

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Adrianska huset Örebro kommun

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. Senaste kvalitetsuppföljningen i er genomfördes våren 2021 och avslutades hösten 2022, Sov 256/2021.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

Örebro kommun – Adrianska huset

Adrianska huset har sex grupper med åtta platser per grupp. Två av grupperna har inriktning växel- och korttidsvård, två har inriktning BPSD, en grupp för frontallobsdemens samt en grupp har inriktning ung demens. Två av grupperna bor i markplan, det finns balkonger på alla våningar som alla kan komma ut på och trädgården är tillgänglig för utevistelse. Varje grupp bemannas med fyra omvårdnadspersonal per dag/kväll, två per tur, samt en per natt. Dagtid måndag till fredag finns 6 sjuksköterskor och 2 arbetsterapeuter (1,5 tjänst) på plats.

Bedömningsöversikt

Kvalitetskrav			
Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar		Skydds- och begränsningsåtgärder	
Kompetens - omvårdnadspersonal		Mat, måltid och nutrition	
Samverkan		Anhörigstöd	
Riskanalyser		Hygien och smittskydd	
Egenkontroller		Hälso- och sjukvård	
Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet		Palliativ vård	
Dokumentation		Aktiv och meningsfull tillvaro	
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 basuppdraget. Uppföljningen har även innefattat inhämtande av data från berörda myndigheter samt en granskning i verksamhetsystem 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 **24 maj 2024** ska ni skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se

Bedömningen är att ni brister inom följande kvalitetskrav:

- Lagar, förordningar och utbildningar
- Ledningssystem för kvalitet
 - Avvikelser, klagomål och synpunkter
 - Riskanalyser
- Aktiv och meningsfull tillvaro
- Mat, måltid och nutrition
- Hälso- och sjukvård

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

- En ny kompetensinventering avseende genomförda utbildningar
- Sammanställning av aktiv- och meningsfull tillvaro
- Er rutin för hur ni arbetar med riskanalyser
- Er rutin för när och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt för hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas.
- En uppdaterad rutin där det även framkommer hur insatser som överläts av regionen hanteras.

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast **30 augusti 2024**.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den **30 augusti 2024**. Detta innebär att vi kommer

- Granska inkomna rutiner
- Granska inkommen kompetensinventering och sammanställning av aktiv och meningsfull tillvaro
- Genomföra en granskning i avvikelsemodulen

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Kompetens - omvårdnadspersonal

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

Bedömning

Vi har granskat er insända kompetensinventering och där tittat på hur många som jobbar med omvårdnad som har utbildning omvårdnadsprogrammet eller motsvarande. Ni bedöms leva upp det kraven genom att nå 88% utbildad personal.

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:</p> <p><i>”Lokal rutin – rapportering”,</i> <i>”Metodstöd Teamträff & OVK”</i> <i>”Rutin för individuella vård- och omsorgsprocessen”</i> <i>”Lokal rutin Klagomål”</i> <i>”Lokal rutin samverkan med regionen”</i></p>

Bedömning

Vi har granskat era insända rutiner och gör bedömningen att de kravställda delarna om daglig samverkan och informationsöverföring inom den egna verksamheten samt forum, verksamhetssystem och arbetssätt framgår. Ni har även en rutin som beskriver ansvarsfördelning och hur samverkan och informationsöverföring sker med regionens personal i form av läkare och fysioterapeut. På platsbesöket berättar ni om samverkan med tandhygienist, att det är tandhygienisten som sköter kontakterna inför besök och med utbildning. Det ni som verksamhet gör är att när en ny boende flyttar in erbjuds ”gult kort” som innebär bedömning av munhälsa av tandhygienist.

Ni bedöms leva upp till ovan ställda krav kring samverkan inom den egna verksamheten och med regionens personal.

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 Avvikelser, Klagomål och synpunkter</i> • Hälso- och sjukvårdsdokumentation. Egenkontrollen ska överensstämma med Örebro kommuns egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation 	<p>Inskickad sammanställning av genomförda egenkontroller: <i>Basalhygien, Dokumentation SOL och HSL samt följsamhet till avvikelseprocessen.</i></p>

Bedömning

Vi har granskat er insända sammanställning och gör bedömningen att ni lever upp till ställda krav då ni genomfört samtliga kravställda egenkontroller.

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>Granskning av 10 verkställighetsjournaler samt 20 genomförandeplaner i Tresa för tidsperioden mars 2023 till mars 2024.</p> <p>Verksamhetens rutin för hur egenkontroller genomförs av den löpande dokumentationen, har inkommit i form av <i>Egenkontroll journalgranskning hälso-och sjukvårdsdokumentation</i></p>

I dokumentationen som förs i verkställighetsjournalen ska:

- 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

Utföraren ska även ha en rutin som beskriver:

- Hur utföraren genomför egenkontroll av den löpande dokumentationen som förs i verkställighetsjournal

Observation vid platsbesök

Bedömning

Granskning av dokumentation verkställighetsjournaler och genomförandeplaner visar att ni lever upp till de krav som ställs.

Vid observation under platsbesöket framkommer att dörr till kontor är låst samt att ingen dokumentation med personuppgifter finns framme.

Vi har begärt in er rutin för hur ni genomför egenkontroller av den löpande dokumentation. Ni har inkommit med rutin för egenkontroll journalgranskning hälso- och sjukvårdsdokumentation. Av den framkommer, syfte, metod, ansvar och sammanställning av resultat. Ni har dock genomfört egenkontrollen och gör det månadsvis och kan på platsbesöket berätta om det arbete ni gjort kring dokumentation.

En sammantagen bedömning är gjord dels av det vi observerat, granskat i treserva, genomförd egenkontroll samt er rutin som beskriver en metod för egenkontroll av dokumentation. Bedömningen är att ni uppfyller de krav som granskats.

Dokumentation i IT system

Krav som följs upp

- 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

Underlag till bedömning

Registeruttag Senior alert
Kompetensinventering

Bedömning

I bedömning kring Senior alert har vi tittat på områdena trycksår, fall och undernäring. Vi har tagit del av ert registerutdrag från Senior alert, det visar att ni lever upp till de krav som ställs.

När det gäller BPSD-administratörer uppfyller ni kravet om att ha en eller flera administratörer.

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

Vi har granskat er ifyllda sammanställning och ni bedöms leva upp till kraven om att samtycke, syfte, riskbedömning och uppföljning dokumenteras.

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>Verksamhetens rutin: ”Anhörigstöd på Adrianska huset”</p>

Bedömning

Vi har granskat er rutin för anhörigstöd. Rutinen beskriver hur ni på olika sätt med olika ansvarsområden utifrån profession jobbar med anhörigstöd, detta gör att ni lever upp till kraven på att göra den anhörige delaktig.

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 17 april 2024</p> <p>Kompetensinventering</p>

Bedömning

Ni bedöms leva upp till kravet då ni dels har hygienombud men även då observation vid platsbesöket visar på att ni har arbetskläder för dagligt ombyte, skyddsutrustning och förbrukningsmaterial i tillräcklig omfattning i förråd, som kan hämtas av all personal.

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 	Kompetensinventering

Bedömning

Utifrån er insända kompetensinventering har vi granskat efterlevnaden av kravet. Då ni kan visa att ni har både palliativa ombud och palliativa ombudssamordnare bedöms ni leva upp till den del av kravet som följts upp.

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 Resultat:</p> <ul style="list-style-type: none"> Demens ABC 96% IBIC 43% Manuell förflyttning/lyftkörkort 21% Mat, måltid och nutrition 55% Palliativ utbildning 49% SBAR 4% Treserva 0% Vardagsrehabilitering 2% Basal hygien 0%

Bedömning

Vi har granskat er insända kompetensinventering där vi efterfrågat hur många av er personal som genomgått ett antal obligatoriska utbildningar. När det gäller utbildningen basal hygien har vi granskat om den är genomförd det senaste året.

På platsbesöket berättar ni att insänd kompetensinventering inte stämmer med hur det ser ut, då det inte alltid har registrerat intyg eller liknande från genomförda utbildningar. Ni ger exempel på utbildning Treserva som alla gått,

men även utbildningar inom palliativ vård, då de som gått en äldre utbildning fyllts i som nej. Ni berättar även att det finns en planering för utbildning i SBAR i maj månad.

Ni bedöms inte uppfylla kravet på att all personal ska genomgå de obligatoriska utbildningarna.

Ni behöver åtgärda bristen att inte tillräckligt många har genomgått flera av de utbildningar som är obligatoriska. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni kommer arbeta framåt för att all personal ska genomföra de obligatoriska utbildningarna. Inför resultatuppföljning kommer ni få fylla i en ny kompetensinventering.

Ledningssystem för kvalitet - Riskanalyser

Krav som följs upp

Utföraren ska ha en rutin som beskriver:

- Hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet

Underlag till bedömning

"Checklista för identifiering av arbetsmiljörisker i lägenhet på vård- och omsorgsboende"

Bedömning

Vi gör bedömningen att ni inte lever upp till kravet, dels då ni inte inkommit med någon rutin och checklistan ni inkommit med berör risker kopplat till enskilda boende.

Ni ska inför resultatuppföljningen inkomma med kravställd rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra er verksamhet, där tillvägagångssätt och arbetsfördelning framgår.

Ledningssystem för kvalitet - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Krav som följs upp

Utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren ska ha en rutin som beskriver:

- 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

Utföraren ska även:

- Informera om och möjliggöra för den enskilde och anhöriga att lämna klagomål och synpunkter muntligt

Underlag till bedömning

Granskning av rapporterade händelser i Treserva för perioden 21-02-12 t o m 24-02-12 (klagomål och synpunkter) och 23-02-12 t o m 24-01-12 (avvikelser)

Verksamhetens rutin:
"Lokal rutin klagomål"

Information från IVO 24-03-12 att inga klagomål, synpunkter eller Lex Sarah inkommit de senaste 3 åren.

och skriftligt till verksamheten och direkt till uppdragsgivaren.	Klagomål/synpunkter i W3D3 (kommunens ärendehanteringssystem)
<ul style="list-style-type: none"> • Informera och utbilda personal om rapporteringsskyldigheten 	Socialstyrelsens kundundersökning

Bedömning

Vi har granskat hur väl ni följer processen för avvikelser klagomål och synpunkter enligt riktlinjen vilket innebär att verksamheten utreder, bedömer, åtgärdar och följer upp rapporterade händelser.

I Socialstyrelsens kundundersökning har vi tittat på frågan: Om den enskilde och anhöriga vet vart de ska vända sig med klagomål och synpunkter. Här ligger ni lägre (27%) andel positiva svar i jämförelse med riket (44%).

Av er lokala rutin framkommer hur ni genomför egenkontroll av er följsamhet till avvikelseprocessen samt hur ni som verksamhet arbetar med avvikelseprocessen i form av avvikelseträffar.

Avvikelser

Granskning har genomförts i treserva avvikelsemodul. Det vi kan se på en övergripande nivå är att händelser rapporteras, utreds, bedöms och åtgärdas men att ni inte genomför steget uppföljning i processen.

Klagomål och synpunkter

När det gäller händelser kategoriserade som klagomål och synpunkter har vi sett följande på en övergripande nivå att ni utreder, bedömer, åtgärdar men att ni inte genomfört steget uppföljning i processen.

Ni behöver åtgärda bristen så att samtliga steg i processen genomförs för att processen ska bli fullständig. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni kommer arbeta framåt för att följa hela processen. Vid resultatuppföljning kommer en ny granskning att genomföras.

Aktiv och meningsfull tillvaro

<p>Krav som följs upp</p> <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. 	<p>Underlag till bedömning</p> <p>Egenkontroll av 10 boende</p> <p>Genomförd individuppföljning av biståndshandläggare</p> <p>Frågor på platsbesök</p>
--	---

- Utifrån den enskildes förmåga och önskemål ska utföraren verka för att den enskilde upplever en meningsfull tillvaro
- Den enskilde tillförsäkras utevistelse efter individuella behov

Bedömning

Egenkontrollen visar att samtliga av de 10 slumpmässigt utvalda boende har en aktivitets- och funktionsbedömning. Intressen fanns dokumenterade hos 50 % och önskemål hos 30 % av boende.

Ni berättar vid platsbesök att det ibland är svårt att få fram både önskemål och intressen från de boende själva. När någon flyttar till er från hemmet eller annat boende försöker ni efterfråga levnadsberättelse av någon som känner personen väl, ibland finns anhöriga att fråga men ni lyckas inte alltid utan får lära känna personen innan det framkommer. Ni beskriver hur ni aktivt jobbar med olika aktiviteter både på individ- och gruppnivå och att respektive grupp erbjuder både och varje vecka Ni har ett aktivitets-råd som leds av en Kultur- och aktivitetssamordnare. Samordnaren har upprättat ett årshjul där gemensamma aktiviteter planeras in och där anhöriga kontinuerligt bjuds in att delta.

Ni behöver säkerställa att det i genomförandeplanerna går att utläsa intressen och önskemål om aktiviteter för att leva upp till kraven kring meningsfull tillvaro. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni kommer arbeta framåt för att komma till rätta med bristen. Vid resultatuppföljning kommer en ny sammanställning begäras in.

Mat, måltid och nutrition

Krav som följs upp

Verksamheten ska sträva efter att ge varje enskild person positiva matupplevelser. Utföraren ska ha en rutin som beskriver:

- När och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt för hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas

Genomförandeplanen ska innehålla:

- En planering för mat och måltider som är individuellt anpassad utifrån vad, var, hur och när den enskilde önskar äta

Underlag till bedömning

Verksamhetens rutin för när och hur patienters näringstillstånd utreds, har begärts in men inte inkommit.

Dokumentationsgranskning i Treserva av 15 genomförandeplaner.

Individuppföljning

Socialstyrelsens kundundersökning

Bedömning

I samtliga genomförandeplaner som var aktuella och där innehållet har granskats finns det en beskrivning av mat och måltidssituationen. I Socialstyrelsens kundundersökning framkommer att 77 % tycker att maten smakar bra och

50 % uppger att måltiden är en trevlig stund. I genomförda individuppföljningar har endast en synpunkt inkommit kring måltider och det gällde avsaknad av husmanskost.

Vi har även bitt om er rutin för hur och patienters näringstillstånd utreds, men har inte fått någon.

Ni berättar på platsbesöket att er verksamhet har eget kök som tillagar maten vilket gör att ni har ett nära samarbete vid förändringar i behovet kring kosten och vad som går hem och inte. Ni berättar även hur ni aktivt arbetar med måltidsmiljön för den enskilde individen då behoven ser olika ut. Vidare berättar ni att ert arbete lett till ett mindre behov av näringsdrycker.

Ni bedöms inte leva upp till kravet då ni saknar kravställd rutin. Ni ska inför resultatuppföljningen inkomma med en skriftlig rutin för när och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt för hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas.

Hälso- och sjukvård

Krav som följs upp

Utföraren ska ha en rutin som beskriver:

- Hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts från legitimerad personal till omvårdnadspersonal
- Hur omvårdnadspersonalen praktiskt tar emot och planerar för fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder
- Rutinen ska även omfatta den hälso- och sjukvård som överläts av regionen

Underlag till bedömning

Verksamhetens rutin:
”Lokal rutin – HSL Vårdplaner”
”Rutin för digital signering”

Bedömning

Vi har granskat era insända rutiner och gör bedömningen att ni lever upp till kraven på hur fördelade och delegerade insatser praktiskt överläts av legitimerad personal till omvårdnadspersonal och praktiskt tas emot och planeras för av omvårdnadspersonal. Dock saknas hantering för hur insatser överläts av regionens personal (fysioterapeut) och tas emot av omvårdnadspersonal.

Ni ska inför resultatuppföljningen inkomma med en uppdaterad rutin så att det även framkommer hur insatser som överläts av regionen hanteras.

Jeanette Birgersson
 Avtalscontroller
 Enheten för uppföljning
 Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
 Örebro kommun