

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Elgströmska huset Örebro kommun,

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 – Elgströmska huset

Elgströmska är ett vård- och omsorgsboende beläget på väster i Örebro. Boendet har 69 permanenta boendeplatser med demensinriktning samt 10 platser inom korttidsvård. Elgströmska öppnade december 2007 och drevs då av Attendo Care, men drivs sedan december 2013 i kommunal regi. Elgströmska huset har ca 80 medarbetare samt ett antal vikarier.

Elgströmska erbjuder många olika aktiviteter såsom sittgymnastik, pyssel utifrån årstider, pub och föreläsare som kommer till verksamheten. Elgströmska har en trädgård i anslutning till boendet som de vill jobba vidare med så att den kan användas mer av hyresgästerna. Elgströmska har utvecklat och implementerar ett nytt arbetssätt – Nollvision som innebär en personcentrerad vård, att alltid utgå från hyresgästen.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Elgströmska huset ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska senast den **17 maj 2023** skicka in åtgärdsplanen till eggetval@orebro.se. Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

- **Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**
- **Kompetens - omvårdnadspersonal**
- **Ledningssystem för kvalitet**
 - Samverkan
 - Egenkontroller avvikelser
 - Riskanalyser
 - Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter
- **Dokumentation i Nationella register**

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

- Uppdaterad rutin för samverkan

- Beskrivning av alternativt er handlingsplan hur ni valt att jobba vidare med de brister ni uppmärksammat vid er egenkontroll avvikelseprocessen
- Uppdaterad rutin för riskanalyser
- Uppdaterad rutin för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter

Handlingarna 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 påbörjas i augusti 2023. Vilket innebär att vi kommer granska insända handlingar samt genomföra granskningar.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Dokumentation i Nationella register

BPSD

Boenden med demensinriktning ska enligt krav registrera i BPSD-registret och använda det arbetssätt som beskrivs där. Detta innebär bland annat att ni ska ha en eller flera BPSD-administratörer.

För att bedöma om ni uppfyller kravet har ni fått fylla i en kompetensinventering där framkommer att ni har 15 BPSD-administratörer.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller kravet när det gäller BPSD då ni har administratörer som kan registrera i registret vilket bedöms motsvara kraven.

Dokumentation

Enligt krav ska dokumentation ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2014:5 om dokumentation 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 bedöma om ni uppfyller kravet på dokumentation har en dokumentationsgranskning genomförts av 15 slumpmässigt utvalda genomförandeplaner samt löpande dokumentation i verkställighetsjournal. På platsbesöket genomfördes en observation av förvaring av dokumentation utanför verksamhetssystemet.

Genomförandeplan

Granskningen visade att 14 av 15 hyresgäster har en aktuell genomförandeplan dvs uppföljda inom 6 månader, en person saknade helt genomförandeplan. De 14 aktuella genomförandeplanerna granskades vidare utifrån innehåll utifrån kraven; och det finns beskrivning av hur och när uppdraget ska utföras under dygnet för att tillgodose behov och mål, hur individen deltagit samt namngiven kontaktperson.

Verkställighetsjournal

Verkställighetsjournalen granskades för de 15 slumpmässigt utvalda boende. Dokumentationen granskades ett år tillbaka i tiden. I samtliga verkställighetsjournaler framkom händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid. Det går att följa vad som genomförts och vad som hänt. Dokumentationen är utformad med respekt för den enskilde.

Vid platsbesök berättar ni om utmaningen gällande dokumentation, ni beskriver att det inte är helt enkelt utifrån sökord, IBIC och annan språklig bakgrund. Vid rundvandring på platsbesöket observerades att ni förvarar exempelvis genomförandeplaner utanför systemet i låsta rum utan åtkomst för obehöriga.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen efter genomförd granskning att ni uppfyller de krav som ställs gällande dokumentation.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Enligt krav ska utföraren följa riktlinjer och styrdokument för skyddsåtgärder samt tvångs- och begränsningsåtgärder.

För att bedöma er följsamhet till kraven begärdes en sammanställning in av de skyddsåtgärder ni har gällande ordinerad rullstolsbord, positioneringsbälte och eller uppfällda sänggrindar in.

Av sammanställningen framgår att ni har sex insatta åtgärder. Samtliga dessa har samtycke, syfte och riskbedömning. Fyra av sex insatta åtgärder är uppföljda. Två saknar uppföljning men dessa är insatta i närtid.

Vid platsbesöket berättade ni att ni jobbar för att inte behöva använda er av begränsande åtgärder generellt. Ni jobbar aktivt med att öppna upp i huset mellan avdelningar och våningar. Er tanke är även att det ska vara öppet ut men i dagsläget är trädgården inte anpassad då den har mycket nivåskillnader som skapar fallrisk. Ni berättar att arbetsterapeut och enhetschef har deltagit i Workshop i skyddsåtgärder samt tvångs- och begränsningsåtgärder.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller de krav som ställs i riktlinjer och styrdokument gällande skyddsåtgärder samt tvångs- och begränsningsåtgärder.

Mat, måltid och nutrition

Enligt krav ska utföraren följa Örebro kommuns riktlinjer för mat, måltid och nutrition. I den beskrivs utförarens ansvar för bland annat mat, måltid, riskbedömning, nutritionsutredning och behandling.

För att bedöma om ni uppfyller kraven har vi; granskat genomförandeplaner för att utläsa om behov och önskemål finns beskrivet, granskat er rutin samt använt Socialstyrelsens kundundersökning

Genomförandeplaner

Samtliga 14 slumpmässigt utvalda genomförandeplaner som var aktuella, innehöll beskrivningar om behov och önskemål kring måltider.

Rutin

Ni inkom med er *Rutin mat, måltider och nutrition* som utgår från Örebro kommuns riktlinje *Mat, måltid och nutrition* samt till den tillhörande centrala rutinen. Er rutin beskriver hur ni jobbar med måltidsmiljö både på grupp- och på individnivå. Rutinen beskriver även vad som genomförs när en ny hyresgäst flyttar till er utifrån utredningar samt hur ni följer eventuella förändringar över tid med bland annat viktförändringar. Rutinen beskriver även rapportering, teamträffar och Senior Alert som forum och verktyg ni använder er av.

Socialstyrelsens kundundersökning

De frågor vi tittat på i Socialstyrelsens kundundersökning är; Hur brukar maten smaka? 100% av de svarande tycker att maten smakar bra. På frågan; Upplever du att måltiden på ditt äldreboende är en trevlig stund? Har 73% lämnat positiva svar. På båda frågorna har ni högre andel positiva svar än Örebro kommun och riket i övrigt.

På platsbesöket berättar ni att ni jobbat mycket med måltidsmiljön och att det ser olika ut på olika avdelningar utifrån de behov som finns där just nu, ibland serveras mat i karotter på bordet och ibland på tallrik. Ni berättar även om det material ni arbetat fram gemensamt *Arbetsätt Elgströmska* som ni även skickat in, där måltidssituationen beskrivs.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör en sammantagen bedömning att ni uppfyller kravet att följa aktuella riktlinjer gällande mat, måltid och nutrition.

Anhörigstöd

Enligt krav ska utföraren ha en rutin som beskriver hur ni arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen. För att bedöma om ni uppfyller kravet i överenskommelsen begärde vi in er rutin som beskriver ovanstående.

Ni har inkommit med er rutin *Anhörigsamverkan/ anhörigstöd*.

Er rutin beskriver hur anhöriga görs delaktiga i samband med inflytt samt under tiden hyresgästen bor hos er efter samtycke från hyresgästen. Rutinen beskriver även hur ni arbetar med anhörigråd och anhörigräffar. Rutinen innehåller beskrivning av vem som gör vad och när.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att er rutin uppfyller kraven för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen.

Hälso- och sjukvård

Enligt krav ska utföraren säkerställa att kravet på god och säker vård upprätthålls när arbetsuppgifter överläts mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal. 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 krav ska utföraren ha en rutin som beskriver hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts från utförarens legitimerade personal till omvårdnadspersonal. Rutinen ska beskriva hur omvårdnadspersonal praktiskt tar emot och planerar för fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder. Rutinen ska även omfatta den hälso- och sjukvård som överläts av regionens legitimerade personal till utförarens omvårdnadspersonal.

För att bedöma om ni uppfyller kravet har er rutin begärts in. Ni har inkommit med: *Delegeringsrutin* och *Rutin fördelade åtgärder*

Rutinen för delegering beskriver alla moment för läkemedelsdelegering från att det är aktuellt med delegering till att delegeringen är mottagen och signerad. Rutinen beskriver hantering av vårdplaner, hur dessa skrivs och mottas. Rutinen beskriver arbetsfördelning vid respektive arbetspass för att alla insatser som är delegerade ska bli genomförda. Rutinen innehåller även signering i MCSS och dokumentation i vårdplan. Rutinen för fördelade åtgärder innehåller hur övriga vårdplaner hanteras, arbetssättet fördela, motta samt hur arbetsuppgifterna dagligen fördelas. Rutinen innehåller hur insatser från läkare, samarbetspartners på USÖ samt fysioterapeut hanteras och hur hanteringen är när en fysioterapeutinsats är väl implementerad och övergår från vårdplan till att vara en del i genomförandeplanen. Båda era rutiner innehåller vem som är ansvarig, hur delmoment ska genomföras, vilka andra styrdokument ni utfår ifrån samt hur uppföljning sker.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni har rutiner som beskriver samtliga moment kring överlåtelse av fördelade och delegerade åtgärder från olika professioner och vårdgivare på ett tydligt sätt. Bedömningen är att ni uppfyller kraven.

Palliativ vård

Enligt krav 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, de ska tillsammans med palliativa vårdsamordnare samverka med palliativa ombud på arbetsplatsen och ombudssamordnare från andra områden, i syfte att utveckla den palliativa vården.

För att bedöma om ni uppfyller krav gällande Palliativ vård begärdes en kompetensinventering in. I den framgår att ni har 14 palliativa ombud. På platsbesöket framkommer att ni har och 2 palliativa ombudsamordnare.

Bedömning

Enheten för uppföljnings gör bedömningen att ni uppfyller kravet gällande palliativ vård.

Hygien och smittskydd

Enligt krav ska utföraren följa Örebro kommuns och Region Örebro Läns riktlinjer och rutiner gällande smittskydd, men även arbetsmiljöverkets och Socialstyrelsens föreskrifter.

Under platsbesöket genomförs en rundvandring med observation i verksamheten där vi tittar på omklädningsrum, duschmöjligheter, tillgång till arbetskläder för dagligt ombyte, tvättmöjligheter samt tillgång och åtkomst till förbrukningsmaterial. Arbetskläder både rena och smutsiga förvaras i nära anslutning till omklädningsrum. Arbetskläderna förvaras torrt och dammfritt. Samma dag som platsbesöket genomförs har leverans skett av rena arbetskläder. Verksamheten uppger att det finns kläder och storlekar för alla med möjlighet till dagligt ombyte. När det gäller förbrukningsmaterial så finns detta på respektive avdelning (inlästa), hos hyresgästen samt i förråd där alla har möjlighet att hämta för att fylla på.

Enligt riktlinje för Basal hygien inom kommunal vård och omsorg ska varje arbetsplats som bedriver patientnära vård ha tillgång till hygienombud. Ni har skickat in begärd kompetensinventering där det framkommer att Elgströmska har 14 hygienombud.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller de krav som ställs kring förbrukningsmaterial, arbetskläder, skyddsutrustning och omklädningsrum.

Brister i kvalitetskrav

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

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

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

Ni har skickat in begärd kompetensinventering där ni själva har fått uppge vilka av de kravställda utbildningarna personalen har genomgått. Vi har gått igenom kompetensinventeringen och granskat den utifrån vilka av de kravställda utbildningar som har genomförts och av hur många.

Det finns utbildningar som alla eller tillräckligt många har genomfört; Demens ABC, IBIC, Treserva, Manuella förflyttningar, Mat, måltid och nutrition och SBAR. Det finns även utbildningar som för få av personalen genomfört; Palliation, Basal hygien, Vardagsrehabilitering.

Vid platsbesök berättar ni om att det finns en utmaning i detta med utbildningar. Dels att säkerställa att alla genomgår dem, dels att det finns svårigheter kopplat till språk. Ni framför även att det vore önskvärt att när ni får vikarier från bemanningsenheten att de redan skulle ha genomfört alla utbildningar, så att ni kan fokusera på den verksamhetsspecifika introduktionen. Ni berättar även att vissa utbildningar har ni genomfört i storgrupp för att möjliggöra pauser men även för att lyfta diskussioner och svårigheter under tiden.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller stora delar av kraven gällande obligatoriska utbildningar, men att det finns vissa utbildningar (Palliation, Vardagsrehabilitering och Basal hygien) ni behöver jobbar vidare med för att säkerställa god kompetens och patientsäkerhet. Ni ska i åtgärdsplan beskriva aktiviteter, tidsplan och ansvarig för hur ni ska åtgärda bristen.

Kompetens - omvårdnadspersonal

Enligt krav ska minst 85% av omvårdnadspersonalen ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

För att bedöma om ni uppfyller kravet har vi begärt in en kompetensinventering vilket ni har inkommit med. Av denna framgår att det totalt finns 129 personal med olika titlar och anställningsformer. Av dessa jobbar 118 med omvårdnad varav 69 är tillsvidareanställda och 51 är timvikarier eller visstidsanställda. 88 av 118 har genomgått relevant utbildning vilket motsvarar 75 %.

Vid platsbesök berättar ni att ni är medvetna om att ni inte når upp till kravet på 85%. Ni beskriver en utmaning vid rekrytering och även fast ni söker undersköterskor till fasta tjänster är det vårdbiträden eller helt utbildade som söker. Ni berättar även om Äldreomsorgslyftet som ni använt er av för att höja utbildningsnivån. Ni beskriver en utmaning med just äldreomsorgslyftet att få till det med scheman när halva tiden (2,5 dag) är i skolan med att få ihop det med ett schema som även passar verksamhetens behov på plats. Ni beskriver även utmaningen för enskilda medarbetare att dels hinna plugga vilket ibland är ganska omfattande.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att verksamheten inte uppfyller kraven gällande utbildningsnivå. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni framåt planerat att jobba för att komma till rätta med bristen för att höja den formella

kompetensnivån. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter, tidsplan samt vem som är ansvarig.

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan

Enligt krav ska utföraren ha en rutin som beskriver hur samverkan och information sker internt mellan olika professioner och funktioner, rutinen ska även innehålla vilka forum och verksamhetssystem som används samt hur samverkan sker med regionen.

För att bedöma er följsamhet till kravet har vi begärt in er rutin för samverkan. Ni har inkommit med: *Springrutin, Rutin för arbetsuppgifter på natten, Arbetsätt Elgströmska, Samverkansrutin, Rutin för omhändertagande vid snabb försämring för patienter med BPSD problematik*

Rutinerna är en beskrivning av hur intern samverkan, informationsöverföring med rapportering, teamträffar, omvårdnadskonferens går till. Hur samverkan sker med regionen framgår specificerat med vilka yrkeskategorier.

Rutinen saknar till viss del ansvarsfördelning, tex. vem som ansvarar för och är sammankallande till teamträffar där fler yrkeskategorier är samlade och vem ansvarar för funktionsbrevlådan. Det är heller inte helt tydligt hur samverkan med legitimerade i er verksamhet går till. När det gäller arbetsterapeuten framgår att kontakt kan ske vid behov och situation men inte på vilket sätt.

På platsbesöket berättar ni att både sjuksköterska och arbetsterapeut deltar på dagliga rapporter och är en naturlig del i verksamhetens dagliga arbete. Ni berättar även att ni flyttat om så respektive sjuksköterska och arbetsterapeut har sina kontor i nära anslutning till avdelningarna de har ansvaret för, detta för att möjliggöra snabbare kontaktvägar. När det gäller teamträffar och omvårdnadskonferenser berättar ni att dessa är schemalagda därför sker ingen specifik kallelse till dessa, men att det under dessa träffar finns ett gemensamt ansvar att lyfta de frågor och ärenden som är aktuella. Ni berättar under platsbesöket att samverkan sker med många olika parter exempelvis vid leveranser men även om någon boende behöver besöka tandläkare eller få besök av frisör, det är då den som uppmärksammar behovet alternativt kontaktperson som tar nödvändiga kontakter.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni till stor del lever upp till kravet gällande samverkan men att er rutin behöver uppdateras med ansvarsfördelning och hur samverkan med legitimerade sker.

Ledningssystem för kvalitet

- Egenkontroller

Enligt krav ska utföraren regelbundet genomföra egenkontroller inom den egna verksamheten i syfte att säkra verksamhetens kvalitet. Utföraren ska utöver de egenkontroller som verksamheten själva bedömer krävs även årligen genomföra egenkontroll inom områdena; Basal hygien inom kommunal hälso- och sjukvård,

dokumentation enligt HSL och SoL samt följsamhet till avvikelseprocessen enligt gällande riktlinje.

För att bedöma er följsamhet till kravet på egenkontroller ombads ni skicka in en sammanställning över de egenkontroller ni genomfört det senaste året, om ni identifierat brister, vilka åtgärder ni satt in, hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt. Av den inskickade sammanställningen framgår att verksamheten genomfört sju egenkontroller.

Sammanställningen avseende de kravställda egenkontrollerna visar:

Basal hygien

Ni har genomfört egenkontroll basal hygien. Ni har upptäckt brister gällande följsamheten att använda handdesinfektion. På platsbesöket berättar ni att ni följt upp detta på APT samt genomfört ”lätt att göra rätt” men även nyligen genomfört PPM-mätningen. Ni beskriver på platsbesöket en medvetenhet om när ni brister och att det framför allt är i samband med att någon insats ska genomföras som inte har omvårdnadskoppling ex servera kaffe.

Dokumentation

Ni har genomfört egenkontroll av genomförandeplaner. Inga brister framkommer men ni beskriver svårigheter kring dokumentation generellt dels utifrån språk men även IBIC och den struktur genomförandeplanen har. Ni beskriver på platsbesöket att genomförandeplanen som verktyg blir ”lite trubbigt” då de är svåra att hålla aktuella utifrån att förändringar ibland sker ofta.

Egenkontroll social dokumentation i journal är genomförd efter platsbesöket vilken ni inkommer med 2023-04-03. Ni har granskat 5 personers journaler och besvarat förutbestämda frågor med ja alt nej. Ni förmedlar även då att det finns svårigheter att välja rubrik utifrån IBIC.

Ni har genomfört egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation. Där har ni upptäckt brister i att ni skriver under fel sökord men även brister kopplade till vårdplaner som inte följs upp.

Avvikelseprocessen

Ni har genomfört en egenkontroll av avvikelseprocessen. Av sammanställningen går inte att utläsa om brister upptäcktes. Ni berättar på platsbesök att ni uppmärksammat att ni är dåliga på att avsluta händelser samt att ni har ett utvecklingsområde i att använda ”pennan” för att dokumentera er åtgärder. Ni beskriver att ni har ett pågående arbete kring avvikelser som inte riktigt tagit fart där ni regelbundet ska träffas och gå igenom de senast inkomna.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni till stor del lever upp till kraven gällande att genomföra egenkontroller. När det gäller egenkontroll avvikelser framkommer på platsbesöket att ni uppmärksammat delar ni behöver jobba vidare med. Då även vår granskning av följsamhet till processen för hantering av

avvikelser, klagomål och synpunkter visar på brister behöver ni inkomma med er handlingsplan hur ni valt att jobba vidare med de brister ni uppmärksammat.

Ledningssystem för kvalitet

- Riskanalyser

Riskanalyser är ett förebyggande verktyg som ska användas på verksamhetsnivå för att identifiera risker som kan komma att påverka verksamhetens kvalitet. Enligt krav 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.

För att bedöma om ni lever upp till kravet begärde vi in er rutin för hur ni arbetar med riskanalyser samt en sammanställning av de riskanalyser ni genomfört under de senaste 12 månaderna.

Er rutin beskriver syfte, ansvar, vem som deltar och när riskanalyser ska genomföras. Rutinen beskriver inte exakt hur ni gör och på platsbesöket berättar ni att ni använder den metodhandbok som Örebro kommun har tagit fram. Ni berättar även att riskanalyserna oftast initieras av chef eller skyddsombud även om alla kan göra det. Ni beskriver att arbetssättet inte är så känt bland medarbetarna, men att arbetet och resultatet alltid redovisas på APT.

I er sammanställning redovisar ni två genomförda riskanalyser från det senaste året, en inför sommaren 2022 och en gällande omorganisation.

Riskanalysen inför sommaren beskriver ett syfte, vem som ansvarar, ert arbete med risker och åtgärder samt hur ni följt upp och när. Riskanalysen gällande omorganisation påbörjades i september 2022. Där har ni beskrivit arbetet, vem som är ansvarig och deltagare. Risker och åtgärder beskrivs. På platsbesöket berättar ni att omorganisationen fortfarande är ett pågående arbete som ni fortsatt följer, ni har inte dokumenterat något resultat ännu men beskriver att hela arbetet har varit en resa som påverkat medarbetar på olika sätt.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni inte uppfyller de krav som ställs kring arbete med riskanalyser då er rutin inte beskriver hur ni faktiskt gör. Ni behöver uppdatera er rutin så den överensstämmer med det arbetssätt som ni beskriver på platsbesöket att ni använder er av.

Ledningssystem för kvalitet

- Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

Enligt krav 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 riktlinjen har vi granskat i avvikelsemodulen i Treserva, kontrollerat inkomna klagomål och synpunkter i W3D3 samt haft kontakt med IVO.

På platsbesöket begärs även er rutin in för hur ni arbetar med rapporterade händelser enligt *Riktlinjen för avvikelser, klagomål och synpunkter*. Av rutinen *Hantering av avvikelser* framkommer hur inträffade händelser ska hanteras, vilken riktlinje och lathundar som finns som stöd för rapportering. Rutinen innehåller även vem som har huvudansvar för vilka delar och hur samverkan i teamet går till och när och på vilket sätt det ska ske samverkan. På platsbesöket berättade ni att ni inte alltid får till avvikelseträffar i teamet för att samverka kring rapporterade händelser. Rutinen innehåller även en hantering som inte överensstämmer med riktlinjen dvs att ni tar bort rapporterade händelse som inte kan kopplas till en hyresgäst.

Avvikelser

För att bedöma er följsamhet till riktlinjen gällande hantering av avvikelser har vi granskat era rapporterade händelser i avvikelsemodulen treserva under tidsperioden 220120 – 230120 (1 år) dvs är de steg som ska genomföras enligt riktlinjen förutom rapportera händelsen (utreda, bedöma, åtgärda, följa upp) är genomförda.

Under den perioden har ni rapporterat 653 händelser, 311 av dessa är bedömda som ingen avvikelse. Kvar för verksamheten att hantera är 321 rapporterade händelser, av dessa är 187 utreda, 96 är bedömda och åtgärdade samt 75 uppföljda.

När vi genomförde granskningen uppmärksammades även 134 rapporterade händelser där en hantering inte påbörjats, det vill säga de är rapporterade men har inte kommit längre.

I W3D3 framkommer två fördjupade utredningar om händelser som skett, dessa är avslutade och inte anmälda till IVO.

På platsbesöket berättar ni att den vanligaste rapporterade händelsen är fall och att det är ett fåtal personer som står för flera av dessa. Ni berättar även att ni har haft flera genomgångar av riktlinjen då ni tidigare har haft svårt att få de som uppmärksammar händelser att rapportera, detta ser ni själva att ni nu kommit till rätta med. Ni berättar även på platsbesöket att ni läser alla avvikelser.

Bedömning Avvikelser

Enheten för uppföljnings sammantagna bedömning av hantering av avvikelser är att ni att ni inte har följsamhet till riktlinjen för hantering av rapporterade händelser dels då ett stort antal inte är hanterade alls och ett flertal inte har följt stegen i enlighet med riktlinjen.

Klagomål och synpunkter

För att bedöma er följsamhet till riktlinjen gällande hantering av klagomål och synpunkter har vi granskat era rapporterade händelser i avvikelsemodulen

treserva för tidsperioden 200120 – 230120 (3 år) dvs är de steg som ska genomföras enligt riktlinjen (utreda, bedöma, åtgärda, följa upp) är genomförda. Under perioden har ni rapporterat 41 händelser som klagomål och synpunkter. Av dessa 41 är 31 utredda, 29 bedömda 23 är åtgärdade och uppföljda.

Det vi kan se på en övergripande nivå är att ni rapporterar och utreder klagomål och synpunkter men att det i stegen åtgärda och följa inte fullföljs i enlighet med riktlinjen.

I W3D3 framkommer två klagomål, varav ett är till verksamheten, detta klagomål är hanterat med en koppling till en avvikelse samt avslutat. Det andra klagomålet är lämnat vidare till fastighetsägaren och gäller parkeringsmöjligheter.

I kontakten med IVO framkommer två klagomål, dessa är dock inte överlämnade till verksamheten från IVO. Ni uttrycker att det är synd att ni inte fått ta del av dem då ni inte har fått möjlighet att jobba med de klagomålen.

Inom ramen för denna punkt i överenskommelsen tittade vi även på Socialstyrelsens kundundersökning, där vi tittat på frågan;

- Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet?

Elgströmska hade 43 % positiva svar vilket ligger högre än Örebro Kommun och lika med riket i övrigt.

Bedömning Klagomål och synpunkter

Enheten för uppföljnings sammantagna bedömning av hantering av klagomål och synpunkter är att ni inte har följsamhet till riktlinjen för hantering av rapporterade klagomål och synpunkter då samtliga steg i processen inte genomförs.

Sammantagen bedömning Avvikelser, klagomål och synpunkter

Enheten för uppföljning gör en sammantagen bedömning utifrån granskning i avvikelsemodulem och inkommen rutin att nu inte har fullständig följsamhet till riktlinjen. Ni behöver säkerställa att samtliga rapporterade händelser hanteras i enlighet med gällande riktlinje dvs utreds, bedöms, åtgärdas och följs upp samtidigt som ni säkerställer att de rapporterade händelser som inte alls är hanterade hanteras. Ni behöver även säkerställa att ni följer er rutin, då det där framgår avvikelseträffar vilket ni uppger på platsbesöket att ni inte alltid får till. Ni behöver även revidera er rutin så den överensstämmer med riktlinjen. Ni ska i åtgärdsplan beskriva aktiviteter, tidsplan och ansvarig för hur ni ska åtgärda bristen. I samband med resultatuppföljning kommer en ny granskning att genomföras.

Dokumentation i Nationella register

Senior Alert

Utföraren ska enligt krav genomföra riskbedömning enligt Senior Alert i enlighet med Örebro kommuns riktlinjer för vårdprevention. De områden som ska riskbedömas är trycksår, undernäring, fall, munhälsa och blåsdysfunktion. Utifrån

identifierade risker ska åtgärder genomföras och följas upp. Utföraren ska vidta adekvata åtgärder för att förebygga eller åtgärda de risker som identifieras. För att bedöma om ni uppfyller kravet begärdes ett registeruttag från Senior Alert in. Ni har inkommit med begärt registerutdrag; För 2022 där framkommer att 106 unika personer är riskbedömda. För 2023 har ni hittills bedömt och registrerat 14 personer. När vi tittar vidare på respektive riskområde så är riskbedömningar gällande trycksår, undernäring, fall, munhälsa registrerade i tillräcklig omfattning men att blåsdysfunktion endast har 11 registrerade hos 11 unika personer. Ni har även skickat in genomförda egenkontroller utifrån Senior Alert från maj 2022 samt från september 2022.

På platsbesök berättar ni att ni är medvetna om att ni har ett arbete att göra gällande blåsdysfunktion, men även att det är en utmaning utifrån den problematik era hyresgäster har. På platsbesöket visas även *Bilaga 1* till riktlinjen för vårdprevention som är ett sätt att genomföra egenkontroller kopplat till Senior Alert.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller kraven gällande vårdprevention inom Senior Alert. Ni genomför bedömningar och registreringar gällande fall, trycksår, munhälsa och undernäring på ett sådant sätt att det motsvarar kraven. När det gäller blåsdysfunktion når ni inte kraven att samtliga boende över 65 år ska erbjudas riskbedömning om det inte är uppenbart obehövligt.

För att uppfylla kravet behöver ni registrera riskbedömningarna inom samtliga fem områden i Senior Alert. Ni behöver åtgärda bristen samt inkomma med en åtgärdsplan där aktiviteter, tidsplan och ansvarig framgår för att bristen ska ha åtgärdats. Inför resultatuppföljningen kommer vi att begära in ett nytt registeruttag från Senior Alert.

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
- Observation
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Journal
- Dokumentation
- Kundundersökning
- Myndighetsinformation
- Rutiner
- Tidigare uppföljningar

Jeanette Birgersson
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun