

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Askenäs, 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 - Askenäs

Askenäs är ett vård-och omsorgsboende beläget i Odensbacken, cirka 3 mil öster om Örebro. I maj 2021 påbörjades en omfattande renovering av Askenäs som planeras vara färdig hösten 2024. Med anledning av detta är två avdelningar stängda på vård- och omsorgsboendet. Idag finns 24 lägenheter fördelade på två avdelningar. Båten är ett somatiskt vårdboende och Gården är ett vårdboende för personer med demenssjukdom.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Askenäs ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Askenäs ska senast den 1 december 2022 skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

- **Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**
- **Ledningssystem för kvalitet**
 - Samverkan
 - Risکانalyser
 - Egenkontroller
 - Avvikelser, klagomål och synpunkter
- **Dokumentation**
- **Dokumentation i IT-system**
- **Skydds- och begränsningsåtgärder**
- **Hälso- och sjukvård**
- **Kompetens - omvårdnadspersonal**

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

- **Reviderad rutin för samverkan**
- **Risکانalys för ensamarbete med dokumenterad uppföljning av åtgärder och effekter**
- **Sammanställning av genomförda egenkontroller**
- **Rutin för överlåtna hälso- och sjukvårdsåtgärder**

Handlingarna ska vara inskickade till eggetval@orebro.se senast den 1 mars 2023.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 1 mars 2023. Detta innebär att vi kommer granska inkomna rutiner, riskanalys, egenkontroller, avvikelser i avvikelsemodulen Treserva, begära in 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.

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, nutricionalutredning och behandling. För att bedöma om ni uppfyller kravet i denna avtalspunkt begärde vi in er rutin för när och hur en patients näringsstillstånd ska utredas, för hur undernäring ska förebyggas och vid behov behandlas. Rutinen har granskats och 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. Vi har även tagit del av resultatet från Socialstyrelsens kundundersökning gällande hur de boende upplever att maten brukar smaka samt om de upplever att måltiderna på boendet är en trevlig stund på dagen. 71% av de boende på Askenäs svarade positivt på båda frågorna. Resultatet på första frågan är samma som rikssnittet (71%) och på andra frågan är resultatet över rikssnittet som är på 66%.

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

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 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 hade en beskrivning av syfte med anhörigstöd, vad anhörigstöd innebär, att ni har anhörigombud och hur ni arbetar praktiskt på Askenäs 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 har en observation och intervju genomförts. Under platsbesöket gjordes en rundvandring och 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, men det finns få kvar på hyllorna i vissa storlekar vid platsbesöket. Det framkommer att inventering pågår gällande behov av storlekar. Kläderna tvättas externt. Engångsförkläden, handskar och handsprit finns i förråd i källaren. I kompetensinventering framgår att Askenäs har fyra 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 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 5 palliativa ombud och 3 palliativa ombudssamordnare.

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

Brister i kvalitetskrav

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

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 46 personer på Askenäs, varav 39 omvårdnadspersonal, 4 sjuksköterskor, 1 arbetsterapeut och 2 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: Demens ABC (87%), IBIC (63 %), Manuell förflyttning och lyftkörkort, (77% omvårdnadspersonal), Mat, måltid och nutrition (46%) Palliation ABC eller GRADE (54%), SBAR (98% omvårdnadspersonal), Vardagsrehabilitering (45 %), Treserva (93%), Basala hygien-rutiner i vård och omsorg (7%).

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten 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.

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:

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. 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 rutin för rapportering framgår hur muntlig rapportering mellan arbetspass sker men det framgår inte hur det säkerställs att personal som inte är på plats får ta del av informationen.

I lokal rutin för Teamträffar framgår syfte, mål och en tydlig dagordning. Dock framgår ej hur informationsöverföring sker till de som inte deltagit i Teamträffen. Gällande lokal rutin för omvårdnadskonferenser finns en tydlig ansvarsfördelning men det är ottydligt vem som ansvarar för dokumentation. Era rutiner beskriver inte hur samverkan med regionens legitimerade personal sker.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet inom avtalspunkten då ni saknar ovan nämnda delar i lokala rutiner. Ni ska inkomma med åtgärdsplan samt reviderad rutin för samverkan. I rutinen ska 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 legitimerad personal och omvårdnadspersonal ska finnas särskilt beskrivet. I rutinen ska tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgå. I åtgärdsplan ska ni beskriva hur ni ska arbeta för att implementera rutin för samverkan.

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. Handlungsplaner 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 riskanalyser samt en sammanställning av de riskanalyser ni genomfört under de senaste 12 månaderna. Ni har inkommit med en rutin för hur ni arbetar med riskanalyser, där ni beskriver att ni följer metodhandbok för Örebro kommun. Ni meddelar att inga riskanalyser är genomförda under tidsperioden, men på platsbesöket framkom att ni genomfört en riskanalys gällande ensamarbete. Enheten för uppföljning fick ta del av riskanalysen, ni har identifierat risker och vidtagit åtgärder utifrån riskerna, men det framgår ej vem som är ansvarig för åtgärderna samt om och hur uppföljning skett.

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 av åtgärder en nödvändig del för att kunna utvärdera och förbättra den egna verksamhetens kvalitet. Detta framgår tydligt i er rutin, men i den riskanalys som ni skickat in saknas uppföljning av åtgärdernas effekt. Den riskanalys som ni genomfört gällande ensamarbete behöver ni arbeta vidare med, ni behöver följa upp de åtgärder som ni satt in och bedöma effekten av dem. När ni gjort detta ska ni skicka in riskanalysen till Enheten för uppföljning, tillsammans med åtgärdsplan där det framgår hur ni säkerställer att ni i kommande riskanalyser följer upp åtgärder och dess effekt.

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 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 meddelat att de egenkontroller som krävs i överenskommelsen inte genomförts de senaste 12 månaderna. Egenkontroll gällande hälso- och sjukvårdsdokumentation är påbörjad och ni har identifierat brister och utvecklingsområden.

Bedömningen är att ni inte uppfyller kravet då de egenkontroller som ska genomföras enligt överenskommelse (basal hygien, följsamhet till avvikelseprocessen samt dokumentation) inte är genomförda. För att åtgärda bristen ska ni genomföra egenkontroller av verksamhetens följsamhet till riktlinjer inom områdena basal hygien, dokumentation och avvikelseprocessen.

Ni ska inkomma med en sammanställning av genomförda egenkontroller 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.

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 överenskommelse ska ni följa Örebro kommuns riktlinje för Avvikelser, Klagomål och Synpunkter.

För att bedöma er följsamhet till avvikelseprocessen har en granskning i Treservas avvikelsemodul genomförts. Perioden som granskats är 210901–220831. Totalt fanns 25 rapporterade avvikelser varav 22 är avslutade. Genom slumpmässigt urval har vi granskat 10 av de avslutade avvikelserna. Granskningen visade att samtliga avvikelser är utredda och bedömda enligt gällande riktlinje, däremot sakas beskrivning av insatta åtgärder och uppföljning av åtgärdernas effekt i samtliga 10 avvikelser.

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 samt i avvikelsemodulen i Treserva (perioden 210901-220831).

Inga klagomål har rapporterats till IVO och det finns heller inga klagomål registrerade i W3D3 eller i avvikelsemodulen. Vid platsbesök framkommer att verksamheten tagit emot klagomål, men att de inte är registrerade.

Enheten för uppföljnings sammantagna bedömning är att ni inte uppfyller kravet i avtalspunkten. I samtliga rapporterade avvikelser saknas beskrivning av insatta åtgärder och uppföljning av åtgärdernas effekt. Ni rapporterar inte inkomna klagomål och synpunkter i Treserva. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att rapporterade avvikelser hanteras enligt gällande riktlinje samt att klagomål och synpunkter rapporteras i Treserva och sedan hanteras enligt ovan nämnd riktlinje. Vid resultatuppföljningen kommer en ny granskning av händelser i avvikelsemodulen i Treserva att genomföras.

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 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 den enskildes integritet. Dokumentation om de 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 10 slumpmässigt utvalda boendes journaler. Vid platsbesök genomfördes observation och intervju för att säkerställa förvaring av dokumentation innehållande personuppgifter.

Granskningen visar att samtliga boende har en aktuell genomförandeplan. I samtliga planer 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 planer.

I de 10 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 granskade verkställighetsjournaler.

Vid platsbesök informerar verksamheten om att personuppgifter förvaras i aktskåp i låst kontor. Vid rundvandring observeras att dörr till kontor står öppen och dokumentation med personuppgifter ligger synlig på skrivbordet.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller kravet på dokumentation gällande genomförandeplaner och verkställighetsjournaler. Ni brister däremot när det kommer till förvaring av dokumentation innehållande personuppgifter.

Ni behöver säkerställa att dokumentation innehållande personuppgifter förvaras enligt gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen. Det ska framgå i åtgärdsplan hur ni säkerställer detta.

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. Enligt krav ska boenden med demensinriktning registrera i BPSD-registret och använda det arbetssätt som beskrivs där.

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. På platsbesök framkommer att sjuksköterska genomför riskbedömningar av blåsdysfunktion men att dessa inte registreras i Senior Alert. Enligt kompetensinventeringen har Askenäs tre BPSD-administratörer.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller krav i avtalspunkten då ni inte registrerar riskbedömningar inom samtliga riskområden. 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 7 skydds- och begränsningsåtgärder. För samtliga finns ett dokumenterat samtycke till skydds- och begränsningsåtgärden. För 5 saknas dokumentation gällande syfte med skydds- och begränsningsåtgärden i vårdplan. Ingen av vårdplanerna innehåller en genomförd riskbedömning av vilka risker som finns med den aktuella skydds- och begränsningsåtgärden. Uppföljning av samtliga vårdplaner saknas 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.

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 överlätna hälso- och sjukvårdsåtgärder. Ni meddelade att efterfrågad rutin saknas. Under platsbesöket beskriver ni hur sjuksköterska, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal arbetar från att en vårdplan upprättas tills att den följs upp. Ni beskriver även de åtgärder som fördelas från regionens sjukgymnast. Under platsbesöket konstaterar ni själva att skriftliga rutiner för detta behöver upprättas.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller kravet i avtalspunkten då rutin för överlätna hälso- och sjukvårdsåtgärder saknas. Det ni beskriver på platsbesöket behöver dokumenteras i en rutin. Ni ska inkomma med en rutin för överlätna hälso- och sjukvårdsåtgärder samt i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att implementera den.

Kompetens – omvårdnadspersonal

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

För att bedöma om ni uppfyller krav i avtalspunkten begärdes en kompetensinventering in. I den framgår att 31 av 38 (82%) 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 personal.

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
- Rutiner
- Tidigare uppföljningar

Karolina Fritzon
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun