

Uppföljning av kvalitetskrav

Bostad med särskild service

Utförare: Örebro kommun, Område 2

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i kommande basuppdrag, för närvarande överenskommelse Sov 460/2020. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång vart tredje år enligt riktlinje för avtals- och verksamhetsuppföljning, Nf 492/2023.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

Område 2

I område 2 finns idag femton gruppbestäder. Under 2022 genomfördes en uppföljning av dåvarande område 1. I och med en omorganisering finns nu sju av verksamheterna inom område 2 och har därför inte ingått i denna uppföljning.

De åtta gruppbestäder som ingår i denna uppföljning är:
Tärnvägen 10, Sandbackevägen 1 J, Karlslund 226, Ormesta 122-124, Hjälmarsberg, Lutabäcksvägen 26 A-B, Åstrandsvägen 3 A samt Skolgatan 8B.

Bedömningsöversikt

Kvalitetskrav

Samverkan	
Riskanalyser	
Egenkontroller	
Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet	
Dokumentation	
Individuell planering, delaktighet och genomförandeplan	
Skydds- och begränsningsåtgärder	
Anhörigstöd	
Hygien och smittskydd	
Fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder	

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 platsbesök genomförts i tre av områdets gruppbestäder; Sandbackavägen 1 J, Lutabäcksvägen 26 A-B samt Åstrandsvägen 3 A. Platsbesöket innefattade observation av vissa av verksamhetens utrymmen samt samtal med personal. Ett uppföljningsmöte har genomförts tillsammans med verksamhetschef.

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

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i ert område. För att se till att ert område 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 12 januari 2024 ska ni skicka in åtgärdsplanen till eggetval@orebro.se

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

Ledningssystem för kvalitet

-Samverkan

-Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

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

- Rutin/ rutiner som beskriver: hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom egna verksamheten mellan olika professioner och funktioner. Vilka forum och arbetssätt för samverkan som finns. Hur samverkan sker med LSS/SoL-handläggare, med legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård och Region Örebro län och eventuella andra aktörer.
- Rutin/ rutiner som beskriver hur området arbetar med klagomål och synpunkter samt hur personal informeras om rapporteringsskyldigheten.

Handlingarna ska vara inskickade till eggetval@orebro.se senast den 5 april 2024

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 5 april 2024. Detta innebär att vi kommer att:

- granska inkomna rutiner
- granska avvikelseprocessen i Treserva

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Ledningssystem för kvalitet - Riskanalyser

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utföraren ska ha en beskrivning av: <ul style="list-style-type: none"> Hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet 	Områdets rutiner ”Rutin. Arbete med riskbedömningar – Skolgatan” samt ”Riskanalys på individ- och enhetsnivå.”

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att utföraren uppfyller kraven. Inkomna rutiner beskriver när riskanalys ska göras både på individ och enhetsnivå. Rutinerna beskriver tillvägagångssätt och hänvisning finns till mall. Ansvarsfördelning framgår av rutinerna.

Ledningssystem för kvalitet - Egenkontroller

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utföraren ska ha årligen genomföra egenkontroll avseende: <ul style="list-style-type: none"> Verksamhetens följsamhet till riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i> Verksamhetens följsamhet till <i>punkt 3.7 dokumentation</i> Verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i <i>Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter</i> 	Inskickad sammanställning

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att utföraren i tillräcklig omfattning uppfyller kraven. Av sammanställningen som begärts och inkommit framgår att egenkontroll skett inom alla åtta boenden för dokumentation samt basal hygien. Egenkontroll för följsamhet till avvikelseprocessen har skett i samtliga boenden utom i ett.

Dokumentation

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
I verkställighetsjournalen ska: <ul style="list-style-type: none"> Det finnas dokumentation av händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid Den individuella vård- och omsorgsprocessen gå att följa dvs. vad som faktiskt genomförs och hur situationen ser ut för individen utifrån behov och genomförandet av beslutade insatser 	Granskning av verkställighetsjournaler i Treserva för perioden 2023-05-01 till 2023-11-13 för tio slumpvist utvalda individer från de åtta gruppboendena. Observation vid platsbesök

Dokumentationen i verkställighetsjournal ska:

- Ska i första hand vara antecknad av den personal som utfört individens insats
- vara utformad med respekt för individens integritet
- Dokumentation om individer som finns utanför verksamhetssystemet förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att utföraren uppfyller kraven, då granskad social dokumentation för ett halvår tillbaka innehåller händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid. Det går i löpande dokumentation att följa den individuella vård- och omsorgsprocessen. Vi ser vid granskning inget som tyder på att annan personal än den som utfört insatsen har dokumenterat, vi ser att anteckningarna utformats med respekt för individens integritet. Vid platsbesök observerades ingen dokumentation som förvarades utanför verksamhetssystem som var åtkomlig för obehöriga.

Individuell planering, delaktighet och genomförandeplan**Krav som följs upp****Genomförandeplanen ska:**

- Upprättas och vara färdigställd senast 2 månader efter inflytt
- Följas upp vid förändringar av individens behov eller minst var 6:e månad
- Beskriva hur och när uppdraget ska utföras för att tillgodose individens behov och mål
- Vara utformad med respekt för individens integritet

Utföraren ska uppfylla följande krav inom området:

- Utifrån uppdraget upprätta en genomförandeplan tillsammans med den enskilde och/eller dennes företrädare
- Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande över hur insatser som ges ska utformas
- Den enskildes synpunkter, önskemål och delaktighet av insatsen ska framgå av genomförandeplanen, vid uppföljning av genomförandeplanen samt i den sociala dokumentationen
- Genomförandeplanen beskriver den enskildes vård- och omsorgsinsatser, vilket eller vilka mål som gäller för insatsen enligt nämndens beslut samt vilket eller vilka mål som gäller för varje aktivitet

Underlag till bedömning

Granskning av genomförandeplaner i Tresa för tio slumpvist utvalda individer från de åtta gruppbestäderna.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att utföraren uppfyller kraven, då alla utom en av de granskade individerna hade en aktuell genomförandeplan. De nio genomförandeplaner som var aktuella bedömdes innehålla de delar som efterfrågas i kravet.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Följande delar ska dokumenteras i verkställighetsjournal inför användning av skydds- och begränsningsåtgärder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riskbedömning av åtgärden • Syftet/målet med åtgärden • Samtycke till åtgärden • Uppföljning av åtgärden, senaste 6 månaderna 	<p>Verksamhetens sammanställning gällande skydds- och begränsningsåtgärder</p> <p>Dokumentationsgranskning i Treserva</p> <p>Information från IVO.</p> <p>Observation i verksamheten</p>

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att utföraren uppfyller kraven då riskbedömning, syfte, samtycke samt uppföljning finns dokumenterat i tillräckligt stor omfattning. Inkommen sammanställning visade att det förekom åtgärder som kan upplevas begränsande i flera av de åtta gruppboendena. Samtycke rapporteras enligt sammanställningen finnas i samtliga boenden utom i ett. Uppföljning rapporteras ha skett minst var 6:e månad i samtliga boenden utom i ett.

Vår granskning av genomförandeplaner och verkställighetsjournaler visar att det förekommer åtgärder som överensstämmer med verksamhetens sammanställning. Ormesta 122-124 har haft en pågående tillsyn från IVO avseende skydds- och begränsningsåtgärder som avslutats. Vid platsbesök kunde samtliga verksamheter beskriva och uppvisa att samtycke och riskbedömning fanns dokumenterat per individ för skyddsåtgärder som vidtagits. Vi kunde vid platsbesök inte se i allmänna utrymmen att det förekom andra åtgärder än vad som rapporterats i inkommen sammanställning.

Hygien och smittskydd

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska uppfylla följande krav inom området:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tillhandahålla skyddsutrustning till personalen. • Tillhandahålla arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs. 	<p>Observation i verksamheten</p>

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att utföraren uppfyller kraven då det vid platsbesök framkom att skyddsutrustning, arbetskläder med kortärmad överdel och byxa samt engångsmaterial för god handhygien tillhandahålles personal i den utsträckning som behövs. Cirkulationstvätt används och leverans sker en gång per

vecka. Arbetskläderna förvaras på arbetsplatsen och möjlighet till ombyte finns för personalen.

Fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur omvårdnadspersonalen tar emot och planerar för fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder • Hur chef/verksamhet går till väga för att säkerställa att baspersonalen vet vilken hälso- och sjukvård som ska utföra, när och på vilket sätt samt av vem. 	<p>Områdets rutiner ”Rutin för hantering av fördelade vårdplaner samt överlåten hälso- och sjukvårdsåtgärd från annan vårdgivare- Rutin”</p> <p>Information från platsbesök</p>

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att utföraren uppfyller kraven då rutin som inkommit beskriver hur personal på en verksamhet tar emot vårdplaner från sjuksköterska eller arbetsterapeut och vad personal i verksamheten ska göra och hur de rapporterar till varandra om nya vårdplaner. Rutin som också inkommit är övergripande inom Örebro kommun. Syftet är att säkerställa att den enskildes behov av hälso- och sjukvårdsåtgärder utförs och dokumenteras på ett säkert sätt när hälso- och sjukvård överläts från annan vårdgivare till kommunal omvårdnadspersonal, i de fall digitalt journalsystem inte kan användas. Varje patient ska enligt rutinen ha en hemmapärm och dokumentation ska ske på papper. Vid platsbesök bekräftade verksamheterna att de kan notera sådana uppgifter på papper, även om de inte är vanligt förekommande åtgärder, tex att fysioterapeut har överlåtit till omvårdnadspersonal att utföra en åtgärd.

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 stödja anhöriga 	<p>Områdets rutiner ”Rutin för anhörigstöd samt Anhörighetsstöd Skolgatan”</p>

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att utföraren uppfyller kraven då rutin för anhörigstöd beskriver syftet, samverkan och medarbetares ansvar. Enligt verksamhetens rutin ska det finnas anhörigombud i varje verksamhet. Ansvarsfördelningen är beskriven i rutinen. Verksamhetschef har efter uppföljningsmötet inkommit med information att det finns utsedda anhörigombud i verksamheterna.

Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren brister i nedanstående kvalitetskrav.

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 och arbetssätt för samverkan som finns. • Hur samverkan sker med LSS/SoL-handläggare, med legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård och Region Örebro län och eventuella andra aktörer. 	<p>Områdets rutin ”Rutin för samverkan vid SIP i öppenvård”</p> <p>Samtal med personal vid platsbesök</p>

Bedömning

Inkommen rutin är övergripande för område funktionsstöd, den beskriver ansvarsfördelningen mellan HSE och enhetschef då en individ är i behov av en samordnad individuell planering. Syftet med rutinen är när en person har behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med Region Örebro län upprätta en samordnad individuell plan. Rutinen bedöms inte fungera för all intern och extern samverkan som behövs i respektive boende.

Ett boende uppvisade vid platsbesöket en rutin för samverkan, de andra två boenden som besöktes uppgav sig inte ha några skriftliga rutiner. Verksamheterna kunde vid platsbesök beskriva sina arbetssätt och kontaktvägar samt var de hade information om vilka aktörer de samverkar med externt.

Enheten för uppföljning bedömer att utföraren inte i tillräcklig omfattning uppfyller kraven. Ni behöver säkerställa att ni dokumenterat i rutiner hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten mellan olika professioner och funktioner samt med de externa aktörer ni samverkar med. Ni behöver även säkerställa att ni vet vilka rutiner som är aktuella och att personal känner till dessa.

Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen. Det ska framgå av åtgärdsplanen vem som är ansvarig och tidsplan. Ni ska inför resultatuppföljning inkomma med den eller de rutiner som används för samverkan. Rutinen ska uppfylla kraven i överenskommelsen.

Ledningssystem för kvalitet - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Krav som följs upp

Utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinje för Avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren ska även ha en rutin som beskriver:

- Hur den enskilde och anhöriga ges möjlighet att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt inom verksamheten eller direkt till kommunen.
- Hur utföraren informerar personal om deras ansvar att rapportera händelser enligt riktlinjen. Information om rapporteringsskyldigheten ska ges vid anställning och fortlöpande minst en gång per år.

Underlag till bedömning

Granskning av 198 rapporterade händelser i Treserva för perioden 2022-10-15 till 2023-10-15.

Information från IVO

Klagomål/synpunkter i W3D3(kommunens ärendehanteringssystem) för perioden 2020-10-15 till 2023-10-15.

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 i Treserva för att se om ni följer processen som beskrivs i riktlinjen. Granskningen innefattar de åtta adresser/verksamheter som slumpmässigt valts ut i område 2.

Avvikelser

Granskningen av rapporterade händelser på angivna verksamheter visar att ni inte följer processen som beskrivs i riktlinjen. Av 173 händelser som är bedömda som avvikelser är 71 % utredda, 57 % bedömda, 49 % åtgärdade och endast 26 % är uppföljda. Granskningen visar att det saknas systematisk hantering i samtliga steg inom avvikelseprocessen. Vid uppföljningsmöte informerade verksamhetschef att hantering inom avvikelseprocessen tagits upp inom verksamheten och att ni planerat att ha en ny träff kring detta under våren 2024. I fall där enheter slås samman kan ny enhetschef få svårt att hantera tidigare avvikelser, det kan även bli problem vid avvikelser där samverkan behöver ska med legitimerad personal, att de inte slutförs i alla steg inom processen.

Klagomål och synpunkter

För en period om 36 månader har ni rapporterat totalt åtta klagomål och synpunkter för de åtta gruppbestäderna i Treserva. Underlaget är för litet för att bedöma följsamheten till processen i riktlinjen. I kontakt med IVO framgår ett tillsynsärende på Ormesta 122-124 från 2020 med avslut 2023. IVO har även överlämnat ett klagomål angående Karlslund 226, ingen utredning från IVO. Vid platsbesök framkom att personal ofta hanterar synpunkter direkt, att de sällan rapporteras i Treserva. Vid uppföljningsmöte informerade verksamhetschef att utbildning för personal inom rapporteringsskyldigheten sker enligt årshjul och tas upp på APT. Rutin för hur ni arbetar med klagomål och synpunkter samt hur personal informeras om rapporteringsskyldigheten begärdes i samband med uppföljningsmöte.

Enheten för uppföljning bedömer att utföraren inte uppfyller kraven, då inte samtliga steg i avvikelseprocessen har hanterats i enlighet med aktuell riktlinje. Ni behöver säkerställa att samtliga avvikelser hanteras i samtliga steg i Treserva. Ni behöver säkerställa att ni har dokumenterade rutiner för hur ni arbetar med klagomål och synpunkter samt hur personal informeras om rapporteringsskyldigheten och att personal vet vilka dessa rutiner är.

Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen. Det ska framgå av åtgärdsplanen vem som är ansvarig och tidsplan.

En ny granskning av er följsamhet till avvikelseprocessen kommer att genomföras i Treserva i samband med resultatuppföljning.

Ni ska inför resultatuppföljning inkomma med rutin /rutiner för hur ni arbetar med klagomål och synpunkter samt hur personal informeras om rapporteringsskyldigheten.

Malin Paulsson
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun