

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Örebro kommun, Skebäcksgården

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i kommande basuppdrag, för närvarande överenskommelse Sov 278/2021. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång vart tredje år enligt riktlinje för avtals- och verksamhetsuppföljning, Voo 938/2023.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

Örebro kommun - Skebäcksgården

Skebäcksgården är ett vård-och omsorgsboende beläget på öster i Örebro och har funnits i 40 år. Boendet har 42 antal platser för vård- och omsorgsboende samt avdelningar för korttidsvård samt växelvård. Denna uppföljning inriktar sig på vård- och omsorgsboende. Skebäcksgården har ett 60 tal medarbetare som är tillsvidareanställda och två enhetschefer. Någon tidigare uppföljning av kvalitetskrav har inte genomförts för Skebäcksgården.

Bedömningsöversikt

| Kvalitetskrav | | |
|---|--|----------------------------------|
| Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar | | Skydds- och begränsningsåtgärder |
| Kompetens - omvårdnadspersonal | | Mat, måltid och nutrition |
| Samverkan | | Anhörigstöd |
| Riskanalys | | Hygien och smittskydd |
| Egenkontroller | | Hälso- och sjukvård |
| Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet | | Palliativ vård |
| Dokumentation | | Aktiv och meningsfull tillvaro |
| Dokumentation i IT system | | |

Bedömningskriterier

Ja

Nej

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 ett platsbesök genomförts, platsbesöket innefattade observation av vissa av verksamhetens utrymmen samt samtal med personal.

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

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet. För att se till att er verksamhet bedrivs enligt mål, riktlinjer, lag och annan författning i enlighet med 6 kap. 6 § Kommunallagen, 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 28 november 2023 ska ni skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se

Bedömningen är att Skebäcksgården brister inom följande kvalitetskrav

Punkter i överenskommelsen:

- **Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**
- **Kompetens - omvårdnadspersonal**
- **Ledningssystem för kvalitet**
 - Samverkan
 - Riskanalyser
 - Egenkontroller
 - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet
- **Dokumentation**
- **Nationella register – Senior Alert**
- **Skydds- och begränsningsåtgärder**
- **Mat, måltid och nutrition**
- **Anhörigstöd**
- **Hälso- och sjukvård**

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

- Kompetensinventering
- Rutin för samverkan som även omfattar tandhygienist
- Rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser
- Rutin som beskriver hur samverkan sker vid avvikelshantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredning av en händelse

- Rutin som beskriver hur ni säkerställer att personalen ges handledning och stöd för att säkerställa följsamhet till dokumentation
- Registerutdrag från Senior Alert
- Sammanställning av aktuella skyddsåtgärder
- Rutin som beskriver när och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas.
- Rutin som beskriver hur ni arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen.
- Rutin som beskriver hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts från legitimerad personal till omvårdspersonal, hur åtgärden praktiskt tas emot och planeras för.

Handlingarna ska vara inskickade till eggetval@orebro.se senast den 1 mars 2024.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning som kommer att genomföras efter den 1 mars 2024. Detta innebär att vi kommer granska inkomna rutiner, kompetensinventering, registerutdrag och sammanställning.

Vi kommer under februari 2024 skicka mallar för kompetensinventering och sammanställning skyddsåtgärder som ni ska fylla i och samtidigt begära ett nytt registerutdrag för Senior alert.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Aktiv och meningsfull tillvaro

| Krav som följs upp | Underlag till bedömning |
|--|--|
| <p>Utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinje för dokumentationsskyldighet enligt SoL och uppfylla följande krav inom området:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Den enskilde får stöd i att behålla och utveckla intressen, sociala relationer och kontakter som är viktiga för personen • Aktivitets- och funktionsbedömningar ska göras av arbetsterapeut för samtliga boende och användas som en grund för planering av individuella och gemensamma aktiviteter. • I genomförandeplanen ska individens synpunkter, önskemål och delaktighet av stödet framgå. • Utifrån den enskildes förmåga och önskemål ska utföraren verka för att den enskilde upplever en meningsfull tillvaro • Den enskilde tillförsäkras utevistelse efter individuella behov | <p>Egenkontroll/ inkommen sammanställning för tio individer</p> <p>Individuppföljning av biståndshandläggare för perioden maj till juni 2023 för 33 individer.</p> <p>Frågor på platsbesök</p> |

Bedömning

Inkommen sammanställning från er verksamhet visar att 80% har en aktivitets och funktionsbedömning som omfattar de flesta livsområden. Samtliga har enligt sammanställningen önskemål om aktiviteter dokumenterade i genomförandeplan. 60 % har intressen dokumenterade i genomförandeplanen.

Individuppföljning genomförd av biståndshandläggare visade att samtliga boende då upplevde att de blivit tillfrågade om önskemål kring aktiviteter. Endast en av de då tillfrågade boende upplevde missnöje med aktiviteter. 91 % upplevde att de fått utomhusvistelse i den utsträckning som önskas.

Vid platsbesök beskrev ni ert arbetssätt kring aktiviteter, att ni har en aktivitetscoach anställd som inventerar intressen hos de boende och att ni arbetar med aktiviteter utifrån detta. Ni beskrev även att kontaktpersonerna kan behöva dokumentera mer kring intressen i genomförandeplanerna.

Enheten för uppföljnings sammantagna bedömning är att ni uppfyller överenskommelsens krav.

Hygien och smittskydd

| Krav som följs upp | Underlag till bedömning |
|--|--|
| <p>Utföraren ska uppfylla följande krav:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tillhandahålla skyddsutrustning till personalen. • Tillhandahålla arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i>. • Ha tillgång till hygienombud i verksamheten <p>Utföraren ska även ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur utföraren årligen genomför egenkontroll av verksamhetens följsamhet till riktlinjen Basal hygien inom kommunal hälso-och sjukvård. | <p>Observation vid platsbesök</p> <p>Kompetensinventering</p> <p>Verksamhetens rutin: Lokal rutin för egenkontroller på Skebäcksgården</p> |

Bedömning

Under rundvandring på platsbesök observerades att det fanns tillräckligt med arbetskläder för dagligt ombyte som arbetsgivaren tillhandahåller som förvaras på arbetsplatsen. Arbetskläderna tvättas via cirkulationstvätt. Observation skedde av förråd för engångsförkläden samt material för god handhygien. Verksamheten har större förråd dit medarbetare kan gå för att fylla på till varje avdelning.

Ni har enligt er kompetensinventering tre hygienombud. Ni har en rutin som beskriver hur ni årligen genomför egenkontroll inom basal hygien enligt ett övergripande årshjul för vård och omsorg.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller överenskommelsens krav.

Palliativ vård

| Krav som följs upp | Underlag till bedömning |
|---|-----------------------------|
| <p>Utföraren ska ha utsedda palliativa ombud samt minst en palliativ ombudssamordnare</p> | <p>Kompetensinventering</p> |

Bedömning

Enligt er kompetensinventering har ni sex medarbetare som utsetts till palliativa ombud och en medarbetare som utsetts till palliativ ombudssamordnare.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller överenskommelsens krav.

Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren brister i nedanstående kvalitetskrav.

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

| Krav som följs upp | Underlag till bedömning |
|---|-------------------------|
| Utförarens personal ska genomgå de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession. | Kompetensinventering |

Bedömning

Av er kompetensinventering framgår att de obligatoriska utbildningarna inte har genomförts av samtlig personal. Överenskommelsen kravställer att all personal ska genomgå kommunens obligatoriska utbildningar. Granskning av er kompetensinventering visar att de utbildningar som medarbetare genomgått i stor utsträckning är demens ABC 90 %, Manuell förflytnings och lyftkörkort 83% samt verksamhetssystem Treserva 93%.

De utbildningar som färre medarbetare har genomgått är Basala hygien-rutiner i vård och omsorg 24%, Individens behov i centrum (IBIC) 58%, Mat, måltid och nutrition 53 %, Palliativ vård: 54%, SBAR 59 % samt Vardags-rehabilitering 0%.

Vid platsbesök beskrev ni att ni inte kan påverka vilka utbildningar som timanställda har genomgått, då bemanningsenheten förser er med vikarier. Det är brist på erfarna vikarier. Det har även varit svårt att registrera tillsvidareanställd personals tidigare utbildningar då ni saknar systemstöd för detta.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet, då tillräckligt stor andel av personalen inte genomfört de obligatoriska utbildningarna. Ni ska beskriva i en åtgärdsplan hur ni ska åtgärda bristen, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. Inför resultatuppföljning kommer vi att begära in en ny kompetensinventering.

Kompetens – omvårdnadspersonal

| Krav som följs upp | Underlag till bedömning |
|---|-------------------------|
| Minst 85 % av all omvårdnadspersonal ska ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande | Kompetensinventering |

Bedömning

Granskning av er kompetensinventering visar att 60 % av er omvårdnadspersonal har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. För tillsvidareanställda blir andelen 100%. Vid platsbesök beskriver ni att ni i framtiden kan få färre timanställda, till följd av schemaändringar men att ni i nuläget inte kan påverka vilka timanställda som kommer via bemanningsenheten.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet, då ni har en stor andel vikarier som har en lägre utbildningsnivå än den som överenskommelsen kräver. Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta med att åtgärda bristen, vem som är ansvarig och

tidsplan ska framgå. Inför resultatuppföljning kommer vi att begära in en ny kompetensinventering.

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, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används inom den egna verksamheten. • Hur samverkan och informationsöverföring sker mellan legitimerade personal och omvårdnadspersonal ska finnas särskilt beskrivet. Med legitimerad personal menas utförarens arbetsterapeut och sjuksköterska samt regionens sjukgymnast/fysioterapeut, läkare och tandhygienist. | <p>Verksamhetens rutiner: Dagordning teamträff Skebäcksgården, Mötesstruktur intern Skebäcksgården, Rutiner kring teamträffarna på Skebäcksgården, rutin fysioterapeut, Rapporteringsrutin för sjuksköterska i kväll och helgorganisationen</p> |

Bedömning

Ni har inkommit med flera rutiner för samverkan vilka uppfyller stora delar av kraven, dock saknas beskrivning av hur ni samverkar med tandhygienist vilket är en brist. Vid platsbesök beskrev ni ert arbetssätt, att sjuksköterskan ansvarar och på vilket sätt ni samverkar med tandhygienisten men att ni inte har det i skriftlig rutin.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet, då er rutin för samverkan saknar beskrivning av hur ni samverkar med funktionen tandhygienist.

Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta med att åtgärda bristen, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. Ni ska inför resultatuppföljning inkomma med en uppdaterad rutin för samverkan som även innehåller beskrivning av hur samverkan och informationsöverföring sker mellan er verksamhet och tandhygienist.

Ledningssystem för kvalitet – Riskanalyser

| Krav som följs upp | Underlag till bedömning |
|--|-------------------------|
| <p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet</p> | |

Bedömning

Ni har inte inkommit med någon rutin för hur ni genomför riskanalyser. Vid platsbesök beskrev ni ert arbetssätt för riskanalyser och lämnade exempel på situationer där ni genomfört riskanalyser.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kraven då ni saknar en rutin för hur ni arbetar med riskanalyser. Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen och

hur ni avser implementera en rutin i verksamheten, vem som är ansvarig och tidplan ska framgå. Ni ska vid resultatuppföljning inkomma med en rutin som uppfyller kraven i överenskommelsen.

Ledningssystem för kvalitet – Egenkontroller

| Krav som följs upp | Underlag till bedömning |
|---|----------------------------------|
| <p>Utföraren ska årligen genomföra egenkontroll inom följande områden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verksamhetens följsamhet till riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i> • Verksamhetens följsamhet till <i>punkt 2.8.4 dokumentation</i> i överenskommelsen • Verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i <i>Riktlinje Avvikelse, Klagomål och synpunkter</i> • Hälso- och sjukvårdsdokumentation. Egenkontrollen ska överensstämma med Örebro kommuns egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation | <p>Inskickad sammanställning</p> |

Bedömning

Enligt er sammanställning har ni under de senaste 12 månaderna genomfört de tre kravställda egenkontrollerna, ni har identifierat brister och vidtagit åtgärder. Ni har inte upprättat handlingsplaner och den uppföljning som genomförts eller planeras sker vid nästkommande egenkontroll. Vid platsbesök beskrev ni ert arbetssätt, att ni följer ett årshjul och att egenkontroller ni genomför ska föras in i QPR, ert kvalitetsledningssystem.

Enheten för uppföljning bedömer att ni delvis uppfyller kraven då ni har genomfört samtliga kravställda egenkontroller, dock har ni inte skapat handlingsplaner eller dokumenterat uppföljningar. Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska säkerställa att handlings- eller åtgärdsplaner skapas om ni vid egenkontroll identifierar brister, samt att er uppföljning sker tidigare än nästkommande egenkontroll och att uppföljningen dokumenteras. I åtgärdsplanen ska även vem som är ansvarig och tidsplan framgå.

Ledningssystem för kvalitet - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

| Krav som följs upp | Underlag till bedömning |
|--|---|
| <p>Utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur utföraren genomför egenkontroll av verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter • Hur samverkan sker vid avvikelshantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredning av en händelse | <p>Granskning av rapporterade händelser i Treserva för perioden 220818 till 230818, samt för klagomål under perioden 200901 till 230901.</p> <p>Verksamhetens rutiner: Lokal rutin för egenkontroller på Skebäcksgården Lokal rutin avvikelser 2023</p> <p>Information från IVO från de senaste tre åren.</p> |

Utföraren ska även:

- Informera om och möjliggöra för den enskilde och anhöriga att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till uppdragsgivaren.
- Informera och utbilda personal om rapporteringsskyldigheten

Klagomål/synpunkter i W3D3(kommunens ärendehanteringssystem) för de senaste tre åren.

Socialstyrelsens undersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2022"

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 för att se om ni följer processen som beskrivs i riktlinjen.

Lokal rutin egenkontroller

Ni har en rutin som beskriver att för egenkontroller inom HSL följer ni mallar och stöddokument på kommunens hemsida. Sjuksköterska och arbetsterapeut planerar egenkontrollerna genom ett årshjul. Utförda egenkontroller lämnas till chef som ansvarar för att uppföljning sker. Chef och HSL personal skapar handlingsplan.

Avvikelse

Granskning av avvikelser i Treserva visade att det fanns 34 rapporterade händelser av vilka 23 var bedömda som avvikelser. Av de 23 var 68 % bedömda och utredda, 35% åtgärdade och 21% uppföljda. Vid platsbesök beskrev ni ert arbetssätt, att ni är medvetna om att ni kan förbättra processen och att alla steg i modulen behöver registreras. På platsbesök ställs frågan om ni har en rutin för samverkan när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredning av en händelse, ni saknar i nuläget en sådan rutin.

Klagomål och synpunkter

Granskning i Treserva för tre år bakåt i tiden för klagomål och synpunkter visar på endast fem registrerade klagomål. Underlaget är för litet för att kunna bedöma följsamhet till processen i riktlinjen.

Förfrågan till IVO samt sökning i W3D3 för tre år bakåt i tiden visar ett fåtal klagomål som inte medfört vidare utredning från IVO samt ett fåtal handlingar i W3D3. Vid platsbesök beskriver ni att kontakt med boende och anhöriga sker dagligen via dialog, att synpunkter oftast kan lösas direkt och därför sällan registreras i modulen. Vi har granskat Socialstyrelsens öppna jämförelser för 2022. På frågan- *Vet var man vänder sig med synpunkter och klagomål?* svarade Riket 43 %, Örebro som helhet 41 % och svarande på Skebäcksgården 36 %. Vid platsbesök beskrev ni att boende och anhöriga informeras vid inflytt, att ni numera har samtalskort som ni kan använda för att säkerställa sådan information.

Vid platsbesök beskrev ni att information till medarbetare om rapporteringsskyldigheten behöver genomföras.

Sammantagen bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kraven. Ni behöver säkerställa att samtliga avvikelser, klagomål eller synpunkter hanteras i processens alla steg enligt

riktlinjen. Ni ska säkerställa att er rutin beskriver hur samverkan sker vid avvikelshantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredning av en händelse. Ni ska säkerställa att ni informerar och utbildar personal inom rapporteringsskyldigheten vid nyanställning och minst en gång per år.

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen gällande rutin och implementeringen av den i verksamheten samt hur ni ska åtgärda bristen avseende utbildning i rapporteringsskyldigheten, det ska framgå vem som är ansvarig och tidsplan. Vi kommer att granska följsamheten till avvikelseprocessen igen vid resultatuppföljningen. Ni ska inför resultatuppföljning komplettera er rutin så den även beskriver hur samverkan sker vid avvikelshantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredning av en händelse.

Dokumentation

| Krav som följs upp | Underlag till bedömning |
|--|---|
| <p>Genomförandeplanen ska:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Upprättas omgående och vara färdigställd senast 2 månader efter mottaget uppdrag • Följas upp och upprättas tillsammans med den enskilde vid behov och minst var sjätte månad • Beskriva hur och när uppdraget ska utföras för att tillgodose den enskildes behov och mål • Innehålla information om individens delaktighet • Innehålla namngiven kontaktperson <p>I dokumentationen som förs i verkställighetsjournalen ska:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det finnas dokumentation av händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid • Den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas i dokumentationen. Dvs. det ska gå att följa vad som faktiskt genomförs och hur situationen ser ut för de enskilde utifrån dennes ansökan, behov och genomförandet av beslutade insatser • Vara utformad med respekt för den enskildes integritet. • Social dokumentation om den enskilde som finns utanför verksamhetssystemet förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen <p>Utföraren ska även ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur utföraren genomför egenkontroll av den löpande dokumentationen som förs i verkställighetsjournal • Hur utföraren säkerställer att personalen ges handledning och stöd för att säkerställa följsamhet till punkt 2.8.4 dokumentation. | <p>Granskning av verkställighetsjournaler samt genomförandeplaner i Treserva för 12 månader tillbaka för tio slumpvis utvalda individer. Utökad granskning genomförd för ytterligare tio slumpvist utvalda individer avseende verkställighetsjournal.</p> <p>Verksamhetens rutin: Lokal rutin för egenkontroller på Skebäcksgården</p> <p>Individuppföljning av biståndshandläggare för perioden maj till juni 2023 för 33 individer.</p> <p>Observation vid platsbesök</p> |

Bedömning

Vår granskning av social dokumentation visade att samtliga individer hade en aktuell genomförandeplan (GP) som uppfyller kraven. Anteckningarna var utformade med

respekt för den enskildes integritet. För ett år tillbaka fanns anteckningar i samtliga granskade journaler. Det fanns dock flera journaler med längre uppehåll på en månad, enstaka längre, i flera fall upprepades uppehållen. Utökad granskning av verkställighetsjournaler visade att det förekom längre uppehåll i flera journaler som upprepades vilket gör det svårt att följa den individuella vård- och omsorgsprocessen.

Individuppföljning som genomförts av biståndshandläggare visade att samtliga boende då hade en aktuell GP, där det framgick vem som var kontaktperson samt hur den boende varit delaktig vid upprättande av GP. I 97% av GP framgick det hur insatsen ska genomföras under dygnet. Dokumentationen var utformad med respekt för den enskildes integritet. För 97 % av verkställighetsjournalerna förs löpande dokumentation. Biståndshandläggare har kommenterat att det förekom flera längre uppehåll för ett flertal individer i journaler vilket överensstämmer med vår granskning.

Rutin för egenkontroll beskriver att ni har mallar och stöddokument, rutinen beskriver att VISA handledare och enhetschef ansvarar för att genomföra egenkontroll av dokumentation. Vid platsbesök observerades ingen dokumentation om de boende som tillgänglig för obehöriga utanför verksamhetssystemet.

Sammantagen bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni delvis uppfyller kraven, då ni har genomförandeplaner som uppfyller kraven. Bedömning görs att ni inte uppfyller del av krav gällande verkställighetsjournal då ett flertal individer har längre och flera uppehåll i den sociala dokumentationen vilket medför att det är svårt att följa den individuella vård- och omsorgsprocessen.

Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta med att åtgärda bristen, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. Ni ska vid resultatuppföljningen inkomma med en rutin som beskriver hur ni säkerställer att er personal får handledning och stöd för att säkerställa följsamhet till punkt 2.8.4 dokumentation i överenskommelsen. En ny granskning av verkställighetsjournaler kommer att göras vid resultatuppföljning.

Nationella register – Senior Alert

| Krav som följs upp | Underlag till bedömning |
|---|--------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Utföraren ska genomföra en riskbedömning inom områdena trycksår, undernäring, fall, munhälsa och blåsdysfunktion med stöd av kvalitetsregistret Senior alert om inte uppenbart obehövt i enlighet med Örebro kommuns riktlinjer för vårdprevention. | Registeruttag Senior Alert |

Bedömning

25 individer har enligt ert registerutdrag fått riskbedömningar genomförda inom områdena trycksår, undernäring, fall, munhälsa. Utifrån det vi har fått in har ingen boende riskbedömts för blåsdysfunktion. Vid platsbesök beskrev ni ert arbetssätt, att riskbedömning genomförs vid inflytt och att sjuksköterska ansvarar för registreringen. Om risker identifieras upprättas en vårdplan. Ni vet att det åligger er att genomföra riskbedömningar inom samtliga områden, samtidigt har det funnits en svårighet att

genomföra dessa för boende som inte har några besvär inom tex blåsfunktion.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kraven då samtliga boende ska riskbedömas inom samtliga områden. Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. Ett nytt utdrag från Senior alert kommer att begäras inför resultatuppföljning.

Skydds- och begränsningsåtgärder

| Krav som följs upp | Underlag till bedömning |
|---|---|
| <p>Följande delar ska dokumenteras i verkställighetsjournal respektive hälso- och sjukvårdsjournal inför användning av skydds- och begränsningsåtgärder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samtycke till begränsningsåtgärden • Syftet/målet med begränsningsåtgärden • Riskbedömning av begränsningsåtgärden • Uppföljning av åtgärden, senaste 6 månaderna | <p>Egenkontroll/Sammanställning av verksamhetens skyddsåtgärder</p> |

Bedömning

Inkommen sammanställning som ni genomfört i verksamhetssystem visar att 18 individer har en skyddsåtgärd inom HSL i form av rullstolsbord, positioneringsbälte och/ eller uppfällda sänggrindar. 78% har dokumenterat samtycke, 56% har dokumenterat syfte, 17 % har dokumenterat riskbedömning och 28 % har dokumenterat uppföljning under de senaste sex månaderna. Vid platsbesök beskrev ni ert arbetssätt, att ni behöver förbättra att följa upp och arbeta mer aktivt med vårdplanerna.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet då ni inte dokumenterat syfte, genomfört riskbedömningar eller följt upp åtgärderna i tillräcklig utsträckning. Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. Inför resultatuppföljningen kommer vi begära en ny sammanställning av verksamhetens skyddsåtgärder.

Mat, måltid och nutrition

| Krav som följs upp | Underlag till bedömning |
|---|---|
| <p>Verksamheten ska sträva efter att ge varje enskild person positiva matupplevelser. Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • När och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt för hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas <p>Genomförandeplanen ska innehålla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En planering för mat och måltider som är individuellt anpassad utifrån vad, var, hur och när den enskilde önskar äta | <p>Dokumentationsgranskning i Treserva för tio slumpvist utvalda individers genomförandeplaner.</p> <p>Individuppföljning av biståndshandläggare för perioden maj till juni 2023 för 33 individer.</p> <p>Socialstyrelsens undersökning ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2022”</p> |

Bedömning

Ni har inte inkommit med någon rutin som beskriver när och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt för hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas.

Vi ser vid granskning av genomförandeplaner att de innehåller en beskrivning av behov och önskemål kring mat och måltider. Individuppföljningen som genomförts av biståndshandläggare visade att det i 94% av GP framkom behov och önskemål kring mat och måltid. Det framkom för 97 % att den enskilde hade tillfrågats om önskemål vid uppföljningssamtal.

Socialstyrelsens undersökning 2022 visade att andelen svarande på Skebäcksgården var 20 till 40 %, av dessa ansåg 53% att maten smakar mycket eller ganska bra, i jämförelse med riket 71% och övriga Örebro 64%. Andelen som ansåg måltiderna vara en trevlig stund var 47% för Skebäcksgården i jämförelse med riket 66% och övriga Örebro 62%. Vid platsbesök beskrev ni att ni arbetat aktivt med att låta boende som varit missnöjda med maten följa med ut i köket, att ni som chefer ställer frågan till medarbetare på utvecklingssamtal om vad denne gör för att måltider ska bli en trevlig stund på dagen.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kraven då ni saknar den rutin som överenskommelsen kravställer. Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. Ni ska inför resultatuppföljning inkomma med rutin som beskriver när och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt för hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas.

Anhörigstöd

Krav som följs upp

Utföraren ska ha en rutin som beskriver hur utföraren arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen

Underlag till bedömning

Bedömning

Ni har inte inkommit med någon rutin som beskriver hur ni arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen. Vid platsbesök beskrev ni ert arbetssätt, att ni i nuläget saknar ombud och en rutin, däremot möter ni ofta både som medarbetare och chefer anhöriga ute i verksamheten och har en fortlöpande dialog.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kraven då ni saknar den rutin som överenskommelsen kravställer. Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. Ni ska inför resultatuppföljning inkomma med en rutin som beskriver hur ni arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen.

Hälso- och sjukvård

| Krav som följs upp | Underlag till bedömning |
|---|---|
| <p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 | <p>Verksamhetens rutin: Rutin delegering av läkemedel</p> |

Bedömning

Inkommen rutin beskriver endast delegering av läkemedel. Det saknas beskrivning av hur ni arbetar med åtgärder från arbetsterapeut och fysioterapeut samt hur åtgärderna fördelas till personal.

Vid platsbesök beskrev ni ert arbetssätt och hur arbetsterapeut tar mer ansvar för de åtgärder som fysioterapeuten fördelar till omvårdnadspersonalen. Ni använder Treserva och MCSS för att hantera fördelade åtgärder både från arbetsterapeut och fysioterapeut.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kraven då er rutin saknar beskrivning av hur åtgärder från all legitimerad personal fördelas till omvårdnadspersonal samt hur de praktiskt tar emot och planerar för dessa åtgärder. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. Ni ska inför resultatuppföljning inkomma med en rutin som uppfyller kraven i överenskommelsen.

Malin Paulsson
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun