

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Örebro kommun, Kornellen



Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i 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 - Kornellen

Vård- och omsorgsboendet Kornellen har 80 lägenheter fördelade på tre våningar. Verksamheten flyttade in i lokalerna den 1 mars 2022. Våning två och tre har demensinriktning och våning fyra har inriktning somatik. I huset finns förutom vård- och omsorgsboendet en restaurang, hemvårdsgrupp, hemsjukvård och en gruppbostad. Kornellen har många samarbeten med civila samhället tex. aktörer inom arbetsmarknad och en förskola. Meningsfulla aktiviteter för hyresgäster utvecklas och initieras utifrån behov och intressen hos hyresgäster och samverkanspartners.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Kornellen ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska senast den **14 juni** skicka in åtgärdsplanen till eggetval@orebro.se. Bedömningen är att ni brister inom följande kvalitetskrav:

Punkter i överenskommelsen:

- **Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**
- **Kvalitetsledningssystem**
 - Samverkan
 - Riskanalyser
 - Egenkontroll
- **Dokumentation i IT-system**
- **Mat, måltid och nutrition**
- **Anhörigstöd**
- **Hälso- och sjukvård**
- **Kompetens - omvårdnadspersonal**

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

- Reviderad rutin för samverkan
- Reviderad rutin för riskanalyser

- Dokumentation från uppföljningen av de genomförda egenkontrollerna inom basal hygien, dokumentation samt avvikelseprocessen som beskrivs i riktlinjen avvikelser, klagomål och synpunkter. Av uppföljningen ska effekten av de åtgärder ni satt in framgå.
 - Reviderad rutin för när och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt för hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas
 - Reviderad rutin anhörigstöd
 - Reviderad rutin Hälso- och sjukvård
- Se nedan under respektive punkt vad rutinerna ska innehålla.

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast **den 15 september 2023**.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den **15 september 2023**. Vilket innebär att vi kommer granska inkomna handlingar, rutiner, kompetensinventering och registerutdrag Senior alert.

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

Bedömning

Brister i kvalitetskrav

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

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Enligt överenskommelsen ska utföraren säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession. Med all personal menas tillsvidareanställda, visstidsanställda och vikarier.

För att bedöma om ni uppfyller kravet begärde vi in en kompetensinventering. Av inventeringen framgår att personal genomfört utbildningar i basala hygienrutiner, demens, förflyttning, SBAR, verksamhetssystem, vardagsrehabilitering samt mat, måltid och nutrition i tillräcklig utsträckning. Däremot har utbildningarna Individens behov i centrum (IBIC) och Palliativ utbildning inte genomförts i tillräcklig utsträckning. IBIC har genomförts av 61% av personalen, palliativ utbildning 63% samt Vardagsrehabilitering 56 %.

På platsbesök framgår att ni är medvetna om vilka utbildningar som personal saknar och att det finns planer för kompetensutveckling.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller överenskommelsens krav då personalen inte genomgått de obligatoriska utbildningarna som uppdragsgivaren tillhandahåller. Ni behöver jobba vidare med detta för att säkerställa god kompetens och patientsäkerhet. Inför resultatuppföljningen kommer vi att begära in en ny kompetensinventering.

Åtgärd

Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att säkerställa att all personal genomgår samtliga obligatoriska utbildningar där aktiviteter, tidsplan och vem som är ansvarig ska framgå.

Kvalitetsledningssystem**- Samverkan**

Enligt överenskommelsen ska ni ha rutiner som beskriver hur samverkan och informationsöverföring sker internt mellan olika professioner och funktioner. Vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används samt hur samverkan sker med regionen.

För att bedöma om ni uppfyller kravet gällande samverkan begärdes er rutin in för samverkan. I inskickat dokument *Samverkan Kornellen* saknas en beskrivning av hur er interna samverkan går till och vem som ansvarar för vad. Det framgår inte om ni har forum för daglig informationsöverföring och inte heller hur samverkan mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal sker. Hur samverkan sker med legitimerade i Regionen saknas.

På platsbesöket beskrevs vilka interna forum ni har, hur de genomförs och vem som ansvar för vad. Vidare beskrev ni samverkan med externa parter däribland regionen.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller överenskommelsens krav då er rutin inte innehåller de delar som överenskommelsen kräver. Ni behöver skriftligen beskriva det som framgick på platsbesöket i er rutin och implementera den i verksamheten. Rutinen ska innehålla hur dagliga samverkan sker och hur daglig informationsöverföring sker. Den ska vidare innehålla vilka forum ni har, arbetssätt, verksamhetssystem, vem som ansvar för vad, hur samverkan mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal sker samt samverkan med legitimerade i Regionen.

Åtgärd

Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen där aktiviteter, tidplan och ansvarig ska framgå. Ni ska revidera er rutin så den innehåller en beskrivning av er interna och externa samverkan enligt ovan beskrivning.

- Riskanalyser

Enligt överenskommelsen ska ni genomföra riskanalyser inför förändringar i organisationen 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 ni 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. Ni ska även ha en rutin som beskriver hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet.

För att bedöma om ni uppfyller kravet ombads ni skicka in er rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser samt en sammanställning av genomförda riskanalyser för de senaste 12 månaderna. Av sammanställningen ska det framgå vilka riskanalyser som genomförts, anledning till att de genomfördes, vilka risker som identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån riskerna och hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt.

I inskickad *Rutin och förtydligande av riskbedömning och riskanalys* beskrivs skillnaden och syftet med riskbedömning respektive riskanalys. Av rutinen framgår inte hur ni arbetar med riskanalyser på Kornellen och vem som är ansvarig för att genomföra riskanalyser i verksamheten.

Ni har skickat en genomförd riskanalys som genomförts med anledning av inflyttningen till den nya lokalen Giffeln. Det framgår att ni identifierat brister, satt in åtgärder och har en plan för uppföljning löpande. Om ni har följt upp åtgärderna och dess effekt framgår inte. Efter platsbesöket skickar ni in ett dokument där det framgår att ni har följt upp de åtgärder ni har satt in och effekten av dessa framgår. På platsbesöket beskrevs att ni genomför riskbedömningar utifrån arbetsmiljön. Ni har även skickat in ett exempel på en riskbedömning ni genomfört utifrån flytt till ny lokal.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller överenskommelsens krav då er rutin inte innehåller efterfrågade. Vi bedömer att ni har ett systematiskt arbetssätt med riskanalyser och riskbedömningar utifrån inskickat underlag och information på platsbesök. Ni behöver dock beskriva ert tillvägagångssätt i rutinen där det ska framgå hur ni arbetar med riskanalyser på Kornellen och vem som är ansvarig för arbetet med riskanalyser.

Åtgärd

Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen och där aktiviteter, tidplan och ansvarig ska framgå. Ni ska revidera er rutin så den innehåller tillvägagångssätt och ansvarsfördelning.

- **Egenkontroller**

Enligt överenskommelsen ska ni regelbundet genomföra egenkontroller i verksamheten med syfte att säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontroller som genomförs ska dokumenteras. Utöver de egenkontroller som verksamheten själva bedömer krävs ska det årligen genomföras egenkontroll inom områden basal hygien, dokumentation samt följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i riktlinjen inom området avvikelser, klagomål och synpunkter.

För att bedöma om följsamhet finns till kravet gällande egenkontroller begärdes en sammanställning in för de senaste årets genomförda egenkontroller. Av sammanställningen framgår att ni har genomfört sju egenkontroller och de egenkontroller som överenskommelsen kräver. Ni har upptäckt brister i fem av dessa, satt in åtgärder men av sammanställningen framgår inte hur ni har följt upp insatta åtgärder och om de har gett effekt.

På platsbesöket framgår att enhetschefer planerar in egenkontroller efter verksamhetens årshjul. Ni följer mallar och resultatet förs sedan in i QPR. Egenkontroll av följsamhet till avvikelseprocessen genomförs genom stickprov utifrån den centrala instruktionen som finns. Ni uppger att verksamheten har följt upp åtgärder och dess effekt på omvårdnadskonferens men vet inte om de har dokumenterats.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller överenskommelsens krav. Ni har genomfört de kravställda egenkontrollerna, upptäckt brister och satt in åtgärder men av sammanställning och uppgifter på platsbesöket har ni inte dokumenterat när ni följt upp insatta åtgärder och dess effekt. För att systematiskt och fortlöpande utveckla samt säkra verksamhetens kvalitét är dokumentation av egenkontrollen en förutsättning. Ni behöver ha ett arbetssätt där uppföljningen ska dokumenteras och säkerställa att det framgår i er rutin.

Åtgärd

Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen gällande dokumentation av uppföljning av egenkontroller där det ska framgå aktiviteter, tidsplan och vem som är ansvarig. Ni ska även skicka in dokumentation från uppföljningen av de genomförda egenkontrollerna inom basal hygien, dokumentation samt avvikelseprocessen som beskrivs i riktlinjen avvikelser, klagomål och synpunkter. Av uppföljningen ska effekten av de åtgärder ni satt in framgå.

Dokumentation i IT-system

Enligt överenskommelsen 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. Boenden med demensinriktning ska registrera i BPSD-registret och använda det arbetssätt som beskrivs där. För att registrera krävs att verksamheten har BPSD-administratörer.

För att bedöma om ni uppfyller kravet på dokumentation i IT-system begärdes ett registeruttag från Senior alert in samt en kompetensinventering. I registeruttaget går det att utläsa att riskbedömningar genomförts i tillräcklig omfattning inom områdena trycksår, undernäring, fall och munhälsa. Inom området blåsdysfunktion har endast 43 av 76 individer (56 %) bedömts det senaste året. På platsbesöket framförs att blåsdysfunktionsbedömningar är ett förbättringsområde och att ni har en plan framåt.

Av kompetensinventeringen framgår att ni har 8 BPSD-administratörer.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller överenskommelsens krav då ni i för liten utsträckning har genomfört riskbedömningar inom området blåsdysfunktion. Inom trycksår, undernäring, fall, och munhälsa har ni i tillräcklig omfattning genomfört riskbedömningar. Inför resultatuppföljningen kommer vi att begära in ett nytt registeruttag för blåsdysfunktion.

Vad gäller BPSD-administratörer har ni förutsättningar att registrera i BPSD-registret då ni har åtta administratörer i verksamheten och uppfyller överenskommelsens krav gällande den delen.

Åtgärd

Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att säkerställa att riskbedömningar gällande blåsdysfunktion genomförs där aktiviteter, tidsplan och ansvarig ska framgå.

Mat, måltid och nutrition

Enligt överenskommelsen ska ni följa Örebro kommuns riktlinjer för mat, måltid och nutrition. I den beskrivs utförarens ansvar för bland annat mat, måltid, riskbedömning, nutricionalutredning och behandling.

För att bedöma om ni uppfyller kravet har rutin begärts in för när och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt för hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas. En granskning har även genomförts av 15 slumpmässigt utvalda genomförandeplaner avseende om behov och önskemål kring mat och måltider framgår.

Vad gäller er inskickade *Rutin för utredning förebyggande och behandling av patients näringstillstånd* saknar den beskrivning av vem som ansvarar för vad och beskriver inte heller hur ni arbetar för att förebygga undernäring (utöver viktkontroll på samtliga patienter minst var 3:e månad).

På platsbesöket beskrev ni att nya och befintliga hyresgäster följs och kartläggs på olika sätt. Undersköterskor sitter till exempel med och observerar vid måltider och ni diskuterar i olika forum måltidens inverkan och betydelse.

Gällande granskning av genomförandeplaner och dess innehåll avseende behov och önskemål kring mat och måltider framgår det i 93 % av dessa (14 av 15).

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller överenskommelsens krav då er rutin inte beskriver hur ni arbetar för att förebygga undernäring och saknar ansvarsfördelning. Ni behöver skriftligen beskriva det som framgick på platsbesöket i er rutin och göra rutinen känd i verksamheten. Vad gäller information i genomförandeplan avseende behov och önskemål kring mat och måltider framgår det i tillräcklig utsträckning och ni uppfyller kravet avseende den delen.

Åtgärd

Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen och där aktiviteter, tidplan och ansvarig ska framgå. Ni ska revidera er rutin och utveckla delen hur ni arbetar förebyggande gällande undernäring. Det ska även framgå vem som ansvarar för vad.

Anhörigstöd

Enligt överenskommelsen ska ni ha en rutin som beskriver hur ni arbetar för att göra anhöriga delaktiga i vården och omsorgen. För att bedöma om ni uppfyller kravet begärdes er rutin in som ska beskriva den anhöriges delaktighet.

Ni har skickat in rutin *Lokal anhörigrutin* och *Kornellen arbetar med anhörigstöd på detta sätt*. I rutinen saknas beskrivning av utförandet och vem som ansvar för aktiviteter. Ni beskriver bland annat att medarbetare har ett ansvar att delta i anhörigstöd i vardagen men det behöver tydliggöras på vilket sätt och hur ni ska arbeta för att göra anhöriga delaktiga. Ni har även skickat in en beskrivning av hur Kornellen arbetar med stöd till anhöriga med aktiviteter och information, dessa delar saknas i rutin för anhörigstöd.

På platsbesöket beskrev ni att ni har anhörigträffar en gång per termin men även många anhörigkontakter på daglig basis. Anhöriga bjuds in till uppföljningsmöten med kontaktperson, sjuksköterska, arbetsterapeut och chef. Information om var anhöriga kan lämna klagomål finns på alla våningarna och ni informerar även om Anhörigcentrum.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller överenskommelsens krav då er rutin inte innehåller en beskrivning av hur ni arbetar på Kornellen för att göra anhöriga delaktiga i stödet. Ni behöver utveckla er lokala rutin så att den innehåller en tydlig beskrivning av hur ni arbetar för att göra anhöriga delaktiga, vilka aktiviteter ni har och vem som ansvarar för de olika aktiviteterna. Ni behöver skriftligen beskriva det som framgick på platsbesöket i er rutin och göra rutinen känd i verksamheten.

Åtgärd

Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen och där aktiviteter, tidplan och ansvarig ska framgå. Ni ska revidera er rutin så den innehåller ovan beskrivna delar.

Hälso- och sjukvård

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

Ni ska ha en rutin som beskriver 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

För att bedöma om ni uppfyller kravet har vi granskat er rutin.

I inskickad *Rutin hälso- och sjukvård* framgår att sjuksköterska upprättar vårdplan, säkerställer att omvårdnadspersonal har kompetens att utföra åtgärden för att sedan delegera åtgärden. Åtgärden fördelas till omvårdnadspersonal genom vårdplan. Uppföljning av vårdplan sker på dagliga avstämningar om behov finns. Omvårdnadspersonal tar emot åtgärden genom praktisk instruktion, dagliga rapporter och dokumentation. Rutinen beskriver endast delegering av läkemedel och saknar beskrivning av hälso- och sjukvårdsåtgärder fördelade av arbetsterapeut. Den saknas hur omvårdnadspersonal tar emot vårdplanen, planerar vidare och tex. dennes ansvar att göra den fördelade åtgärden känd för personalgruppen. Rutinen omfattar inte heller den hälso- och sjukvård som överläts av regionens legitimerade personal.

På platsbesöket beskriver ni hur ni arbetar med fördelade och delegerade åtgärder. Arbetsterapeut och sjuksköterska skriver vårdplaner och fördelar. Arbetsterapeut beskriver att sjukgymnast kommer till Kornellen två gånger i veckan och att de hälso- och sjukvårdsåtgärder som sjukgymnasten överläter till omvårdnadspersonal att utföra skickas med säker e-post. Ni har även dagliga rapporter där information kan ges.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller överenskommelsens krav då er rutin saknar kravställda delar. Ni behöver uppdatera er rutin så den innefattar hälso- och sjukvårdsåtgärder som överläts av arbetsterapeut samt regionens legitimerade personal. Vidare behöver ni beskriva hur det går till när omvårdnadspersonal tar emot och planerar för hälso- och sjukvårdsåtgärder. På platsbesöket beskrevs ert arbetssätt och det behöver framgå skriftligt i er rutin samt att ni ska implementera rutinen i arbetsgruppen.

Åtgärd

Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen och där aktiviteter, tidplan och ansvarig ska framgå. Ni ska revidera er rutin så den innehåller alla ovan efterfrågade delar.

Kompetens - omvårdnadspersonal

Enligt överenskommelsen ska minst 85 % av all omvårdnadspersonal ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

För att bedöma om ni uppfyller kravet har vi granskat inkommen kompetensinventering. Av den framgår att 63 % (64 av 101) omvårdnadspersonal har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

På platsbesöket framförs att ni har svårt att rekrytera men att flera vårdbiträden går Äldreomsorgslyftet och ni har en utbildningsplan.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller överenskommelsens krav då ni inte uppnår kravet om 85 % utbildad omvårdnadspersonal.

Åtgärd

Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen och där aktiviteter, tidplan och ansvarig ska framgå.

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Kvalitetsledningssystem

- **Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter**

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren har 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. För att bedöma er följsamhet till Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter gällande avvikelshantering har vi granskat era rapporterade händelser i avvikelsemodulen i verksamhetssystemet Treserva, kontrollerat inkomna klagomål och synpunkter i W3D3 samt kontaktat IVO.

Avvikelser

För att bedöma er följsamhet till riktlinjen gällande hantering av avvikelser har vi granskat era rapporterade händelser i avvikelsemodulen i verksamhetssystemet Treserva för perioden 220319–230319. Vi har granskat följsamheten till de steg som ska genomföras efter rapportering av händelsen dvs stegen utreda, bedöma, åtgärda och följa upp. Ni har under den granskade tidsperioden rapporterat 305 händelser där 295 av dessa är bedömda som avvikelser. Av de 295 händelser som är bedömda som avvikelser har ni utrett 293, bedömt 232, åtgärdat 222 och följt upp 220. På platsbesöket framgår att ni har avvikelseträffar där ni går igenom rapporterade händelser.

Klagomål och synpunkter

För att bedöma er följsamhet till Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter och er hantering av klagomål och synpunkter har en kontakt tagits med IVO. IVO har inga inkomna klagomål eller Lex Sarah gällande Kornellen de senaste 36 månaderna. Av granskning i W3D3 framgår att inga klagomål eller synpunkter finns registrerade men en Lex Sarah-utredning pågår gällande larm. På platsbesöket framgår att ni har haft möten med larmföretaget och IT. Processen pågår och förvaltningsdirektören är inkopplad. Det finns tillfälliga lösningar så hyresgästerna inte drabbas.

Av granskningen i avvikelsemodulen framgår att ni under perioden 200319–230319 har 16 rapporterade klagomål och synpunkter. Av dessa 16 är 11 bedömda som en avvikelse. Samtliga 11 klagomål som är bedömda som avvikelse har utretts, bedömts, åtgärdats och följts upp.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller kravet i överenskommelsen. Granskningen visar att ni har en följsamhet och en hantering av avvikelser och klagomål, synpunkter i enlighet med riktlinjen avvikelser, klagomål och synpunkter. Ni rapporterar händelser och följer i tillräcklig utsträckning de steg som beskrivs i riktlinjen. Det framgår även att ni har ett arbetssätt och forum för att gå igenom rapporterade händelser och dess hantering.

Dokumentation

Enligt överenskommelsen ska dokumentation ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOFS 2014:5 om dokumentation vid genomförande av insatser enligt SoL. Utföraren ska också följa Örebro kommuns och region Örebro läns riktlinjer och styrdokument gällande dokumentation. En genomförandeplan ska påbörjas omgående och vara färdigställd senast två månader efter mottaget uppdrag och uppdateras vid behov eller 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. Gällande dokumentation i verkställighetsjournal ska den 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 (1990:782).

För att bedöma om ni uppfyller kravet gällande dokumentation har en granskning genomförts av 15 slumpmässigt utvalda boende. Granskningen omfattade den löpande och sociala dokumentationen i verkställighetsjournal och genomförandeplaner. Granskningen visade att alla 15 genomförandeplaner var aktuella dvs uppföljda inom sex månader. Genomförandeplanerna innehöll information om hur stödet ska genomföras under hela dygnet, hur de boende deltagit, önskemål kring mat och måltider samt namngiven kontaktperson.

Vidare genomfördes en granskning i verkställighetsjournal för de 15 slumpmässigt utvalda boenden. Den visade att samtliga journaler innehöll händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid. Det går att följa hur situationen är för den boenden samt vad som genomförts.

På platsbesöket genomfördes en rundvandring på två avdelningar. En observation gjordes av förvaring av dokumentation utanför verksamhetssystemet. På de två avdelningarna fanns kontorsutrymme som alltid är låst och det förvarades inga personuppgifter synliga eller åtkomliga för obehöriga.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen, utifrån genomförd granskning och observation, att ni uppfyller överenskommelsens krav gällande dokumentation.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Enligt överenskommelsen ska ni följa riktlinjer och styrdokument för skydds- och begränsningsåtgärder. Ni ska ha ett strukturerat arbetssätt för att minimera användandet av skydds- och begränsningsåtgärder genom att om möjligt hitta andra lösningar än sådana som begränsar. Följande delar ska dokumenteras i verkställighetsjournal respektive hälso- och sjukvårdsjournal inför användning av skydds- och begränsningsåtgärder:

- Riskbedömning av begränsningsåtgärden
- Syftet/målet med begränsningsåtgärden
- Samtycke till begränsningsåtgärden

Enligt Riktlinje för skyddsåtgärder samt tvångs- och begränsningsåtgärder i Örebro läns kommuner ska åtgärder som satts in av chef eller legitimerad personal initialt följas upp för att säkerställa att allt fungerar som tänkt. Skyddsåtgärden ska därefter följas upp minst var sjätte månad.

För att bedöma om ni uppfyller kravet gällande skydds- och begränsningsåtgärder fick ni göra en sammanställning av verksamhetens skydds- och begränsningsåtgärder i form av rullstolsbord, positioneringsbälte och/eller uppfällda sänggrindar. Utifrån sammanställningen konstateras att ni har 22 skydds- och begränsningsåtgärder och att samtliga skyddsåtgärder har dokumenterat samtycke, syfte och riskbedömning. 91% (20) har en dokumenterad uppföljning av skyddsåtgärden under det senaste året.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni i tillräcklig utsträckning uppfyller de krav på dokumentation som ställs i riktlinjer och styrdokument för skydds- och begränsningsåtgärder

Hygien och smittskydd

Enligt överenskommelsen ska ni följa riktlinje för basal hygien inom kommunal vård och omsorg. Enligt riktlinjen ska varje arbetsplats som bedriver patientnära vård ha tillgång till hygienombud. Vidare ska utföraren tillhandahålla skyddsutrustning och arbetskläder till personalen samt engångsmaterial i den utsträckning som behövs.

För att bedöma om ni uppfyller kravet begärde vi in en kompetensinventering samt gjorde en observation på platsbesöket. Av kompetensinventering framgår att ni har två hygienombud. Vid rundvandring i verksamhetens lokaler observerades att det fanns arbetskläder för dagligt ombyte. Kläderna förvarades torrt och dammfritt i förråd som låg i anslutning till omklädningsrum på bottenvåningen. Engångsförkläden och material för en god handhygien fanns på avdelningarna. Cirkulationstvätt används för tvätt av kläder.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller överenskommelsens krav då ni har hygienombud i verksamheten, tillhandahåller arbetskläder för dagligt ombyte samt material för en god handhygien.

Palliativ vård

Enligt överenskommelsen 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. För att bedöma om ni uppfyller kravet har vi granskat inkommen kompetensinventering och av den framgår att ni har nio palliativa ombud och en palliativ ombudssamordnare. På platsbesöket framgår att ni har fyra palliativa ombudssamordnare.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller överenskommelsen kravet då ni har ombud och ombudssamordnare som ger er förutsättningar att förmedla kunskap och stöd till medarbetare inom palliativ vård.

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.

Underlag för bedömning:

- Intervju vid platsbesök, observation, synpunkter och klagomål, avvikelser, journal, dokumentation, rutiner

Caroline Lindqvist, avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet, Örebro kommun