

# Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Hagagården

## Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i den överenskommelse (SOV 642/2018) verksamheten tecknat med Programnämnd social välfärd Örebro kommun.

Uppföljning av kvalitetskraven syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

## Hagagården

Hagagården ligger i Glanshammar, cirka 1,5 mil norr om Örebro. Boendet har tre avdelningar med totalt trettiotvå lägenheter varav nitton för personer med demensdiagnos. Haggagården har gemensamhetsutrymmen för aktiviteter, köket serverar och säljer mat även till besökande och personal. Boendet ligger med kort gångavstånd till den lokala matbutiken.

## Beslut

**Utföraren** brister i kvalitetskrav.

Enheten för uppföljning beslutar att Hagagården ska upprätta en åtgärdsplan. Hagagården ska senast den 4 februari 2020 skicka in handlingar till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se) som styrker att följande brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning.

### Punkter i överenskommelsen

- **Kvalitetsledningssystem**
  - Samverkan
  - Utredning avvikelser (klagomål och synpunkter)
- **Dokumentation och förvaring**

Enheten för uppföljning kommer följa upp att bristerna är åtgärdade. Om brister då kvarstår kan ytterligare sanktioner i form av vite vidtas.

Följande brister ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens egna kvalitetsarbete. Hagagården ska beskriva i kommande årsberättelse hur verksamheten åtgärdat dessa brister.

### Punkter i överenskommelsen

- **Kvalitetsledningssystem**
  - Riskanalyser
- **Individuell planering**

# Bedömning

## Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

- **Kvalitetsledningssystem**
  - Egenkontroller
- **Hälso-och sjukvård**
- **Skyldighet att rapportera vårdskada eller risk för vårdskada**
- **Rapporteringsskyldighet avseende missförhållanden och påtaglig risk för missförhållanden/Lex Sarah**
- **Hygien**
- **Läkemedelshantering**
- **Vård i livets slutskede**
- **Skydds- och begränsningsåtgärder**
- **Bemötande**
- **Kontinuitet**
- **Delaktighet**
- **Vård i livets slutskede**
- **Säkerhet, hantering av privata medel**
- **Anhörigstöd**
- **Tillgänglighet och information**
- **Personal och kompetens**
- **Jämställdhet och icke diskriminering**
- **Personlig omvårdnad**
- **Larm**
- **Kontaktmannaskap**
- **Aktiv och meningsfull tillvaro**
- **Mat, måltid och nutrition**
- **Skydds- och begränsningsåtgärder**

## Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren brister i nedanstående kvalitetskrav.

- **Kvalitetsledningssystem**
  - Samverkan
  - Riskanalyser
  - Utredning av avvikelser (klagomål och synpunkter)
- **Dokumentation och förvaring**
- **Individuell planering**

## Kvalitetsledningssystem Samverkan

Ni brister i denna punkt i överenskommelsen då

- det saknas skriftlig rutin som beskriver hur samverkan sker internt och externt. Ni har beskrivit muntligt och i det material ni skickat in inför platsbesök att ni arbetar med samverkan både internt och externt (För denna brist upprättas en åtgärdsplan).

## Utredning avvikelser (klagomål och synpunkter)

Ni brister i denna punkt i överenskommelsen då

- ni inte kan beskriva hur arbete sker med att systematiskt hantera synpunkter och klagomål i det vardagliga arbetet. Vi hittar endast ett fåtal registreringar vid granskning. Ni beskriver att ni åtgärdar mycket i direkt anslutning till att personal får ett samtal från tex en anhörig. Då registrering saknas kan inkomna synpunkter eller klagomål inte användas i systematiskt förbättringsarbete (För denna brist upprättas en åtgärdsplan).

## Risکانalyser

Ni brister i denna punkt i överenskommelsen då

- den riskanalys som genomförts saknar dokumentation om den innebar någon förändring i verksamheten. Det saknas även riskanalys inför större förändringar i verksamheten som exempelvis sommarperioden (Denna brist rymms inom verksamhetens egna kvalitetsarbete).

Enligt punkt 2.2 i överenskommelsen ska ni säkerställa att det finns säkerhet och tillförlitlighet i processer och rutiner i er verksamhet. Kvalitetsledningssystemet ska innehålla punkterna samverkan, utredning av avvikelser (klagomål och synpunkter) och riskanalyser.

## Dokumentation och förvaring SOL

Ni brister i denna punkt i överenskommelsen då

- det i flera av de granskade journalerna finns ett uppehåll längre än en månad mellan anteckningarna som upprepade sig. I dessa fall finns risk att den individuella vård- och omsorgsprocessen inte kan följas i dokumentationen.
- det i flera av de granskade journalerna saknas dokumentation om när insatsen vård- och omsorgsboende har verkställts i samband med att personen flyttar in.

Enligt punkt 3.3.4 i överenskommelsen ska ni ansvara för att personalen har sådana kunskaper att dokumentationen sker i enlighet med socialtjänstlagen och patientdatalagen. Här erinras särskilt om utförarens skyldighet att dokumentera faktiska omständigheter och händelser av betydelse (För ovanstående brister upprättas en åtgärdsplan).

## Dokumentation och förvaring HSL

Ni brister i denna punkt i överenskommelsen då

- det saknas tydlig rutin för att kvittera och planera för överlätna hälso- och sjukvårdsinsatser.
- det i sjuksköterskans dokumentation under sökordet status finns återkommande problem beskrivna av hälso- och sjukvårdsinsatser som borde stå i vårdplan. Tex trycksår som är under behandling.
- det inte finns någon vårdplan som gäller inkontinenshjälpmedel samtidigt som det i status är dokumenterat att den boende använder hjälpmedel. Riskbedömning enligt Senior Alert görs inte av blåsdysfunktion.
- riskbedömning ROAG inte genomförs vid Senior Alert bedömning.
- legitimerad personal inte följer upp hälso- och sjukvårdsinsatserna i vårdplanerna. Vårdplaner som fördelas till omvårdnadspersonal har inte tydliga instruktioner från legitimerade om vad som ska utföras, när, hur det ska göras och av vem. I de vårdplaner där legitimerad personal efterfrågat skriftlig uppföljning är det flera där omvårdnadspersonal inte dokumenterat.

Enligt punkt 3.3.4 i överenskommelsen ska ni ansvara för att personalen har sådana kunskaper att dokumentationen sker i enlighet med socialtjänstlagen och patientdatalagen. Här erinras särskilt om utförarens skyldighet att dokumentera faktiska omständigheter och händelser av betydelse (För ovanstående brister upprättas en åtgärdsplan).

## Individuell planering

Ni brister i denna punkt i överenskommelsen då

- ett flertal av de slumpvis granskade genomförandeplanerna inte kan bedömas vara aktuella eftersom datum är felaktiga.
- det i flera av de slumpvis granskade genomförandeplanerna saknas vilken yrkesfunktion personal har som deltagit i planeringen.

- det saknas datum för när uppföljning av genomförandeplan är planerad att ske.

Enligt punkt 3.7.1 i överenskommelsen ska en individuell vård- och omsorgsplan formuleras tillsammans med den enskilde eller dennes företrädare. Tillsammans med den enskilde utvärderas planerna regelbundet (Ovanstående brist rymms inom verksamhetens egna kvalitetsarbete).

## Metod

Planerare och medicinskt ansvariga på 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
- Allmän observation
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Journal
- Dokumentation
- Kundundersökning
- Myndighetsinformation
- Rutiner
- Policy
- Årsberättelse, verksamhetsplan
- Tidigare uppföljningar

Malin Paulsson  
Planerare  
Enheten för Uppföljning  
Myndighetsavdelningen  
Örebro kommun