

Uppföljning av kvalitetskrav

Bostad med särskild service

**Utförare: Örebro kommun,
Område 1 - gruppbofastad**

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 460/2020. 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.

Område 1 - gruppbostad

Område 1 är en del av förvaltningen för sociala insatser (FSI). Inom området finns följande femton gruppbostad som alla ingår i underlaget för denna uppföljning. Bjällbovägen 7, Britagatan 4, Gräsgatan 3, Gällersta-Gryt, Karlsbergsvägen 6, Karlslund 220, Kvarntorpsvägen 1–3, Lindhultsvägen 3, Moholmsvägen 3 B, Nordanåsvägen 23, Rostagatan 40, Sörbyängsvägen 2E, Tallrisvägen 45, Trollbärsgatan 36 och Änggatan 34.

Platsbesök har genomförts på följande fem adresser: Kvarntorpsvägen 1–3, Lindhultsvägen 3, Britagatan 4, Gällersta-Gryt och Trollbärsgatan 36.

Område 1 beskrivs av avdelningschef som ett område med flera olika inriktningar såsom autism, psykiatri eller psykosociala behov. Särskilt utmärkande för Område 1 är att det finns flera verksamheter med inriktning döva eller hörselskadade.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i ert område och beslutar därmed att Område 1 ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Örebro kommun, Område 1 ska senast den 17 maj 2022 skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se. Bedömningen är att Område 1 brister inom följande kvalitetskrav:

- **Ledningssystem för kvalitet**
 - Egenkontroller
 - Utredning av avvikelser, rapporteringsskyldighet och anmälningsskyldighet
- **Dokumentation och förvaring**
 - Social dokumentation
 - Individuell planering, delaktighet och genomförandeplan
- **Fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder**

Med anledning av ovanstående brister ska Område 1 även skicka in följande handlingar:

- Dokumenterad egenkontroll avseende följsamhet till avvikelseprocessen.
- Kompletterande uppgifter avseende fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder. Beskrivning av hur mottagande av nytt uppdrag sker, samt beskrivning av hur mottagande av hälso- och sjukvårdsinsatser från annan vårdgivare sker ska framgå.

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast den 10 juni 2022.

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 2022. Det innebär att vi kommer genomföra en granskning av avvikelser för att säkerställa att samtliga fyra steg i avvikelseprocessen ska genomföras. Vi kommer att granska verkställighetsjournaler för att säkerställa att händelser av betydelse, i detta fall avvikelser dokumenteras. Vi kommer även granska genomförandeplaner för att säkerställa att aktuella genomförandeplaner finns med beskrivningar av delaktighet, mål, omvårdnad, mat- och måltider samt aktiv- och meningsfull tillvaro.

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

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att Område 1 uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan

Enligt SOSFS 2011:9 ska det framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Utföraren ska enligt överenskommelsen ha en rutin som beskriver hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten mellan olika professioner och funktioner. Rutinen ska innehålla en beskrivning av vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används. Rutinen ska också beskriva hur samverkan sker med LSS/SOL-handläggare, legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård, legitimerad personal inom Region Örebro län, socialtjänsten och eventuella andra aktörer.

Inför uppföljningen ombads Område 1 att inkomma med en sammanställning. Den inkomna sammanställningen visar att samtliga femton verksamheter har rutiner för samverkan som beskriver hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten samt med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och andra aktörer.

Område 1 har skickat in en övergripande lokal rutin för samverkan som gäller för samtliga medarbetare och chefer inom FSI. I rutinen finns möjlighet att göra lokala anpassningar för respektive gruppbostad genom en bifogad mall. Utföraren har även redovisat samtliga lokala rutiner för de fem verksamheter där platsbesök genomfördes.

Vid platsbesöken framkom att samverkansuppgifter till handläggare, legitimerad personal samt andra aktörer fanns förvarade på samtliga fem verksamheters personalkontor så att uppgifterna var lättillgängliga när de behövdes.

Samtliga av de fem redovisade samverkansrutinerna uppfyller kraven att det ska framgå hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten, samt vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt som används. Det framgår även hur samverkan sker med handläggare, legitimerad personal samt andra aktörer.

Bedömningen är därför att Område 1 uppfyller kraven i punkten samverkan.

Ledningssystem för kvalitet - Riskanalyser

Enligt SOSFS 2011:9 ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Enligt överenskommelsen ska utföraren utöver kraven inom SOSFS 2011:9 ha en beskrivning av hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet.

