

# Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Örebro kommun, Rostahemmet

## 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 - Rostahemmet

Rostahemmet är ett vård- och omsorgsboende som är beläget på väster i Örebro. På Rostahemmet finns 92 lägenheter fördelade på tio avdelningar. Sex av lägenheterna är anpassade för parboende. Avdelningarna har inriktningarna gruppboende och vårdboende för personer med demenssjukdom samt vårdboende med somatisk inriktning.

## Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i verksamheten och beslutar därmed att Rostahemmet ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska senast den 18 januari 2022 skicka in åtgärdsplanen till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se).

Bedömningen är att Rostahemmet brister inom följande avtalspunkter:

### 2.7 Kvalitetsledningssystem

#### 2.7.1 Samverkan

#### 2.7.2 Riskanalyser

#### 2.7.3 Egenkontroller

#### 2.7.4 Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

### 2.8.5 Dokumentation i IT-system

### 2.9.9 Skydds- och begränsningsåtgärder

### 2.17 Mat, måltid och nutrition

#### 2.21.1 Hälso- och sjukvård

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

- Rutin för samverkan. I rutinen ska det framgå hur daglig samverkan och informationsöverföring sker mellan olika professioner och funktioner, vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används. Hur samverkan och informationsöverföring sker mellan legitimerade personal och omvårdnadspersonal ska finnas särskilt beskrivet.
- Riskanalyser med dokumenterad uppföljning av åtgärder och effekter.

- En sammanställning av egenkontroller av verksamhetens följsamhet till riktlinjen inom området basal hygien, dokumentation samt följsamhet till avvikelseprocessen. I sammanställningen ska det framgå att ni har följt upp de insatta åtgärderna och vilka effekter de insatta åtgärderna haft.
- Rutin som beskriver när och hur en patients näringstillstånd ska utredas, hur undernäring ska förebyggas och vid behov behandlas. Rutinen ska även beskriva hur risker för undernäring ska upptäckas samt hur och när kontakt ska tas med specialistkompetens.
- Rutin som beskriver hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts till omvårdnadspersonal från Rostahemmets och regionens legitimerade personal. I rutinen ska det även framgå hur omvårdnadspersonal planerar för dessa åtgärder.

Handlingarna ska vara inskickade till [eggetval@orebro.se](mailto:eggetval@orebro.se) senast den 16 mars 2022.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 16 mars 2022. Vilket innebär att vi kommer granska inkomna rutiner, sammanställningar samt att vi kommer att genomföra en granskning av er följsamhet till avvikelseprocessen i avvikelsemodulen i Treserva. Vi kommer även att begära in ett nytt registeruttag från Senior Alert samt en ny inventering av skydds- och begränsningsåtgärder.

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.

### 2.1 Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Enligt överenskommelse ska personal genomgått de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.

Inför uppföljning ombads ni inkomma med en kompetensinventering. I den framkommer att det arbetar 102 personer på Rostahemmet, varav 86 omvårdnadspersonal, 10 sjuksköterskor, 2 arbetsterapeuter och 4 personer som arbetar med ledning/administration. Av kompetensinventeringen går att utläsa att en stor andel (82–100%) av personalen har genomgått de utbildningar som enligt avtal är obligatoriska.

Följande utbildningar är obligatoriska och inom parentes framgår hur stor andel som genomgått dem:

Demens ABC (97%), IBIC (86 %), Manuell förflyttning och lyftkörkort, (99% omvårdnadspersonal), Mat, måltid och nutrition (82%) Palliation ABC eller GRADE (88%), SBAR (100% omvårdnadspersonal), Vardagsrehabilitering (82 %), Treserva (98%), Basala hygien-rutiner i vård och omsorg (92%).

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten arbetar för att personalen genomför obligatoriska utbildningar i sådan omfattning att krav i avtalspunkten uppfylls.

### 2.8.4 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 och LSS 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 kundens integritet och den personal som utför stödet hos individen är den som ska dokumentera. Dokumentation om boende ska förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen (1990:782).

För att följa upp kravet på dokumentation genomfördes en dokumentationsgranskning av 15 slumpmässigt utvalda boendes journaler. Granskningen visar att 12 boende hade en aktuell genomförandeplan. De 12 genomförandeplanerna granskades vidare. I samtliga planer framgår namn på kontaktperson, i 11 planer framgår på vilket sätt den boende varit delaktig vid upprättandet av planen. Hur insatsen ska genomföras under hela dygnet för att uppnå mål enligt uppdraget framgår i 11 planer.

Samtliga 15 granskade hade en verkställighetsjournal och i dem framgår händelser av betydelse och faktiska omständigheter. I 14 av dem går det att följa vad som har genomförts och hur situationen ser ut för den boende utifrån dennes behov och beslutade insatser. Dokumentationen är utformad med respekt för de boendes integritet i samtliga granskade verkställighetsjournaler och det framgår att den omvårdnadspersonal som utfört stödet har dokumenterat.

Vid platsbesöket framkommer att verksamheten nästan inte har någon dokumentation på papper längre. Den som finns förvaras i en pärm som är inlåst i medicinskåpet i respektive boendes lägenhet.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller kravet på dokumentation i överenskommelsen.

### **2.18 Anhörigstöd**

Enligt överenskommelse ska utföraren ha en rutin som beskriver hur de arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen.

För att bedöma om ni uppfyller kravet i avtalspunkten Anhörigstöd begärde vi in er rutin för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen. Rutinen beskriver syftet med anhörigstöd, vad anhörigstöd innebär, att ni har anhörigombud och hur ni arbetar praktiskt på Rostahemmet med stöd till anhöriga. Det är tydligt vad rutinen avser, den innehåller efterfrågade delar enligt krav, beskrivning av utförandet och en ansvarsfördelning finns.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller krav i avtalspunkt Anhörigstöd.

### **2.20 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.

Under platsbesöket gjordes en rundvandring med observation samt att frågor ställdes om arbetskläder och skyddsutrustning. Arbetskläder finns i förråd i källaren där även omklädningsrummen ligger. Det finns kläder så att personalen kan byta varje dag och det uppges aldrig ha varit någon brist. Kläderna tvättas externt.

Engångsförkläden, handskar och handsprit finns på rummen men även utplacerat på avdelningarna. Verksamheten upplever att hantering av hygien- och skyddsutrustning förbättrats under pandemin, både gällande tillgänglighet och följsamhet till rutiner. Munskydd och visir används rutinmässigt på ett annat sätt än tidigare.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller krav i avtalspunkt Hygien och smittskydd.

#### **2.21.6 Palliativ vård**

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument för palliativ vård. Enligt Riktlinje palliativ vård ska alla verksamheter som bedriver palliativ vård ha utsedda palliativa ombud som ska förmedla kunskap samt ge stöd till övriga medarbetare. Även palliativa ombudssamordnare ska finnas i verksamheten, de ska, tillsammans med palliativa vårdsamordnare, samverka med palliativa ombud på arbetsplatsen och ombudssamordnare från andra områden i syfte att utveckla den palliativa vården och förmedla kunskap samt ge stöd till övriga medarbetare inom palliativ vård.

För att bedöma om ni uppfyller krav i avtalspunkten Palliativ vård begärdes en kompetensinventering in. I den framgår att ni har 11 palliativa ombud och 4 palliativa ombudsamordnare.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller krav i avtalspunkten Palliativ vård.

#### **2.22.2 Omvårdnadspersonal**

Enligt överenskommelsen ska minst 85 % av all omvårdnadspersonal ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

För att bedöma om ni uppfyller krav i avtalspunkten Omvårdnadspersonal så begärdes en kompetensinventering in. I den framgår att 82 av 86 (95%) omvårdnadspersonal har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller krav i avtalspunkten Omvårdnadspersonal.

## Brister i kvalitetskrav

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

### 2.7 Kvalitetsledningssystem

Enligt överenskommelsen ska utföraren ha ett ledningssystem som uppfyller de krav som finns i lagar och föreskrifter, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) samt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Kvalitetsledningssystemet är uppbyggt av flera delar och Enheten för uppföljning har identifierat brister inom följande.

#### 2.7.1 Samverkan

Enligt överenskommelsen ska utföraren ha rutiner för hur daglig samverkan och informationsöverföring sker i verksamheten mellan olika professioner och funktioner. Rutinen ska utgå ifrån de behov av samverkan verksamheten identifierat i sina processer. Rutinen ska innehålla en beskrivning av vilka forum, verksamhetssystem och arbetsätt för samverkan som används för att möta behoven. Hur samverkan och informationsöverföring sker mellan legitimerade personal och omvårdnadspersonal ska finnas särskilt beskrivet.

För att bedöma denna avtalspunkt har vi begärt in era rutiner för samverkan. Ni har skickat in en redogörelse med exempel på hur ni arbetar med informationsutbyte. På platsbesöket har ni uppgett att ni har fastställda rutiner för samverkan. Det saknas dock en skriftlig rutin i enlighet med överenskommelsen som med utgångspunkt i identifierade behov innehåller arbetsätt och ansvarsfördelning vid samverkan.

Vid platsbesöket framkommer att ni ser rutiner som ett förbättringsområde, ni upplever svårigheter att implementera dem och hålla dem levande beroende på att det är en stor verksamhet och tar lång tid att informera alla. APT är ett forum för genomgång av nya och reviderade rutiner. Under pandemin har utskick av rutiner använts i högre grad och chefer har varit ute på avdelningarna, påmint om rutiner och kontinuerligt informerat personalen.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet inom avtalspunkten samverkan då ni saknar en skriftlig rutin enligt överenskommelsen.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan samt rutin för samverkan. I rutinen ska det framgå hur daglig samverkan och informationsöverföring sker mellan olika professioner och funktioner, vilka forum, verksamhetssystem och arbetsätt för samverkan som används. Hur samverkan och informationsöverföring sker mellan legitimerade personal och omvårdnadspersonal ska finnas särskilt beskrivet. I rutinen ska tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgå. I åtgärdsplanen ska ni beskriva hur ni ska arbeta för att implementera rutin för samverkan.

### 2.7.1 Riskanalyser

Riskanalyser är ett förebyggande verktyg som ska användas på verksamhetsnivå för att identifiera risker som kan komma att påverka verksamhetens kvalitet. Enligt överenskommelsen ska riskanalyser genomföras 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. För varje risk som identifieras ska utföraren uppskatta sannolikheten att risken inträffar och vilka konsekvenser som risken skulle kunna innebära. Handlingsplaner ska upprättas och åtgärder vidtas för de risker som identifierats. Riskanalyser och det förbättringsarbete som genomförs ska dokumenteras.

För att bedöma avtalspunkten begärde vi in en sammanställning av de riskanalyser ni genomfört under de senaste 12 månaderna. I er sammanställning framgick att ni har genomfört och dokumenterat riskanalyser gällande covid-19 samt tillfällig låg bemanning under sommarmånaderna. Ni har identifierat risker och vidtagit åtgärder utifrån riskerna. Ni har planerat att följa upp åtgärderna fortlöpande så inget datum för uppföljning är satt. Av sammanställningen framgår inte att ni har följt upp de insatta åtgärderna och dess effekt.

På platsbesöket framkom att ni genomför riskanalyser efter årshjul och även kan få i uppdrag att genomföra riskanalyser av verksamhetschef. Ni arbetar efter en central rutin för riskanalyser och har inte upplevt behov av att anpassa den efter den egna verksamheten. Ni känner inte till om det framgår i den centrala rutinen att uppföljning av åtgärders effekt ska genomföras och dokumenteras.

Bedömningen är att ni inte uppfyller kravet till fullo då ni inte kunnat redovisa hur ni genomför samtliga delar i arbetet med riskanalyser. I arbetet med riskanalyser är uppföljning en del för att kunna utvärdera och förbättra den egna verksamhetens kvalitet. De riskanalyser som ni genomfört (covid-19 samt tillfällig låg bemanning under sommarmånaderna) behöver ni följa upp. Ni ska skicka in ovan nämnda riskanalyser med dokumenterad uppföljning av åtgärder och effekter. Ni ska inkomma med åtgärdsplan där det framgår hur ni säkerställer att ni i kommande riskanalyser planerar in datum, följer upp åtgärder och dess effekt. Om rutin för uppföljning inte framgår av den centrala rutinen ska ni upprätta en kompletterande lokal rutin för riskanalyser.

### 2.7.1 Egenkontroller

Egenkontroller ska genomföras som en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i kvalitetsledningssystemet. Enligt överenskommelsen ska egenkontroll av verksamhetens följsamhet till riktlinjen inom området basal hygien, dokumentation samt följsamhet till avvikelseprocessen genomföras vid behov eller minst en gång per år.

Ni ombads skicka in en beskrivning av hur ni arbetar med egenkontroller och en sammanställning av de egenkontroller som genomförts under det senaste året. Ni har inkommit med ett uttag ur kvalitetsledningssystemet (QPR) där det framgick att ni under de senaste 12 månaderna har genomfört egenkontroller av hygien, följsamhet till avvikelseprocessen samt dokumentation.



Ni har identifierat brister, vidtagit åtgärder samt skrivit handlingsplaner kopplat till de brister som identifierats. Det framgick inte att ni har följt upp åtgärderna och dess effekt. Det gick att utläsa att ni har satt datum för uppföljning och flera av åtgärderna ska följas upp vid årsskiftet.

På platsbesöket berättade ni att ni tar fram ett underlag, granskar och gör en sammanställning som sedan förs in i QPR. Eftersom årets egenkontroller ska följas upp vid årsskiftet efterfrågade vi uppföljning från förra årets egenkontroller. Ni kunde inte redovisa för att uppföljning av åtgärder genomförts för förra året och bedömde själva att det var ett förbättringsområde.

Bedömningen är att ni inte uppfyller kravet till fullo då de egenkontroller som ska genomföras enligt överenskommelse (hygien, följsamhet till avvikelseprocessen samt dokumentation) inte är uppföljda. För att utvärdera om de åtgärder ni har vidtagit för de brister ni identifierat behöver ni följa upp era egenkontroller. Ni ska inkomma med en sammanställning där det framkommer att ni har följt upp de insatta åtgärderna och vilka effekter de insatta åtgärderna haft. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska följa upp och dokumentera åtgärder och dess effekt.

### **2.7.1 Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter**

Genom att systematiskt rapportera, utreda, analysera, åtgärda och följa upp avvikelser kan verksamheten dra lärdom av det som hänt och genomföra förändringar för att förhindra att en liknande händelse inträffar på nytt. För att uppfylla kravet i överenskommelsen ska ni följa Örebro kommuns riktlinje för Avvikelser, Klagomål och Synpunkter.

För att bedöma er följsamhet till avvikelseprocessen har en granskning i Treservas avvikelsem modul genomförts. Perioden som granskats är 201009 – 211009. Totalt fanns 357 rapporterade avvikelser varav 329 är avslutade. Av de avslutade avvikelserna har endast 91 följt hela processen (rapportera, utreda, bedöma, åtgärda och följa upp).

För att bedöma hur ni arbetar med klagomål och synpunkter har vi begärt ut de klagomål som rapporterats till IVO under de senaste 36 månaderna. Vi har även genomfört en sökning av klagomål och synpunkter i W3D3 (senaste 36 månaderna) samt i avvikelsemodulen i Treserva (perioden 201009 – 211009).

Två klagomål har rapporterats till IVO, ett av dem var ett klagomål på Rostahemmet som IVO tagit del av men inte överlämnat till verksamheten. Det andra är ett generellt klagomål på flera vård- och omsorgsboenden i kommunal regi som IVO överlämnat till ledning och styrning i kommunen. Det finns inga klagomål kopplade till vård- och omsorgsboendet Rostahemmet registrerade i W3D3. I avvikelsemodulen har ni registrerat sju klagomål/synpunkter, varav två av dem är klagomål de andra är avvikelser som är felregistrerade.

Socialstyrelsens kundundersökning (2020) har även varit en del i underlaget för att bedöma avtalspunkten Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter. Resultatet av kundundersökningen visar att 63% av de som bor på Rostahemmet svarat att de vet var de ska vända sig om de vill framföra synpunkter eller klagomål. Det är högre än riksnittet som ligger på 47%.

Ni har beskrivit att när ni tar emot klagomål så hanteras det olika beroende på situation, först tar ni reda på vad klagomålet gäller och bemöter uppgiftslämnaren. Om det är relevant för arbetet tar ni upp det med aktuellt team eller berörd grupp. Ibland kan utredningen leda till åtgärder som till exempel en ny planering med kontaktperson. När det är allmänna klagomål, som att det är för dåligt med personal, stäms det av med ansvarig chef. Ni uppger att ni använder er av avvikelsemodulen, skriver in klagomål och följer upp, gör åtgärdsplaner och återkopplar till uppgiftslämnaren.

Då det endast är två klagomål registrerade i avvikelsemodulen, det inte finns några klagomål på verksamheten i W3D3 och det klagomål som kommit till IVO inte har lämnats vidare till verksamheten har vi vid granskning inte kunnat bedöma hur ni hanterar inkomna klagomål på en systematisk nivå.

Enheten för uppföljnings sammantagna bedömning är att ni inte uppfyller kravet i avtalspunkten Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter. Ni rapporterar avvikelser men brister i följsamhet till riktlinje för Avvikelser, Klagomål och Synpunkter då ni inte hanterar samtliga avvikelser enligt de olika stegen i avvikelseprocessen.

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att samtliga steg i avvikelseprocessen genomförs. Vid resultatuppföljningen kommer en ny granskning av avvikelser i avvikelsemodulen i Treserva att genomföras.

### **2.8.5 Dokumentation i IT-system**

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.

För att bedöma om ni uppfyller kravet i avtalspunkten Dokumentation i IT-system begärdes ett registeruttag från Senior Alert in. Enligt det så är 60 unika personer riskbedömda på Rostahemmet. Riskbedömningar är genomförda utifrån fall, trycksår, nutrition och munhälsa. Ni uppgav att det saknas riskbedömningar gällande blåsdysfunktion med anledning av att de flesta sjuksköterskor saknar utbildning kring det.

På platsbesöket framkom att ni inte har genomfört riskbedömningar på alla boende på Rostahemmet. Ni uppgav att det berodde på frånvaro av sjuksköterskor och att registreringar därmed har prioriterats bort. Angående att sjuksköterskor saknar utbildning i riskbedömning av blåsdysfunktion så ser ni det som ett förbättringsområde, vissa har gått utbildning och ni har tänkt att alla ska gå.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller krav i avtalspunkten då ni inte genomför riskbedömningar för samtliga boende eller inom samtliga riskområden. För att uppfylla kravet behöver ni genomföra riskbedömningar för samtliga som bor på Rostahemmet samt registrera i Senior Alert. Ni behöver även säkerställa att ni har kompetens så att riskbedömning av blåsdysfunktion kan genomföras. Ni ska beskriva i åtgärdsplan hur ni ska säkerställa att riskbedömning av fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion genomförs minst en gång per år samt registreras i Senior Alert registret. Inför resultatuppföljningen kommer vi att begära in ett nytt registeruttag från Senior Alert

### **2.9.9 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 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 29 skydds- och begränsningsåtgärder. För samtliga finns ett dokumenterat samtycke till skydds- och begränsningsåtgärden. För 17 framgick syfte med skydds- och begränsningsåtgärden i vårdplan eller checklista. I ingen av vårdplanerna är en riskbedömning genomförd av vilka risker som finns med den aktuella skydds- och begränsningsåtgärden. För 8 har en uppföljning genomförts det senaste året.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte arbetar enligt Riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder. Ni ska uppdatera journaler samt beskriva i åtgärdsplan hur ni ska säkerställa att syftet med skydds- och begränsningsåtgärden framgår, att riskbedömning av åtgärden blir genomförd och dokumenterad i journal samt att skydds- och begränsningsåtgärder blir uppföljda och dokumenterade. Inför resultatuppföljningen kommer vi att begära in en ny inventering av skydds- och begränsningsåtgärder.

## **2.17 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, nutritionsutredning och behandling.

För att bedöma om ni uppfyller kravet i avtalspunkten mat, måltid och nutrition begärde vi in er rutin för utredning, förebyggande, behandling av patients näringstillstånd. Vi har även genomfört en granskning av 12 genomförandeplaner för att bedöma om er planering för mat och måltider är individuellt anpassade.

Ni har skickat in en beskrivning av hur ni arbetar förebyggande och utreder men saknar en rutin. Ni beskriver att ni gör riskbedömningar (SA), tar vikt var 3:e månad på alla boende och om något avvikande identifieras följs en nutritionsjournal i några dagar. Ni väger de boende oftare om det är något problem. Ni gör översyn och munhälsobedömning för att hitta eventuella orsaker. Åtgärder som sätts in kan vara berika kosten, erbjuda mellanmål, minska nattfasta även näringsdryck kan sättas in utifrån hur många kalorier den boende får i sig. Patientens sjukdomsbild och en översyn över läkemedel med PAL ingår i bedömningen. Ni skriver även att sjuksköterskan får en tydlig information om kosten från omvårdnadspersonal om den boende inte äter som hen brukar.

Av de 12 granskade genomförandeplanerna var det 10 stycken som hade en beskrivning av vad, var, hur och när den boende önskade äta.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller kravet i avtalspunkten mat, måltid och nutrition i tillräcklig omfattning då ni saknar rutin. Ni behöver upprätta en rutin som beskriver när och hur en patients näringstillstånd ska utredas, hur undernäring ska förebyggas och vid behov behandlas. Rutinen ska även beskriva hur risker för undernäring ska upptäckas samt hur och när kontakt ska tas med specialistkompetens. I rutinen ska tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgå.

### **2.21.1 Hälsa- och sjukvård**

Utföraren ska följa gällande lagar och föreskrifter för hälso- och sjukvård samt Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument för hälso- och sjukvård. Enligt överenskommelsen ska utföraren 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 i avtalspunkten Hälsa- och sjukvård begärde vi in er rutin för överlätna hälso- och sjukvårdsåtgärder. Ni har skickat in ”Rutin för hälso- och sjukvård” som beskriver förfarandet vid delegering och hur arbetsterapeut samt sjuksköterska samverkar med regionen. Den beskriver inte hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts från legitimerade personal till omvårdnadspersonal. Den beskriver inte heller hur hälso- och sjukvård överläts av regionens legitimerade personal till omvårdnadspersonal.

Ni har även skickat in en ”Lokal rutin för vårdplaner” den beskriver att sjuksköterska skickar ett meddelande i Treserva till berörd personal om att vårdplan har fördelats, att personalen kvitterar och dokumenterar i journal att det finns en vårdplan. Den beskriver även att uppföljningar ska göras på de fördelade åtgärderna och att uppföljning av vårdplaner även sker på teamträffar. Rutinen beskriver dock inte hur ni planerar för dessa åtgärder.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller kravet i avtalspunkt Hälsa- och sjukvård då ni saknar rutin som beskriver hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts till omvårdnadspersonal från Rostahemmets och regionens legitimerade personal. I rutinen behöver det även framgå hur omvårdnadspersonal planerar för dessa åtgärder. Ni ska inkomma med en ny rutin för överlätna hälso- och sjukvårdsåtgärder samt i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att implementera den.

## 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 på Rostahemmet den 8 december 2021.

### Underlag för bedömning:

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

Hanna Näsholm  
Avtalscontroller  
Enheten för Uppföljning  
Myndighetsverksamheten  
Örebro kommun