser. Det innebär bland annat att matsedeln ska anpassas efter varje boendes behov och vanor och att de boende ges möjlighet att lämna synpunkter och önskemål. Vidare ska den boendes önskemål kring sina måltider framgå i genomförandeplanen.

I samband med uppföljningen valde vi slumpvis ut 15 boendes genomförandeplaner. Av dessa var 13 aktuella och dessa granskades vidare utifrån innehåll. I samtliga granskade genomförandeplaner fanns den boendes behov och önskemål kring måltider dokumenterade. För att kunna bedöma denna punkt i överenskommelsen har vi även tittat på ert resultat på Socialstyrelsens kundundersökning (2020). Där når ni inte upp till rikssnittet på frågorna som rör mat och måltider. Vid det digitala mötet uppgav ni att maten diskuteras på boenderådet och att kökschefen fångar in synpunkter från de boende. De boende har fått skriva en "tio i topplista" med sin favoritmat, det går att få anpassad kost och om de boende av någon anledning inte vill äta den mat som serveras kan de få något annat. Den sammantagna bedömningen är att ni uppfyller krav i överenskommelse.

Läkemedelshantering

Enligt överenskommelsen ska läkemedel hanteras på ett betryggande sätt för att kunna tillgodose en hög patientsäkerhet. Utföraren ska följa Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2017:37 gällande läkemedelshantering och det ska finnas enhetliga och säkra arbetsrutiner som följer riktlinjer från Örebro kommun.

I samband med uppföljningen begärde vi in er lokala rutin för hantering av läkemedel. Rutinen granskades och bedömningen är att er hantering av läkemedel uppfyller kraven.

Brister i kvalitetskrav

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

Kvalitetsledningssystem

Enligt överenskommelsen 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). I ledningssystemet ska finnas beskrivning som visar att utföraren har systematisk internkontroll. Det innebär att utföraren säkerställer att det finns säkerhet och tillförlitlighet i processer och rutiner i sin verksamhet.

- Samverkan

Kvalitetsledningssystemet ska innehålla rutiner för samverkan inom den egna verksamheten och med externa aktörer.

Inför uppföljningen ombads ni att inkomma med rutin för hur intern samverkan sker mellan personal och funktioner inom den egna verksamheten samt för hur extern samverkan sker med andra aktörer, vårdgivare och myndigheter. Ni skickade in en beskrivning av hur ni samverkar internt och externt i olika forum men saknar rutiner för samverkan.

Bedömningen är att ni inte uppfyller kravet då ni saknar rutiner för samverkan. Er beskrivning är ett bra underlag till en rutin men ni behöver upprätta rutiner.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan samt rutiner för samverkan inom den egna verksamheten och med externa aktörer. I rutinerna ska tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgå.

- Riskanalyser

Riskanalyser ska vara en del av kvalitetsledningssystemet, de ska genomföras för att förebygga att händelser som påverkar verksamhetens kvalitet inträffar. En dokumenterad och fastställd process för hur man arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra verksamheten ska finnas.

Ni ombads att inkomma med en beskrivning av hur ni arbetar med riskanalyser och en sammanställning över de riskanalyser ni genomfört under det senaste året. Vi har granskat er beskrivning och sammanställning.

I beskrivningen går det att följa hur ni arbetar med att identifiera och beskriva risker, värdera och åtgärda. I sammanställningen kan vi se anledning till att riskanalyserna genomförts, vilka risker som identifierats och vilka åtgärder som planerats samt vem som är ansvarig för åtgärden. I både beskrivningen och sammanställningen saknas dock hur ni följer upp åtgärderna och dess effekt.

Bedömningen är att ni inte uppfyller kravet till fullo då ni inte kunnat redovisa hur ni genomför samtliga delar i arbetet med riskanalyser.

Ni behöver säkerställa att det i kommande riskanalyser framgår hur ni ska följa upp åtgärder och dess effekt. Ni ska inkomma med åtgärdsplan där det framgår hur ni ska arbeta med att följa upp åtgärder och dess effekt.

- Egenkontroller

Egenkontroller ska genomföras som en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i kvalitetsledningssystemet.

Ni ombads skicka in en beskrivning av hur ni arbetar med egenkontroller och en sammanställning av de egenkontroller som genomförts under det senaste året. Vi har granskat er beskrivning och sammanställning.

I beskrivningen framgick hur ni planerar för och genomför egenkontroller. I er sammanställning framgick att ni genomfört egenkontroller av dokumentation, hygien och följsamhet till avvikelseprocessen vilket är krav i överenskommelsen. Det framgick vilka brister som har identifierats, vilka åtgärder som genomförts utifrån bristerna men inte hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt.

Bedömningen är att ni inte uppfyller kravet till fullo då era egenkontroller saknar beskrivning av hur ni följt upp åtgärder och vilka effekter de insatta åtgärderna haft. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska följa upp och dokumentera åtgärder och dess effekt.

- Klagomål och synpunkter

Genom att systematiskt rapportera, utreda, analysera, åtgärda och följa upp klagomål och synpunkter kan verksamheten dra lärdom av det som hänt och genomföra förändringar för att förhindra upprepning. Enligt Riktlinje för Avvikelse, Klagomål och Synpunkter ska det finnas lokala rutiner för hantering av klagomål och synpunkter. Rutinerna ska tydliggöra vilka klagomål som ska hanteras i enlighet med aktuell riktlinje eller på andra sätt beroende på klagomålets innehåll.

Ni ombads inkomma med en rutin som beskriver hur synpunkter, klagomål, fel och brister tas emot, utreds från den boende och anhöriga men även personal och andra aktörer. I rutinen ska även framgå hur klagomål åtgärdas, analyseras och sammanställs. En lokal nedtecknad rutin saknas men ni uppgav att ni hanterar och återkopplar klagomål och synpunkter enligt riktlinjen.

En sökning i Treserva visar att ni har två rapporterade klagomål/synpunkter under perioden 200430–210430 som vid närmare granskning visar sig vara avvikelser. Eftersom ni inte har rapporterat eller dokumenterat inkomna klagomål så har ni inte heller haft möjlighet att genomföra sammanställning och analys så att ni kan dra lärdom av det som hänt och kan genomföra förändringar för att förhindra upprepning.

Bedömningen är att ni inte uppfyller kravet då ni saknar rutin som beskriver hur synpunkter, klagomål, fel och brister från kund, anhöriga personal och andra aktörer tas emot och utreds.

Ni ska inkomma med en rutin där tillvägagångssätt samt ansvarsfördelning framgår. Ni ska även beskriva i åtgärdsplan hur ni ska implementera den.

- Utredning av avvikelser

Genom att systematiskt rapportera, utreda, analysera, åtgärda och följa upp avvikelser kan verksamheten dra lärdom av det som hänt och genomföra förändringar för att förhindra att en liknande händelse inträffar på nytt. För att uppfylla kravet i överenskommelsen ska ni följa Örebro kommuns riktlinje för Avvikelser, Klagomål och Synpunkter.

För att bedöma er följsamhet till riktlinjen har vi genomfört en dokumentationsgranskning samt granskat handlingar som ni skickat in. De handlingar ni ombads skicka in var er egenkontroll av följsamhet till avvikelseprocessen, en sammanställning av de SoL och HSL-avvikelser som ni registrerat i avvikelsemodulen under de senaste 12 månaderna med en beskrivning av de vanligaste avvikelsetyperna, de vanligaste avvikelseorsakerna, de vanligaste åtgärderna och åtgärdernas effekt.

Under perioden 200430–210430 rapporterade ni in 232 händelser i avvikelsemodulen i Treserva. Det var endast 36 som genomgått hela processen (utreda, bedöma, åtgärda och följa upp). 10 av dem granskades vidare och de visade brister i stegen utreda och följa upp. Under steget utreda beskriver ni vad som har hänt men brister i er beskrivning av hur händelsen har påverkat den enskilde, vad som orsakat eller tros vara orsak till händelsen och konsekvens för den enskilde. Ni gör bedömningar och beskriver i anteckningar vilka åtgärder som sätts in. I det sista steget (följa upp) saknas anteckningar som beskriver hur åtgärderna följts upp och det går därmed inte att se hur ni kommit fram till bedömningen av åtgärdernas effekt.

I er beskrivning och sammanställning framgår de vanligaste avvikelsetyperna, de vanligaste avvikelseorsakerna och de vanligaste åtgärderna. Eftersom ni inte har dokumenterat åtgärdernas effekt i avvikelsemodulen framgår de inte heller här.

Ni har genomfört en egenkontroll kring avvikelseprocessen och skapat en handlingsplan med de brister ni uppmärksammat. Hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt saknas vilket är en brist som redovisas under rubriken egenkontroll.

Bedömningen är att ni brister i följsamhet till riktlinjen för avvikelser klagomål och synpunkter då ni inte hanterar samtliga händelser enligt de olika stegen i avvikelseprocessen. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att samtliga steg i avvikelseprocessen genomförs.

- Rapporteringsskyldighet

Utöver de krav på utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet som framgår i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) ska verksamheten följa Örebro kommuns riktlinje för Avvikelser, klagomål och synpunkter – utreda, analysera, förbättra. I riktlinjen framgår att verksamheten ska ha en lokal rutin som beskriver hur medarbetare utbildas i rapporteringsskyldighet, hur rapportering går till samt hur anmälan enligt Lex

Sarah ska göras. Enligt riktlinjen ska närmsta chef informera medarbetare om skyldigheten att rapportera när en anställning påbörjas och därefter minst en gång per år. Informationen bör ges både skriftligt och muntligt

För att bedöma om ni uppfyller kravet ombads ni att skicka in en rutin för utbildning, rapportering och anmälan enligt Lex Sarah. Ni uppger att ni saknar en lokal rutin men att ni följer kommunens riktlinje och att Lex Sarah tas upp en gång per år på APT:er, vid nyanställningar och på möte med sommarvikarier. En sökning i W3D3 visade att ni har rapporterat två missförhållanden som sedan har anmälts som Lex Sarah under de senaste 12 månaderna.

Bedömningen är att ni inte uppfyller kravet på rapporteringsskyldighet då ni saknar en lokal rutin. Ni ska inkomma med en lokal rutin som säkerställer att information om skyldigheten att rapportera ges av närmaste chef när en anställning påbörjas och därefter minst en gång per år. Av rutinen ska det även framgå hur rapportering går till samt hur anmälan enligt Lex Sarah ska göras i er verksamhet.

Aktiv och meningsfull tillvaro

Enligt överenskommelsen ska verksamheten verka för att den enskilde ska uppleva en meningsfull tillvaro. Den enskilde ska få stöd i att leva ett så självständigt liv som personen önskar genom rehabilitering, träning och andra aktiviteter. Den enskilde ska få stöd i att behålla och utveckla intressen, sociala relationer och kontakter som är viktiga för personen. Såväl inre som yttre miljö ska ge förutsättningar för en aktiv och meningsfull tillvaro.

För att bedöma om ni uppfyller kravet har en granskning av 13 genomförandeplaner genomförts. Vi har även tagit del av resultatet från Socialstyrelsens kundundersökning (2020) gällande de boendes upplevelse av aktiv och meningsfull tillvaro.

Granskningen visade att i 7 av genomförandeplanerna saknades anteckning om intressen och vad personen anser är meningsfullt. På det digitala mötet framkom att ni frågar den boende om intressen och önskemål vid upprättande och uppföljning av genomförandeplanen, detta behöver även dokumenteras i genomförandeplanen.

I Socialstyrelsens undersökning (2020) ligger ni lägre än rikssnittet på frågor rörande aktiv och meningsfull tillvaro. På frågan - Hur nöjd eller missnöjd är du med de aktiviteter som erbjuds på ditt äldreboende? hade ni 50 % positiva svar (61%), och på frågan - Är möjligheterna att komma utomhus bra eller dåliga? hade ni 50% positiva svar (58%).

Bedömningen är att ni inte uppfyller kraven i överenskommelsen då det i för låg utsträckning går att utläsa i genomförandeplaner att ni efterfrågar och planerar utifrån de boendes intressen och vad de anser är meningsfullt. För att uppfylla kravet ska ni uppdatera genomförandeplaner och i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta framåt för att informationen ni inhämtar vid upprättande och uppföljning av genomförandeplanen dokumenteras.

Anhörigstöd

För att uppfylla kravet i överenskommelsen ska ni följa riktlinje för stöd till anhöriga. Ett bra anhörigstöd innebär, enligt överenskommelsen, bland annat att den anhörige ska känna sig sedd av personalen och välkommen att vara delaktig i vården. Att anhöriga får möjlighet att ställa frågor och att det anordnas regelbundna träffar för anhöriga. Vidare ska ni ha en lokal rutin för att stödja anhöriga, ha utsedda anhörigombud samt förmedla kontakt med kommunens Anhörigcentrum.

Vid det digitala mötet berättade ni om hur ni arbetar med anhörigstöd. Ni profilerar er som ett anhörigvänligt boende och har riktad information till anhöriga. Ni bjuder in de anhöriga i ett tidigt skede, de är alltid välkomna till boendet, ni har anhörigkvällar och anhörigcafé. Ni har anhörigombud, som nu under den pågående pandemin tyvärr inte är lika aktiva som tidigare. Ni informerar anhöriga inför olika typer av förändringar och de får månadsvis ta del av ert nyhetsbrev som även publiceras på hemsidan. Kontakt med Anhörigcentrum förmedlas. Ni saknar dock en lokal rutin för anhörigstöd vilket ni ska ha enligt Riktlinje för stöd till anhöriga.

Bedömningen är att ni inte uppfyller kravet. Ni ska inkomma med en rutin för stöd till anhöriga där tillvägagångsätt och ansvarsfördelning framgår.

Hälso- och sjukvård

Denna punkt i överenskommelsen har följts upp genom dokumentationsgranskning. Granskningen innefattade följande områden; hälsotillstånd/status, hälso- och sjukvårdprocessen i vårdplan, överläten hälso- och sjukvård samt riskbedömningar enligt Senior Alert.

Granskningen visar att ni uppfyller kraven inom följande område:

- Hälsotillstånd/status

Enligt Patientdatalag (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården ska journalen innehålla aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar.

Granskning av 28 slumpmässigt utvalda journaler visade att patienterna hade ett tillräckligt omfattande status dokumenterat. De områden som bedömdes var: medicinska diagnoser, förflyttning, kommunikation, personlig vård, kroppsfunctioner/strukturer, vikt, längd, blodtryck och puls.

Granskningen visar att ni brister inom följande områden:

- Hälso- och sjukvårdprocessen i vårdplan

Enligt patientdatalag (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården ska journalen innehålla medicinska bedömningar, utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa, ordinationer och ordinationsorsak samt resultat av utredande och behandlande åtgärder.

Vid granskning av 15 patienters journaler identifierades 29 vårdplaner. I vårdplan ska hälso- och sjukvårdsprocessens följande delar beskrivas: problem/risk, mål, åtgärd och uppföljning. Granskningen visade att 28 vårdplaner hade beskrivning av problem/risk, samtliga hade beskrivning av mål och åtgärd. Av de 27 vårdplaner som var aktuella för uppföljning innehöll endast 8 en uppföljning vilket är en brist. Under det digitala mötet framkom att ni gör kontinuerliga uppföljningar och att ni har identifierat att dokumentation är ett förbättringsområde.

För att uppfylla kravet i avtalspunkten behöver ni uppdatera aktuella vårdplaner samt beskriva i åtgärdsplan hur ni ska säkerställa att samtliga åtgärder följs upp och att det dokumenteras i vårdplan.

- Överlåten hälso- och sjukvård

Enligt patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att säkerställa att kravet på god och säker vård upprätthålls när en arbetsuppgift överläts till någon annan att utföra.

Vid granskning av 15 patienters journaler identifierades 31 vårdplaner med fördelade eller delegerade åtgärder. När åtgärder överläts till omvårdnadspersonal ska det framkomma vad som ska utföras, hur det ska utföras, av vem vilken profession som ska utföra det och när det ska utföras.

I de granskade vårdplanerna framgick vad och hur uppgiften skulle utföras. Dock framgick inte när uppgiften skulle utföras i 8 vårdplaner och av vem/vilken profession i 11 vårdplaner vilket bedöms som en brist.

För att uppfylla kravet behöver ni uppdatera vårdplaner samt beskriva i åtgärdsplan hur ni ska säkerställa att det framkommer i vårdplaner vem/vilken profession som ska utföra uppgiften och när uppgiften ska utföras när åtgärder överläts till omvårdnadspersonal.

- Senior alert

Enligt Örebro kommuns riktlinje vårdprevention ska Senior Alert göras årligen på samtliga patienter över 65 år om det inte är uppenbart onödigt och det ska då vara beskrivet i journal. Riskbedömning ska genomföras inom fem riskområden (fall, undernäring, trycksår, munohälsa och blåsdysfunktion).

I 14 av 15 granskade journaler har inte riskbedömning utförts inom samtliga fem riskområden. I 5 av journalerna saknades riskbedömning helt eller var för gammal. I 9 av journalerna framgick identifierade risker men inte vilka områden som bedömts. Där risker var identifierade fanns vårdplaner. På det digitala mötet framkommer att hälso- och sjukvårdspersonalen inte känner till att blåsdysfunktion ska riskbedömas.

För att uppfylla kravet behöver ni genomföra och dokumentera riskbedömningar samt beskriva i åtgärdsplan hur ni ska säkerställa att riskbedömning av fall, undernäring, trycksår, munohälsa och blåsdysfunktion genomförs minst en gång per år. I journalen ska framgå vilka riskområden som är bedömda, inte bara inom vilka man identifierat risk utan även de där ingen risk identifierats.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Enligt Länsövergripande Riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder i Örebro läns kommuner 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.

Utifrån den lista ni skickat in på samtliga patienter med skydds- och begränsningsåtgärder i form av ordinerat rullstolsbord, positioneringsbälte och/eller uppfällda sänggrindar har en granskning av 10 journaler genomförts.

Granskningen visade att 5 av de granskade journalerna saknade ett dokumenterat samtycke. 4 saknade ett syfte, 9 saknade en riskbedömning och ingen av de granskade journalerna hade en dokumenterad uppföljning.

Bedömningen är att ni inte arbetar enligt Riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder. Ni ska uppdatera journaler samt beskriva i åtgärdsplan hur ni ska säkerställa att samtycke tas och dokumenteras vid användandet av skydds- och begränsningsåtgärder. Vidare att syftet med skydds- och begränsningsåtgärden framgår, att riskbedömning av åtgärden blir genomförd och dokumenterad i journal samt att skydds- och begränsningsåtgärder blir uppföljda och dokumenterade.

Kvalitetskrav som inte följts upp

Hygien

Denna punkt i överenskommelsen har inte följts upp inom ramen för denna uppföljning. Detta på grund av det platsbesök som vanligtvis är en del vid uppföljning av kvalitetskrav uteblev och därmed den observation som sker under ett platsbesök. Detta uteblev på grund av rådande Covid-19 pandemi.

Metod

Avtalscontrollers och medicinskt ansvariga 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
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Journal
- Dokumentation
- Kundundersökning
- Rutiner

Hanna Näsholm
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun