

# Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Örebro kommun, Löwenhjemska huset

## 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 278/2021. 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 – Löwenhjemska huset

Löwenhjemska huset är ett vård-och omsorgsboende beläget i Mellringeområdet i Örebro. På Löwenhjemska finns 56 lägenheter fördelat på fyra våningar, två våningar är vårdboende för personer med stort omvårdnadsbehov och två är gruppboenden för personer med demenssjukdom. På Löwenhjemska finns profilerade finskspråkiga platser, och där finns finsktalande personal. Verksamheten är kommunal men drivs som intraprenad sedan 2009. Sedan mars 2021 pågår en omfattande renovering av boendet där samtliga våningsplan har renoverats och ett som tömts för internevakuerings.

## Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Löwenhjemska huset ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Verksamheten ska senast den 1 februari 2023 skicka in åtgärdsplanen till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se). Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

### Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

- Kompetens

### Ledningssystem för kvalitet

- Riskanalyser
- Egenkontroller
- Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

### Dokumentation

#### Dokumentation i IT-system (Nationella register)

#### Mat, måltid och nutrition

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

- Rutinen för riskanalyser som beskriver hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet.
- Genomförd egenkontroll av den löpande dokumentationen som förs i verkställighetsjournal.
- En beskrivning av hur ni i er verksamhet hanterar inkomna klagomål och synpunkter.
- Rutin som beskriver hur verksamheten säkerställer att personalen ges handledning och stöd för att säkerställa följsamhet till dokumentation.
- Rutin som beskriver hur utföraren genomför egenkontroll av den löpande dokumentationen som förs i verkställighetsjournal.

Handlingarna ska vara inskickade till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se) senast den 31 mars 2023.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 31 mars 2023. Vilket innebär att vi kommer granska inkomna rutiner, beskrivning samt egenkontroll. Vi kommer också att genomföra en dokumentationsgranskning gällande verkställighetsjournaler, genomförandeplaner och rapporterade händelser i treserva. Ett nytt registeruttag från Senior Alert kommer att begäras in inför resultatuppföljningen.

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

## Bedömning

### Uppfyllda kvalitetskrav

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller de krav som ställs inom följande punkter i överenskommelsen:

#### Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan

Enligt Överenskommelsen ska utföraren ha rutiner som beskriver hur samverkan och informationsöverföring sker internt mellan olika professioner och funktioner. Vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används samt hur samverkan sker med regionen. För att bedöma om ni uppfyller kravet på samverkan begärde vi in er rutin för samverkan.

Rutinen ni skickade in granskades och bedömningen är att verksamheten uppfyller kravet för samverkan då rutinen innehåller samtliga efterfrågade delar.

### **Skydds- och begränsningsåtgärder**

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa riktlinjer och styrdokument för skydds- och begränsningsåtgärder. Utföraren ska ha ett strukturerat arbetssätt för att minimera användandet av skydds- och begränsningsåtgärder genom att om möjligt hitta andra lösningar än sådana som begränsar. Följande delar ska dokumenteras i verkställighetsjournal respektive hälso- och sjukvårdsjournal inför användning av skydds- och begränsningsåtgärder:

- Riskbedömning av begränsningsåtgärden
- Syftet/målet med begränsningsåtgärden
- Samtycke till begränsningsåtgärden

För att bedöma om ni uppfyller kravet gällande skydds- och begränsningsåtgärder fick ni göra en inventering av verksamhetens skydds- och begränsningsåtgärder i form av rullstolsbord, positioneringsbälte och/eller uppfällda sänggrindar. Vi kan utifrån den se att ni har 16 skydds- och begränsningsåtgärder. För samtliga finns dokumenterad riskbedömning, samtycke och syfte till skydds- och begränsningsåtgärden. Samtliga skydds- och begränsningsåtgärder är uppföljda under det senaste året. Bedömningen är att verksamheten uppfyller kravet på skydds- och begränsningsåtgärder.

### **Anhörigstöd**

Enligt överenskommelse ska utföraren ha en rutin som beskriver hur verksamheten arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen. För att bedöma om ni uppfyller kravet på anhörigstöd begärde vi in er rutin som beskriver den anhöriges delaktighet.

Rutinen som ni skickade in innehöll en beskrivning av hur ni praktiskt arbetar i er verksamhet med delaktighet och stöd till anhöriga. Ansvarsfördelningen är tydligt beskriven i rutinen. Bedömningen är att verksamheten uppfyller kravet på anhörigstöd.

### **Hygien och smittskydd**

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa riktlinje för basal hygien inom kommunal vård och omsorg. Enligt angiven riktlinje ska varje arbetsplats som bedriver patientnära vård ha tillgång till flera hygienombud.

För att bedöma om ni uppfyller kravet gällande hygien och smittskydd begärde vi in en kompetensinventering samt gjorde en observation på platsbesöket.

Av kompetensinventeringen kunde vi utläsa att ni har fem hygienombud i er verksamhet. Vid rundvandring i verksamhetens lokaler observeras förråd för förbrukningsmaterial, arbetskläder och omklädningsrum. Verksamheten har även ett separat förråd för visir, andningsmasker och munskydd. Samtliga förråd var väl påfyllda och personal uppger att det finns tillräckligt med både förbrukningsmaterial och kläder för dagligt byte. Bedömningen är att verksamheten uppfyller kravet på hygien och smittskydd.

### **Hälso- och sjukvård**

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa gällande lagar och föreskrifter för hälso- och sjukvård samt Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument för hälso- och sjukvård. Detta innebär att utföraren ska ha en rutin som beskriver hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts från utförarens legitimerade personal till omvårdnadspersonal. Rutinen ska även beskriva hur omvårdnadspersonal praktiskt tar emot och planerar för fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder så att de blir kända och finns tillgängliga för den personal som ska utföra dem. Rutinen ska även omfatta den hälso- och sjukvård som överläts av regionens legitimerade personal till utförarens omvårdnadspersonal.

För att bedöma om ni uppfyller kravet gällande hälso- och sjukvård begärde vi in er rutin för överlåtna hälso- och sjukvårdsåtgärder. Rutinen ni skickade in granskades och bedömningen är att verksamheten uppfyller kravet på hälso- och sjukvård då rutinen innehåller samtliga efterfrågade delar.

### **Palliativ vård**

Enligt Överenskommelsen ska utföraren följa Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument för palliativ vård. Detta innebär bland annat att er verksamhet ska ha utsedda palliativa ombud samt palliativa ombudssamordnare. För att bedöma om ni uppfyller kravet gällande palliativ vård begärde vi in en kompetensinventering.

Av inventeringen kunde vi utläsa att ni har fyra palliativa ombud samt en palliativ ombudssamordnare. Bedömningen är att verksamheten uppfyller kravet på palliativ vård.

### **Brister i kvalitetskrav**

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

### **Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**

Enligt överenskommelsen ska utföraren säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningarna som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.

För att bedöma om ni uppfyller kravet gällande utbildningar begärde vi in en kompetensinventering. Av inventeringen kunde vi utläsa att personal i tillräckligt stor utsträckning genomfört följande obligatoriska utbildningar;

- Demens ABC
- Manuella förflyttningar och lyftkörkort
- Basala hygienrutiner inom vård och omsorg
- Vardagsrehabilitering
- Palliativ utbildning
- Mat, måltid och nutrition
- SBAR
- Verksamhetssystem Treserva

- Vardagsrehabilitering

Däremot har få personal utfört utbildning gällande IBIC. På platsbesöket framkommer att detta inte hunnits med pga. den omfattande renoveringen samt pandemin. Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller kravet på utbildningar, då för få av personalen genomgått utbildning inom IBIC.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan där ni beskriver hur ni ska arbeta för att säkerställa att all personal genomgår samtliga obligatoriska utbildningar. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

### **Kompetens - omvårdnadspersonal**

Enligt överenskommelsen ska minst 85 % av all omvårdnadspersonal ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. För att bedöma om ni uppfyller krav gällande kompetens begärdes en kompetensinventering in. I den framgår att 81,5% av omvårdnadspersonal har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Bedömningen är att ni inte uppfyller kravet på kompetens.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan där ni beskriver hur ni ska arbeta med kompetensutveckling och rekrytering för att uppnå minst 85% utbildad personal. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

### **Ledningssystem för kvalitet**

- Riskanalyser

Enligt överenskommelsen ska utföraren genomföra riskanalyser inför förändringar i organisationen som skulle kunna innebära att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar, föreskrifter och styrdokument. Handlingsplaner ska upprättas och åtgärder vidtas för de risker som identifierats. Riskanalyser och det förbättringsarbete som genomförs ska dokumenteras.

För att bedöma om ni uppfyller kravet på riskanalyser begärde vi in en rutin för hur ni arbetar med riskanalyser. Ni inkom inte med någon rutin utan skickade in sammanställningar av genomförda riskanalyser för de senaste 12 månaderna.

Ni inkom med fyra riskanalyser som ni genomfört;

- *Riskbedömning för arbetsmiljö vid renovering*
- *Riskbedömning av arbetsmiljön vid försök med biträdande EC*
- *Riskbedömning pga. minskad veckoarbetstid för nattpersonal*
- *Riskanalys rapportering evakuering Löwenhjelmiska huset*

Tre av dessa riskanalyser innehöll samtliga delar som en riskanalys ska innehålla, d.v.s. identifierade risker, åtgärder utifrån riskerna, uppföljning av åtgärder och dess effekt. En riskbedömning var så pass ny att någon uppföljning av åtgärder ännu inte vore rimlig.

Vi kan se att verksamheten arbetar med riskanalyser men då ni inte inkommit med efterfrågad rutin är bedömningen är att ni inte helt uppfyller kravet på riskanalyser. Ni ska inkomma med åtgärdsplan där ni beskriver hur ni ska åtgärda bristen avseende rutinen. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska även inkomma med en rutin för riskanalyser. Av rutinen ska det tydligt framgå vad den avser. Det ska finnas en tydlig ansvarsfördelning över vem som gör vad i rutinen och en tydlig beskrivning/instruktion av utförandet.

### **Ledningssystem för kvalitet**

- Egenkontroller

Enligt överenskommelsen ska utföraren regelbundet genomföra egenkontroller inom den egna verksamheten i syfte att säkra verksamhetens kvalitet. Utföraren ska utöver de egenkontroller som verksamheten själva bedömer krävs även årligen genomföra egenkontroll inom de områden som uppdragsgivaren begär. Dessa områden är; basal hygien, dokumentation samt följsamhet till avvikelseprocessen.

För att bedöma om ni uppfyller kravet på egenkontroller ombads ni skicka in en sammanställning av de egenkontroller som ni genomfört de senaste 12 månaderna. Ni inkom med handlingsplaner för följande egenkontroller;

- *Basal hygien*
- *Avvikelseprocessen*
- *Digital Signering*
- *HSL dokumentation*
- *Social dokumentation – genomförandeplaner*
- *Städning, tempmätning samt kontrollräkning narkotika*

I inskickade handlingsplaner har ni identifierat brister, ni har vidtagit/planerat åtgärder utifrån bristerna och ni har ett datum för planerad uppföljning av insatta åtgärder. Samtliga åtgärder planeras att följas upp i slutet på -22 samt början på -23, ansvarig för uppföljning av åtgärder framgår i handlingsplanerna.

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller kravet på egenkontroller då de inte genomför någon egenkontroll av den sociala dokumentationen som förs i verkställighetsjournal. Ni ska inkomma med åtgärdsplan där ni beskriver hur ni ska säkerställa att egenkontroll av den sociala dokumentationen genomförs årligen enligt gällande överenskommelse. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska även inkomma med en dokumenterad egenkontroll av den löpande dokumentationen i verkställighetsjournal.

## Ledningssystem för kvalitet

- Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren har ett ansvar att rapportera, utreda och följa upp händelser som sker i eller kommer till verksamheten. Med händelser menas avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren ska genom ett strukturerat kvalitetsarbete förebygga att missförhållanden och vårdskador inträffar.

För att bedöma er följsamhet till Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter gällande avvikelshantering granskade vi 10 slumpmässigt utvalda händelser som ni rapporterat i avvikelsemodulen i treserva perioden 211022–221022. Det slumpmässiga urvalet innefattade enbart händelser som av er bedömts som en avvikelse samt fullföljt hela processen från utredning till avslut. Nedan redovisas granskningens resultat utifrån de olika stegen i processen;

- **Rapportera**

Vid rapportering av händelser ger ni detaljerade och objektiva beskrivningar som gör att den som inte är insatt förstår vad som har hänt.

- **Utreda**

I utredningen uppger ni avvikelseorsak och konsekvens. Däremot brister ni i att beskriva hur händelsen har påverkat den enskilde. Exempelvis fanns händelser där medicin uteblivit samt händelser där man fått dubbel dos medicin men det är oklart hur och om händelsen påverkat den enskilde.

- **Bedöma**

I bedömningen av händelsen fyller ni i sannolikhetsgrad och allvarlighetsgrad på samtliga rapporterade händelser.

- **Åtgärda**

I åtgärdsarbetet kategoriserar ni åtgärderna, ni beskriver också åtgärden som ni planerar att sätta in relaterat till den händelse som skett.

- **Följa upp**

Vid uppföljning av insatta åtgärder bedömer ni effekten av åtgärderna men brister i att beskriva på vilket sätt åtgärden följts upp, dvs att det inte går att utläsa hur ni kommit fram till att åtgärden haft önskad/oönskad effekt.

För att bedöma er följsamhet till Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter, gällande ert arbetssätt med klagomål och synpunkter har vi begärt ut eventuella klagomål som rapporterats till IVO under de senaste 36 månaderna. Vi har även genomfört en sökning av klagomål och synpunkter i W3D3 samt i avvikelsemodulen i Treserva.

Inga klagomål har rapporterats till IVO och det finns heller inga klagomål registrerade i W3D3 eller i avvikelsemodulen. Vid platsbesök framkommer att



verksamheten tagit emot klagomål, men att de inte är rapporterade och hanterade i avvikelsemodulen i Treserva.

Den sammantagna bedömningen är att verksamheten inte uppfyller kravet på Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att rapporterade händelser hanteras enligt gällande riktlinje samt att klagomål och synpunkter rapporteras i Treserva och sedan hanteras enligt ovan nämnd riktlinje. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska även inkomma med en beskrivning av hur ni i er verksamhet hanterar inkomna klagomål och synpunkter. Vid resultatuppföljningen kommer en ny granskning av händelser i avvikelsemodulen i Treserva att genomföras.

### **Dokumentation**

Enligt överenskommelsen ska dokumentation ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOFS 2014:5 om dokumentation vid genomförande av insatser enligt SoL. Utföraren ska också följa Örebro kommuns och region Örebro läns riktlinjer och styrdokument gällande dokumentation. Enligt riktlinje för dokumentationsskyldighet enligt SoL ska genomförandeplan påbörjas omgående och vara färdigställd senast 30 dagar efter mottaget uppdrag och uppdateras vid behov eller minst var sjätte månad. Det ska framgå vilka personer som varit delaktiga vid upprättandet av genomförandeplanen och på vilket sätt den boende varit delaktig. Det praktiska genomförandet av individens stöd avseende vård- och omsorgsinsatser ska vara beskrivet i genomförandeplanen. Dokumentation i verkställighetsjournal ska visa åtgärder som vidtas för den enskilde samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för genomförandet av insatser. Dokumentationen ska utformas med respekt för den enskildes integritet. Dokumentation om de boende ska förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen (1990:782).

För att bedöma om ni uppfyller kravet på dokumentation genomfördes en dokumentationsgranskning av 20 slumpmässigt utvalda boendes dokumentation. Granskningen innefattade genomförandeplaner samt den löpande dokumentationen i verkställighetsjournalen.

Granskningen av genomförandeplaner visade att av 20 boende så hade 10 en aktuell genomförandeplan, dvs den var uppföljd inom sex månader. Dessa 10 genomförandeplaner som var aktuella granskades vidare utifrån deras innehåll. Samtliga genomförandeplaner innehöll en namngiven kontaktperson och beskrivningar av hur insatserna ska utföras över hela dygnet för att uppnå behov och mål. Däremot brister verksamheten i att beskriva den enskildes delaktighet vid upprättandet av genomförandeplanen, dvs om den enskilde varit delaktig och i sådant fall på vilket sätt.

Vidare granskades den löpande dokumentationen i verkställighetsjournal för samma 20 boende. Granskningen visade att det fanns långa uppehåll mellan anteckningarna i hälften av alla granskade journaler, allt från en månad till flera månader. I flera av journalerna gick det inte att följa vad som faktisk hänt med

den boende, det fanns anteckning om en händelse som borde ha följts upp i dokumentationen men det uteblir. Exempel på sådana händelser ges nedan;

- En anteckning om att en boende kräktes – första anteckningen efter detta är en månad senare
- En anteckning om en boende som inte är kontaktbar – första anteckningen efter detta är två veckor senare
- En anteckning om att en boende hittats livlös och vid granskningstillfället som är nästan 1 månad senare finns ingen anteckning efter denna

Vid granskningen kunde ingen anteckning identifieras som inte var utformad med respekt för individens integritet.

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller kravet på dokumentation och ska i sin åtgärdsplan beskriva hur de ska komma till rätta med bristen. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Ni ska även inkomma med följande rutiner:

- Rutin som beskriver hur ni ska ge personalen handledning och stöd för att säkerställa följsamhet till punkten dokumentation i överenskommelsen.
- Rutin som beskriver hur utföraren genomför egenkontroll av den löpande dokumentationen som förs i verkställighetsjournal.

Vid resultatuppföljningen kommer en ny granskning av den sociala dokumentationen att genomföras.

### **Dokumentation i IT-system - Nationella register**

Enligt överenskommelsen och Örebro kommuns riktlinje för vårdprevention ska utföraren genomföra riskbedömning enligt Senior Alert. De områden som ska riskbedömas är trycksår, undernäring, fall, blåsdysfunktion och munhälsa. Utifrån identifierade risker ska åtgärder genomföras och följas upp. Utföraren ska vidta adekvata åtgärder för att förebygga eller åtgärda de risker som identifieras. Enligt krav ska boenden med demensinriktning registrera i BPSD-registret och använda det arbetssätt som beskrivs där.

För att bedöma om ni uppfyller kravet på dokumentation i IT-system (nationella register) begärdes ett registeruttag från Senior Alert in. Vi granskade även inkommen kompetensinventering för att se om verksamheten hade BPSD-administratörer.

Uttaget från Senior Alert visar att riskbedömningar är genomförda utifrån fall, trycksår, nutrition och munhälsa på samtliga boende. Dock har ingen boende en bedömning av blåsdysfunktion. I den handlingsplan som verksamheten inkommit med gällande Senior Alert framkommer att man inte gör bedömningar inom blåsdysfunktion då sjuksköterskan upplever det som svårt och tidskrävande, detta framkommer även under platsbesöket. Enligt kompetensinventeringen har verksamheten fyra BPS administratörer.

Bedömning är att ni inte uppfyller kravet på dokumentation i IT-system då ni inte registrerar riskbedömningar inom samtliga riskområden. Ni ska i er åtgärdsplan beskriva hur ni ska säkerställa att riskbedömningar utförs för samtliga fem riskområden i Senior Alert. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Inför resultatuppföljningen kommer vi att begära in ett nytt registeruttag från Senior Alert.

### **Mat, måltid och nutrition**

Enligt överenskommelse ska utföraren följa Örebro kommuns riktlinjer för mat, måltid och nutrition. I den beskrivs utförarens ansvar för bland annat mat, måltid, riskbedömning, nutitionsutredning och behandling. För att bedöma om ni uppfyller kravet på mat, måltid och nutrition granskades följande;

- Vi begärde vi in er rutin som beskriver när och hur en patients näringstillstånd ska utredas, hur undernäring ska förebyggas och vid behov behandlas.
- Vi har även i samband med granskning av genomförandeplaner tittat om behov och önskemål kring mat och måltider finns beskrivet.
- Vi har också tagit del av resultatet från Socialstyrelsens kundundersökning gällande hur de boende upplever att maten brukar smaka samt om de upplever att måltiderna på boendet är en trevlig stund på dagen.

Nedan redovisas granskningens resultat utifrån de olika delar som granskats;

### **Rutinen**

Den inskickade rutinen granskades och bedömningen är att den innehåller samtliga efterfrågade delar.

### **Genomförandeplaner**

Vid granskning av 20 genomförandeplaner uppmärksammades att hälften inte var aktuella, dvs. uppföljda inom de senaste sex månaderna. Detta innebär att det inte finns aktuell dokumentation avseende mat och måltider i genomförandeplanerna.

### **Socialstyrelsens kundundersökning**

De frågor vi tittat på i Socialstyrelsens undersökning är: Hur brukar maten smaka? Där hade ni 67% positiva svar vilket är lägre än riket som hade 71%. På frågan, Upplever du att måltiderna på ditt äldreboende är en trevlig stund på dagen? Där hade ni 73% positiva svar och ligger i linje med riket som också ligger på 73%. Under platsbesöket framkommer att ni inte upplever negativa synpunkter på maten utan snarare tvärt om, att maten är bra och uppskattas. Ni beskriver ett gott samarbete med köket och att de är lyhörda för era synpunkter. Kostombud har regelbundet kontakt med köket utifrån vissa rätter som passar mer eller mindre bra. Ni beskriver att ni lägger mycket jobb på det som är runt maten för att skapa en trevlig stund på dagen.

Bedömningen är att ni inte lever upp till kravet på mat, måltid och nutrition då det inte finns aktuell dokumentation avseende mat och måltider i

genomförandeplanerna. Ni ska i er åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att säkerställa att genomförandeplaner hålls aktuella. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Vid resultatuppföljningen kommer en ny granskning av genomförandeplaner att genomföras.

## Metod

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

### Underlag för bedömning:

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

### Inom punkten Dokumentation har följande inte bedömts:

- Dokumentation om de boende ska förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen (1990:782).

På grund av omfattade renoveringar under en längre tid gjordes bedömningen att vi under platsbesöket inte skulle gå in på avdelningarna. Detta för att det rör sig en del byggarbetare där och vi ville inte skapa mer oro bland de boende.

Melisa Hasanbegovic  
Avtalscontroller  
Enheten för Uppföljning  
Myndighetsverksamheten  
Örebro kommun