Örebro kommun – Löwenhjelmska huset

Resultatuppföljning av kvalitetskrav

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskraven i er verksamhet. I samband med uppföljningen upptäcktes brister inom några av kvalitetskraven.

Vi har nu, utifrån de brister som tidigare identifierats, genomfört en resultatuppföljning där vi har tagit del av den åtgärdsplan som ni har skickat in samt följt upp de åtgärder som verksamheten beskrivit i åtgärdsplanen och vidtagit för att komma till rätta med bristerna.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att det fortfarande finns brister av mindre omfattning i verksamheten.

Beslut

Enheten för uppföljning beslutar att avsluta denna uppföljning då vi vid resultatuppföljningen sett en viss förbättring avseende nedanstående brister och har tagit beslut om att dessa brister ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Vi vill dock påpeka att bristen/bristerna kvarstår om än i mindre omfattning.

- **Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**
  - Kompetens
- **Ledningssystem för kvalitet**
  - Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter
- **Dokumentation i IT-system (Nationella register)**

Identifierade brister som bedömts vara av mindre omfattning ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Löwenhjelmska ska dokumentera hur verksamheten åtgärdat de brister vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett. Dokumentationen kan komma att begäras in. Enheten för uppföljning beslutar därmed att avsluta denna uppföljning.

Åtgärdade brister
Resultatuppföljningen visar att bristerna avseende följande kvalitetskrav har åtgärdats.

- **Dokumentation**
- **Ledningssystem för kvalitet**
- Riskanalyser
- Egenkontroller
- **Mat, måltid och nutrition**

Bedömning

Påpekande
Resultatuppföljningen visar att bristerna avseende följande kvalitetskrav har förbättrats men kvarstår om än i mindre omfattning och ska hanteras inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete enligt beslut ovan.

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. Inför kvalitetsuppföljningen ombads ni att inkomma med en kompetensinventering. Av inventeringen kunde vi utläsa att personal i tillräckligt stor utsträckning genomfört samtliga utbildningar förutom utbildning gällande IBIC. På platsbesöket framkom att detta inte hunnits med pga. den omfattande renoveringen samt pandemin.

Bedömningen var att verksamheten inte uppfyllde kravet på utbildningar, då för få av personalen genomgått utbildning inom IBIC.

Utifrån identifierad brist ombads ni att inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska arbeta för att säkerställa att all personal genomgår samtliga obligatoriska utbildningar. Ni informerades också om att vi skulle begära in en ny kompetensinventering inför resultatuppföljningen.

Inför resultatuppföljningen har vi tagit del av er åtgärdsplan och ni har inkommit med en ny kompetensinventering. Av åtgärdsplanen ser vi att ni vidtagit relevanta åtgärder och av kompetensinventeringen framkommer att 80% av all personal nu genomgått utbildning gällande IBIC.

Bedömning
Bedömningen är att verksamheten vidtagit åtgärder för att åtgärda bristen. Verksamheten behöver inom ramen för sitt eget kvalitetsarbete fortsätta att vidta åtgärder för att säkerställa att samtlig personal genomgår de obligatoriska

utbildningarna som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.

Kompetens – omvårdnadspersonal
Enligt överenskommelsen ska minst 85 % av all omvårdnadspersonal ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. För att bedöma om ni uppfyller krav gällande kompetens begärde vi, inför kvalitetsuppföljningen, in en kompetensinventering. I den framgick att 81,5% av omvårdnadspersonal har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Bedömningen var att ni inte uppfyllde kravet på kompetens.

Utifrån identifierad brist ombads ni att inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska arbeta med kompetensutveckling och rekrytering för att uppnå minst 85% utbildad personal.

Inför resultatuppföljningen har vi tagit del av er åtgärdsplan där ni beskriver att ni kommer vidta följande åtgärder för att nå upp till kravet:

- Vid nyanställning gällande längre vikariat och tillsvidareanställning anställs enbart utbildad personal. Ni strävar efter att anställa undersköterskor även vid kortare vikariat.
- Ni uppmanar outbildade medarbetare att validera sig eller studera via äldreomsorgslyftet. En individuell förfrågan har gått ut till outbildad personal inför nästa och kommande termin.
- En medarbetare valideras just nu.

Bedömning:
Utifrån inkommen åtgärdsplan är bedömningen att verksamheten vidtagit relevanta åtgärder för att kompetensutveckla befintlig personal och även vid nya rekryteringar. Verksamheten behöver fortsätta vidta åtgärder inom ramen för sitt eget kvalitetsarbete för att uppfylla kravet på minst 85% utbildad personal.

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.

I samband med kvalitetsuppföljningen granskade vi 10 slumpmässigt utvalda händelser som ni rapporterat i avvikelsemodulen i treserva för att bedöma er följsamhet till Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och

synpunkter. Granskningen visade att för de händelser som ni bedömt som en avvikelse sakandes det i utredningen en beskrivning av hur händelsen påverkat den enskilde. Granskningen visade också att ni i uppföljningen av åtgärderna inte beskrev på vilket sätt ni följt upp åtgärdernas effekt. På platsbesöket framkom att ni inte rapporterar inkomna klagomål och synpunkter i treserva och därmed hanteras de inte enligt gällande riktlinje.

Bedömningen var att ni inte uppfyllde kravet på Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter då ni inte arbetade i enlighet med gällande riktlinje.

Utifrån identifierad brist ombads ni att inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska arbeta för att rapporterade händelser ska hanteras enligt gällande riktlinje. Ni ombads även att inkomma med en beskrivning av hur ni i er verksamhet hanterar inkomna klagomål och synpunkter. Ni informerades också om att vi skulle genomföra en ny granskning av rapporterade händelser i avvikelsemodulen i Treserva.

Inför resultatuppföljningen har vi har tagit del av er åtgärdsplan, beskrivning och genomfört en ny granskning i treserva. Av åtgärdsplanen ser vi att ni vidtagit relevanta åtgärder för att komma till rätta med bristen. I er beskrivning av hur ni ska hantera inkomna klagomål och synpunkter framkommer att dessa ska rapporteras i treserva och hanteras enligt gällande riktlinje.

Granskningen av rapporterade händelser visade att i åtta av tio avvikelser finns det en tydlig beskrivning av hur händelsen påverkat den enskilde. Vid granskningstillfället fanns det tre avvikelser där verksamheten hade hunnit att utvärdera åtgärdernas effekt och i samtliga tre fanns en anteckning om hur man kommit fram till effekten.

Bedömning:
Utifrån inkommen åtgärdsplan, beskrivning och granskning är bedömningen att verksamheten vidtagit relevanta åtgärder för att komma till rätta med bristen. Verksamheten behöver fortsätta att vidta åtgärder inom ramen för sitt eget kvalitetsarbete för att säkerställa att samtliga rapporterade händelser, klagomål och synpunkter hanteras i enlighet med gällande riktlinje.

Dokumentation i IT-system (Nationella register)
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.

I samband med kvalitetsuppföljningen begärdes ett registeruttag från Senior Alert in för att bedöma om ni uppfyller kravet på dokumentation i IT- system

(nationella register). Uttaget från Senior Alert visade att riskbedömningar är genomförda utifrån fall, trycksår, nutrition och munhälsa på samtliga boende. Dock har ingen boende en bedömning av blåsdysfunktion.

Bedömning var att ni inte uppfyller kravet på dokumentation i IT-system då ni inte registrerar riskbedömningar inom samtliga riskområden.

Utifrån identifierad brist ombads ni att inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska säkerställa att riskbedömningar utförs för samtliga fem riskområden i Senior Alert. Ni informerades även om att ni inför resultatuppföljningen skulle inkomma med ett nytt registeruttag från Senior Alert gällande riskbedömning av blåsdysfunktion.

Inför Resultatuppföljningen inkom ni med ett nytt registeruttag från Senior Alert där det framgår att 78% av de boende har fått en bedömning av riskområdet blåsdysfunktion.

Bedömning:
Utifrån inkommen åtgärdsplan och registeruttag från Senior Alert är bedömningen att verksamheten vidtagit åtgärder som de beskrivit i sin åtgärdsplan och att det pågår ett arbete med att säkerställa att riskbedömningar utförs för samtliga boenden inom samtliga fem riskområden. Verksamheten behöver inom ramen för sitt eget kvalitetsarbete fortsätta vidta åtgärder för att säkerställa att samtliga boende blir riskbedömda enligt alla fem riskområden i Senior Alert.

Åtgärdade brister
Resultatuppföljningen visar att bristerna avseende följande kvalitetskrav har åtgärdats.

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.

I samband med kvalitetsuppföljningen genomfördes en dokumentationsgranskning av 20 slumpmässigt utvalda boendes dokumentation. Granskningen innefattade genomförandeplaner samt den löpande dokumentationen i verkställighetsjournalen. Utifrån att det saknades aktuella genomförandeplaner och att det fanns långa uppehåll i den löpande dokumentationen bedömde Enheten för uppföljning detta som en brist.

Utifrån identifierad brist ombads ni att inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska komma till rätta med bristen avseende dokumentation. Ni ombads även att inkomma med följande rutiner:

- Rutin som beskriver hur ni ska ge personalen handledning och stöd för att säkerställa följsamhet till punkten dokumentation i överenskommelsen.
- Rutin som beskriver hur utföraren genomför egenkontroll av den löpande dokumentationen som förs i verkställighetsjournal.

Ni informerades om att vi skulle genomföra en ny dokumentationsgranskning avseende genomförandeplaner och den löpande dokumentationen vid en resultatuppföljning.

Inför resultatuppföljningen har vi tagit del av er åtgärdsplan, av inkommen rutin och genomfört en granskning av social dokumentation i Treserva.
Av åtgärdsplanen ser vi att ni vidtagit relevanta åtgärder för att komma till rätta med bristen. Inkommen rutin *"Lokal rutin Social dokumentation"* innehåller ett metodstöd som riktar sig till den personal som ska dokumentera i genomförandeplaner respektive i den löpande dokumentationen. Rutinen innehåller även en beskrivning av vilket typ av stöd och handledning personalen kommer att få för att kunna dokumentera på ett bra sätt. Egenkontroll för dokumentation beskrivs i rutinen, det framgår hur den ska genomföras, av vem och med vilken frekvens.

En granskning genomfördes av 10 boendes genomförandeplaner och alla var aktuella, dvs uppföljda inom sex månader. Dessa 10 genomförandeplaner granskades vidare utifrån deras innehåll. Samtliga genomförandeplaner innehöll en namngiven kontaktperson, beskrivningar av hur insatserna ska utföras över hela dygnet för att uppnå behov och mål samt en beskrivning av den enskildes delaktighet vid upprättandet av genomförandeplanen, dvs om den enskilde varit delaktig och i sådant fall på vilket sätt.

Vidare granskades den löpande dokumentationen i verkställighetsjournal för samma tio boende. Granskningen visade att det i samtliga journaler fanns dokumentation om händelser av betydelse och faktiska händelser över tid och det går att följa vad som faktiskt genomförts och hur situationen ser ut för den boende utifrån dennes behov. Samtlig dokumentation som granskades var utformad med respekt för den enskildes integritet.

Bedömning
Utifrån inkommen åtgärdsplan och rutin samt granskningen av genomförandeplaner och den löpande dokumentationen i verkställighetsjournalen gör Enheten för uppföljning bedömningen att verksamheten uppfyller kravet på dokumentation.

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.

I samband med uppföljning av kvalitetskrav ombads ni att inkomma med en sammanställning av de riskanalyser ni genomfört under senaste 12 månaderna samt en rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra er verksamhet. Ni inkom med en sammanställning som visade på att ni arbetar med riskanalyser som en del i ert kvalitetsarbete dock inkom ni inte med någon rutin och på platsbesöket så informerade ni oss om att ni inte har något upprättad rutin.

Bedömningen var att ni inte uppfyllde kravet på riskanalyser utifrån avsaknad av rutin.

Utifrån identifierad brist ombads ni att inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska åtgärda bristen avseende rutinen. Ni ombads även att inkomma med en rutin för riskanalyser.

Inför resultatuppföljningen inkom ni med rutin ”Lokal rutin riskanalys och riskbedömning”. Det är tydligt vad rutinen avser, det finns en tydlig ansvarsfördelning över vem som gör vad i rutinen och en tydlig beskrivning/instruktion av utförandet.

Bedömning
Bedömningen är att verksamheten uppfyller kravet på riskanalyser då de inkommit med efterfrågad rutin som bedöms innehålla kravställda delar.

Ledningssystem för kvalitet

- Egenkontroller

Enligt överenskommelsen ska utföraren regelbundet genomföra egenkontroller inom den egna verksamheten i syfte att säkra verksamhetens kvalitet. Utföraren ska utöver de egenkontroller som verksamheten själva bedömer krävs även årligen genomföra egenkontroll inom de områden som uppdragsgivaren begär. Dessa områden är; basal hygien, dokumentation samt följsamhet till avvikelseprocessen.

I samband med kvalitetsuppföljningen ombads ni att inkomma med en sammanställning av de egenkontroller som ni genomfört de senaste 12 månaderna. Av sammanställningen framgick att ni genomfört egenkontroller inom samtliga kravställda områden förutom av den sociala dokumentationen som förs i verkställighetsjournal.

Bedömningen var att ni inte uppfyllde kravet på egenkontroll. Utifrån identifierad brist ombads ni att inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska säkerställa att egenkontroll av den sociala dokumentationen genomförs årligen enligt gällande överenskommelse. Ni ombads även att inkomma med en dokumenterad egenkontroll av den löpande dokumentationen i verkställighetsjournal.

Inför resultatuppföljningen inkom ni med en genomförd egenkontroll av den löpande dokumentationen som förs i verkställighetsjournal. Ni gjorde en granskning av 5 boende utifrån fem olika områden. Av egenkontrollen framkommer vilka brister ni identifierat.

Bedömning
Bedömningen är att verksamheten uppfyller kravet på egenkontroller då de nu genomfört egenkontroll inom samtliga kravställda områden.

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. Inför uppföljningen av kvalitetskrav granskade vi följande delar:

- Er rutin som beskriver när och hur en patients näringstillstånd ska utredas, hur undernäring ska förebyggas och vid behov behandlas.
- I samband med granskning av genomförandeplaner tittade vi om behov och önskemål kring mat och måltider fanns beskrivet.
- Vi tog 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.

Granskningen av dessa delar visade att er rutin innehöll kravställda delar och i Socialstyrelsens kundundersökning låg ni i linje med övriga landet gällande de boendes upplevelse av måltiderna på boendet. Däremot saknade ni aktuella genomförandeplaner vilket innebär att det inte finns aktuell dokumentation avseende mat och måltider för dessa individer.

Bedömningen var att ni inte uppfyllde kravet avseende mat och måltider.
Ni ombads att inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska arbeta för att säkerställa att genomförandeplaner hålls aktuella. Ni informerades om

att vi skulle genomföra en ny dokumentationsgranskning avseende genomförandeplaner vid en resultatuppföljning.

Inför resultatuppföljningen har vi tagit del av er åtgärdsplan och gjort en ny granskning av genomförandeplaner i treserva. Av åtgärdsplanen ser vi att ni vidtagit relevanta åtgärder för att komma till rätta med bristen. Granskning av 10 slumpmässigt utvalda genomförandeplaner visade att det i åtta av dem fanns en beskrivning av den enskildes behov och önskemål kring mat och måltider.

Bedömning
Utifrån inkommen åtgärdsplan och ovan beskriven granskning är bedömningen att verksamheten uppfyller kravet på mat, måltider och nutrition.

Melisa Hasanbegovic
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun