

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Ölmbrogården, Örebro kommun



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 - Ölmbrogården

Ölmbrogården är ett vård-och omsorgsboende beläget i Ölmbrotorp, cirka 1,5 mil norr om Örebro. Ölmbrogården byggdes 1967 och huset är byggt i etage så alla våningsplan har uteplats. På Ölmbrogården finns 16 permanenta platser med demensinriktning samt korttidsplatser. Uppföljningen av kvalitetskrav omfattar de permanenta platserna.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Ölmbrogården ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ölmbrogården ska senast den 22 mars 2023 skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

- **Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**
- **Kompetens omvårdnadspersonal**
- **Ledningssystem för kvalitet**
 - Egenkontroller
 - Rapportering av avvikelser, klagomål och synpunkter
- **Dokumentation nationella register**
- **Skydds- och begränsningsåtgärder**
- **Hälso- och sjukvård**

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

- Rutin för hantering av klagomål och synpunkter
- Uppdaterad rutin för överlåtna hälso- och sjukvårdsåtgärder

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast den 8 juni 2023.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 8 juni 2023. Detta innebär att vi kommer granska inkomna rutiner. Inför resultatuppföljning kommer Enheten för uppföljning begära in en ny sammanställning av genomförda egenkontroller gällande social dokumentation och skydds-och begränsningsåtgärder, samt ett nytt registeruttag från Senior Alert.

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 Ölmbrogården uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Ledningssystem för kvalitet

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 uppföljnings bedömning är att ni uppfyller krav i följande delar:

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 verksamhetens behov av samverkan. Den ska innehålla en beskrivning av vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används för att möta behoven. Hur samverkan och informationsöverföring sker mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal ska finnas särskilt beskriven. Med legitimerad personal menas utförarens arbetsterapeut och sjuksköterska samt regionens sjukgymnast/fysioterapeut, läkare och tandhygienist.

För att bedöma gällande avtalspunkt har vi begärt in era rutiner för samverkan. I er rapportrutin framgår hur muntlig rapportering mellan arbetspass sker. Rutinerna för intern och extern samverkan beskriver hur ni samverkar och överför information mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal samt hur informationsöverföring sker med legitimerad personal inom Region Örebro Län. Det framgår inte i rutinerna hur ni samverkar med tandhygienist. Vid platsbesök beskriver ni att tandhygienist alltid hör av sig till er inför besök då de boende har tandvårdsstöd, gult kort. Utifrån detta bedömer ni att rutin för samverkan med tandhygienist inte är aktuell. Vidare beskriver ni att kontakt med tandläkare tas när behov uppstår.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller kravet för samverkan.

Risikanalyser

Risikanalyser är ett förebyggande verktyg som ska användas på verksamhetsnivå för att identifiera risker som kan komma att påverka verksamhetens kvalitet. Enligt överenskommelsen ska risikanalyser genomföras inför förändringar 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 er rutin för hur ni arbetar med risikanalyser samt en sammanställning av de risikanalyser ni genomfört under de senaste 12 månaderna. Ni har i sammanställningen redogjort för samtliga steg i processen. Under perioden har ni genomfört två risikanalyser och ni har beskrivit hur ni arbetar i de olika stegen med risikanalyser, att ni följer metodhandbok för Örebro kommun.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller kravet för risikanalyser.

Dokumentation

Enligt överenskommelsen ska dokumentation ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt följa Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument gällande dokumentation. En genomförandeplan ska påbörjas omgående, vara färdigställd senast två månader efter mottaget uppdrag samt uppdateras vid behov och 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 ska vara beskrivet i genomförandeplanen. Dokumentation i verkställighetsjournal ska visa åtgärder som vidtas för den enskilde samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för genomförandet av insatser. Dokumentationen ska utformas med respekt för den enskildes integritet. Dokumentation om de boende ska förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen.

För att följa upp kravet på dokumentation genomfördes en dokumentationsgranskning. Granskningen visar att 10 av 11 boende har en aktuell genomförandeplan. I samtliga aktuella genomförandeplaner framgår namn på kontaktperson och 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 samtliga aktuella genomförandeplaner. I de 11 verkställighetsjournaler som granskats framgår händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid. I samtliga 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 verkställighetsjournaler.

För att säkerställa förvaring av dokumentation innehållande personuppgifter genomfördes en observation vid platsbesök.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller kravet på dokumentation gällande genomförandeplaner och verkställighetsjournaler samt förvaring av dokumentation innehållande personuppgifter.

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, nutritionsutredning och behandling. För att bedöma om ni uppfyller kravet i denna avtalspunkt begärde vi in er rutin för när och hur en patients näringstillstånd ska utredas, för hur undernäring ska förebyggas och vid behov behandlas. Ni har skickat in ett centralt metodstöd gällande nutritionsutredning som innehåller efterfrågade delar. Vi har även genomfört en granskning av 10 genomförandeplaner för att bedöma om er planering för mat och måltider är individuellt anpassade. Behov och önskemål kring mat och måltider framgår i samtliga granskade genomförandeplaner.

Vid platsbesök beskriver ni sätt att möblera med små bord för att skapa lugnare måltidsmiljöer och att ni ibland erbjuder kvällsfikat framför tv:n i stället för vid matbordet. Många har önskemål om maten och det finns alltid alternativ att erbjuda. Ni berättar att ni bakar en del för att ta vara på det som håller på att bli gammalt. Om någon inte äter diskuteras det i teamet för att hitta lösningar som passar för den enskilde. Ni beskriver även att ni hittar på lite helgmys efter önskemål.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller kravet på mat, måltid och nutrition i överenskommelsen.

Anhörigstöd

Enligt överenskommelsen 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 begärde vi in er rutin som beskriver hur ni arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen.

Rutinen som ni skickade in har en beskrivning av syfte med anhörigstöd, vad anhörigstöd innebär, att ni har anhörigombud och hur ni arbetar praktiskt på Ölmbrogården 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.

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 denna avtalspunkt gjordes en observation vid platsbesöket, en rundvandring där frågor ställdes om arbetskläder och skyddsutrustning. Arbetskläder förvaras torrt och dammfritt i förråd, i anslutning till omklädningsrum. Det finns kläder så att personalen kan byta varje dag. Kläderna tvättas via cirkulationstvätt. Engångsförkläden, handskar och handsprit finns i förråd. I kompetensinventering framgår att Ölmbrogården har två hygienombud.

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

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 vårdssamordnare samverka med palliativa ombud på arbetsplatsen och ombudssamordnare från andra områden, i syfte att utveckla den palliativa vården.

För att bedöma om ni uppfyller krav i avtalspunkten Palliativ vård begärdes en kompetensinventering in. I den framgår att ni har 5 palliativa ombud och 1 palliativ ombudssamordnare.

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

Brister i kvalitetskrav

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

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Enligt överenskommelsen 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 32 personer på Ölmbrogården, varav 23 omvårdnadspersonal, 3 sjuksköterskor, 2 arbetsterapeuter och 4 personer som arbetar med ledning/administration. Av kompetensinventeringen går att utläsa att flera i personalen inte genomgått de utbildningar som enligt avtal är obligatoriska.

Följande utbildningar är obligatoriska och inom parentes framgår hur stor andel som genomgått dem: Manuell förflyttning och lyftkörkort, (92% sjuksköterska och omvårdnadspersonal) Demens ABC (91%), Mat, måltid och nutrition (69%) Palliativ utbildning (69%), Vardagsrehabilitering (66 %), SBAR (61%)

arbetsterapeut, sjuksköterska och omvårdnadspersonal), Basala hygienrutiner i vård- och omsorg (46%), Treserva (44%), IBIC (44 %). Utbildningen i basala hygienrutiner ska genomföras årligen.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller kravet inom avtalspunkten, då samtlig personal inte genomgått de obligatoriska utbildningarna. Ni ska inkomma med åtgärdsplan där ni beskriver hur ni ska arbeta framåt för att säkerställa att all personal genomför obligatoriska utbildningar.

Kompetens omvårdnadspersonal

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

För att bedöma om ni uppfyller krav i avtalspunkten begärdes en kompetensinventering in. I den framgår att 16 av 23 (70%) omvårdnadspersonal har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller kravet. Ni ska inkomma med åtgärdsplan som beskriver hur ni framåt ska arbeta med kompetensutveckling, rekrytering och hur ni ska behålla utbildad person

Ledningssystem för kvalitet

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:

Egenkontroller

För att säkerställa att verksamheten arbetar enligt de processer och rutiner som ingår i kvalitetsledningssystemet ska ni systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamheten, detta innefattar att utföra egenkontroller. Enligt överenskommelsen ska egenkontroll av verksamhetens följsamhet till riktlinjen inom området basal hygien, dokumentation (SoL och HSL) samt följsamhet till avvikelseprocessen genomföras vid behov eller minst en gång per år.

Ni ombads skicka in en sammanställning av egenkontroller genomförda de senaste 12 månaderna. Ni har skickat in en sammanställning av samtliga egenkontroller ni genomfört, både kravställda och icke kravställda. Sammanställningen visar att egenkontroller gällande basal hygien, avvikelseprocess och hälso- och sjukvårdsdokumentation är genomförda med identifierade brister där åtgärder vidtagits. Egenkontroll gällande social dokumentation är delvis genomförd. Genomförandeplaner är genomförd, dock saknas egenkontroll för verkställighetsjournal.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte kravet gällande egenkontroller. Egenkontroll för social dokumentation är inte genomförd i sin helhet då verkställighetsjournal saknas. Ni ska inkomma med en sammanställning av

genomförd egenkontroll gällande social dokumentation samt i åtgärdsplan beskriva hur ni ska säkerställa att egenkontroller genomförs minst en gång per år eller vid behov. Om ni identifierat brister ska det i sammanställningen framgå vilka åtgärder som genomförts utifrån bristerna samt hur ni planerar att följa upp åtgärderna och dess effekt.

Rapportering av avvikelser, klagomål och synpunkter

Genom att systematiskt rapportera, utreda, analysera, åtgärda och följa upp händelser 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.

Avvikelser

För att bedöma er följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i ovan nämnda riktlinje har en granskning genomförts i Treservas avvikelsemodul. Perioden som granskats är 211215–221215. Totalt fanns 66 rapporterade avvikelser varav 65 är avslutade och följer hela processen – utreda, bedöma, åtgärda och följa upp.

Klagomål och synpunkter

För att bedöma er följsamhet till processen för hantering av klagomål och synpunkter har vi begärt ut de klagomål som rapporterats till IVO, sökt i W3D3 samt i avvikelsemodulen i Treserva för 36 månader bakåt i tiden. Inga klagomål har rapporterats till IVO och det finns heller inga klagomål registrerade i W3D3. I avvikelsemodulen finns två rapporterade klagomål/synpunkter som följer hela processen. Vid platsbesök framkommer att verksamheten tagit emot klagomål, men att de inte är registrerade.

Enheten för uppföljning gör bedömning att ni delvis uppfyller kravet i denna avtalspunkt då ni på ett systematiskt sätt arbetar med avvikelser på ett sådant sätt som riktlinjer föreskriver. Däremot så uppmärksammas att ni inte på samma systematiska sätt jobbar med klagomål och därmed heller inte följer aktuell riktlinje. Ni ska inkomma med en rutin som beskriver hur ni ska arbeta för att klagomål och synpunkter rapporteras i Treserva och sedan hanteras enligt ovan nämnd riktlinje. Vid resultatuppföljningen kommer en ny granskning av klagomål och synpunkter i avvikelsemodulen i Treserva genomföras.

Dokumentation i nationella register

Senior Alert

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 begärdes ett registeruttag från Senior Alert in. Uttaget visar att riskbedömningar är genomförda utifrån fall, trycksår, nutrition och munhälsa på samtliga boende, dock har ingen boende en bedömning av blåsdysfunktion.

BPSD

Enligt krav ska boenden med demensinriktning registrera i BPSD-registret och använda det arbetssätt som beskrivs där. Detta innebär bland annat att ni ska ha en eller flera BPSD-administratörer. Ni har skickat in begärd kompetensinventering och där framkommer att ni har tre BPSD-administratörer.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller krav i avtalspunkten. Ni har tre BPSD-administratörer, enligt krav, dock registrerar ni inte riskbedömningar inom samtliga riskområden i Senior Alert. För att uppfylla kravet behöver ni registrera riskbedömningarna i Senior Alert, vilket ska framgå i åtgärdsplan. Inför resultatuppföljningen kommer vi att begära in ett nytt registeruttag från Senior Alert.

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 inventering av verksamhetens skydds- och begränsningsåtgärder i form av rullstolsbord, positioneringsbälte och/eller uppfällda sänggrindar. Vi kan utifrån den se att ni har en skydds- och begränsningsåtgärd. Det finns ett dokumenterat samtycke och syfte, dock saknas dokumenterad riskbedömning och uppföljning till skydds- och begränsningsåtgärden.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte lever upp till kraven då ni inte arbetar enligt Riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder. Ni ska säkerställa att riskbedömning av åtgärden blir genomförd och dokumenterad samt att skydds- och begränsningsåtgärden blir uppföljd och dokumenterad. Inför resultatuppföljningen kommer vi att begära in en ny inventering av skydds- och begränsningsåtgärder.

Hälso- 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 begärde vi in er rutin för överlåtna hälso- och sjukvårdsåtgärder. Ni har skickat in en rutin som beskriver hälso- och sjukvårdsåtgärder överläts från verksamhetens legitimerade personal till omvårdnadspersonal, dock saknas beskrivning av överlåtande från Region Örebro Län i rutinen. Under platsbesöket beskriver ni de åtgärder som fördelas från regionens sjukgymnast.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller kravet i avtalspunkten då rutin för överlåtna hälso- och sjukvårdsåtgärder från regionen saknas. Det ni beskriver på platsbesöket behöver dokumenteras i befintlig rutin. Ni ska inkomma med en reviderad rutin för överlåtna hälso- och sjukvårdsåtgärder.

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
- Rutiner

Karolina Fritzon
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Socialförvaltningen
Örebro kommun