Inför uppföljningen ombads Område 1 att inkomma med en beskrivning av hur de arbetar med riskanalyser, samt en sammanställning av genomförda riskanalyser för de senaste tolv månaderna.

Området har inkommit med en rutin för riskanalys på individ- och enhetsnivå som är framtagen av medicinskt ansvariga och socialt ansvarig samordnare i samråd med pedagoger. Den beskriver att riskanalyser regelbundet ska genomföras. Riskanalyser på individnivå ska enligt rutinen genomföras en gång per år samt vid behov. Riskanalyser på verksamhetsnivå ska göras vid behov, som exempelvis vid förändringar i verksamheten. Av rutinen framgår vem som ansvarar och vilka som bör vara med. Det framgår även hur riskanalys görs, samt förvaras, samt att den ska följas upp regelbundet. I rutinen finns även mallar för riskbedömningar.

Området har också inkommit med en sammanställning över riskanalyser där det framgår att samtliga femton verksamheter genomfört och dokumenterat riskanalyser, samt vilka risker som identifierats. Det framgår även vilka åtgärder som vidtagits utifrån riskerna, samt att effekten av åtgärderna följts upp.

Bedömningen är att Område 1 utifrån redovisad rutin och sammanställning tydligt kunnat påvisa att, och hur de arbetar med riskanalyser. Område 1 bedöms därmed uppfylla kraven i punkten riskanalys.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa riktlinjer och styrdokument för skydds- och begränsningsåtgärder. Om verksamheten väljer en åtgärd som innebär en begränsning ska det framkomma i dokumentationen vad som är syftet och hur verksamheten har riskbedömt åtgärden för den enskilde. Samtycke ska finnas dokumenterat.

En granskning av hur Område 1 arbetar med skydds- och begränsningsåtgärder har genomförts som en del av uppföljning av kvalitet. Granskningen har inte omfattat skyddsåtgärder som förskrivits eller ordinerats av legitimerad personal.

Inför uppföljningen ombads Område 1 att inkomma med en sammanställning över skydds- och begränsningsåtgärder för respektive verksamhet. Inskickad sammanställning visar att totalt elva av femton verksamheter rapporterar att de har skydds- och begränsningsåtgärder. Det som rapporterats som mest förekommande åtgärder är låsta förvaringsskåp eller kylskåp i enskilda lägenheter, medicinskåp är inte inräknat, samt begränsningar i åtkomst av personliga föremål över dygnet. Alla elva verksamheter rapporterar att syfte och samtycke finns dokumenterat för samtliga insatta skydds- och begränsningsåtgärder.

Granskning har även gjorts av femton individers verkställighetsjournaler, slumpvist utvalda från hela Område 1. I en av de granskade individernas verkställighetsjournal förekom åtgärd där vi tog del av dokumenterad riskbedömning och samtycke för denna åtgärd. För övriga fjorton individer begärdes även riskbedömning och samtycke om åtgärder förekom. Verksamheterna svarade att det inte förekommer åtgärder.

Vid möte med avdelningschef samt ansvariga enhetschefer för respektive verksamhet framkommer att det finns en plan gällande skydds- och begränsningsåtgärder för 2022 då ett omtag behöver göras. Först kommer chefer att få ta del av kunskapsguide för skydds- och begränsningsåtgärder, sedan boendepedagogerna, för att kunskapsguiden sen ska föras vidare till boendestödjarna i verksamheterna.

Utifrån underlaget i form av inskickad sammanställning och granskning av verkställighetsjournaler, ser vi att riskbedömning och samtycke finns dokumenterat i de fall verksamheten har valt en åtgärd som kan upplevas begränsande. Bedömningen är därmed att Område 1 uppfyller kravet i punkten skydds- och begränsningsåtgärder.

Anhörigstöd

Enligt överenskommelse för bostad med särskild service ska utföraren informera om och förmedla kontakt med Anhörigcentrum, samt ha en rutin för att stödja anhöriga.

Inför uppföljningen ombads Område 1 att inkomma med rutin som beskriver hur stöd ges till anhöriga.

De inkomna rutinerna beskriver anhörigombudets roll och vad denne förväntas göra. Rutinerna beskriver att i de flesta verksamheter har anhörigombudet en punkt på arbetsplatsträff. Anhörigombudet förmedlar och inhämtar information från Anhörigcentrum, där ombuden även får utbildningar kopplat till uppdraget. Rutinerna är mycket kortfattade. Dock framkommer på ett möte med cheferna att det finns en separat uppdragshandling för anhörigstöd som enhetschef går igenom med ombudet. Område 1 ombeds komplettera det inskickade underlaget med sagda uppdragshandling vilket görs. Granskning av uppdragshandling visar att den mer fylligt beskriver anhörigombudets roll, ansvar och kompetensutveckling.

Bedömning görs att Område 1 uppfyller kravet för punkten anhörigstöd utifrån ovanstående.

Hygien och smittskydd

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Örebro kommun och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument samt Arbetsmiljöverkets och Socialstyrelsens föreskrifter inom området. Utföraren ska tillhandahålla skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial till personalen i den utsträckning som behövs.

I samband med platsbesök gjordes observationer kring verksamheternas arbete med hygien och smittskydd som en del av uppföljning av kvalitet. Det konstateras att samtliga verksamheter har tillräckligt med arbetskläder som tillhandahålls av arbetsgivaren, och att samtliga skickar kläderna på cirkulationstvätt. Observationerna visade även att samtliga fem verksamheter tillhandahåller skyddsutrustning, engångsförkläden samt handskar, handsprit, tvål och pappershanddukar.

Område 1 bedöms därmed uppfylla kraven gällande punkten hygien och smittskydd

Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att Område 1 brister i kvalitetskrav. Nedan redovisas de brister som föranlett beslut om åtgärdsplan.

Ledningssystem för kvalitet

- Egenkontroller

Enligt SOSFS 2011:9 ska verksamheten regelbundet genomföra egenkontroller inom den egna verksamheten för att på ett systematiskt sätt följa upp och utvärdera verksamheten samt kontrollera att den egna verksamheten följer lagar, föreskrifter och styrdokument i syfte att säkra verksamhetens kvalitet. Enligt överenskommelsen ska utföraren vid behov eller minst en gång per år ha genomfört egenkontroll av följsamhet till riktlinjen inom basal hygien, krav inom området dokumentation och förvaring samt avvikelseprocessen i enlighet med riktlinjen. Dokumenterade handlingsplaner för förbättringsåtgärder ska göras avseende identifierade brister.

Inför uppföljningen ombads Område 1 att inkomma med en sammanställning över egenkontroller för dokumentation, basal hygien och avvikelseprocessen genomförda under de senaste tolv månaderna.

Granskning av sammanställning för egenkontroll avseende dokumentation visar att samtliga femton verksamheter genomfört egenkontroller. Tretton av dessa har identifierat brister där de flesta handlar om utebliven dokumentation i journalerna, samt okunskap om hur och var anteckningar ska skrivas. Av dessa tretton verksamheter har elva angivit att de vidtagit åtgärder. Två av de tretton verksamheterna anger att de upprättat handlingsplan kopplad till de identifierade bristerna.

Granskning av sammanställning för egenkontroll basal hygien visar att samtliga femton verksamheter genomfört egenkontroller. Nio av dessa har identifierat brister. Huvudparten av bristerna berör arbetskläder. Samtliga verksamheter där brister identifierats har vidtagit åtgärder. Endast en av verksamheterna har upprättat handlingsplaner kopplat till bristerna.

Vid granskning av egenkontroll för avvikelseprocessen framkommer att Område 1 inte ännu börjat arbeta med egenkontroller för avvikelseprocessen. De har arbetat med att analysera inkomna klagomål och avvikelser senast till "Uppföljningen systematiskt kvalitetsarbete 2021" och "Patientsäkerhetsarbetet 2021". Till en början redovisades de genomförda analyserna som genomförda egenkontroller av avvikelseprocessen. Då avtalscontrollers gav ett förtydligande om vad som avses med egenkontroller av själva avvikelseprocessen uppgav områdeschef att egenkontroller av avvikelseprocessen kommer att planeras in för att få med i årshjulet och användas under året. Bedömning görs att Område 1 brister i krav i punkten egenkontroller. Detta då det av de tretton verksamheter som identifierat brister vid egenkontroll för dokumentation, endast varit två som upprättat handlingsplaner kopplat till bristerna. För egenkontroll av basal hygien är det en av nio verksamheter med identifierade brister som upprättat handlingsplaner.

Utföraren brister även i punkten då egenkontroll av avvikelseprocessen inte genomförts.

Område 1 ska därför inkomma med en åtgärdsplan som ska beskriva hur ni säkerställer att handlingsplaner upprättas vid identifiering av brister, och att egenkontroll av följsamhet till avvikelseprocessen genomförs och dokumenteras. Tidplan för när åtgärder ska ske samt vem som ansvarar för att de sker ska framkomma i åtgärdsplanen. Utföraren ska även inkomma med en dokumenterad egenkontroll avseende följsamhet till avvikelseprocessen.

Ledningssystem för kvalitet

- Utredning av avvikelser, klagomål, synpunkter och rapporteringsskyldighet

Enligt överenskommelsen ska utföraren utöver kraven inom SOSFS 2011:9 följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter.

Utredning av avvikelser

En granskning av avvikelser registrerade i Treserva har genomförts i samband med uppföljning av kvalitet. Granskningen genomfördes i samtliga femton verksamheter i område 1 för perioden 2021-01-14 till 2022-01-14. Det fanns totalt 762 registrerade avvikelser under den granskade perioden. Av dessa avvikelser var det 391 som hanteras i de samtliga fyra stegen i enlighet med riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter. Nämligen utreda, bedöma, åtgärda och följa upp. Av dessa gjordes ett slumpmässigt urval av 60 avvikelser som granskades djupare. Sammantagen bedömning av granskningen visar att total följsamhet till samtliga fyra steg i avvikelseprocessen endast finns i 10 procent av de granskade avvikelserna.

I de första stegen utreda, bedöma och åtgärda visar granskning att det finns tillräckligt stor följsamhet i dessa. När det gäller det sista steget följa upp ska verksamheten som arbetar med den rapporterade avvikelserna fylla i kategori av åtgärdens effekt och göra en anteckning som beskriver hur verksamheten följt upp åtgärden. Det ska även framgå av anteckningen hur de kommit fram till bedömning av åtgärdens effekt. Granskning visar att 60 procent av de granskade avvikelserna hade anteckning som beskrev hur åtgärd följts upp, och 21 procent av anteckningarna visade hur verksamheten hade kommit fram till bedömning av åtgärdens effekt. Flera anteckningar i steget följa upp var samma anteckning som i steget åtgärda.

Utredning av klagomål och synpunkter

En granskning av avvikelser registrerade som klagomål eller synpunkter har genomförts. Granskning visar att det var nio av samtliga femton granskade verksamheter som hade registrerat något klagomål eller synpunkt under året. Trettioen avvikelser var registrerade som klagomål eller synpunkter under perioden 2021-01-14 till 2022-01-14. Även här granskades om avvikelserna var hanterade i samtliga fyra steg utreda, bedöma, åtgärda och följa upp. Av dessa avvikelser var tretton hanterade i samtliga fyra steg och av dem granskades tio slumpmässigt utvalda avvikelser djupare. Sammantaget framkommer att följsamhet till samtliga fyra steg i avvikelseprocessen inte finns i någon av de granskade klagomålen.

I de första tre stegen utreda, bedöma och åtgärda visar granskning att verksamheterna har tillräckligt stor följsamhet i dessa. När det gäller de sista steget följa upp saknar verksamheterna i stort följsamhet i detta steg. I steget åtgärda ska verksamheten som arbetar med den rapporterade avvikelserna fylla i kategori av åtgärdens effekt och göra en anteckning som beskriver hur verksamheten följt upp åtgärden, samt hur verksamheten kommit fram till bedömning av åtgärdens effekt. Granskning visar att det endast i 10 procent av anteckningarna är beskrivet hur verksamheterna kommit fram till bedömning

av åtgärdens effekt. I flera fall är den anteckning som förekommer samma anteckning som finns i steget åtgärda.

Bedömning utifrån genomförd granskning är att Område 1 brister i punkten utredning av avvikelser, klagomål, synpunkter och rapporteringskyldighet då verksamheterna inte visar följsamhet till avvikelseprocessen eftersom sista steget åtgärda inte är korrekt hanterat utifrån gällande riktlinje. Det ska enligt den finnas anteckning som beskriver hur verksamheten följt upp åtgärden, samt hur verksamhet kommit fram till bedömning av åtgärdens effekt.

Område 1 ska därför inkomma med en åtgärdsplan för hur bristen ska åtgärdas. En ny granskning av avvikelser kommer att genomföras efter 1 september 2022.

Dokumentation

- Social dokumentation

Enligt överenskommelsen ska utföraren, förutom att följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, uppfylla följande krav, dokumentera händelser av betydelse samt utforma dokumentationen med respekt för den enskildes integritet. Utföraren ska också genomföra egenkontroll av dokumentation, dokumentera utförande, samt den enskildes utveckling. Den som utför en insats hos den enskilde är den som ska anteckna i verkställighetsjournal.

En dokumentationsgranskning har genomförts av femton individers verkställighetsjournaler i Treserva för perioden 2021-08-14 till 2022-02-14. Det framkommer av granskningen att samtliga har journaler där den individuella omvårdnadsprocessen går att följa och att dokumentationen i första hand är gjord av den personal som utfört insats.

När det gäller dokumentation av händelser av betydelse framkommer det vid granskning att avvikelser inte har dokumenterats i journal i tillräcklig omfattning. Granskningen gjordes genom att titta på 60 registrerade avvikelser i Treserva och jämföra om dessa fanns dokumenterade i verkställighetsjournalerna. Det framkom att 45 procent granskade avvikelser var dokumenterade i verkställighetsjournalerna.

Bedömningen är därför att Område 1 brister i punkten social dokumentation då händelser av betydelse inte dokumenterats i tillräckligt stor omfattning i och med att endast 45 procent av granskade avvikelser finns nedtecknade i verkställighetsjournal.

Område 1 ska inkomma med åtgärdsplan för hur bristen ska åtgärdas. I åtgärdsplanen ska tidsplan och ansvarig framkomma. I samband med resultatuppföljning kommer en ny granskning av verkställighetsjournaler genomföras efter 1 september 2022 i syfte att bedöma om händelser av betydelse har dokumenterats i tillräcklig omfattning gällande avvikelser.

Dokumentation

- Individuell planering, delaktighet och genomförandeplan

Enligt överenskommelsen ska den enskildes synpunkter och delaktighet framgå av genomförandeplanen samt i den sociala dokumentationen. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande över hur insatser som ges ska utformas. Genomförandeplanen ska beskriva den enskildes vård- och omsorgsinsatser, vilket eller vilka mål som gäller för insatsen enligt nämndens beslut samt vilket eller vilka mål som gäller för varje aktivitet. Genomförandeplanen ska alltid följas upp vid förändringar av den enskildes behov eller minst var sjätte månad. Utföraren ska ha en rutin för upprättande och uppföljning av genomförandeplaner. Dokumentationen ska förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen.

Vid uppföljning av kvalitet gjordes platsbesök i fem verksamheter. På platsbesöken granskades bland annat hur verksamheterna förvarar den dokumentation om individer som inte ligger i verksamhetssystemet. Vid platsbesök noteras att flera av verksamheterna har pärmar med information om individen och beskrivning av arbetssätt och rutiner som förvaras på hyllor i personalkontoren. Det finns även i vissa verksameters personalrum, tavlor uppsatta på väggen med planeringsschema för respektive individ. På tavlorna framkommer veckoplanering för respektive individ, och på tavlorna står initialer eller rumsnummer framför respektive individs planering. På fyra av de fem verksamheterna som besöktes finns rutiner att dörr till personalutrymme eller annat rum med personlig information om de boende alltid låses när personal lämnar rummet. På en verksamhet finns inte den rutinen och dörren står därför olåst till personalutrymmet, och det finns även ett glasfönster till kontoret som gör det möjligt för obehöriga att läsa på planeringstavlan och se initialer för de boende. Ansvarig enhetschef för verksamheten har på ett digitalt uppföljningsmöte fått information om vad som observerats, och att verksamheten bör se över hur de säkerställer att information om de enskilda inte hamnar hos obehöriga.

Brist kan dock inte konstateras då merparten av de granskade verksamheterna hade rutiner för att säkerställa att obehöriga inte kan komma åt information om de enskilda individerna.

Det genomfördes även en granskning av femton individers genomförandeplaner i Tresa i syfte att se om de var aktuella, dvs upprättade inom sex månader och skrivskyddade. Då mer än hälften av de granskade genomförandeplanerna inte var aktuella genomfördes ett utökat urval på ytterligare femton individers genomförandeplaner. Av totalt trettio individers genomförandeplaner hade endast 63 procent en aktuell genomförandeplan. Någon granskning av innehållet i genomförandeplanerna genomfördes inte till följd av att merparten av planerna var inaktuella. Därmed saknas även aktuell beskrivning i merparten av planerna av hur verksamheterna i Område 1 arbetar med individens delaktighet i utformandet av insatser, och mål i genomförandeplanerna. Det saknas också aktuella beskrivningar av hur stöd samt genomförande gällande omvårdnad, mat, måltider samt aktiv och meningsfull tillvaro genomförs.

Bedömningen är att Område 1 brister i kraven ställda inom punkten individuell planering, delaktighet och genomförandeplan då endast 63 procent av genomförandeplanerna är aktuella. Brist konstateras också då det inte framkommer individens delaktighet i utformandet av insatser, mål i genomförandeplaner, och hur stöd samt genomförande gällande omvårdnad, mat, måltider samt aktiv och meningsfull tillvaro genomförs.

Område 1 ska i åtgärdsplan beskriva hur verksamheten ska arbeta för att säkerställa att samtliga individer har aktuella genomförandeplaner. Område 1 ska beskriva hur de ska säkerställa att det framkommer mål för insatser samt hur verksamheten arbetar med delaktighet. Aktuella beskrivningar av delaktighet, mål, omvårdnad, mat, måltider samt aktiv och meningsfull tillvaro ska också framkomma i samtliga genomförandeplaner.

Enheten för uppföljning kommer efter 1 september 2022 följa upp att bristerna gällande avsaknad av aktuella genomförandeplaner, samt beskrivning av delaktighet, mål, omvårdnad, mat, måltider samt aktiv och meningsfull tillvaro är åtgärdade i tillräcklig omfattning.

Fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa gällande riktlinjer för fördelade hälso- och sjukvårdsåtgärder. I Örebro kommuns riktlinje Hälso- och sjukvårdsprocessen konstateras att chef för den verksamhet som tar emot överlätna hälso- och sjukvårdsåtgärder ska ha rutiner för hur de tar emot och planerar för överlätna hälso- och sjukvård. Rutinen ska omfatta överlätna hälso- och sjukvård från egen och annan vårdgivare. Överenskommelsen slår även fast att rutinen ska beskriva hur utföraren säkerställer att åtgärderna blir kända för personal och utförda enligt instruktioner.

Inför uppföljningen ombads Område 1 att inkomma med rutin som beskriver hur personalen tar emot och planerar för fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder, hur verksamheten säkerställer att personal vet vilken hälso- och sjukvård som ska utföras, när och på vilket sätt samt av vem.

Inkomna lokala rutiner för de femton verksamheterna innehåller beskrivning av planering för de överlätna insatser och koppling till genomförandeplan. De beskriver hur personal tar emot och dokumenterar samt noterar uppföljning om detta efterfrågas av legitimerad personal. Beskrivning av hur verksamheterna säkerställer att åtgärderna blir kända för personal framställer att vårdplan från kommunal hälso- och sjukvård (HSE) hamnar i Treserva under mappen ”nya uppdrag”. Vidare står att medarbetare som uppmärksammar att verksamheten fått nytt uppdrag kvitterar det och informerar boendepedagog och aktuell fadder att ny vårdplan finns. Det framkommer inte hur verksamheten säkerställer mottagande av nytt uppdrag genom att till exempel beskriva hur ofta mappen ”nya uppdrag” i Treserva kollas. Vidare beskriver rutinerna endast mottagande från HSE. Beskrivning av hur mottagande av hälso- och sjukvårdsinsatser från annan vårdgivare sker saknas. Verksamheterna behöver i rutin ha en beredskap för att ta emot fördelade uppdrag oavsett huvudman.

Bedömningen är att Område 1 brister i punkten fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder då verksamheternas rutiner för överlätna hälso- och sjukvårdsinsatser inte säkerställer hur mottagande av nytt uppdrag sker. Brist konstateras också då rutinerna inte beskriver hur mottagande av hälso- och sjukvårdsinsatser från annan vårdgivare sker.

Område 1 ska därför inkomma med komplettering i rutin för fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder, med beskrivning av hur mottagande av nytt uppdrag sker, samt beskrivning av hur mottagande av hälso- och sjukvårdsinsatser från annan vårdgivare sker.

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 platsbesök i fem av verksamheterna och ett digitalt möte med avdelningschef och enhetschefer inom Område 1.

Underlag för bedömning:

- Intervju vid platsbesök och digitalt möte
- Observation vid platsbesök
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Verkställighetsjournaler
- Genomförandeplaner
- Myndighetsinformation
- Redovisat underlag exempelvis rutiner och sammanställningar

Sandra Månstierna
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun