

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Berggården

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i det avtal (Sov 167/2011) som KOSMO tecknat med Programnämnd social välfärd Örebro kommun.

Norlandia Care köpte KOSMO 2015 och tog därmed över avtalet med Örebro kommun om att driva Berggården. Avtalet sträcker sig till 2021-09-30.

Grundkrav och mervärden följs upp i denna uppföljning i syfte att utveckla och förbättra verksamheten men också för att se att de mervärden som utgör avtalskrav efterlevs.

Berggården

Berggården är ett vård-och omsorgsboende beläget nära Örebro Universitetssjukhus. På Berggården finns 36 lägenheter fördelade på tre våningar. Våning ett är ett gruppboende för demenssjuka, våning två är ett omvårdnadsboende och våning tre riktar sig till demenssjuka med stort omvårdnadsbehov.

Beslut

Berggården har brister i kvalitetskrav, både avseende uppföljda grundkrav och mervärden i avtalet. Nedan följer en redovisning över identifierade brister och sanktioner kopplade till dessa.

För nedanstående brister ska Berggården upprätta en åtgärdsplan. I åtgärdsplanen ska det framgå hur ni ska åtgärda bristerna och vem som är ansvarig. Berggården ska senast den 8 juni 2020 skicka in åtgärdsplan till egetval@orebro.se.

Brister i avtalspunkter som utgör mervärden:

- Aktiv och meningsfull tillvaro
- Bemötande och kontinuitet
- Mat, måltid och nutrition
- Personlig omvårdnad och service
- Delaktighet

Brister i avtalspunkter som utgör grundkrav:

- Kvalitetsledningssystem
 - Samverkan
 - Utredning av avvikelser
- Dokumentation - HSL
- Hälso- och sjukvård
- Vård i livets slutskede
- Bemötande
- Kontinuitet
- Delaktighet - Individuell planering och kontaktmannaskap

- Anhörigstöd
- Personlig omvårdnad
- Aktiv och meningsfull tillvaro
- Mat, måltid och nutrition

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

- Rutin för intern samverkan som beskriver hur ni samverkar i det dagliga arbetet och hur informationsöverföring sker. Den ska också innehålla ansvarsfördelning.
- Rutin för extern samverkan som beskriver tillvägagångssätt och ansvarsfördelning.
- Beskrivning av hur ni arbetar med att ta emot, planera för, genomföra och dokumentera de hälso-och sjukvårdsinsatser som överläts av legitimerad personal.
- Rutin för vård i livets slutskede som beskriver hur ni möjliggör en hög personalkontinuitet.

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast den 8 juni 2020.

Enheten för uppföljning kommer därefter att följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning. En resultatuppföljning kommer att genomföras efter den 17 augusti 2020.

Om brister kvarstår vid en resultatuppföljning kan Enheten för uppföljning komma att vidta ytterligare sanktioner. Utebliven åtgärd eller åtgärd som inte hanteras inom föreskriven tid kan leda till väsentligt avtalsbrott. Ett väsentligt avtalsbrott föreligger om fel i tjänsten påpekats av Enheten för uppföljning vid två tillfällen men trots det inte åtgärdas inom föreskriven tid.

Bedömning

Uppfyllda avtalspunkter som utgör mervärden

- Medarbetare

Uppfyllda avtalspunkter som utgör grundkrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

- Kvalitetsledningssystem
 - Riskanalyser
 - Egenkontroller
 - Rapporteringsskyldighet
- Dokumentation - SoL
- Hygien
- Läkemedelshantering

Brister i avtalspunkter som utgör mervärden

Resultatet visar att utföraren brister i nedanstående kvalitetskrav.

Aktiv och meningsfull tillvaro

För att skapa en aktiv och meningsfull tillvaro för era boenden har ni i avtalet utlovat mervärden.

Ni utlovar att levnadsberättelsen ska ligga till grund för kunskapen om varje boendes behov, önskemål, erfarenheter och intressen. Utifrån levnadsberättelsen och den boendes intressen ska kontaktpersonen i genomförandeplanen beskriva vilka gemensamma och individuella aktiviteter man kommit överens om med den enskilde. Kontaktpersonen ska planera in egentid med sin boende en timme varje vecka.

För personer med demenssjukdom utlovar ni att göra bedömningar av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Detta för att erbjuda behovsanpassade aktiviteter för personer med demenssjukdom. Ni utlovar också att arbetsterapeuten ska bedöma de boendes egen förmåga och behov av stöd, guidning och aktiv hjälp för olika insatser och aktiviteter. Formen för deltagande för olika insatser ska sedan dokumenteras i genomförandeplanen.

Ni utlovar att ni ska skapa en hemmamiljö som ger hemtrevnad med trivsamma lägenheter samt att utemiljön ska vara en viktig del i arbetet med aktiviteter, måltider och vardagsrehabilitering. Ni utlovar även att utevistelse ska erbjudas efter individuella önskemål.

Utifrån utlovat mervärde granskades 20 slumpmässigt utvalda journaler. Granskningen visade att:

- 45% av genomförandeplanerna saknade anteckning om erbjudande om att upprätta en levnadsberättelse
- 30% av genomförandeplanerna saknar beskrivning av den boendes intressen och vad den boende anser meningsfullt
- 50% av genomförandeplanerna saknade beskrivning av vilka aktiviteter som man kommit överens om med den enskilde
- 45% av verkställighetsjournalerna saknade anteckning om att veckovis egentid med kontaktperson har utförts, inga av dessa hade anteckning om varför de uteblivit
- 71% av de boende på demensavdelningarna saknade en BPSD-skattning
- 55% av hälso- och sjukvårdsjournalerna saknade dokumentation om utförd ADL-bedömning

Förutom journalgranskning har även Socialstyrelsens kundundersökning (2019), som visar de boendes upplevelse av sociala aktiviteter, varit en del av underlaget vid bedömningen. Kundundersökning visade att:

- 46 % av de boende på Berggården tycker att det är trivsamt utomhus runt boendet, riksnittet är 67%
- 54% av de boende på Berggården tycker att det är trivsamt i de gemensamma utrymmena, riksnittet är 67%
- På frågan om möjligheterna är bra att komma utomhus svarar 46% ja, riksnittet är 58%

Den sammantagna bedömningen är att ni inte uppfyller utlovat mervärde.

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister. För att följa upp resultatet av era åtgärder kommer en ny granskning av dokumentation genomföras.

Bemötande och kontinuitet

För att skapa en gott bemötande och en god kontinuitet för era boenden har ni i avtalet utlovat mervärden.

Ni utlovar att varje boende ska ha en kontaktperson och att kontaktmannskapet är kärnan i er verksamhet. Ni utlovar också att er planering möjliggör egentid med kontaktperson varje vecka.

Ni utlovar att levnadsberättelsen ska upprättas senast i samband med inflytt. Den ska kompletteras med information om den boendes övriga behov, önskemål och intressen och skrivas in i genomförandeplanen.

Ni utlovar att genomförandeplaner, särskilt för personer med demenssjukdom, ska innehålla personliga bemötandeplaner. Planerna utgår från boendes fysiska förmåga samt levnadsberättelse.

Ni utlovar att genomförandeplanen ska innehålla beskrivning av insatser över dygnets alla timmar, vem, var och hur dessa ska utföras. Den boendes egen förmåga att utföra olika insatser är central, funktionsförmågan ska inte bara tillvaratas utom om möjligt förbättras. Huvudmål och delmål ska finnas för varje moment samt vem som är ansvarig för uppföljning. Aktuella och tydligt beskrivna genomförandeplaner, teamträffar, daganteckningar och överrapportering ska säkra kontinuiteten i utförande av insatserna. Daganteckningar ska innehålla förbättringsförslag och reflektioner kring den boende dokumenteras i journal.

Ni utlovar att kontakten med den anhöriga och formerna för delaktighet kring den boendes vård och omsorg kommer att skraddarsys så att det passar de anhöriga. Hur, när och i vilken form anhöriga vill hålla kontakt med kontaktpersonen kommer att skrivas in i genomförandeplanen.

Ni utlovar att ni ska ha ett aktivt värdegrundarbete där ni erbjuder personlig vård och omvårdnad utifrån den enskildes önskan och ett meningsfullt liv med delaktighet och möjlighet att påverka.

Utifrån utlovat mervärde granskades 20 slumpmässigt utvalda journaler. Granskningen visade att:

- 45% av journalerna saknade en namngiven kontaktperson
- 45% av verkställighetsjournalerna saknade anteckning om att veckovis egentid med kontaktperson har utförts, inga av dessa hade anteckning om varför egentiden uteblivit
- 45% av genomförandeplanerna saknade anteckning om erbjudande om att upprätta en levnadsberättelse
- 64% av de boende på demensavdelningarna saknade en bemötandeplan
- 25% av genomförandeplanerna beskriver inte utförandet av insatserna på ett sådant sätt att kontinuiteten säkras
- 100% av genomförandeplanerna saknar information om hur, när och i vilken form kontakt med anhöriga ska ske
- 100% av journaler saknar kontinuerliga anteckningar om teamträffar
- 100% av journalerna saknar dagliga anteckningar med förbättringsförslag och reflektion kring de boende

Förutom journalgranskning har även Socialstyrelsens kundundersökning (2019), som visar de boendes upplevelse av bemötande, varit en del av underlaget vid bedömningen. Kundundersökning visade att:

- 77% av de boende på Berggården svarar att personalen brukar ta hänsyn till deras åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras? Riksnitt 79%

Den sammantagna bedömningen är att ni inte uppfyller utlovat mervärde.

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister. För att följa upp resultatet av era åtgärder kommer en ny granskning av dokumentation genomföras.

Mat, måltid och nutrition

För att erbjuda god mat, bra måltidsmiljö och för att ha ett systematiskt arbete kring nutrition för de boende har ni i avtalet utlovat mervärden.

Ni utlovar att ni ska ta reda på vad den boende har för önskemål, vanor och behov kring mat och dryck samt den sociala situationen kring måltiden. Ni utlovar att ni kontinuerligt i teamet ska arbeta för att maten och miljön ska vara individanpassad, inbjudande och uppskattad. Arbetsterapeuten ska genom ADL-bedömning bedöma den boendes behov av insatser, stöd, guidning och hjälp vid måltidssituation. Sjuksköterskan ska göra en riskanalys utifrån undernäring, MNA (Mini Nutreal Assesment), i samband med inflyttning. Samtliga ovannämnda delar ska beskrivas i genomförandeplanen.

Utifrån utlovat mervärde granskades 20 slumpmässigt utvalda journaler.

Granskningen visade att:

- 60% av genomförandeplanerna saknar beskrivning av önskemål kring mat, dryck och måltidsmiljö
- 55% av hälso- och sjukvårdsjournalerna saknade dokumentation om utförd ADL-bedömning
- Av de 16 boende där riskanalys för undernäring genomförts och åtgärder identifierats saknades dessa åtgärder i 63% av genomförandeplanerna

Förutom journalgranskning har även Socialstyrelsens kundundersökning (2019), som visar de boendes upplevelse av mat och måltidsmiljö, varit en del av underlaget vid bedömningen. Kundundersökning visade att:

- 71% av de boende på Berggården svarade positivt på frågan "Hur brukar maten smaka?" Rikssnitt är 74%.
- 50% av de boende på Berggården svarade positivt på frågan "Upplever du att måltiderna på ditt äldreboende är en trevlig stund på dagen?" Rikssnittet är 68%.

Den sammantagna bedömningen är att ni inte uppfyller utlovat mervärde.

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister. För att följa upp resultatet av era åtgärder kommer en ny granskning av dokumentation genomföras.

Personlig omvårdnad och service

För att ge en bra personlig omvårdnad och service till era boenden har ni i avtalet utlovat mervärden.

Ni utlovar att ADL-bedömning och rehabiliteringsplaner ska ligga till grund för hur personalen ska guida, stödja och ge aktiv hjälp när det behövs. Bedömningen ska ligga till grund för utformandet av genomförandeplanen.

Ni har utlovat att utifrån BPSD- skattning erbjuda individanpassad vård och omsorg för personer med demenssjukdom.

Ni har utlovat att ha team-möten varje vecka för handledning och som en del i utveckling av vardagsrehabilitering och salutogent förhållningssätt.

Ni har utlovat att en beskrivning av sovvanor ska ingå i den boendes genomförandeplan.

Utifrån utlovat mervärde granskades 20 slumpmässigt utvalda journaler.

Granskningen visade att:

- 55% av hälso- och sjukvårdsjournalerna saknade dokumentation om utförd ADL-bedömning
- 95% av hälso- och sjukvårdsjournalerna saknade en rehabiliterande plan
- 71% av de boende på demensavdelningarna saknade en BPSD-skattning
- 100% av journalerna saknar kontinuerliga anteckningar om teamträffar
- 25% av genomförandeplanerna saknar beskrivning av sovvanor

Förutom journalgranskning har även Socialstyrelsens kundundersökning (2019), som visar de boendes upplevelse av hjälpen de får, varit en del av underlaget vid bedömningen. Kundundersökning visade att:

- 64% av de boende på Berggården svarade positivt på frågan ”Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende”? Riksnittet är 81%.

Den sammantagna bedömningen är att ni inte uppfyller utlovat mervärde.

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister. För att följa upp resultatet av era åtgärder kommer en ny granskning av dokumentation genomföras.

Delaktighet

För att tillgodose individuella önskemål och behov har ni i avtalet utlovat mervärden.

Ni har utlovat att genomförandeplanen ska ge en komplett bild av den boendes levnadsberättelse, intressen, vanor, behov och önskemål. Den ska vara så pass detaljerad, konkret och heltäckande att den blir ett verktyg i den dagliga vården och omsorgen. Genom teamträffar där kontaktperson, sjuksköterska och arbetsterapeut träffas stämmer man av helheten kring individen och vid behov uppdateras genomförandeplanen.

Ni har utlovat att ni ska ha dagliga reflektioner som innefattar förbättringsförslag och allmän reflektion kring de boende, dessa ska dokumenteras i respektive boendes daganteckningar.

Ni har utlovat att alla boende ska ha en kontaktperson och att det i genomförandeplanen ska framgå hur ofta och i vilken form kontaktpersonen ska ta kontakt med anhöriga och närstående.

Granskningen visade att:

- I 25% av genomförandeplanerna framgår inte den enskildes delaktighet
- I 25% av genomförandeplanerna framgår inte hur insatsen ska utföras under hela dygnet
- 25% av genomförandeplanerna är inte beskrivna så att det går att säkerställa att de görs på samma sätt oavsett vem som utför insatsen
- 45% av genomförandeplanerna saknade anteckning om erbjudande om att upprätta en levnadsberättelse
- 30% av genomförandeplanerna saknar beskrivning av den boendes intressen och vad som är meningsfullt
- 50% av genomförandeplanerna saknade beskrivning av vilka aktiviteter som man kommit överens om med den enskilde
- 100% av journaler saknar kontinuerliga anteckningar om teamträffar
- 100% av journalerna saknar dagliga anteckningar med förbättringsförslag och reflektion kring de boende
- 45% av journalerna saknade en namngiven kontaktperson

- 100% av genomförandeplanerna saknade information om hur, när och i vilken form kontakt med anhöriga ska ske

Förutom journalgranskning har även Socialstyrelsens kundundersökning (2019), som visar de boendes upplevelse av delaktighet, varit en del av underlaget vid bedömningen. Kundundersökning visade att:

- 77% svarade ja på frågan: "Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras". Riksnittet är 79%
- 42% 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. Riksnittet är 60%

Den sammantagna bedömningen är att ni inte uppfyller utlovat mervärde.

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister. För att följa upp resultatet av era åtgärder kommer en ny granskning av dokumentation genomföras.

Brister i avtalspunkter som utgör grundkrav

Kvalitetsledningssystem

- Samverkan

Inför kvalitetsuppföljningen skickade ni in en rutin för intern och extern samverkan.

Bedömningen är att ni brister i denna avtalspunkt då granskad rutin för intern samverkan endast beskriver vilka interna funktioner ni samverkar med, varför ni samverkar och vilka mötesforum ni har. Den saknar beskrivning av hur ni samverkar och samarbetar i det dagliga arbetet och hur informationsöverföring och intern kommunikation sker mellan dessa möten. Rutinen saknar också beskrivning av ansvarsfördelning.

Vidare brister ni för att granskad rutin för extern samverkan enbart beskriver vilka ni ska samverka med men saknar beskrivning av hur samverkan går till och ansvarsfördelningen i de olika samverkansprocesserna.

Rutin för samverkan ska ingå i ledningssystem för kvalitet. Enligt avtalet ska ledningssystemet uppfylla 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.

Ni ska inkomma med reviderad rutin för extern såväl som intern samverkan.

- Utredning av avvikelser

Inför kvalitetsuppföljningen granskades tio av verksamhetens rapporterade avvikelser samt en sammanställning av händelser under 2019.

Granskningen visade att nio av tio avvikelser saknade riskbedömning av sannolikhet och samtliga saknar uppföljning, vilket är en brist i följsamhet till processen enligt Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter.

I den inskickade sammanställning av händelser beskrivs de vanligaste avvikelsetyperna, avvikelseorsakerna samt de vanligaste åtgärderna men beskrivning av åtgärdernas effekt saknas.

Utföraren ska enligt avtal ha rutiner för att dokumentera, rapportera och följa upp avvikelser enligt kommunens riktlinjer.

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister. För att följa upp resultatet av era åtgärder kommer en ny granskning genomföras.

Dokumentation - HSL

Inför kvalitetsuppföljningen efterfrågades en beskrivning av hur ni arbetar med att ta emot, planera för, genomföra och dokumentera de hälso- och sjukvårdsinsatser som överläts av legitimerad personal.

Bedömningen är att ni brister i denna avtalspunkt då det i beskrivningen framkommer att ni inte har en säker hantering av hälso- och sjukvårdsuppgifter som överlåtits att utföras av baspersonal. Det är legitimerad personal som ansvarar för att skriftligt informera baspersonalen om:

- Vad som ska utföras
- Hur det ska utföras
- När det ska utföras
- Av vem/vilken kompetens det ska utföras
- Om och hur baspersonal ska dokumentera

I processen ni beskriver ligger ansvaret på baspersonalen att gå in i hälsoplaner och välja ut de åtgärder som är relevanta för utförandet.

Rutinen beskriver dessutom endast delegerade arbetsuppgifter av sjuksköterska. Den ska beskriva hur all hälso- och sjukvård hanteras som överläts från legitimerad till annan personal, inte bara delegerade arbetsuppgifter. Arbetsterapeuten är inte heller nämnd i rutinen.

Processen som ni beskriver följer inte gällande lagstiftning och föreskrifter. Utföraren 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.

Ni ska skicka in en reviderad beskrivning av hur ni arbetar med att ta emot, planera för, genomföra och dokumentera de hälso- och sjukvårdsinsatser som överläts av legitimerad personal som följer gällande lagstiftning och föreskrifter.

Personlig omvårdnad och service

Ni brister i denna avtalspunkt eftersom ni inte uppfyller samtliga krav.

En ADL-bedömning ska ligga till grund för hur personalen ska guida, stödja och ge aktiv hjälp när det behövs. Genomförandeplanen ska beskriva vilka insatser som skall göras under morgon, dag, kväll och natt. Hur, när och vem som ska utföra respektive insats eller aktivitet ska beskrivas. Genomförandeplanen ska även beskriva vad den boende klarar själv och när den boende behöver stöd, guidning eller hjälp. En beskrivning av sovvanor ska ingå i den boendes genomförandeplan.

Ni ska erbjuda individanpassade åtgärder för personer med demenssjukdom utifrån en BPSD-skattning. Ni ska genom individuella aktiviteter minska oro, ångest och läkemedelsanvändning.

En rehabiliterande plan ska finnas för alla på boendet.

Granskning av 20 slumpmässigt utvalda journaler visade att:

- 55% av hälso- och sjukvårdsjournalerna saknade dokumentation om utförd ADL-bedömning
- 25% av genomförandeplanerna saknar beskrivning av sovvanor
- 71% av de boende på demensavdelningarna saknade en BPSD-skattning
- I 25% av genomförandeplanerna framgår inte hur insatsen ska utföras under hela dygnet
- 25% av genomförandeplanerna är inte beskrivna så att det går att säkerställa att de görs på samma sätt oavsett vem som utför insatsen
- 50% av genomförandeplanerna saknade beskrivningar av vilka individuella aktiviteter som är överenskomna med den enskilde
- 95% av hälso- och sjukvårdsjournalerna saknade en rehabiliterande plan

Förutom journalgranskning har även Socialstyrelsens kundundersökning (2019), som visar de boendes upplevelse av hjälpen de får varit en del av underlaget vid bedömningen. Kundundersökning visade att:

- 64% av de boende på Berggården svarade positivt på frågan ”Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende”? Riksnittet är 81%.

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister. För att följa upp resultatet av era åtgärder kommer en ny granskning av dokumentation genomföras.

Vård i livets slutskede

Ni brister i denna avtalspunkt eftersom er rutin *"Insättande av vak vid palliativ vård"* beskriver hur ni planerar vak men inte hur ni möjliggör en hög personalkontinuitet.

Enligt Örebro kommuns riktlinje för palliativ vård ska rutinen innehålla dessa delar.

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brist samt skicka in en reviderad rutin för *"Insättande av vak vid palliativ vård"*.

Aktiv och meningsfull tillvaro

Ni brister i denna avtalspunkt eftersom ni inte uppfyller samtliga krav.

Levnadsberättelsen ska ligga till grund för kunskapen om varje boendes behov, önskemål, erfarenheter och intressen.

Den boendes egen förmåga att delta i respektive insats och aktivitet ska noteras i genomförandeplanen, enligt ADL-bedömning av arbetsterapeuten.

Kontaktpersonen ska planera in individuella aktiviteter tillsammans med sin boende inför varje månad och vecka så att den boendes "egen tid" relaterar till den boendes intressen och levnadsberättelse, blir meningsfull och något att se fram emot. Den boende ska ha "egentid" med sin kontaktperson minst en timme per vecka. Den boendes behov, önskemål och intresse för aktiviteter och utevistelse ska skrivas in under ett specifikt avsnitt för Aktiviteter i genomförandeplanen.

Den boendes sociala nätverk ska dokumenteras i planen och ni ska komma överens med den boendes vänner och familj hur ofta och i vilken form kontakten skall skötas.

Den enskilde ska tillförsäkras utevistelse efter individuella behov.

Granskning av 20 slumpmässigt utvalda journaler visade att:

- 45% av genomförandeplanerna saknade anteckning om erbjudande om att upprätta en levnadsberättelse
- 55% av hälso- och sjukvårdsjournalerna saknade dokumentation om utförd ADL-bedömning
- 30% av genomförandeplanerna saknar beskrivning av den boendes intressen och vad som är meningsfullt
- 50% av genomförandeplanerna saknade beskrivning av vilka aktiviteter som man kommit överens om med den enskilde
- 45% av verkställighetsjournalerna saknade anteckning om att veckovis egentid med kontaktperson har utförts, inga av dessa hade anteckning om varför de uteblivit
- 100% av journalerna saknade anteckning om hur ofta och i vilken form kontakt med anhöriga ska ske

Förutom journalgranskning har även Socialstyrelsens kundundersökning (2019), som visar de boendes upplevelse av sociala aktiviteter varit en del av underlaget vid bedömningen. Kundundersökning visade att:

- 46% av de boende på Berggården svarade att de tycker att möjligheterna att komma utomhus är bra. Riksnittet är 58%.
- 85% av de boende på Berggården svarade att de besväras av ensamhet. Riksnittet är 65%

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister. För att följa upp resultatet av era åtgärder kommer en ny granskning av dokumentation genomföras.

Bemötande

Ni brister i denna avtalspunkt eftersom ni inte uppfyller samtliga krav.

En levnadsberättelse ska upprättas senast i samband med inflyttning för att få en bild av den blivande boendens liv, intressen, tidigare arbetsliv, vänner och familjeförhållanden, etc. Levnadsberättelsen ska vara en grund för utformandet av en bemötandeplan och att genomförandeplanen ska innehålla personliga bemötandeplaner.

Alla boende ska ha en kontaktperson och även en utsedd vice kontaktperson.

Granskning av 20 slumpmässigt utvalda journaler visade att:

- 45% av genomförandeplanerna saknade anteckning om erbjudande om att upprätta en levnadsberättelse
- 64% av de boende på demensavdelningarna saknade en bemötandeplan
- 45% av journalerna saknade en namngiven kontaktperson

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister. För att följa upp resultatet av era åtgärder kommer en ny granskning av dokumentation genomföras.

Kontinuitet

Ni brister i denna avtalspunkt eftersom ni inte uppfyller samtliga krav.

En levnadsberättelse ska upprättas senast i samband med inflyttning.

Alla boende ska ha en kontaktperson och även en utsedd vice kontaktperson.

Kontaktpersonen ska avsätta tid för individuella aktiviteter varje vecka. Daganteckningar, revidering av genomförandeplanen, teamträffar, schemalagd tid för överrapportering och fortlöpande kommunikation angående den boendes aktuella behov och önskemål ska säkra att övriga medarbetare på avdelningen är uppdaterade och kan säkra kontinuiteten i utförandet av insatserna. Insatserna ska planeras så att de utförs efter den enskildes behov och önskemål oavsett vem i personalgruppen som utför dem.

Granskning av 20 slumpmässigt utvalda journaler visade att:

- 45% av genomförandeplanerna saknade anteckning om erbjudande att upprätta en levnadsberättelse
- 45% av journalerna saknade en namngiven kontaktperson
- 50% av genomförandeplanerna saknade beskrivning av vilka aktiviteter som man kommit överens om med den enskilde
- 45% av journalerna saknade anteckning om att veckovis egentid med kontaktperson har utförts, inga av dessa hade anteckning om varför de uteblivit
- 100% av journalerna saknar kontinuerliga anteckningar om teamträffar
- 25% av genomförandeplanerna beskriver inte utförandet av insatserna på ett sådant sätt att kontinuiteten säkras

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister. För att följa upp resultatet av era åtgärder kommer en ny granskning av dokumentation genomföras.

Delaktighet - Individuell planering och kontaktmannaskap

Ni brister i denna avtalspunkt eftersom ni inte uppfyller samtliga krav.

Den boendes unika levnadsberättelse ska vara en utgångspunkt för vården och omsorgen. Alla boende ska ha en kontaktperson som är känd för den enskilde och dennes anhörig och planeringen av insatserna ska ske tillsammans med den enskilde och/eller anhörig.

Genomförandeplanen ska beskriva vilka insatser som skall göras under morgon, dag, kväll och natt. Hur, när och vem som ska utföra respektive insats eller aktivitet ska beskrivas. Genomförandeplanen ska även beskriva vad den boende klarar själv och när den boende behöver stöd, guidning eller hjälp.

Den boendes vilja ska fångas upp, dokumenteras och ligga till grund för planering och utförande. Det ska ske genom daglig avstämning om vad de vill göra eller förändra i sin vardag.

Granskning av 20 slumpmässigt utvalda journaler visade att:

- 45% av genomförandeplanerna saknade anteckning om erbjudande om att upprätta en levnadsberättelse
- 45% av journalerna saknade en namngiven kontaktperson
- I 25% av genomförandeplanerna framgår inte den enskildes delaktighet
- I 25% av genomförandeplanerna framgår inte hur insatsen ska utföras under hela dygnet
- 25% av genomförandeplanerna är inte beskrivna så att det går att säkerställa att de görs på samma sätt oavsett vem som utför insatsen
- 100% av journalerna saknar dagliga anteckningar med förbättringsförslag och reflektion kring de boende

Förutom journalgranskning har även Socialstyrelsens kundundersökning (2019), som visar de boendes upplevelse av delaktighet varit en del av underlaget vid bedömningen. Kundundersökning visade att:

- 77% svarade ja på frågan: "Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras". Rikssnittet är 79%
- 42% 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%

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister. För att följa upp resultatet av era åtgärder kommer en ny granskning av dokumentation genomföras.

Mat, måltid och nutrition

Ni brister i denna avtalspunkt eftersom ni inte uppfyller samtliga krav.

Alla som får hjälp och stöd med mat eller måltider ska ha en aktuell genomförandeplan där individuella önskemål ska framgå utifrån vad, när, hur och med vem den boende önskar äta. I genomförandeplanen ska även insatser utifrån hälsoplaner och nutritionplaner dokumenteras.

Ni ska ha individuella bemötandeplaner som innefattar mat och måltid för personer med demenssjukdom.

Den mat som serveras ska smaka gott och vara anpassad till den boendes matvanor. Ni beskriver ert mål och er ambition som "Måltiderna ska vara så trivsamma att de boende upplever dem som dagens höjdpunkt och vill delta i gemenskapen".

Granskning av 20 slumpmässigt utvalda journaler visade att:

- 60% av genomförandeplanerna saknar beskrivning av önskemål kring mat, dryck och måltidsmiljö
- Av de 16 boende som hade risk för undernäring saknades det i 63% av genomförandeplanerna beskrivning av de åtgärder som satts in
- 64% av de boende på demensavdelningarna saknade en bemötandeplan

Förutom journalgranskning har även Socialstyrelsens kundundersökning (2019), som visar de boendes upplevelse av mat och måltidsmiljö varit en del av underlaget vid bedömningen. Kundundersökning visade att:

- 71% av de boende på Berggården svarade positivt på frågan "Hur brukar maten smaka?" Rikssnitt är 74%.
- 50% av de boende på Berggården svarade positivt på frågan "Upplever du att måltiderna på ditt äldreboende är en trevlig stund på dagen?" Rikssnitt är 68%.

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister. För att följa upp resultatet av era åtgärder kommer en ny granskning av dokumentation genomföras.

Anhörigstöd

Ni brister i denna avtalspunkt då ni inte uppfyller samtliga krav.

I genomförandeplanen ska det finnas beskrivet hur ofta ni ska höra av er, vid vilken tidpunkt och på vilket sätt kontakten ska ske.

Granskning av 20 slumpmässigt utvalda journaler visade att:

- 100% av genomförandeplanerna saknade information om hur, när och i vilken form kontakt med anhöriga ska ske

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister. För att följa upp resultatet av era åtgärder kommer en ny granskning av dokumentation genomföras.

Hälso- och sjukvård

Inför kvalitetsuppföljningen granskades tio journaler. Bedömningen är att ni brister i dokumentation av hälsostatus, hälsoplaner, informationsöverföring och riskbedömning enligt Senior Alert.

Granskning av tio slumpmässigt utvalda journaler visade att:

Hälsostatus

- 30% av patienterna saknade aktivitets och funktionsbedömning
- 90% av patienterna saknade bedömning av kroppsfunktioner/strukturer

Hälsoplaner

- Samtliga patienter som har hjälp med läkemedelshantering saknar hälsoplan för detta
- I samtliga granskade hälsoplaner saknas uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser
- I samtliga granskade journaler upptäcktes återkommande problem som beskrevs i daganteckningar men som saknade hälsoplaner. Det handlade om sår, eksem, förflyttningssvårigheter, blåsdysfunktion mm.

Informationsöverföring

- 70% av journalerna saknar samtycke för informationsöverföring av hälso- och sjukvård mellan vårdgivare

Riskbedömning enligt Senior Alert

- I journal framgår inte att en komplett riskbedömning enligt Senior Alert är utförd. Det är endast dokumenterat inom vilka områden patienten har risk. Enligt riktlinjen ska risk för fall, trycksår, undernäring, munhälsobedömning (ROAG) och blåsdysfunktion bedömas.
- Vid granskning har ingen patient risk för blåsdysfunktion trots att det går att utläsa att flertalet har problem med inkontinens. Bedömningen är att riskbedömning av blåsdysfunktion inte genomförs.

- Granskningen visade även att de hälsoplaner som hette ROAG var munhälsobedömningar utförda av tandhygienist och inte ROAG enligt Senior Alert. Tandhygienistens bedömning kan ej ersätta riskbedömning enligt Senior Alert.

Utföraren 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.

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister. För att följa upp resultatet av era åtgärder kommer en ny granskning av dokumentation genomföras.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Ni brister i denna avtalspunkt då ni inte arbetar enligt Riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder i Örebro läns kommuner, vilket ni ska göra enligt avtal.

Granskning av tio slumpmässigt utvalda journaler visade att:

- 90% av de boende hade en skydds- och begränsningsåtgärd i form av uppfällda sänggrindar. Det framgår att sänggrindar sätts in som en åtgärd för att hindra patient från att ta sig upp ur sin säng. Det finns upprepade incidenter där patient klättrat över sänggrinden för att ta sig ut och ändå har man fortsatt med skydds- och begränsningsåtgärden
- 100% saknade den riskbedömning som ska föregå en skydds- och begränsningsåtgärd

Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brister. För att följa upp resultatet av era åtgärder kommer en ny granskning av dokumentation genomföras.

Metod

Planerare och medicinskt ansvariga på Enheten för uppföljning har samlat in och granskat nedanstående underlag. Underlaget ligger till grund för det beslut som Enheten för uppföljning fattat i denna rapport. Med anledning av covid-19 och det besöksförbud som rådde på vård- och omsorgsboenden i Örebro kommun så genomfördes inget platsbesök. Istället begärdes handlingar in i större utsträckning. Bedömningen är att ett platsbesök inte skulle ha påverkat resultatet i denna rapport.

Underlag för bedömning:

- Digital kommunikation med utföraren i form av mejl och telefonsamtal
- Verksamhetens beskrivning av utlovade mervärden
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Journal
- Dokumentation
- Kundundersökning
- Myndighetsinformation
- Rutiner
- Policy
- Årsberättelse, verksamhetsplan
- Tidigare uppföljningar

Hanna Näsholm
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Myndighetsavdelningen
Örebro kommun