

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Örebro kommun, Demenscentrum

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i den överenskommelse verksamheten tecknat med Programnämnd social välfärd Örebro kommun Sov 642/2018. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång var tredje år på uppdrag av Programnämnd Social välfärd.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

Örebro kommun – Demenscentrum

Demenscentrum är beläget i västra delen av Örebro och i huset finns 48 vårdplatser fördelat på sex grupper med olika inriktningar. 32 boendeplatser fördelat på fyra grupper. 16 korttidsplatser fördelat på två grupper.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Demenscentrum ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska senast den 26 maj 2021 skicka in åtgärdsplanen till eggetval@orebro.se. Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

- **Kvalitetsledningssystem**
 - Samverkan
 - Riskanalyser
 - Egenkontroller
 - Klagomål och synpunkter
 - Rapporteringsskyldighet
- **Dokumentation och förvaring HSL**
- **Hälso-och sjukvård**
- **Läkemedelshantering**
- **Skydds- och begränsningsåtgärder**
- **Anhörigstöd**

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

- Rutin för intern samverkan som utöver befintliga delar även innehåller en beskrivning av hur informationsöverföring sker mellan funktioner i verksamheten mellan möten.
- Rutin för extern samverkan som innehåller en beskrivning av vilka externa funktioner ni samverkar med och hur den samverkan sker.
- Beskrivning av hur ni avser att arbeta med riskanalyser.

- Beskrivning av hur ni avser att arbeta med egenkontroller på ett systematiskt sätt.
- Rutin som beskriver hur ni ska tillämpa Riktlinjen för avvikelser, klagomål och synpunkter när det gäller hantering av inkomna klagomål och synpunkter. Det ska av rutinen även framgå hur olika typer av klagomål åtgärdas, analyseras och sammanställs.
- Beskrivning av hur ni arbetar med att ta emot, planera för, genomföra och dokumentera de hälso-och sjukvårdsinsatser som överläts av legitimerad personal.
- Rutin för Läkemedelshantering som är förenlig med Örebro kommuns riktlinje, dvs att den utöver befintliga delar även beskriver att patienternas läkemedels ska förvaras i patienternas lägenheter/ rum i läkemedelsskåp.

Handlingarna ska vara inskickade till eggetval@orebro.se senast den 1 september 2021.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 1 september 2021. Vilket innebär att vi kommer granska inkomna rutiner och beskrivningar samt genomföra en dokumentationsgranskning gällande hälso- och sjukvårds dokumentation.

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

Enheten för uppföljning har även identifierat brister av mindre omfattning i er verksamhet. För dessa brister tilldelas verksamheten ett påpekande. Mindre omfattande brister har identifierats inom följande kvalitetskrav:

- **Kvalitetsledningssystem**
 - Utredning av avvikelser
- **Bemötande**
- **Individuell planering**
- **Personlig omvårdnad**
- **Aktiv och meningsfull tillvaro**
- **Mat, måltid och nutrition**

De brister som är mindre omfattning ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Demenscentrum ska enligt överenskommelse i kommande kvalitetsberättelse beskriva hur verksamheten åtgärdat de brister vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Dokumentation och förvaring SoL

För att bedöma denna punkt i överenskommelsen gjordes en granskning av tio slumpmässigt utvalda boendes verkställighetsjournaler och genomförandeplaner. Perioden för granskningen var sex månader tillbaka i tiden från granskningstillfället. Som en del i bedömningen togs också hänsyn till eventuellt genomförd egenkontroll för social dokumentation.

Bedömningen av verkställighetsjournaler baserades på om det i dokumentationen gick att följa den individuella vård och omsorgsprocessen för dessa boende, dvs om det fanns kontinuerlig dokumentation om händelse av betydelse och faktiska omständigheter över tid.

Granskningen visade att i åtta verkställighetsjournaler uppfylldes kravet enligt ovan.

Bedömningen av genomförandeplaner gjordes utifrån aktualitet, dvs att genomförandeplanerna var uppföljda inom sex månader och de genomförandeplaner som uppfyllde kravet på aktualitet granskades vidare utifrån dess innehåll.

Granskningen visade att nio genomförandeplaner var aktuella. Av dessa nio innehöll sju planer dokumentation om den boendes delaktighet, information om hur insatsen ska utföras under hela dygnet för att uppnå mål/delmål, den boendes intressen, vad denne anser är meningsfullt samt hur denne vill ha sina måltider.

Verksamheten ombads att inkomma med en sammanställning på samtliga genomförda egenkontroller under 2020. Verksamheten inkom med genomförda egenkontroller och bland dessa fanns egenkontroll avseende genomförandeplaner och verkställighetsjournaler samt en handlingsplan utifrån identifierade brister i dokumentationen.

Bedömningen är att verksamheten uppfyller de krav som ställs på dokumentation i överenskommelsen, dvs att personalen har sådana kunskaper att dokumentationen sker i enlighet med socialtjänstlagen och patientdatalagen. Verksamheten har även genom egenkontroll säkerställt att personalen följer de processer och rutiner som finns avseende dokumentation samt identifierat förbättringsområden.

Vård i livets slutskede

För att uppfylla kravet på vård i livets slutskede enligt gällande överenskommelse ska verksamheten ha rutiner för vård och omsorg i livets slutskede, enskilda och

anhöriga är väl informerade och ges möjlighet att samtala om livets slutskede, ingen ska behöva dö ensam samt att anhöriga erbjuds ett efterlevandesamtal. Bemanningen måste alltid vara sådan att avtalade åtaganden kan uppfyllas, vilket kan innebära krav på ökad personalstyrka vid ökat vårdbehov, till exempel vid vård i livets slutskede.

För att bedöma denna punkt i överenskommelsen ombads verksamheten att inkomma med en lokal rutin för palliativ vård. Rutinen inkom och granskades. Bedömningen är att rutinens innehåll överensstämmer med de krav som finns på palliativ vård enligt överenskommelsen. Rutinen beskriver hur verksamheten praktiskt går till väga för att uppnå hög personalkontinuitet vid palliativt vak.

Kontaktmannaskap

Som en del i denna uppföljning genomfördes ett digitalt platsbesök där frågor ställdes till verksamheten utifrån gällande överenskommelse. För att bedöma denna punkt i överenskommelsen fick verksamheten besvara frågor kring kontaktmannens ansvar samt hur den enskilde ges möjlighet att byta kontaktman.

Verksamheten beskrev att kontaktpersonen är viktig i kontakten med anhöriga, de ansvarar för att ringa upp anhöriga regelbundet och stämma av. Verksamheten beskriver också att de boende får hjälp med ledsagning till sjukhus, tandläkare, optiker och hörcentral och att kontaktperson i så stor utsträckning det går schemaläggs för ledsagning för dessa ärenden. Enligt verksamheten byter man kontaktman om den boende skulle uttrycka en önskan om detta.

Bedömningen är att verksamheten uppfylla kravet på kontaktmannaskap enligt gällande överenskommelse som bland annat beskriver att syftet med kontaktmannaskap är att skapa kontinuitet och trygghet för den enskilde. Att öka den enskildes inflytande och att den enskilde har möjlighet att byta kontaktperson.

Brister i kvalitetskrav

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

Kvalitetsledningssystem

- Samverkan

För att uppfylla kravet på samverkan enligt gällande överenskommelse ska det i verksamhetens processer framgå när samverkan behövs och hur den ska ske inom den egna verksamheten och vid samverkan med andra vårdgivare, myndigheter, föreningar och organisationer. Utöver de krav på samverkan som framgår i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) ska verksamheten ha dokumenterade och fastställda processer

- hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten
- vilka forum för samverkan som finns inom den egna verksamheten

- hur samverkan sker och med vilka externa aktörer.

För att bedöma denna punkt i överenskommelsen ombads verksamheten att inkomma med rutin för hur intern samverkan sker mellan personal och funktioner inom den egna verksamheten samt för hur extern samverkan sker med andra aktörer, vårdgivare och myndigheter.

Verksamheten inkom enbart med rutin för intern samverkan. Rutinen granskades och bedömningen är att rutinen innehåller relevanta delar vad gäller beskrivning av ansvarsfördelning mellan yrkeskategorier samt vilka forum ni har för intern teamsamverkan, till exempel teamträff och omvårdnadskonferens. Rutinen saknar dock en beskrivning av hur informationsöverföring sker inom den egna verksamheten mellan dessa möten. Verksamheten behöver säkerställa att informationsöverföring framgår i rutiner för intern samverkan.

Under det digitala platsbesöket framkommer att verksamheten samverkar med bland annat primärvården, boendesamordnare och biståndshandläggare. Verksamheten beskriver att detta kan ske på olika sätt, exempelvis via telefon och verksamhetssystem så som treserva. Verksamheten behöver upprätta rutin för extern samverkan, rutinen ska beskriva hur extern samverkan sker med andra aktörer, vårdgivare och myndigheter.

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller samtliga krav inom området då rutinen för intern samverkan inte beskriver samtliga processer för samverkan som förekommer inom den egna verksamheten. Den externa samverkan som verksamheten beskriver finns inte upprättad i rutiner.

- Riskanalyser

Enligt överenskommelsen ska riskanalyser vara en del av ert kvalitetsledningssystem. Utöver de krav på riskanalyser som framgår i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) ska verksamheten ha en dokumenterad och fastställd process för hur man arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet.

För att bedöma denna punkt i överenskommelsen ombads ni att inkomma med en beskrivning av hur ni arbetar med riskanalyser. Beskrivningen skulle även innehålla en sammanställning av vilka riskanalyser som genomförts det senaste året, anledning till att riskanalyserna genomfördes, vilka risker som identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån riskerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt.

Någon beskrivning eller sammanställning har verksamheten inte inkommit med. Under det digitala platsbesöket framkommer det att riskanalyser genomförts men att det saknas dokumentation om riskanalyserna.

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller kravet i gällande överenskommelse. Då det saknas en dokumenterad beskrivning av hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin

verksamhet. Verksamheten saknar även dokumentation av genomförda riskanalyser.

- Egenkontroller

Enligt överenskommelsen ska egenkontroller vara en del av ert kvalitetsledningssystem och göras med den frekvens och i den omfattningen som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Utöver de krav på egenkontroller som framgår i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) ska verksamheten ha en dokumenterad och fastställd process för att årligen genomföra egenkontroller.

För att bedöma denna punkt i överenskommelsen ombads verksamheten att inkomma med en beskrivning av hur ni arbetar med egenkontroller. Beskrivningen skulle även innehålla en sammanställning av vilka egenkontroller som genomförts det senaste året, vilka brister som eventuellt identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån bristerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt.

Verksamheten har inkommit med utförda egenkontroller inom dokumentation och avvikelshantering, av dessa framgick vilka brister som identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån bristerna samt hur verksamheten följt upp åtgärderna och dess effekt. Under det digitala platsbesöket framkommer att verksamheten även har genomfört egenkontroll för hygien, detta har skett årligen.

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller samtliga krav inom området då det saknas dokumentation om hur verksamheten systematiskt arbetar med egenkontroller för att följa upp och utvärdera den egna verksamheten samt kontrollera att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

- Klagomål och synpunkter

För att uppfylla kravet i överenskommelsen ska klagomål och synpunkter vara en del av verksamhetens kvalitetsledningssystem och utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinje för Avvikelse, klagomål och synpunkter. Enligt riktlinjen ska det finnas lokala rutiner för hantering av klagomål och synpunkter. Rutinerna ska tydliggöra vilka klagomål som ska hanteras i enlighet med aktuell riktlinje eller på andra sätt beroende på klagomålets innehåll.

För att bedöma denna punkt i Överenskommelsen ombads ni inkomma med en rutin som beskriver hur synpunkter, klagomål, fel och brister tas emot, utreds från kund och anhöriga men även personal och andra aktörer. Det skulle i rutinen även framgå hur klagomål åtgärdas, analyseras och sammanställs.

Verksamheten inkom inte med någon rutin och under det digitala mötet framkommer att klagomål kan komma från exempelvis anhörig. Klagomålen som inkommer har tagits upp med enhetschef och inte rapporterats i treserva eller dokumenterats på annat vis.

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller kravet då de inte har rutiner som beskriver hur de ska hantera inkomna klagomål och synpunkter enligt Örebro kommuns riktlinje för Avvikelser, klagomål och synpunkter. Verksamheten behöver upprätta en rutin för hur synpunkter, klagomål, fel och brister tas emot, utreds från kund och anhöriga men även personal och andra aktörer. Då verksamheten inte har rapporterat eller dokumenterat inkomna klagomål så har det inte heller haft möjlighet till att genomföra sammanställning och analys som kan användas som ett underlag i verksamhetens systematiska förbättringsarbete.

- Rapporteringsskyldighet

För att uppfylla kravet i överenskommelsen ska utföraren följa Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter. Av den riktlinjen framgår att verksamheten ska ha en lokal rutin som beskriver hur medarbetare utbildas i rapporteringsskyldighet, hur rapportering går till samt hur anmälan enligt Lex Sarah ska göras. Enligt riktlinjen ska informationen om skyldigheten att rapportera ges av närmaste chefen när en anställning påbörjas och därefter minst en gång per år. Informationen bör ges både skriftligt och muntligt.

För att bedöma denna punkt i överenskommelsen ombads verksamheten att inkomma med en rutin för utbildning, rapportering och anmälan enligt Lex Sarah. Verksamheten inkom inte med någon rutin för detta. Under platsbesöket framkommer att utbildning har förekommit och att det finns en lokal rutin som dock är gammal och inte uppdaterad.

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller kravet på rapporteringsskyldighet. Verksamheten behöver upprätta rutiner som säkerställer att information om skyldigheten att rapportera ges av närmaste chefen när en anställning påbörjas och därefter minst en gång per år. Av rutinen ska det också framgå hur rapportering går till samt hur anmälan enligt Lex Sarah ska göras i er verksamhet.

Dokumentation och förvaring HSL

För att uppfylla kravet i överenskommelsen ska verksamheten säkerställa att kravet på god och säker vård upprätthålls när en arbetsuppgift överläts till någon annan att utföra.

För att bedöma denna punkt ombads verksamheten att inkomma med en beskrivning av hur de tar emot, planerar för, genomför och dokumenterar den hälso- och sjukvård som överläts av legitimerad personal. Det gjordes även en granskning av tio slumpmässigt utvalda boendes HSL- journaler för att se om de innehöll ett dokumenterat samtycke till informationsöverföring mellan vårdgivare.

Verksamheten inkom inte med efterfrågad beskrivning och granskningen av HSL- journalerna visade att ingen av de tio hade ett dokumenterat samtycke till informationsöverföring.

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller kravet då verksamheten inte dokumenterar samtycke till informationsöverföring samt saknar efterfrågad beskrivning av hur man tar emot, planerar för, genomför och dokumenterar den hälso- och sjukvård som överläts av legitimerad personal

Hälso-och sjukvård

För att bedöma denna punkt i överenskommelsen gjordes en dokumentationsgranskning av 20 slumpmässigt utvalda HSL- journaler samt ett antal identifierade vårdplaner. Granskningen innefattade följande områden; hälsotillstånd, dokumentation i vårdplan, överläten hälso- och sjukvård samt riskbedömningar enligt Senior Alert. Granskningen visade att verksamheten brister helt eller delvis inom samtliga granskade områden enligt nedan:

- Hälsotillstånd

Granskningen i HSL- journaler visade att personens hälsotillstånd fanns dokumenterat i 13 av 20 journaler. De områden som bedöms är: medicinska diagnoser, förflyttning, kommunikation, personlig vård, kroppsfunger/strukturer, vikt, längd, blodtryck och puls. Verksamheten behöver säkerställa att samtliga boende har ett aktuellt och dokumenterat hälsotillstånd.

- Dokumentation i vårdplan

Det identifierades totalt 18 vårdplaner, dessa granskades vidare utifrån dess innehåll. Granskningen visade att 88% hade dokumenterat problem/bedömning, 94 % hade mål dokumenterat och 94 % hade dokumenterat åtgärd. Verksamheten bedöms uppfylla kravet på dokumentation av ovan nämnda områden.

Däremot saknade 78% av de granskade vårdplanerna en dokumenterad uppföljning av de åtgärder som satts in, vilket bedöms som en brist. Verksamheten behöver säkerställa att samtliga åtgärder följs upp av legitimerad personal och att detta dokumenteras.

- Överläten hälso- och sjukvård:

Vid granskning identifierades 40 vårdplaner där hälso- och sjukvårdsåtgärder utförs av omvårdnadspersonal. Granskningen visade att 68% av dessa var korrekt fördelade i Treserva. I 58% av vårdplanerna framkom vad som ska utföras, i 58 % när det ska utföras, i 53% hur det ska utföras och i 37% vem som ska utföra uppgiften. Verksamheten behöver säkerställa att samtliga vårdplaner för överläten hälso- och sjukvård är fördelade i Treserva samt att det framkommer vad som ska utföras, när det ska utföras, hur det ska utföras och vem som ska utföra.

- Riskbedömning enligt senior alert:

För att bedöma Riskbedömningar enligt Senior Alert granskades 10 slumpmässigt utvalda boendes journaler. Granskningen visade att samtliga journaler saknade en uppdaterad och korrekt dokumenterad riskbedömning enligt Senior Alert. För att en bedömning ska vara korrekt ska det framgå att samtliga fem områden är riskbedömda och inom vilka områden det framkom risk eller inte någon risk.

Verksamheten behöver säkerställa att de boende får samtliga riskområden bedömda och att bedömningen och resultatet dokumenteras i journal.

Läkemedelshantering

För att uppfylla kravet i överenskommelsen ska verksamheten säkerställa att läkemedelshantering följer Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2017:37 och att det finns enhetliga och säkra arbetsrutiner som följer riktlinjer från Örebro kommun.

För att bedöma denna punkt i överenskommelsen ombads verksamheten inkomma med rutin för Läkemedelshantering. Rutinen granskades och i den framkommer att alla patienters läkemedel förvaras i gemensamt skåp i gemensamt kök. Detta är inte förenligt med Örebro kommuns riktlinje som beskriver att patienternas läkemedel ska förvaras i patienternas lägenheter/ rum i läkemedelsskåp som ska vara låst. Övriga delar i rutinen bedöms uppfylla kravet.

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller kravet på Läkemedelshantering då verksamheten inte har säkra arbetsrutiner som följer riktlinjer från Örebro kommun.

Skydds- och begränsningsåtgärder

För att uppfylla kravet i överenskommelsen ska verksamheten följa länsövergripande riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder i Örebro läns kommuner. Detta innebär att verksamheten ska ha ett arbetssätt som förebygger användandet av skydds- och begränsningsåtgärd och riskbedömning ska alltid göras innan en skydds- och begränsningsåtgärd ordinerar. Samtycke från den enskilde ska inhämtas och dokumenteras.

För att bedöma följsamheten till riktlinjen ombads verksamheten inkomma med en lista på samtliga boende med skydds- och begränsningsåtgärder som regleras inom hälso- och sjukvårdslagen. Det vill säga uppfällda grindar på sängen, positioneringsbälte och brickbord på rullstol. I inskickad lista framgick att fem boende hade någon av dessa skydds- och begränsningsåtgärder. Samtliga dessa har granskats. Granskningen visade att verksamheten brister i att dokumentera samtycke och syfte med skydds- och begränsningsåtgärden. Verksamheten brister också i att dokumentera riskbedömning, det vill säga dokumentation av vilka risker den insatta skydds- och begränsningsåtgärden kan innebära och bedömning av hur stor risken är att det inträffar. Patientjournalerna saknade också dokumenterad uppföljning av insatt skydds- och begränsningsåtgärd.

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller kravet då de brister i följsamheten till aktuell riktlinje. Verksamheten behöver säkerställa att riskbedömning genomförs, att samtycke inhämtas och dokumenteras, samt att uppföljning dokumenteras för samtliga risk- och begränsningsåtgärder.

Anhörigstöd

För att uppfylla kravet i överenskommelsen ska utföraren följa Riktlinjer för stöd till anhöriga. Ett bra anhörigstöd innebär enligt överenskommelsen bland annat att anhörigträffar anordnas regelbundet, att det finnas anhörigombud bland personalen, att man förmedlar kontakt med kommunens Anhörigcentrum och att man har en lokal rutin för att stödja anhöriga.

För att bedöma denna punkt fick verksamheten på det digitala mötet beskriva hur de arbetar med att stödja anhöriga och göra dem delaktiga.

Verksamheten beskrev att de bjuder in anhöriga till olika aktiviteter, att anhörigträffar ordnades regelbundet samt att verksamheten har anhörigombud och två personal har särskilt uppdrag att informera om och förmedla kontakt med kommunens Anhörigcentrum. Verksamheten har ingen lokal rutin för att stödja anhöriga.

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller samtliga krav på anhörigstöd då verksamheten saknar lokala rutiner som beskriver alla de samlade åtgärder som görs för att göra anhöriga delaktiga och stödja dem.

Påpekande

Nedanstående brister har föranlett ett påpekande och ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete.

Kvalitetsledningssystem

- Utredning av avvikelser

För att uppfylla kravet i överenskommelsen ska utföraren följa Örebro kommuns riktlinje för Avvikelser, klagomål och synpunkter. För att bedöma verksamhetens följsamhet till Riktlinjen granskades tre olika delar.

Den första delen bestod av en granskning av verksamhetens rapporterade händelser i avvikelsemodulen i reserven mellan perioden 200306–210406. Under den aktuella perioden fanns totalt 28 rapporterade händelser som bedömts som en avvikelse. Av dessa 28 var samtliga utredda, bedömda, åtgärdade och uppföljda.

Tio av dessa avvikelser granskades vidare utifrån de olika stegen i processen.

Under steget utreda har verksamheten god följsamhet till processen, ni beskriver vad som skett på ett detaljerat sätt och ofta är det flera yrkeskategorier som kompletterar med information. Ni beskriver också hur händelsen påverkat de enskilda samt vad avvikelsoorsaken tros vara. Ni har en god analys i utredningen av rapporterade händelser och ni identifierar vad som tros ha orsakat händelsen. Ni tillämpar relevanta åtgärder på både systemnivå och individnivå, ni bedömer och värderar de insatta åtgärdernas effekt samt beskriver hur ni kommit fram till att de haft effekt eller inte haft effekt.

Den andra delen i bedömningen innebar en granskning av den sammanställning som verksamheten ombads inkomma med. Sammanställningen skulle innehålla

antal SoL och HSL- avvikelser som verksamheten registrerat i avvikelsemodulen under de senaste 12 månaderna. Sammanställningen skulle även innehålla en beskrivning av de vanligaste avvikelse typerna, de vanligaste avvikelseorsakerna, de vanligaste åtgärderna och åtgärdernas effekt. Verksamheten inkom inte med någon sammanställning.

Den tredje delen i bedömningen innebar att ta del av ev. egenkontroll för avvikelseprocessen som verksamheten genomfört under det senaste året. Verksamheten inkom med en egenkontroll samt en handlingsplan med beskrivning av vilka brister som identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån bristerna samt hur åtgärderna och dess effekt följts upp.

Bedömningen är att verksamheten har en god följsamhet till Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter när det kommer till att hantera enskilda händelser enligt de olika stegen i avvikelseprocessen. Verksamheten arbetar också med egenkontroll för att bedöma sin följsamhet till Riktlinjen för Avvikelser, synpunkter och klagomål. Verksamheten uppfyller kravet inom ovan nämnda delar.

Däremot brister verksamheten i att genomföra sammanställning och analys av registrerade avvikelser som i sin tur kan användas som verktyg i verksamhetens systematiska förbättringsarbete. Verksamheten brister i följsamheten till gällande Riktlinje vad gäller att genomföra sammanställning och analys och därmed tilldelas ett påpekande. Bristen ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete och ni ska i kommande kvalitetsberättelse beskriva hur ni åtgärdat bristen och vilka effekter åtgärderna gett.

Bemötande

För att uppfylla kravet i överenskommelsen ska verksamheten utgå från en gemensam värdegrund där alla människors lika värde och lika rätt poängteras. Enligt överenskommelsen är ett bra och värdigt bemötande grundläggande för att den enskilde ska känna trygghet.

För att bedöma denna punkt i överenskommelsen tar vi del av resultatet från Socialstyrelsen kundundersökning för 2020. Under det digitala mötet framkommer att verksamheten inte genomfört kundundersökningen från Socialstyrelsen och inte heller någon annan typ av enkät/undersökning.

Bedömningen är att verksamheten inte kravet på bemötande då man inte på något strukturerat sätt tagit del av de boendes upplevelse av bemötande och därmed kan ingen bedömning göras om verksamheten uppfyller kravet enligt gällande överenskommelse. Verksamheten tilldelas ett påpekande och bristen ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Verksamheten ska i kommande kvalitetsberättelse beskriva hur man arbetat med att ta del av de boendes upplevelser gällande bemötande samt och vilka effekter åtgärderna gett.

Individuell planering

För att uppfylla kravet i överenskommelsen ska verksamheten upprätta en individuell vård och- omsorgsplan för att säkra delaktighet och kontinuitet. Planen ska formuleras tillsammans med den enskilde eller dennes företrädare. Den hjälp och det stöd som planeras ska följas upp.

För att bedöma denna punkt i överenskommelsen granskades de tidigare identifierade aktuella genomförandeplaner samt resultatet från Socialstyrelsens kundundersökning för 2020.

Granskningen av genomförandeplaner visade att i nio av tio genomförandeplaner fanns dokumentation om den enskildes delaktighet. D.v.s. genomförandeplanerna beskrev om den enskilde varit delaktig vid upprättandet och uppföljningen av genomförandeplanen samt på vilket sätt.

Under det digitala mötet framkommer att verksamheten inte genomfört kundundersökningen från Socialstyrelsen och inte heller någon annan typ av enkät/undersökning.

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller samtliga krav på individuell planering då man inte på något strukturerat sätt tagit del av de boendes upplevelse av den individuella planeringen och därmed kan bedömning enbart göras utifrån innehållet genomförandeplanerna. Verksamheten tilldelas ett påpekande och bristen ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Verksamheten ska i kommande kvalitetsberättelse beskriva hur man åtgärdat bristen och vilka effekter åtgärderna gett.

Personlig omvårdnad

För att uppfylla kravet i överenskommelsen ska verksamheten arbeta för att den personlig omvårdnad ska ha sin utgångspunkt i att den boendes funktioner i den dagliga livsföringen upprätthålls samt att social isolering motverkas. Omvårdnaden ska anpassas efter den enskildes förutsättningar, behov och önskemål.

För att bedöma denna punkt i överenskommelsen tar vi del av resultatet från Socialstyrelsen kundundersökning för 2020. Under det digitala mötet framkommer att verksamheten inte genomfört kundundersökningen från Socialstyrelsen och inte heller någon annan typ av enkät/undersökning.

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller samtliga krav på personlig omvårdnad då man inte på något strukturerat sätt tagit del av de boendes upplevelse av den personliga omvårdnaden och därmed kan ingen bedömning göras om verksamheten uppfyller kravet enligt gällande överenskommelse. Verksamheten tilldelas ett påpekande och bristen ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Verksamheten ska i kommande kvalitetsberättelse beskriva hur man arbetat med att ta del av de boendes upplevelser gällande den personliga omvårdnaden samt och vilka effekter åtgärderna gett.

Aktiv och meningsfull tillvaro

För att uppfylla kravet i överenskommelsen ska verksamheten verka för att den enskilde upplever en meningsfull tillvaro. Bland annat genom att den enskilde får stöd i att leva ett så självständigt liv som personen önskar genom rehabilitering, träning och andra aktiviteter. Den enskilde får stöd i att behålla och utveckla intressen, sociala relationer och kontakter som är viktiga för personen.

För att bedöma denna punkt i överenskommelsen granskades de tidigare identifierade aktuella genomförandeplaner samt resultatet från Socialstyrelsens kundundersökning för 2020.

Granskningen av genomförandeplaner visade att i samtliga genomförandeplaner fanns dokumentation om vad den enskilde anser vara meningsfullt.

Under det digitala mötet framkommer att verksamheten inte genomfört kundundersökningen från Socialstyrelsen och inte heller någon annan typ av enkät/undersökning.

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller samtliga krav på aktiv och meningsfull tillvaro då man inte på något strukturerat sätt tagit del av de boendes upplevelse av aktiv och meningsfull tillvaro och därmed kan bedömning enbart göras utifrån innehållet i genomförandeplanerna. Verksamheten tilldelas ett påpekande och bristen ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Verksamheten ska i kommande kvalitetsberättelse beskriva hur man arbetat med att ta del av de boendes upplevelser gällande aktiv och meningsfull tillvaro samt vilka effekter åtgärderna gett.

Mat, måltid och nutrition

För att uppfylla denna punkt i överenskommelsen ska verksamheten följa Örebro kommuns Riktlinjer för mat, måltid och nutrition.

För att bedöma denna punkt i överenskommelsen granskades de tidigare identifierade aktuella genomförandeplaner utifrån dokumentation kring mat och måltider samt resultatet från Socialstyrelsens kundundersökning för 2020.

Granskningen av genomförandeplaner visade att samtliga genomförandeplaner innehöll dokumentation om måltider och den enskildes behov och önskemål kring måltider.

Under det digitala mötet framkommer att verksamheten inte genomfört kundundersökningen från Socialstyrelsen och inte heller någon annan typ av enkät/undersökning.

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller samtliga krav på mat och mat, måltid och nutrition då de inte på något strukturerat sätt tagit del av de boendes upplevelser av maten och måltiden och därmed kan bedömning enbart göras utifrån innehållet i genomförandeplanerna. Verksamheten tilldelas ett påpekande och bristen ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete.

Verksamheten ska i kommande kvalitetsberättelse beskriva hur man arbetat med att ta del av de boendes upplevelser gällande mat, måltid och nutrition samt vilka effekter åtgärderna gett.

Kvalitetskrav som inte följts upp

Hygien

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

Metod

Avtalscontrollers och medicinskt ansvariga inom Enheten för uppföljning har samlat in och granskat nedanstående underlag. Underlaget ligger till grund för det beslut som Enheten för uppföljning fattat i denna rapport. Uppföljningen har även innefattat ett digitalt möte med utföraren/platsbesök i verksamheten.

Underlag för bedömning:

- Intervju
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Journal
- Dokumentation
- Rutiner

Melisa Hasanbegovic
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun