

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Örebro kommun, Ängen

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet.

Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i den överenskommelse verksamheten tecknat med Örebro kommun Sov 278/2021. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång var tredje år enligt riktlinje för avtals- och verksamhetsuppföljning, Sov 215/2020.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

Örebro kommun - Ängen

Ängen är ett vård- och omsorgsboende beläget på Ladugårdsängen i Örebro. På Ängen finns 56 lägenheter fördelade på fyra avdelningar, två avdelningar är vårdboende för personer med stort omvårdnadsbehov och två för personer med demenssjukdom. I samma byggnad som vård- och omsorgsboendet finns vårdcentral, minnesmottagning, dagrehabilitering, seniorbostäder, gruppboendestad, familjecentral och sjukgymnastik. Byggnaden Ängen stod klar i april 2011.

Det arbetar 87 personer på Ängen, varav 71 omvårdnadspersonal, 11 sjuksköterskor, 2 arbetsterapeuter och 3 personer som arbetar med ledning/administration. Under Enheten för uppföljnings besök lyfter intervjuade chefer och medarbetare styrkor i form av bra teamsamverkan, duktiga vikarier och kvalitetsstödare som planerar och samordnar bemanning. Utmaningar är kopplade till lokaler, i form av bristande utrymmen för förvaring och gemensamma aktiviteter.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Ängen ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ängen ska senast den 17 mars 2023 skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se. Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan
- Egenkontroller

Dokumentation

Dokumentation i IT-system

Skydds- och begränsningsåtgärder

Anhörigstöd

Kompetens - omvårdnadspersonal

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

- Rutin 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.
- Egenkontroll av löpande dokumentation i verkställighetsjournal.
- Rutin som beskriver hur ni ska ge personalen handledning och stöd för att säkerställa följsamhet till avtalspunkten dokumentation i överenskommelsen.
- Rutin som beskriver hur verksamheten arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen.

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast den 17 april 2023.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. Inför resultatuppföljningen kommer vi utöver ovanstående handlingar begära in en sammanställning av skyddsåtgärder och ett registeruttag från Senior alert. Vi kommer att granska begärda handlingar samt genomföra en granskning av löpande dokumentation i verkställighetsjournal. Resultatuppföljningen kommer att genomföras efter den 31 maj 2023.

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 utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

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 avtalspunkten tog vi del av och granskade er rutin för hur ni arbetar med riskanalyser samt en sammanställning av de riskanalyser ni genomfört under de senaste 12 månaderna.

Ni har skickat in kommunens övergripande rutin för riskanalyser, mallar ni använder för riskbedömning och rapport samt två riskanalyser.

Under det senaste året har ni genomfört riskanalyser avseende inomhusklimat och tillsättande av samordnande sjuksköterska. Anledning till att riskanalyserna har genomförts framgår, risker har identifierats och åtgärder har vidtagits utifrån riskerna. Riskanalysen om inomhusklimat har följts upp vid flera tillfällen. Riskanalysen om samordnande sjuksköterska är genomförd i november, den är inte uppföljd än dock framgår när uppföljning ska ske.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller de krav som ställs i överenskommelsen på riskanalyser.

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.

Avvikelser

För att följa upp att verksamheten har en avvikelshantering enligt SOSFS 2011:9 och riktlinjen för avvikelser klagomål och synpunkter har en granskning genomförts i Treservas avvikelsemodul för perioden 221211–231201. Av 186 rapporterade händelser bedömde ni 148 som avvikelser. Samtliga avvikelser är utredda och bedömda, 99 % är åtgärdade och 95 % är uppföljda.

Klagomål och synpunkter

För att följa upp er följsamhet till riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter har vi begärt ut eventuella klagomål/synpunkter som rapporterats till IVO under de senaste 36 månaderna. Vi har även genomfört en sökning i vårdboendenämndens serie i W3D3 samt i Treservas avvikelsemodul för samma period. IVO har fått ett klagomål på Ängen som vidarebefordrats till verksamheten och hanterats i avvikelsemodulen. En händelse har rapporterats och utretts i W3D3. I avvikelsemodulen i Treserva finns två rapporterade klagomål/synpunkter och de är hanterade enligt de olika stegen i avvikelseprocessen.

Enligt Socialstyrelsens kundundersökning vet 29 % av de som svarat på Ängen var de ska vända sig om de vill framföra klagomål/synpunkter, rikssnittet är 43%. Då Socialstyrelsens kundundersökning visar på ett resultat under rikssnittet begärde vi in rutin för hur hyresgästen och anhöriga ges möjlighet att lämna synpunkter och klagomål direkt till verksamheten och kommunen både skriftligt och muntligt. Ni skickade in er lokala rutin för klagomål och synpunkter vilken innehåller efterfrågade delar.

Vidare beskrev ni under platsbesöket att information om hur boende och anhöriga kan lämna synpunkter och klagomål lämnas vid inflytt, det finns även anslag med information på anslagstavlor och i hissen. Utifrån resultatet av Socialstyrelsens kundundersökning har samtal förts i personalgruppen om vad ett klagomål respektive önskemål kan vara och att det är svårt att veta vad som ska rapporteras. När synpunkter eller missnöje framförs av anhöriga dokumenteras det i journalen.

Bedömning

Vår granskning visar att ni arbetar systematiskt med avvikelser utifrån riktlinjen. När det gäller klagomål och synpunkter har ni hanterat dem enligt ovannämnda riktlinje. Ni har en rutin för hur ni hanterar klagomål och synpunkter och på platsbesök kan ni beskriva hur ni arbetar för att göra detta känt för alla i verksamheten. Den sammantagna bedömningen är att verksamheten uppfyller kravet.

Mat, måltid och nutrition

Enligt överenskommelsen 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 begärde vi in och granskade er rutin som beskriver när och hur en patients näringsstillstånd ska utredas, hur undernäring ska förebyggas och vid behov behandlas. Vidare granskades om behov och önskemål kring mat och måltider finns beskrivet i de 13 genomförandeplaner som var aktuella (uppföljda inom de senaste sex månaderna).

Vi har även tagit del av resultatet från Socialstyrelsens kundundersökning ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2022” gällande frågor om mat och måltider

Er rutin beskriver förebyggande åtgärder, hur ni bedömer och utreder samt vid behov vidtar åtgärder. Rutinen innehåller kravställda delar och vem/vilka som ansvarar för de olika delarna. Rutinen beskriver även utförandet av de olika delarna i arbetet för att förebygga, utreda och behandla undernäring.

Granskningen av genomförandeplaner visar att i 92 % av planerna framgår de boendes behov och önskemål om mat och måltider.

I Socialstyrelsens kundundersökning svarar 65 % av de boende på Ängen positivt på frågan hur maten brukar smaka och 67 % upplever att måltiden är en trevlig stund. Rikssnittet är 71 % respektive 66 %.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller de krav som ställs i överenskommelsen på mat, måltid och nutrition.

Hygien och smittskydd

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och rutiner gällande hygien och smittskydd som finns publicerade på kommunens och Regionens hemsidor. Utföraren ska även följa Arbetsmiljöverkets (AFS 2018:4) och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) inom området. Vidare ska utföraren tillhandahålla skyddsutrustning och arbetskläder till personalen samt engångsmaterial i den utsträckning som behövs. Verksamheten ska även ha minst ett hygienombud.

För att bedöma om ni uppfyller kravet gällande hygien och smittskydd tog vi del av information som framgår i inskickad kompetensinventering samt genomförde en observation på Ängen.

I kompetensinventering framgår att Ängen har 3 hygienombud. Vid rundvandring i verksamhetens lokaler observerades förråd för förbrukningsmaterial, skyddsutrustning samt arbetskläder. Personalens upplevde att det finns tillräckligt med arbetskläder för dagligt ombyte.

Bedömning

Bedömningen är att ni uppfyller kravet då ni har hygienombud, genom frågor och observation framkom att skyddsutrustning och arbetskläder till personalen samt engångsmaterial fanns i tillräcklig utsträckning.

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. 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 begärde vi in en rutin som beskriver hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts från utförarens legitimerade personal till omvårdnadspersonal. Ni har skickat in "Lokal rutin för kvittering av uppdrag i Treserva Genomförandewebb". Rutinen beskriver hur sjuksköterska/arbetsterapeut skickar vårdplaner till omvårdnadspersonal i form av hälso- och sjukvårdsuppdrag. Att omvårdnadspersonal kontrollerar varje dag om det finns nya uppdrag, kvitterar dem så att de kan läsa och dokumentera i vårdplanerna. Det framgår att vårdplanerna ska innehålla instruktioner om vad, när, hur och vem som ska utföra fördelade/delegerade insatser samt vad som ska dokumenteras och vem som ska följa upp.

Ni skickade även in ”Rutin för överlåten hälso- och sjukvårdsåtgärder från annan vårdgivare” som är en central rutin framtagen av medicinskt ansvariga. I den framgår hur hälso- och sjukvårdsåtgärder som överlåts av regionens legitimerade personal till omvårdnadspersonal ska hanteras.

Under intervjun beskrev ni hur arbetsterapeut och sjuksköterska skapar vårdplaner, delger omvårdnadspersonal och att ni följer upp löpande på teamträffar. Vidare beskrevs hur ni arbetar i Treserva, MCSS och att även instruktioner kan sättas upp hos de boende beroende på vad som fördelas/delegeras.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller kravet då ni har rutiner för hur ni arbetar med fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder som överlåts från legitimerad personal till omvårdnadspersonal

Palliativ vård

Enligt Överenskommelsen ska utföraren följa Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument för palliativ vård. Detta innebär bland annat att verksamheten ska ha utsedda palliativa ombud samt palliativa ombudssamordnare. För att bedöma om ni uppfyller kravet gällande palliativ vård granskade vi kompetensinventeringen.

Av kompetensinventeringen kan vi utläsa att verksamheten har fyra palliativa ombud samt en palliativ ombudssamordnare.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller de krav som ställs i överenskommelsen på palliativ vård utifrån att ni har utsedda palliativa ombud och ombudssamordnare.

Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att Ängen 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 granskade vi er kompetensinventering. Följande utbildningar är obligatoriska och inom parentes framgår hur stor andel som genomgått dem:

- Demens ABC (53 %)
- IBIC (44 %)
- Manuell förflyttning och lyftkörkort (45 % omvårdnadspersonal)
- Mat, måltid och nutrition (34 %)
- Palliation ABC eller GRADE (59 %)
- SBAR (30 % omvårdnadspersonal)
- Vardagsrehabilitering (37 %)
- Verksamhetssystem Treserva (93 %)
- Basala hygienrutiner i vård och omsorg (1 %)

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller kravet då inte all personal genomfört de utbildningar som krävstalls.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan där ni beskriver hur ni ska arbeta för att säkerställa att all personal genomför samtliga 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.

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 begärde vi in er rutin för samverkan och på platsbesöket fick ni beskriva hur ni arbetar med samverkan.

Ni har skickat in två rutiner, ”Rutin för samverkan med regionen” och ”Rutin för rapportering”. I er rutin för samverkan med regionen framgår hur ni samverkan med läkare på Ängens vårdcentral. I rutin för rapportering beskrivs hur rapportering sker över dygnet mellan sjuksköterska, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal. Det framgår inte om ni har andra forum för intern samverkan. Hur samverkan sker med regionens sjukgymnast/ fysioterapeut eller tandhygienist framgår inte heller.

På platsbesöket beskriver ni hur samverkan och informationsöverföring sker internt och hur samverkan sker med regionen. Ni beskriver olika forum för samverkan, arbetssätt och hur ni använder verksamhetssystem (Treserva) för samverkan.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller kravet. Ni har rutiner för samverkan men behöver uppdatera era skriftliga rutiner utifrån vad ni beskrivit under intervjun. Det ska finnas en tydlig beskrivning/instruktion av utförandet och en tydlig ansvarsfördelning över vem som gör vad i rutinen.

Ni ska inkomma med uppdaterade rutiner för samverkan samt åtgärdsplan. I åtgärdsplan 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 rutiner för samverkan att granskas.

Ledningssystem för kvalitet

- Egenkontroller

För att säkerställa att verksamheten arbetar enligt de processer och rutiner som ingår i kvalitetsledningssystemet ska utföraren systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamheten, detta innefattar att utföra egenkontroller. Enligt överenskommelsen ska utföraren, utöver SOSFS 2011:9 krav på egenkontroller, genomföra egenkontroller av verksamhetens följsamhet till riktlinjen inom området basal hygien, följsamhet till punkt 5.6.4 Dokumentation och följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i riktlinjen inom området avvikelser, klagomål och synpunkter. Egenkontrollerna ska genomföras vid behov eller minst en gång per år.

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 har skickat in sammanställningar där det framgår att ni har genomfört egenkontroller avseende följsamhet till riktlinje basal hygien, dokumentation (hälso- och sjukvårdsdokumentation och genomförandeplaner) samt verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen. Av sammanställningarna framgår att ni identifierat brister och vidtagit åtgärder utifrån dessa. Dock framgår inte om ni har följt upp åtgärderna och dess effekt. I egenkontroll av dokumentation ingår även löpande dokumentation i verkställighetsjournal, vilket inte har genomförts.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten inte uppfyller de krav som ställs på egenkontroller i överenskommelsen då det av sammanställningen framgår att ni inte har dokumenterat uppföljning av insatta åtgärder och effekten av dessa. Ni har inte heller genomfört egenkontroll av den sociala dokumentationen som förs i verkställighetsjournal.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan där ni beskriver hur ni ska säkerställa att insatta åtgärder följs upp och dokumenteras. Hur ni ska säkerställa att egenkontroll av den sociala dokumentationen genomförs årligen enligt gällande överenskommelse ska även beskrivas.

I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristerna samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska även genomföra en egenkontroll av den löpande dokumentationen i verkställighetsjournal och skicka in. Av egenkontrollen ska det framgå vilka brister ni identifierat, vilka åtgärder ni vidtagit och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Det ska även framgå hur och när ni planerar att följa upp åtgärderna och vem som är ansvarig för uppföljningen.

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 uppdateras vid behov eller minst var sjätte månad. Individens synpunkter, önskemål och delaktighet av stödet ska framgå och det praktiska genomförandet av individens stöd avseende vård- och omsorgsinsatser ska vara beskrivet.

Den löpande dokumentationen i verkställighetsjournal ska vara objektiv och saklig. Den ska utformas med respekt för den enskildes integritet. Faktiska omständigheter över tid och händelser av betydelse för genomförandet av insatser ska framgå. Dokumentation om de boende ska förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen (1990:782).

För att bedöma om ni uppfyller kravet har vi har granskat 15 slumpmässigt utvalda genomförandeplaner. Av dessa är 13 aktuella, det vill säga uppdaterade under de senaste sex månaderna. I de aktuella genomförandeplanerna framgår den enskildes delaktighet och beskrivning finns hur insatsen ska genomföras under dygnet för att uppnå behov och mål. Namn på kontaktperson framgår också i planerna.

Vidare granskades den löpande dokumentationen i verkställighetsjournaler för 30 boende under perioden 220117–230117. Granskningen visar att det finns långa uppehåll mellan anteckningarna i 43 % av journalerna, i ett fall saknas anteckningar under fyra månader utan förklaring. I 57 % av journalerna framgår händelser av betydelse och omständigheter över tid samt vad som faktiskt genomförts och hur situationen ser ut för den boende.

Vid platsbesöket beskrev ni att ni har VISA-handledare som stödjer personalen i dokumentation, det är dock främst inriktat mot genomförandeplaner. Rutin som beskriver hur ni ska ge handledning och stöd för att säkerställa följsamhet till dokumentation saknas eller är inte känd i verksamheten. Under rundvandring observeras att den sociala dokumentationen som finns utanför verksamhetssystem förvaras på personalkontor med låst dörr i enlighet med gällande lagstiftning.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller kravet när det gäller den löpande dokumentationen i verkställighetsjournal.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan, 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 rutin som beskriver hur ni ska ge personalen handledning och stöd för att säkerställa följsamhet till avtalspunkten dokumentation i överenskommelsen.

Vid resultatuppföljningen kommer rutinen granskas och en ny granskning av verkställighetsjournaler att genomföras.

Dokumentation i IT-system

Enligt överenskommelsen ska utförare följa Örebro kommuns riktlinje för vårdprevention och 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. Ni ska även registrera de boende med en demenssjukdom i BPSD-registret och använda det arbetssätt som beskrivs där.

Senior alert

För att bedöma om ni uppfyller kravet begärdes ett registeruttag från Senior alert in. Enligt uttaget är 53 boende riskbedömda, dock har endast 49 % en riskbedömning inom samtliga riskområden. Det är riskbedömningar av blåsdysfunktion som inte genomförs i tillräcklig utsträckning.

BPSD

För att följa upp om ni har förutsättningar att arbeta i BPSD-registret har ni fått uppgift om det finns BPSD-administratörer på Ängen. Enligt er uppgift finns det 5 BPSD-administratörer.

Bedömning

Ni har förutsättningar att registrera och använda BPSD-registret.

Riskbedömningar registreras i Senior alert, dock är det för få som har en riskbedömning inom samtliga riskområden. Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller kravet i tillräcklig omfattning.

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska säkerställa att alla boende riskbedöms inom samtliga riskområden. Inför resultatuppföljningen kommer ett nytt registeruttag från Senior alert begäras in och granskas.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Enligt Länsövergripande Riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder i Örebro läns kommuner ska någon form av samtycke inhämtas från den enskilde för att det ska vara tillåtet att använda skydds- och begränsningsåtgärder. Syftet med åtgärden ska vara att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera den enskilde. Åtgärder som syftar till att utöva tvång eller mot den enskildes vilja begränsa hans rörelsefrihet är inte tillåtna. Syftet med åtgärden får inte heller vara att kompensera för brister i verksamheten. I dokumentation ska kartläggning, riskanalys och de etiska överväganden som varit aktuella framkomma. Skydds och begränsningsåtgärder ska följas upp två gånger per år.

För att bedöma om ni uppfyller kravet i avtalspunkten fick ni göra en egenkontroll av dokumentation av verksamhetens skydds- och begränsningsåtgärder i form av rullstolsbord, positioneringsbälte och/eller uppfällda sänggrindar. Ni fick sedan sammanställa egenkontrollen och skicka till oss.

Enligt sammanställningen har ni ordinerat 14 skydds- och begränsningsåtgärd. Av dem har 92 % ett dokumenterat samtycke, 71 % ett dokumenterat syfte, 14 % en dokumenterad riskbedömning och 50 % en dokumenterad uppföljning senaste året.

På platsbesöket framkom att ni, utifrån egenkontrollen, påbörjat åtgärdsarbetet genom att ni uppdaterat riskbedömningar, deltagit vid seminarium samt haft samtal i personalgruppen angående skydds- och begränsningsåtgärder.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller kravet då ni inte dokumenterar syfte, riskbedömning och uppföljning av skydds- och begränsningsåtgärder i tillräcklig omfattning.

Ni ska uppdatera journaler samt beskriva i åtgärdsplan hur ni ska säkerställa att samtliga delar genomförs och dokumenteras. Inför resultatuppföljningen kommer en ny sammanställning av skydds- och begränsningsåtgärder begäras in och granskas.

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.

Er rutin innehåller en beskrivning av hur ni arbetar i verksamheten med delaktighet och stöd till anhöriga. Dock saknas en ansvarsfördelning, tex så ska ni hålla kontinuerlig kontakt med anhöriga och kontakten ska begränsas till så få som möjligt men de framgår inte vilka som i första hand ska ha kontakt.

På platsbesöket diskuterades hur verksamheten arbetar för att göra anhöriga delaktiga i vården och omsorgen. Kontaktpersonen har det primära ansvaret muntlig information och en broschyr lämnas till anhöriga i samband med inflytt. Verksamheten kommer fram till att rutinen behöver förtydligas.

Bedömning

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller kravet i överenskommelsen på anhörigstöd.

Ni ska inkomma med en uppdaterad rutin där ansvarsfördelning framgår. I åtgärdsplan ska ni beskriva vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Vid resultatuppföljningen kommer er rutin granskas.

Kompetens – omvårdnadspersonal

Enligt överenskommelsen ska minst 85 % av all omvårdnadspersonal ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. För att bedöma om ni uppfyller kravet begärdes en kompetensinventering in.

I kompetensinventeringen framgår att 70 % av omvårdnadspersonalen på Ängen har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

På platsbesöket framkom att Ängen har som mål att alla tillsvidareanställda ska få validera och för tillfället är det två personal som validerar. Tidigare har de nekats validering på grund av plats- och språkbrist. Ängen har även 5–6 personal som läser vårdbiträdesutbildning.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller kravet på kompetens då för få har efterfrågad utbildning.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan där ni beskriver hur ni ska arbeta med kompetensutveckling, rekrytering och hur ni ska arbeta för att behålla 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.

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

Hanna Näsholm
Avtalscontroller
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun