

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Örebro kommun, Västerpark

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i basuppdrag, Voo 1211/2023. 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 - Västerpark

Västerpark är ett vård-och omsorgsboende beläget på väster I Örebro. På Västerpark finns 80 lägenheter fördelat på fyra våningsplan. Tre våningar har inriktning kognitiv svikt och en avdelning har somatisk inriktning. Västerpark öppnades i september 2022. Det här är den första uppföljningen av kvalitetskrav som genomförs i verksamheten.

Bedömningsöversikt

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

Bedömningskriterier

Uppfyller kravet

Uppfyller inte kravet

Metod

I samband med kvalitetsuppföljningen har Avtalscontrollers inom Enheten för uppföljning begärt in och granskat underlag gällande de kvalitetskrav som specificeras i basuppdrag. 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 § KL, ska ni åtgärda dessa brister.

Enheten för uppföljning vill ta del av er åtgärdsplan som innehåller aktiviteter för att åtgärda de brister som redovisas i denna rapport samt tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Senast den **17 maj 2024** ska ni skicka åtgärdsplanen till egetval@orebro.se

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Kompetens – omvårdnadspersonal

Kvalitetsledningssystem

- Samverkan
- Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Dokumentation

Dokumentation i IT system

Skydds- och begränsningsåtgärder

Aktiv och meningsfull tillvaro

Anhörigstöd

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

- En ny kompetensinventering
- Rutin för samverkan
- Rutin för egenkontroll av den löpande dokumentationen som förs i verkställighetsjournal
- Registeruttag från Senior alert
- Sammanställning av skyddsåtgärder
- Egenkontroll av dokumentation i 15 genomförandeplaner gällande intressen och önskemål
- Rutin för anhörigstöd

Handlingarna ska skickas till egetval@orebro.se senast den **18 september 2024**.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 18 september 2024. Detta innebär att vi kommer granska begärda handlingar samt genomföra en granskning av avvikelser och klagomål/synpunkter i Treserva.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Ledningssystem för kvalitet - Riskanalyser

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet 	<p><i>Risikanalyser – intranät. Länkar till metodhandbok, rapportmall mm</i></p> <p>Frågor på platsbesök den 18 april 2024</p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet. Örebro kommuns övergripande rutin för riskanalyser som innehåller metodhandbok, mallar för riskbedömning och rapport används. Vidare beskrivs, på platsbesök, arbetet med riskanalyser för att systematiskt förbättra verksamheten.

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> 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 av egenkontroller genomförda under de senaste 12 månaderna</p> <p>Frågor på platsbesök den 18 april 2024</p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet. Egenkontroll har genomförts för samtliga tre kravställda områden under senaste året. Verksamheten har identifierat brister, vidtagit åtgärder och följt upp eller har en plan för att följa upp åtgärderna och effekterna av dessa. På platsbesök beskrevs arbetet med att åtgärda brist identifierad vid egenkontroll av följsamhet till avvikelseprocessen.

Mat, måltid och nutrition

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Verksamheten ska sträva efter att ge varje enskild person positiva matupplevelser.</p> <p>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>Rutin: Rutin för mat, måltider och nutrition</p> <p>Granskning av 15 genomförandeplaner i Treserva</p> <p>71 individuppföljningar genomförda av biståndshandläggare under november 2023 - feb 2024</p> <p>Socialstyrelsens kundundersökning (2023 - Hur brukar maten smaka? Positiva svar Västerpark 83 % (riket 73 %) - Är måltiderna en trevlig stund på dagen? Positiva svar Västerpark 73 % (riket 68 %)</p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet. Granskning av genomförandeplaner visar att behov och önskemål kring mat och måltider är dokumenterade i tillräcklig omfattning. Vid individuppföljningarna uttryckte samtliga att de har blivit tillfrågade om önskemål kring mat och måltider. Inskickad rutin uppfyller kraven.

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>Observation vid platsbesök den 18 april 2024</p> <p>Kompetensinventering Antal hygienombud: 6</p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet. På platsbesök observerades att Västerpark tillhandahåller skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial. Arbetskläder förvaras i anslutning till omklädningsrum och tvättas via cirkulationstvätt. Kompetensinventeringen visar att verksamheten har hygienombud.

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>Rutin: <i>Överlåta hälso- och sjukvårdsåtgärder från annan vårdgivare</i></p> <p>Rutin: <i>Rutin hantering fördelade vårdplaner</i></p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet utifrån att granskade rutiner innehåller kravställda delar.

Palliativ vård

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> • Utföraren ska ha utsedda palliativa ombud samt minst en palliativ ombudssamordnare 	<p>Kompetensinventering</p> <p>Antal palliativa ombud: 7</p> <p>Antal palliativa ombudssamordnare: 3</p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet. Kompetensinventeringen visar att verksamheten har utsedda palliativa ombud och palliativa ombudssamordnare.

Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren brister i nedanstående kvalitetskrav.

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utförarens personal ska genomgå de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.</p>	<p>Kompetensinventering Andel personal som genomgått utbildningarna: Basala hygienrutiner i vård och omsorg 11 % Demens ABC 55 % IBIC 25 % Manuell förflyttning/lyftkörkort 47 % Mat, måltid och nutrition 40 % Palliativ utbildning 40 % SBAR 18 % Treserva 57 % Vardagsrehabilitering 4 %</p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten inte uppfyller kravet då det av kompetensinventeringen framgår att all personal inte genomgått obligatoriska utbildningar.

Ni ska beskriva i åtgärdsplan hur ni ska säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningarna. Inför resultatuppföljning kommer en ny kompetensinventering begäras in.

Kompetens - omvårdnadspersonal

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Minst 85 % av all omvårdnadspersonal ska ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande</p>	<p>Kompetensinventering Andel utbildad omvårdnadspersonal: 58 %</p>

Bedömning

Av kompetensinventeringen framgår att av verksamhetens tillsvidareanställda omvårdnadspersonal har 92 % genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. Då verksamheten har en stor andel vikarier med lägre utbildningsnivå än basuppdraget kräver medför det att 58% av samtlig omvårdnadspersonal har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten inte uppfyller kravet eftersom omvårdnadspersonal inte genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande i tillräcklig omfattning. Ni ska, i åtgärdsplan, beskriva arbetet framåt med rekrytering och kompetensutveckling samt hur ni ska arbeta för att behålla befintlig personal. Inför resultatuppföljning kommer en ny kompetensinventering begäras in.

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>Rutin: <i>Överlåta hälso- och sjukvårdsåtgärder från annan vårdgivare</i></p>

Bedömning

Verksamhetens rutin beskriver endast hur samverkan sker när legitimerad personal från annan vårdgivare överlåter hälso- och sjukvårdsåtgärder till kommunal omvårdnadspersonal i de fall digitalt journalsystem inte kan användas.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten inte uppfyller kravet då en rutin som innehåller samtliga kravställda delar saknas. Inför resultatuppföljning ska ni inkomma med en uppdaterad rutin som beskriver ovanstående.

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>Utföraren ska även:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Granskning av rapporterade avvikelser i Treserva från de senaste 12 månaderna</p> <p>Granskning av klagomål/synpunkter i Treserva sedan uppstart</p> <p>Rutin <i>Granskning avvikelse 2023</i></p> <p>2 klagomål/synpunkter som rapporterats till IVO sedan uppstart</p> <p>4 klagomål/synpunkter i W3D3 (kommunens ärendehanteringssystem)</p> <p>Frågor på platsbesök 18 april 2024</p> <p>Socialstyrelsens kundundersökning (2023) - Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet? Positiva svar Västerpark 38 % (riket 44 %)</p>

Bedömning

Verksamheten har en rutin för egenkontroll av följsamhet till avvikelseprocessen som innehåller kravställda delar. Den enskilde och anhöriga informeras om möjligheten att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till Örebro kommun.

Granskning av avvikelser visar att verksamheten har registrerat 267 avvikelser de senaste 12 månaderna. De är utredda, bedömda och åtgärdade i tillräcklig omfattning. 71 % är uppföljda. På platsbesök framkom att avvikelser stängts för att hyresgästen inte längre bor kvar därmed är de inte uppföljda.

Av de 69 klagomål/synpunkter som registrerats i Treserva är 39% utredda och 16 % är bedömda, åtgärdade och uppföljda. På platsbesök framkom att flertalet klagomål inkom i samband med individuppföljningar av biståndshandläggare och verksamheten ligger efter med dokumentationen. Åtgärder är vidtagna som rör aktiviteter samt mat och måltider. De klagomål som registrerats i W3D3 är hanterade av verksamheten.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten inte uppfyller kravet då samtliga avvikelser och klagomål/synpunkter inte följer processen enligt riktlinje för avvikelshantering. Ni behöver säkerställa att avvikelser och klagomål/synpunkter hanteras enligt samtliga steg i avvikelseprocessen. I samband med resultatuppföljning kommer en ny granskning av avvikelser samt klagomål och synpunkter genomföras.

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 	<p>Granskning av 15 verkställighetsjournaler samt 15 genomförandeplaner i Treserva</p> <p>Observation under platsbesök 18 april 2024</p> <p>Rutin saknas</p>

Bedömning

Rutin för egenkontroll av den löpande dokumentationen som förs i verkställighetsjournal saknas. Dokumentation i granskade genomförandeplaner och verkställighetsjournaler uppfyller kraven.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten inte uppfyller kravet eftersom rutin för egenkontroll av den löpande dokumentationen som förs i verkställighetsjournal saknas. Inför resultatuppföljning ska ni inkomma med en rutin som beskriver tillvägagångssätt och ansvarsfördelning.

Dokumentation i IT system

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> Utföraren ska genomföra en riskbedömning inom områdena trycksår, undernäring och fall med stöd av kvalitetsregistret Senior alert om inte uppenbart obehövt i enlighet med Örebro kommuns riktlinjer för vårdprevention. Boendet ska ha en eller flera BPSD-administratörer 	<p>Registeruttag Senior Alert för de senaste 12 månaderna</p> <p>Kompetensinventering 10 BPSD – administratörer</p>

Bedömning

Registeruttag från Senior alert visar att 57 av 80 (71 %) som bor på Västerpark har en riskbedömning. Av kompetensinventeringen framgår att verksamheten har 10 BPSD-administratörer.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten inte uppfyller kravet eftersom inte alla som bor på Västerpark har en riskbedömning enligt Senior alert. Ni behöver säkerställa att riskbedömningar genomförs och registreras. Inför resultatuppföljningen kommer ett nytt registeruttag begäras in.

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>Sammanställning av verksamhetens skyddsåtgärder</p>

Bedömning

Av sammanställningen framgår att Västerpark har 14 skyddsåtgärder. Skyddsåtgärdena har dokumenterat samtycke och syfte i tillräcklig utsträckning. Dock brister verksamheten gällande att dokumentera riskbedömning och uppföljning.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten inte uppfyller kravet. Ni behöver säkerställa att riskbedömning och uppföljning dokumenteras för samtliga skyddsåtgärder. Inför resultatuppföljning kommer en ny sammanställning av skydds- och begränsningsåtgärder begäras in.

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 av dokumentation i 15 genomförandeplaner gällande intressen och önskemål</p> <p>Egenkontroll av 15 dokumenterade aktivitets- och funktionsbedömningar</p> <p>71 individuppföljningar genomförda av biståndshandläggare under november 2023 - feb 2024</p> <p>Frågor på platsbesök den 18 april 2024</p>

Bedömning

Av verksamhetens egenkontroll framgår att aktivitets- och funktionsbedömningar är dokumenterade i tillräcklig omfattning. Resultat av individuppföljningar visar att 89 % av de boende upplevde att de blivit tillfrågade kring önskemål kring aktiviteter. Det framgår dock inte i dokumentation av boendes intressen och önskemål om aktiviteter då de endast finns dokumenterade i 29 % av genomförandeplanerna. Under platsbesöket beskrev verksamheten åtgärder utifrån resultat av individuppföljningen där 44 % uttryckte någon form av missnöje kring aktiviteter och 59 % uttryckte att de fått utomhusvistelse i den utsträckning de önskade.

Enheten för uppföljning bedömning är att verksamheten inte uppfyller kravet då intressen och önskemål om aktiviteter inte dokumenterats i tillräcklig omfattning. Ni behöver säkerställa att detta dokumenteras. Inför resultatuppföljning kommer en ny egenkontroll av intressen och önskemål om aktiviteter att begäras in.

Anhörigstöd

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur utföraren arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen 	<p>Rutin saknas</p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten inte uppfyller kravet. Ni har skickat in Riktlinje för stöd till anhöriga Vård och omsorg, enligt riktlinjen ansvarar chef för att ta fram lokal och aktuell rutin. Ni behöver upprätta en lokal rutin som beskriver tillvägagångssätt och ansvarsfördelning. Inför resultatuppföljningen kommer rutinen att begäras in.

Hanna Näsholm
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun