

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Norlandia – Sirishof

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i det avtal (Sov 113/2018) verksamheten tecknat med Programnämnd social välfärd Örebro kommun.

Norlandia Care AB har ett avtal med Örebro kommun sedan 2019-09-01. Avtalet sträcker sig till 2023-08-31 med möjlighet till två förlängningar á tre år.

En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång var tredje år på uppdrag av Programnämnd Social välfärd. Grundkrav och mervärden följs upp i syfte att utveckla och förbättra verksamheten men också för att se att de mervärden som utgör avtalskrav efterlevs.

Sirishof

Sirishof är ett vård-och omsorgsboende beläget i centrala delarna av Örebro. Det finns 55 lägenheter fördelat på sju avdelningar. Avdelningarna har olika inriktningar. Det är fyra avdelningar för personer med somatisk sjukdom, för personer med demenssjukdom finns två avdelningar med gruppboende och en med vårdboende.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att ni ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska senast den 22 januari 2021 skicka in åtgärdsplanen till eggetval@orebro.se

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

Brister i avtalspunkter som utgör mervärden:

- Delaktighet
- Aktiv och meningsfull tillvaro
- Mat och måltider
- Introduktion

Brister i avtalspunkter som utgör grundkrav:

- Dokumentation och förvaring - HSL
- Personlig omvårdnad och service
- Individuell planering
- Bemötande
- Kontaktmannaskap
- Aktiv och meningsfull tillvaro
- Mat, måltid och nutrition
- Anhörigstöd
- Hälso-och sjukvård
- Skydds- och begränsningsåtgärder

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

- Reviderade rutiner för introduktion av nyanställd personal/vikarier där det framgår att innehållet ska diskuteras efter varje utbildningsinsats. Att steg tre i introduktionsprogrammet avslutas med ett kunskapstest. Samt att utbildningarna Certifiering i Stjärnmärkt demensomsorg och Psykisk ohälsa ingår i introduktionen.
- Reviderad rutin för hur ni arbetar med att ta emot, planera för, genomföra och dokumentera de hälso- och sjukvårdsinsatser som överläts av legitimerad personal. Rutinen ska beskriva hur ni planerar in åtgärder så att de utförs på rätt tidpunkt och hur ni säkerställer att instruktionerna som beskriver vad, när, hur och vem finns tillgänglig för omvårdnadspersonal vid besöket hos den boende.

Handlingarna ska vara inskickade till egerval@orebro.se senast den 19 mars 2021.

Enheten för uppföljning kommer därefter att följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 19 mars 2021. Vilket innebär att vi kommer att granska inkomna handlingar samt genomföra en dokumentationsgranskning.

Om brister kvarstår vid en resultatuppföljning kan Enheten för uppföljning komma att vidta ytterligare sanktioner i enlighet med gällande avtal.

Bedömning

Uppfyllda avtalspunkter som utgör grundkrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Kvalitetsledningssystem

- Samverkan

Inför uppföljningen skickade ni in er rutin för hur intern samverkan sker mellan personal och funktioner inom den egna verksamheten samt för hur extern samverkan sker med andra aktörer, vårdgivare och myndigheter.

Rutinen granskades och den uppfyller de krav som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Där framgår att fastställd rutin för samverkan ska finnas upprättad och att det i rutinen ska framgå ett bestämt tillvägagångssätt och hur ansvaret är fördelat i verksamheten.

- Riskanalyser

Inför uppföljningen skickade ni in en beskrivning av hur ni arbetar med riskanalyser samt 17 riskanalyser ni genomfört det senaste året.

Samtliga riskanalyser beskriver vilka risker som har identifierats, vilka åtgärder som har genomförts utifrån riskerna samt hur ni har följt upp åtgärderna och dess effekt. Både kund- och personalperspektivet har beaktats och beskrivs i riskanalyserna.

Bedömningen är att ni arbetar förebyggande och fortlöpande enligt SOSFS 2011:9 för att identifiera risker som kan komma att påverka verksamhetens kvalitet. För händelser som bedöms innebära en risk uppskattar ni sannolikheten för att händelsen inträffar och bedömer vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden.

- Egenkontroller

Inför uppföljningen skickade ni in en beskrivning av hur ni arbetar med egenkontroller och vilka egenkontroller ni har gjort under det senaste året. Beskrivningen innehöll även en sammanställning av vilka brister som identifierats vilka åtgärder som genomförts utifrån bristerna samt hur ni har följt upp åtgärderna och dess effekt.

Den inskickade beskrivningen granskades och bedömningen är att ni uppfyller de krav som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Där framgår att egenkontroller ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

- Utredning av avvikelser

Inför uppföljningen skickade ni in en rutin som beskriver hur synpunkter, klagomål, fel och brister tas emot och utreds. Ni skickade in en sammanställning av SoL och HSL avvikelser från det senaste året samt tio avidentifierade avvikelser.

Inskickade handlingar har granskats. I rutinen framgår hur klagomål åtgärdas, analyseras och sammanställs. Sammanställningen av de SoL och HSL avvikelser som ni registrerat i avvikelsemodulen under året innehåller beskrivning av de vanligaste avvikelsetyperna (fall, läkemedel), de vanligaste avvikelseorsakerna, de vanligaste åtgärderna och åtgärdernas effekt. Samtliga granskade avvikelser var hanterade enligt gällande riktlinje och följer samtliga steg i processen.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni följer kommunens riktlinje och arbetar med analys av avvikelser och förbättringsarbete kopplat till dessa.

Rapporteringskyldighet

Inför uppföljningen skickade ni in er rutin Utredning av händelser som beskriver er hantering av missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållande. Rutinen har granskats och den beskriver rapporteringskyldigheten samt att samtliga medarbetare informeras om Lex Sarah och anmälningsskyldigheten årligen.

Bedömningen är att ni uppfyller kravet då ni enligt avtal ska ha egna lokala rutiner för hantering av missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållande. Och att ni ansvarar för att rutiner för anmälan enligt 14 kap 2§ SoL (Lex Sarah) upprättas och görs kända inom verksamheten”.

Dokumentation och förvaring – SoL

Enligt avtal ansvarar utföraren för att personalen har kunskaper om och att dokumentationen sker i enlighet med socialtjänstlagen och patientdatalagen. Här erinras särskilt om utförarens skyldighet att dokumentera faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

För att bedöma om ni uppfyllde kravet gjordes en dokumentationsgranskning av femton slumpmässigt utvalda boendes journaler. Granskningen innefattade både verkställighetsjournaler och genomförandeplaner.

Granskningen visade att fjorton av femton genomförandeplaner var uppdaterade under de senaste sex månaderna. I verkställighetsjournalerna fanns anteckningar av händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid.

Dokumentationen var utformad med respekt för kundens integritet och personal som utfört åtgärden var den som dokumenterat. Ni har även skickat in en beskrivning där det framgår att ni regelbundet gör egenkontroll av dokumentation.

Bedömningen är att ni uppfyller kravet.

Vård i livets slutskede

Inför kvalitetsuppföljningen efterfrågades en rutin som beskriver hur ni möjliggör en hög personalkontinuitet hos den boende vid palliativt vak.

Rutinen har granskats och den innehåller efterfrågade delar. Bedömningen är att ni uppfyller kravet.

Läkemedelshantering

Läkemedel ska hanteras på ett betryggande sätt så att hög patientsäkerhet kan tillgodoses. Läkemedelshantering ska följa Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2017:37 och det ska finnas enhetliga och säkra arbetsrutiner som följer Örebro kommuns riktlinjer.

Inför kvalitetsuppföljningen skickade ni in en lokal rutin för läkemedelshantering – Ansvar och kontroll. Rutinen är granskad och innehåller efterfrågade delar. Bedömningen är att ni uppfyller kravet.

Hygien

Enligt avtal ska utföraren följa ”Riktlinje för basal hygien inom den kommunala hälso- och sjukvården i Örebro kommuner” samt göra regelbundna egenkontroller av hygien.

Inför uppföljningen skickade ni in en beskrivning av hur ni har identifierat brister i basala hygienrutiner, satt in åtgärder och hur ni följt upp åtgärdernas effekt. Beskrivningen överensstämmer med ”Riktlinje för basal hygien inom den kommunala hälso- och sjukvården i Örebro kommuner”. Det framgår även i er beskrivning av egenkontroller att ni gör regelbundna egenkontroller av hygien.

Bedömningen är att ni uppfyller kravet.

Brister i avtalspunkter som utgör mervärden

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

Delaktighet

I syfte att möjliggöra en mycket hög delaktighet för den enskilde har ni i avtalet utlovat mervärden.

Ni utlovar att individuella insatser ska utformas i samråd och delaktighet med den enskilde och med utgångspunkt från levnadsberättelsen och genomförandeplanen. Att kontaktmannens huvudsakliga uppgift och ansvar är att skapa en tillitsfull relation till den enskilde samt att tydliggöra (dokumentera och rapportera) det den enskilde berättar så att insatser kan bli individuellt utformade. Varannan vecka ska kontaktmannen ha ett avstämningssamtal med den boende för att ta reda på om han eller hon tycker att det man kommit överens om uppfylls. Kontaktmannens ska avsätta tid för enskilda aktiviteter varje vecka och vara den som utför omvårdnad i möjligaste mån. Den enskildes behov och önskemål av daglig utevistelse, aktiviteter och egentid ska säkerställas genom Norlandias planeringsverktyg Praktisk professionell planering (PPP).

Omvårdnadskonferens, då hela teamet diskuterar tillsammans utifrån sina erfarenheter i mötet med den enskilde, ska ske var fjärde vecka. BPSD-skattning ska göras och en bemötandeplan ska utformas för varje person som har en demenssjukdom eller demensliknande symtom.

Ni ska ha ett serviceteam som avlastar när det gäller städning och tvätt så att omvårdnadspersonalen kan fokusera på den relationsinriktade vård och omsorgen. Kontinuerlig information och kommunikation ska ske genom överenskommelse mellan anhörig och kontaktsman. För anhöriga ska ni arrangera en rad aktiviteter, utbildningar och bjuda in till olika sammankomster, för de som inte kan närvara fysiskt ska digitala möten anordnas. För att utvärdera ert arbete ska ni ha en egen enkät gällande delaktighet (Nöjd Kund Index).

För att bedöma om ni uppfyller utlovat mervärde begärdes handlingar in och en dokumentationsgranskning av femton slumpmässigt utvalda boendes journaler genomfördes.

Enligt inkomna handlingar som granskats har ni boenderåd, vid det senaste boenderådet diskuterades bland annat Socialstyrelsens kundundersökning, aktiviteter som erbjuds, mat och måltider. För att frigöra tid för omvårdnadspersonal har ni ett serviceteam som städar de boendes lägenheter. För att synliggöra den egentid som de boende har med sin kontaktperson har ni regelbundna uppföljningar på APT. Ni har en enkät (Nöjd Kund Index) med samma indikatorer för delaktighet som socialstyrelsens kundundersökning och ska i december göra en uppföljning med boende och anhöriga. Ni har anhörigräffar, biträdande verksamhetschef eller verksamhetschef har kontakt med anhöriga via mejl minst en gång per månad eller vid behov. Anhöriga har fått information om vad som händer på Sirishof samt information om rekommendationer i pandemin. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktperson har under pandemin haft kontakt via telefon med anhöriga. Under det besöksförbud som rådde på grund av covid-19 erbjöds videosamtal med anhöriga och en plexiglasskiva byggdes för att användas vid besök utomhus. Ni skapade även rutiner för att kunna göra avsteg så att anhöriga kunde besöka den boende vid vård i livets slutskede.

Granskning av dokumentation visade att det i genomförandeplanerna framgick hur insatserna ska utföras under hela dygnet och de var väl beskrivna så förutsättning finns för att det görs på samma sätt oberoende av vem som utför dem. Beskrivning av hur service (tvätt, inköp, städ, hårvård) ska utföras framgick också. Den egentid som boende har med kontaktperson var dokumenterad i social journal.

Vid dokumentationsgranskningen noterades följande brister:

- I fem av fjorton genomförandeplaner framgick inte den boendes delaktighet i utformandet av insatser
- I fem av fjorton genomförandeplaner saknades anteckning om att den enskilde tillfrågats om att upprätta en levnadsberättelse
- Sex av fjorton genomförandeplaner saknade anteckning om kontaktperson
- I sex av fjorton genomförandeplaner framgick inte den boendes intressen och vad personen anser är meningsfullt
- Fyra av fjorton genomförandeplaner saknade beskrivning av vilka aktiviteter som man kommit överens om med den enskilde
- I sex av femton journaler saknades anteckning om utevistelse
- Ingen av de femton granskade journaler hade en anteckning om att avstämningssamtal genomförts med kontaktperson
- I sju av femton journaler saknades kontinuerliga anteckningar om teamträffar eller omvårdnadskonferenser
- Ingen av de sju granskade journalerna som tillhör boende på avdelning för personer med demenssjukdom hade en bemötandeplan
- Ingen av de sju granskade journalerna som tillhör boende på avdelning för personer med demenssjukdom hade en skattning av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) dokumenterad

- I nio av fjorton genomförandeplanerna saknades information om hur, när och i vilken form kontakt med anhöriga ska ske

Förutom journalgranskning har även Socialstyrelsens kundundersökning (2020), som visar de boendes upplevelse av delaktighet varit en del av underlaget vid bedömningen. Kundundersökningen visade att:

- 38 % svarade ja på frågan: "Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras". Rikssnittet är 79%
- 44 % svarade ja på frågan: "Brukar du kunna påverka vid vilka tider du får hjälp" Till exempel tid för att duscha/bada, gå och lägga dig etc. Rikssnittet är 60%

Utifrån identifierade brister är bedömningen att ni inte uppfyller utlovat mervärde. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister.

Aktiv och meningsfull tillvaro

I syfte att möjliggöra en mycket hög aktiv och meningsfull tillvaro för den enskilde har ni i avtalet utlovat mervärden.

Ni utlovar att ni ska ha en aktivitetsansvarig samt aktivitetsombud på enheten som bland annat ska säkerställa att de önskemål och intressen som finns hos de boende återspeglas i planeringen av gemensamma aktiviteter. Fysisk aktivitet ska erbjudas flera gånger i veckan. Resultat från arbetsterapeutens aktivitets- och funktionsbedömning ska tas med i utformning av gemensamma träningsprogram. Även individuellt anpassade träningsprogram ska tas fram för att bevara eller förbättra funktioner. Alla boende ska erbjudas daglig utevistelse samt minst en timmes schemalagd egentid varje vecka. En kartläggning av den boendes sociala nätverk ska göras i samband med upprättandet av genomförandeplan och levnadsberättelse. Aktiviteter tillsammans med anhöriga ska anordnas regelbundet. Mätning av livskvalitet (Qualid) ska göras en gång per år för personer med demenssjukdom. Ni ska ha fungerande WiFi och surfplattor. Ett serviceteam som utför enklare servicesysslor ska frigöra tid för omvårdnadspersonal så att de kan ägna sig mer åt aktiviteter tillsammans med de äldre. För att utvärdera ert arbete ska ni ha en egen enkät (Nöjd Kund Index) med frågor om aktiviteter och social samvaro som de boende får svara på en gång per år.

För att bedöma om ni uppfyller utlovat mervärde begärdes handlingar in och en granskning av femton slumpmässigt utvalda boendes journaler genomfördes.

Inkomna handlingar som granskats visar att ni har en aktivitetsansvarig och sju aktivitetsombud. Ni har ett varierat utbud av aktiviteter varje vecka som även innehåller fysiska aktiviteter och utflykter. Anpassade aktiviteter för personer med demenssjukdom erbjuds. Genom serviceteam frigörs tid för omvårdnadspersonal då de inte längre städar de boendes lägenheter. Ni har följt upp hur de boende upplever städningen och det som inte varit tillfredsställande har löst tillsammans med serviceteamet.

För att öka trivseln i de gemensamma lokalerna har ni under året sett över miljön och gjort en del förändringar som kommer att följas upp på boenderåd. Under pandemin har möjligheterna att ha gemensamma aktiviteter med anhöriga begränsats så den inplanerade vårfesten ställdes in men ni har tidigare bjudit in anhöriga till glöggmingel och surströmmingsskiva. Ni har WiFi i konferensrummet och de boende har möjlighet att boka tid för videosamtal med anhöriga. De boende har även haft möjlighet att träffa sina anhöriga utomhus då ni har tre plexiglasskivor.

Dokumentationsgranskningen visade att veckovis egentid tillsammans med kontaktperson var dokumenterat.

Vid dokumentationsgranskningen noterades följande brister:

- I sex av fjorton genomförandeplaner framgick inte den boendes intressen och vad personen anser är meningsfullt
- I fyra av fjorton genomförandeplaner saknades beskrivning av vilka aktiviteter som man kommit överens om med den enskilde
- I sex av femton journaler saknades anteckning om utevistelse
- I fem av fjorton genomförandeplaner saknades dokumentation om den boendes sociala nätverk
- Fjorton av femton journaler saknade dokumenterad aktivitets- och funktionsbedömning av arbetsterapeut (ADL-bedömning)
- I fjorton av femton journaler saknades träningsprogram eller en rehabiliterande plan
- I fem av sju journaler saknades dokumentation om Qualid mätning 1 gång/år för personer med demenssjukdom

Förutom journalgranskning har även Socialstyrelsens kundundersökning (2020), som visar de boendes upplevelse av aktiv och meningsfull tillvaro varit en del av underlaget vid bedömningen. Kundundersökning visade att:

- 70 % av de boende på Sirishof är nöjda med de aktiviteter som erbjuds.
Rikssnitt 61 %
- 40 % svarade att de tycker att möjligheterna att komma utomhus är bra.
Rikssnitt 58 %

Utifrån identifierade brister är bedömningen att ni inte uppfyller utlovat mervärde. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister.

Mat och måltider

I syfte att möjliggöra en mycket hög kvalitet kring mat och måltider för den enskilde har ni i avtalet utlovat mervärden.

Ni ska ha en gastronom som ansvarar för att inspirera, utveckla och förbättra helhetsupplevelsen av mat- och måltiderna på verksamheten. Kostombud ska finnas på varje avdelning. En frukostbuffé ska erbjudas varje vecka. Det ska finnas två rätter att välja mellan till lunch. Varje helg ska en tre-rätters måltid erbjudas. Mellanmålen ska utvecklas. Ni ska ha tillgång till en dietist som ska delta vid omvårdnadskonferenser två gånger per år samt vid behov. En utbildning i Hållbar- och klimatsmart mat ska erbjudas för samtliga medarbetare, boende och anhöriga årligen.

För att bedöma om ni uppfyller utlovat mervärde begärdes handlingar in och en granskning av femton slumpmässigt utvalda boendes journaler genomfördes.

Enligt inkomna handlingar som granskats har ni en gastronom och åtta kostombud. En större frukost serveras inne på avdelningarna varje morgon där de boende får välja vad dom vill äta och vad som ska serveras. Vid granskning av dokumentation framgår också att frukostbuffé erbjudits på avdelningarna. Till lunch har de boende två rätter att välja mellan och på helgerna serveras en tre-rätters middag. Ni arbetar med att förbättra och inspirera mellanmålen som bland annat ska innehålla mer protein/fibrer än kaffebröd. Ni har genomfört en måltidsundersökning.

Vid granskning av inkomna handlingar noterades följande brister:

- Utbildning i hållbar- och klimatsmart mat har inte genomförts. Endast gastronom har genomfört utbildningen.

Dokumentationsgranskningen visade att det framgick i genomförandeplan hur den boende vill ha sina måltider.

Vid dokumentationsgranskningen noterades följande brister:

- I nio av fjorton genomförandeplaner framgick inte den enskildes önskemål kring mat, dryck och måltidsmiljö
- I tolv av fjorton genomförandeplaner saknades beskrivning av mellanmål
- Tio av femton journaler saknar dokumentation om att riskanalys för undernäring är genomförd
- Tre av fyra genomförandeplaner saknade dokumentation i genomförandeplanen om åtgärder vid risk för undernäring
- Ingen av de femton granskade journaler hade en anteckning om att avstämningssamtal genomförts med kontaktperson
- I sju av femton journaler saknades kontinuerliga anteckningar om teamträffar eller omvårdnadskonferenser
- Fjorton av femton journaler saknade dokumenterad aktivitets- och funktionsbedömning av arbetsterapeut (ADL-bedömning)

- I ingen av femton granskade journaler framgick det att dietist har deltagit vid omvårdnadskonferens

Förutom journalgranskning har även Socialstyrelsens kundundersökning (2020), som visar de boendes upplevelse av mat och måltidsmiljö varit en del av underlaget vid bedömningen. Kundundersökning visade att:

- 64 % av de boende på Sirishof svarade positivt på frågan "Hur brukar maten smaka?" Rikssnitt 74 %
- 78 % svarade positivt på frågan "Upplever du att måltiderna på ditt äldreboende är en trevlig stund på dagen? Rikssnitt 70 %

Utifrån identifierade brister är bedömningen att ni inte uppfyller utlovat mervärde. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister.

Introduktion

I syfte att skapa mycket goda förutsättningar för nya medarbetare att ge den enskilde en mycket kvalitativ omvårdnad har ni avtalet utlovat mervärden.

Ni utlovar att alla medarbetare ska följa Norlandias introduktionsprogram i fyra steg. Varje utbildningsinsats innehåller en kortare föreläsning- eller teoriavsnitt som sedan diskuteras mellan medarbetaren och handledare, teamledare eller verksamhetschef vid introduktionen. Steg tre i introduktionsprogrammet avslutas med ett kunskapstest med frågor om värdegrund, bemötande, arbetssätt utifrån de viktigaste processerna mm. Introduktionsprogrammet innefattar utöver grundkrav även utbildning i fördjupat kontaktmannaskap, psykisk ohälsa hos äldre och Certifiering i stjärnmärkt demensomsorg.

För att bedöma om ni uppfyller utlovat mervärde begärdes en rutin för introduktion av nyanställd personal/vikarie och en kompetensinventering av all personal på Sirishof in.

Inkomna handlingar som granskats visar att endast en undersköterska saknar utbildning i fördjupat kontaktmannaskap. Rutinen beskriver ansvarsområde och hur genomförande av de olika delarna i introduktion av omsorgspersonal respektive legitimerad personal ska genomföras.

Vid granskning av inkomna handlingar noterades följande brister:

- Utbildningarna Certifiering i Stjärnmärkt demensomsorg och Psykisk ohälsa hos äldre saknas i rutiner för nyanställd personal
- Ingen personal på Sirishof har gått Norlandias introduktionsprogram i fyra steg eller utbildningarna Certifiering i Stjärnmärkt demensomsorg och Psykisk ohälsa hos äldre
- Beskrivning av och instruktioner för de diskussioner som ska följa mellan medarbetare och handledare, teamledare eller verksamhetschef efter varje utbildningsinsats saknas i rutiner.
- Beskrivning av och instruktioner för det kunskapstest som ska avsluta del 3 saknas i rutiner

Utifrån identifierade brister är bedömningen att ni inte uppfyller utlovat mervärde. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister. Ni ska även skicka in reviderade rutiner för introduktion av nyanställd personal/vikarier där det framgår att innehållet ska diskuteras efter varje utbildningsinsats. Att steg tre i introduktionsprogrammet avslutas med ett kunskapstest. Samt att utbildningarna Certifiering i Stjärnmärkt demensomsorg och Psykisk ohälsa ingår i introduktionen.

Brister i avtalspunkter som utgör grundkrav

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

Dokumentation och förvaring – HSL

Ni ska följa Patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Inför uppföljningen efterfrågades en rutin för hur ni arbetar med att ta emot, planerar för, genomför och dokumenterar de hälso- och sjukvårdsinsatser som överläts av legitimerad personal.

Inskickat rutin har granskats och den innehåller en tydlig beskrivning av hur legitimerad personal praktiskt går till väga för att fördela och delegera hälso- och sjukvårdsåtgärder till omvårdnadspersonal. Däremot saknas en beskrivning av hur åtgärder planeras in så att de utförs på rätt tidpunkt samt beskrivning av hur man säkerställer att instruktionerna som beskriver vad, när, hur och vem finns tillgänglig för omvårdnadspersonal vid besöket hos den boende. I inskickad rutin framgår endast att omvårdnadspersonal läser om åtgärden som ska utföras i meddelandet i HSL-rapport. Det bedöms inte patientsäkert att omvårdnadspersonal ska memorera det som förmedlas i den.

En granskning av 15 slumpmässigt utvalda journaler visade att 9 av 15 granskade patienter (60%) saknade ett dokumenterat samtycke till informationsöverföring mellan vårdgivare vilket är en brist. I de journaler som brister har 6 patienter inget samtycke alls och 3 har ett allmänt samtycke till allt. Ett allmänt samtycke är inte godkänt då det måste gå att utläsa i journal vad den enskilde samtycker till. Därför bedöms inte det allmänna samtycket som godkänt.

Utifrån identifierade brister är bedömningen att ni inte uppfyller kravet. Ni ska skicka in en reviderad rutin för hur ni arbetar med att ta emot, planera för, genomföra och dokumentera de hälso- och sjukvårdsinsatser som överläts av legitimerad personal. Rutinen ska beskriva hur ni planerar in åtgärder så att de utförs på rätt tidpunkt och hur ni säkerställer att instruktionerna som beskriver vad, när, hur och vem finns tillgänglig för omvårdnadspersonal vid besöket hos den boende. Ni ska även i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister.

Personlig omvårdnad och service

Enligt avtal ska personlig omvårdnad ha sin utgångspunkt i att de boendes funktioner i den dagliga livsföringen upprätthålls samt att social isolering motverkas. Omvårdnaden ska anpassas efter den enskildes förutsättningar, behov och önskemål. Ni utlovar utöver grundkrav att en bemötandeplan ska utformas för varje individ som har en demenssjukdom eller demensliknande symtom. Ni utlovar även ett fördjupat kontaktmannaskap med avstämningssamtal var fjortonde dag och egentid med kontaktperson varje vecka.

För att bedöma om ni uppfyller kravet genomfördes en granskning av femton slumpmässigt utvalda journaler. Granskningen visade att det framgick hur insatserna ska utföras under hela dygnet och de var väl beskrivna så förutsättning finns för att det görs på samma sätt oberoende av vem som utför dem. Det var dokumenterat hur service (tvätt, inköp, städ, hårvård) ska utföras. Egentid med kontaktperson var dokumenterad.

Det som brister är:

- Sex av fjorton genomförandeplaner saknade anteckning om kontaktperson
- Fem av fjorton genomförandeplaner saknade anteckning om att den enskilde tillfrågats om att upprätta en levnadsberättelse
- Ingen av de femton granskade journaler hade en anteckning om att avstämningssamtal genomförts med kontaktperson
- Ingen av de sju granskade journalerna som tillhör boende på avdelning för personer med demenssjukdom hade en bemötandeplan

Förutom journalgranskning har även Socialstyrelsens kundundersökning (2020), som visar de boendes upplevelse av hjälpen de får varit en del av underlaget vid bedömningen. Kundundersökning visade att:

- 82 % av de boende på Sirishof svarade positivt på frågan ”Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende”? Rikssnittet är 81%.

Utifrån identifierade brister är bedömningen att ni inte uppfyller kravet. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister.

Individuell planering

Enligt avtal ska en individuell vård och- omsorgsplan formuleras tillsammans med den enskilde eller dennes företrädare för att säkra delaktighet och kontinuitet. Den enskildes behov ska säkerställas genom samarbete mellan olika yrkeskategorier under dygnets alla timmar. Den hjälp och det stöd som planeras ska följas upp.

Granskningen visade att insatserna var väl beskrivna så förutsättning finns för att det görs på samma sätt oberoende av vem som utför dem och de framgick hur insatserna ska utföras under hela dygnet.

Det som brister är att:

- I fem av fjorton genomförandeplaner framgick inte den boendes delaktighet i utformandet av insatser
- I fem av fjorton genomförandeplaner saknades anteckning om att den enskilde tillfrågats om att upprätta en levnadsberättelse
- I sju av femton journaler saknades kontinuerliga anteckningar om teamträffar eller omvårdnadskonferenser

Förutom journalgranskning har även Socialstyrelsens kundundersökning (2020), som visar de boendes upplevelse av delaktighet varit en del av underlaget vid bedömningen. Kundundersökningen visade att:

- 38 % svarade ja på frågan: "Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras". Rikssnittet är 79%
- 44 % svarade ja på frågan: "Brukar du kunna påverka vid vilka tider du får hjälp" Till exempel tid för att duscha/bada, gå och lägga dig etc. Rikssnittet är 60%

Utifrån identifierade brister är bedömningen att ni inte uppfyller kravet. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister.

Bemötande

Enligt avtal ska verksamheten utgå från en gemensam värdegrund där alla människors lika värde och lika rätt poängteras. Grundläggande för att den enskilde ska känna trygghet är ett bra och värdigt bemötande. Den enskildes unika levnadsberättelse är en utgångspunkt för vården och omsorgen. Anpassning måste alltid ske utifrån personens nuvarande önskemål och behov. Ni utlovar utöver grundkrav att ni ska ha två till tre värdegrundsledare som har ett speciellt ansvar som rör bemötande och värdegrund.

För att bedöma om ni uppfyller kravet begärdes en lista på personalens kompetens och ansvarsområden in. Den visar att ni har tre värdegrundsledare vilket är enligt krav i avtal. Vidare har en granskning av femton slumpmässigt utvalda journaler genomförts.

Granskningen visade följande brister:

- Fem av fjorton genomförandeplaner saknade anteckning om att den enskilde tillfrågats om att upprätta en levnadsberättelse
- Ingen av de sju granskade journalerna som tillhör boende på avdelning för personer med demenssjukdom hade en bemötandeplan
- Ingen av de sju granskade journalerna som tillhör boende på avdelning för personer med demenssjukdom hade en skattning av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) dokumenterad

Förutom journalgranskning har även Socialstyrelsens kundundersökning (2020), som visar de boendes upplevelse av bemötande varit en del av underlaget vid bedömningen. Kundundersökning visade att:

- 83% svarade att de får ett bra bemötande från personalen. Rikssnittet är 94%

Utifrån identifierade brister är bedömningen att ni inte uppfyller kravet. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister.

Kontaktmannaskap

Enligt avtal är syftet med kontaktmannaskapet att skapa kontinuitet och trygghet för den enskilde samt öka den enskildes inflytande. Förutom vård och omsorg har kontaktman bland annat i uppgift att bidra till möjligheter till sociala aktiviteter och att vara en länk till anhöriga.

Ni utlovar utöver grundkrav ett fördjupat kontaktmannaskap. Det fördjupade kontaktmannaskapet ska genomsyras av samtalet som arbetssätt. Det är en evidensbaserad arbetsmetod, ”Samtal – en väg till gemenskap för äldre”, utvecklat vid äldrepedagogprogrammet vid Malmö högskola. Det är en metod för att den äldre ska uppleva gemenskap, kontinuitet, en känsla av samvaro och sammanhang samt motverka ensamhet. Samtalet ska underlätta medarbetarens arbete med att skapa sig en förståelse för den äldres behov, önskemål och förväntningar. För att hitta ämnen att prata om används levnadsberättelsen som stöd i samtalet. Egentid varje vecka tillsammans med kontaktperson utlovas också.

För att bedöma om ni uppfyller kravet genomfördes en granskning av femton slumpmässigt utvalda boendes journaler.

Granskningen visade att det framgår i genomförandeplanerna hur insatsen ska utföras under hela dygnet och genomförandeplanerna var väl beskrivna så att oavsett vem som utför insatsen finns förutsättningarna att det ska göras på samma sätt. Egentid med kontaktperson var dokumenterat.

Det som brister är att:

- I sex av fjorton genomförandeplaner saknades anteckning om kontaktperson
- Samtliga journaler saknade anteckning om att avstämningssamtal genomförts
- I fem av fjorton genomförandeplaner framgick inte den boendes delaktighet i utformandet av insatser
- Fem av fjorton genomförandeplaner saknade anteckning om att den enskilde tillfrågats om att upprätta en levnadsberättelse
- I nio av fjorton genomförandeplanerna saknades information om hur, när och i vilken form kontakt med anhöriga ska ske

Utifrån identifierade brister är bedömningen att ni inte uppfyller kravet. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister.

Aktiv och meningsfull tillvaro

Enligt avtal ska utföraren verka för att den enskilde upplever en meningsfull tillvaro. Den enskilde ska få stöd i att leva ett så självständigt liv som personen önskar genom rehabilitering, träning och andra aktiviteter. Den enskilde ska få stöd i att behålla och utveckla intressen, sociala relationer och kontakter som är viktiga för personen. Den enskilde ska stimuleras att använda sin aktivitetsförmåga i vardagliga aktiviteter och tillförsäkras utevistelse efter individuella behov.

För att bedöma om ni uppfyller kravet genomfördes en granskning av fjorton slumpmässigt utvalda boendes journaler.

Vid dokumentationsgranskningen noterades följande brister:

- I sex av fjorton genomförandeplaner framgick inte den boendes intressen och vad personen anser är meningsfullt
- I fjorton av femton journaler saknades träningsprogram eller en rehabiliterande plan
- I sex av femton journaler saknades anteckning om utevistelse
- Fjorton av femton journaler saknade dokumenterad aktivitets- och funktionsbedömning av arbetsterapeut (ADL-bedömning)

Förutom journalgranskning har även Socialstyrelsens kundundersökning (2020), som visar de boendes upplevelse av aktiv och meningsfull tillvaro varit en del av underlaget vid bedömningen. Kundundersökning visade att:

- 70 % av de boende på Sirishof är nöjda med de aktiviteter som erbjuds.
Rikssnitt 61 %
- 40 % svarade att de tycker att möjligheterna att komma utomhus är bra.
Rikssnitt 58 %

Utifrån identifierade brister är bedömningen att ni inte uppfyller kravet. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister.

Mat, måltid och nutrition

Enligt avtal ska verksamheten sträva efter att ge varje enskild person positiva matupplevelser och därmed en högre livskvalitet. I genomförandeplanerna ska det finnas information om den enskildes önskemål och behov av stöd i samband med alla måltider under dygnet.

För att bedöma om ni uppfyller kravet gjordes en granskning av fjorton slumpmässigt utvalda boendes genomförandeplaner. Granskningen visade att det i genomförandeplaner framgick hur de boende vill ha sina måltider.

Det som brister är att:

- I nio av fjorton genomförandeplaner framgick inte den enskildes önskemål kring mat, dryck och måltidsmiljö

Förutom journalgranskning har även Socialstyrelsens kundundersökning (2020), som visar de boendes upplevelse av mat och måltidsmiljö varit en del av underlaget vid bedömningen. Kundundersökning visade att:

- 64 % av de boende på Sirishof svarade positivt på frågan "Hur brukar maten smaka?" Rikssnitt 74 %
- 78 % svarade positivt på frågan "Upplever du att måltiderna på ditt äldreboende är en trevlig stund på dagen? Rikssnitt 70 %

Utifrån identifierade brist är bedömningen att ni inte uppfyller kravet. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brist.

Anhörigstöd

I avtalet står ”Anhöriga och närstående är en viktig resurs i all vård och omsorg och deras kunskap måste tillvaratas.”

För att bedöma om ni uppfyller kravet har en granskning av inskickade handlingar samt granskning av fjorton slumpmässigt utvalda genomförandeplaner genomförts.

Vid granskning av inkomna handlingar samt under digitalt möte med Sirishof framgår att ni arbetar med att göra anhöriga delaktiga i vården och omsorgen bland annat genom ankomstsamtal, mejl från biträdande verksamhetschef eller verksamhetschef minst en gång per månad samt att omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktperson har kontakt med anhöriga via telefon.

Ni har anhörigträffar två gånger per år, under pandemin har de ersatts med mejl och telefonkontakt. Under besöksförbudet erbjöds videosamtal med de boende och en plexiglasskiva byggdes för att användas vid besök utomhus.

Vid dokumentationsgranskningen noterades följande brist:

- Nio av fjorton genomförandeplaner saknade information om hur, när och i vilken form kontakt med anhöriga ska ske.

Utifrån identifierade brister är bedömningen att ni inte uppfyller kravet. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister.

Hälso-och sjukvård

Utföraren ansvarar för hälso- och sjukvården, inklusive rehabilitering, utom den som ges av läkare och sjukgymnast. Utföraren ska följa gällande riktlinjer överenskommelser och samverkansavtal. Enligt Patientdatalag (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården ska journalen innehålla aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar samt samtycken och återkallade samtycken. Enligt Örebro kommuns riktlinje vårdprevention ska senior alert göras på samtliga patienter över 65 år om det inte är uppenbart onödigt och det ska då vara beskrivet i journal.

För att bedöma om ni uppfyller kravet genomfördes en dokumentationsgranskning av femton slumpmässigt utvalda boendes journaler.

Vid granskning upptäcktes följande brister:

Hälsostatus:

Utföraren ska säkerställa att samtliga patienter har ett aktuellt hälsotillstånd dokumenterat i journal. Detta ska göras vid inflytt, uppdateras årligen och vid förändrat hälsotillstånd. Följande områden har ingått i granskningen: medicinska diagnoser, förflyttning, kommunikation, personlig vård, psykiska funktioner, sinnesfunktioner/smärta, hjärt- kärl- blod- immunsystems och andningsfunktioner, matsmältnings-/endokrina funktioner, funktioner i köns- och urinorganen samt reproduktiva funktioner, rörelse-/muskulära funktioner, funktioner i huden samt mätvärden för vikt, längd, blodtryck och puls.

- Ingen av de femton granskade patienterna hade ett tillräckligt omfattande och aktuellt hälsotillstånd dokumenterat i journal.

Riskbedömning senior alert:

Enligt riktlinjen ska risk för fall, trycksår, undernäring, ROAG och blåsdysfunktion bedömas. Utföraren behöver säkerställa att patienterna får samtliga riskområden bedömda och att bedömningen och resultatet dokumenteras i journal. Om det är uppenbart obehövligt att riskbedöma ett eller flera områden ska denna bedömning finnas dokumenterad.

- Samtliga granskade patienter saknade en fullständig riskbedömning av alla områden enligt senior alert. Av de 15 är det 7 st som helt saknar en aktuell riskbedömning. Resterande 8 patienter har en riskbedömning genomförd men samtliga saknar riskbedömning av blåsdysfunktion.

Hälsoplaner:

Hälsoplanerna ska innehålla en beskrivning av samtliga steg i hälso- och sjukvårdprocessen (problem/risk, mål, åtgärd, uppföljning av åtgärd).

- Ingen av de femton granskade patienterna hade hälsoplaner som innehöll beskrivning av samtliga steg i hälso- och sjukvårdprocessen. Totalt granskades 27 hälsoplaner. 34 % saknade beskrivning av problem/risk, 41 % saknade beskrivning av mål, 25% saknade beskrivning av åtgärd och samtliga saknade uppföljning av åtgärd.
- I daganteckningar under hälsostatus finns flertalet hälso- och sjukvårdsåtgärder dokumenterade som ska dokumenteras i hälsoplaner för att hela hälso- och sjukvårdprocessen (problem/bedömning, mål/planerad åtgärd/åtgärd och uppföljning) ska bli dokumenterad. Därmed saknas dokumentation och det är också oklart om dessa åtgärder följts upp. Det handlar framförallt om åtgärder som arbetsterapeut satt in i form av medicintekniska produkter (hjälpmedel). Ni behöver säkerställa att samtliga problem eller riskområden dokumenteras i hälsoplan och att hela hälso- och sjukvårdprocessen blir dokumenterad i dessa.

Överlåten hälso- och sjukvård:

- Vid granskning har vi inte hittat någon HSL-rapport som innehåller information om fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder. För att beskrivningen av hälso- och sjukvårdsåtgärden, (vad, när, hur och av vem) ska bli känd för de som ska utföra den ska informationen enligt er rutin skickas i HSL-rapport.

Utifrån identifierade brister är bedömningen att ni inte uppfyller kravet.

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Utföraren ska ha ett strukturerat arbetssätt för att förebygga användandet av skydds- och begränsningsåtgärder. Syftet med skydds- och begränsningsåtgärden ska framkomma tydligt i dokumentationen. Kartläggning, riskanalys och etiska överväganden ska göras med utgångspunkt i den enskildes upplevelse och behov.

För att bedöma om ni uppfyller kravet genomfördes en granskning av femton patienters journaler som ni uppgett har en eller flera skydds- och begränsningsåtgärder i form av rullstolsbord, sänggrind och/eller bälte. Dessa femton patienter hade totalt 25 skydds- och begränsningsåtgärder.

- Samtliga skydds- och begränsningsåtgärder saknade korrekt dokumenterade samtycken. 21st hade inget samtycke alls och fyra hade ett allmänt samtycke till skydds- och begränsningsåtgärder. Ett allmänt samtycke är inte godkänt då det ska gå att utläsa i journal vad den enskilde samtycker till.
- Ingen av de 25 skydds- och begränsningsåtgärderna återfanns i hälsoplan. Därmed saknades beskrivning av problem/risk, mål och uppföljning.

- Samtliga skydds- och begränsningsåtgärder saknade dokumenterad riskbedömning.

Utifrån identifierade brister är bedömningen att ni inte uppfyller kravet. Ni behöver säkerställa följsamhet till riktlinjen för skydds- och begränsningsåtgärder. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister.

Metod

Avtalscontrollers och medicinskt ansvariga 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 digitalt möte med utföraren.

Underlag för bedömning:

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

Hanna Näsholm
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun