

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Skäpplandsgården

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i det avtal (Sov 113/2018) som 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.

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.

Skäpplandsgården

Skäpplandsgården är ett vård-och omsorgsboende beläget i västra delen av Örebro. På Skäpplandsgården finns 27 lägenheter fördelade på tre enheter. Två av enheterna är för personer med demenssjukdom och den tredje är 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, tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska senast den 12 november skicka in åtgärdsplanen till egetval@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:

- Kvalitetsledningssystem
- Riskanalyser
- Utredning av avvikelser
- Dokumentation och förvaring - HSL
- Personlig omvårdnad och service
- Individuell planering
- Bemötande
- Kontaktmannaskap
- Anhörigstöd
- Hälso- och sjukvård
- Läkemedelshantering
- Skydds- och begränsningsåtgärder

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

- Reviderade rutiner för introduktion 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 beskrivning av hur ni arbetar med riskanalyser där det framgår hur åtgärder och dess effekt ska följas upp
- Tio avidentifierade avvikelser från oktober 2020 och framåt
- 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 tar emot och hanterar instruktionerna som skickas vid HSL-rapport.
- En reviderad rutin där det framgår vem som är ansvarig för beställning och ersättare av akut buffertförråd

Handlingarna ska vara inskickade till eggetval@orebro.se senast den 11 januari 2021.

Enheten för uppföljning kommer därefter att följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning. En resultatuppföljning kommer att genomföras efter den 11 januari 2020. 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.

- **Egenkontroller**

Inför uppföljningen skickade ni in en beskrivning av hur ni arbetar med egenkontroller. Beskrivningen innehöll även en sammanställning av vilka egenkontroller som genomförts det senaste året, vilka brister som identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån bristerna samt hur ni 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.

- **Rapporteringsskyldighet**

Inför uppföljningen skickade ni in rutin som beskriver er hantering av missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållande. Rutinen beskriver rapporteringsskyldigheten och att samtliga medarbetare informeras om Lex Sarah och anmälningskyldigheten 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 tio slumpmässigt utvalda boendes journaler. Granskningen innefattade både verkställighetsjournaler och genomförandeplaner.

Granskningen visade att samtliga 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.

Aktiv och meningsfull tillvaro

Enligt avtal ska utföraren verka för att den enskilde ska uppleva en meningsfull tillvaro.

För att bedöma om ni uppfyller kravet gjordes en dokumentationsgranskning av tio slumpmässigt utvalda boendes genomförandeplaner. Granskningen visade att den boendes intressen och vad personen anser är meningsfullt framgår i genomförandeplaner.

Förutom granskning av genomförandeplaner 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:

- 60 % av de boende på Skäpplandsgården är nöjda med de aktiviteter som erbjuds. Rikssnitt 61 %
- 50 % svarade att de tycker att möjligheterna att komma utomhus är bra. Rikssnitt 58 %

Bedömningen är att ni uppfyller kravet.

Mat och måltider

Enligt avtal ska verksamheten sträva efter att ge varje enskild person positiva matupplevelser och därmed en högre livskvalitet.

För att bedöma om ni uppfyller kravet gjordes en dokumentationsgranskning av tio slumpmässigt utvalda boendes genomförandeplaner. Granskningen visade att det i genomförandeplaner framgick hur de boende vill ha sina måltider även önskemål kring mat, dryck och måltidsmiljö fanns beskrivet.

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:

- 78 % av de boende på Skäpplandsgården svarade positivt på frågan "Hur brukar maten smaka?" Rikssnitt 74 %
- 67 % svarade positivt på frågan "Upplever du att måltiderna på ditt äldreboende är en trevlig stund på dagen?" Rikssnitt 70 %

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.

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

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 och service 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 omvårdnadspersonalen när det tex gäller städning och tvätt så att de kan fokusera på den relationsinriktade vård och omsorgen. Kontinuerlig information och kommunikation ska ske genom överenskommelse mellan anhörig och kontaktman. 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 tio slumpmässigt utvalda boendes journaler genomfördes.

Inkomna handlingar som granskats visar att ni har ett serviceteam i syfte att frigöra tid för omvårdnadspersonal då de inte längre städar de boendes lägenheter varje vecka. Ni har en enkät (Nöjd Kund Index) med samma indikatorer för delaktighet och information som socialstyrelsens enkät och arbetar med åtgärder utifrån resultat. Ni har boenderåd som alla som bor på Skäpplandsgården blir kallade till. Vid senaste boenderådet diskuterades bland annat de aktiviteter som erbjuds, ensamhet, trivsel, mat och måltidsmiljö.

Biträdande verksamhetschef eller verksamhetschef informerar anhöriga om vad som händer på Skäpplandsgården via mejl minst en gång varje månad eller oftare vid behov. Kontaktperson och omvårdnadsansvarig sjuksköterska har telefonkontakt med anhöriga. En anhörigträff har anordnats sedan 1/9 2019, den som skulle ha varit i mars avbokades på grund av besöksförbud. Glöggmingel anordnades i december.

Vid granskning av inkomna handlingar noterades följande brist:

- Ni har inte hittat andra sätt att anordna anhörigträffar, aktiviteter och utbildningar för anhöriga under det besöksförbud som varit.

Dokumentationsgranskningen visade att den boendes delaktighet i utformandet av insatser framgick i genomförandeplaner. Namngiven kontaktperson framgick och egentid med kontaktperson var dokumenterad. 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. Den boendes intressen och vad personen anser är meningsfullt framgick och det fanns beskrivning av vilka aktiviteter som man kommit överens om med den boende i genomförandeplaner. Anteckning om utevistelse fanns. Det var dokumenterat hur service (tvätt, inköp, städ, hårvård) ska utföras.

Vid dokumentationsgranskningen noterades följande brister:

- Sex av tio genomförandeplaner saknade anteckning om att personen tillfrågats om att upprätta en levnadsberättelse
- I åtta av tio journaler saknades kontinuerliga anteckningar om teamträff/omvårdnadskonferens
- Ingen av de tio granskade journalerna hade anteckning om att ett avstämningssamtal genomförts
- Ingen av de sju personerna som bor på avdelning för personer med demenssjukdom hade en dokumenterad BPSD skattning
- Ingen av de sju personerna som bor på avdelning för personer med demenssjukdom hade en dokumenterad bemötandeplan
- Fyra av tio genomförandeplaner saknade 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. Kundundersökning visade att:

- 89 % svarade ja på frågan: "Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras". Riksnittet är 79 %
- 40 % 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 %

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 mervärdet.

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 dokumentationsgranskning av tio slumpmässigt utvalda boendes journaler genomfördes.

Inkomna handlingar som granskats visar att ni har en aktivitetsansvarig och fyra aktivitetsombud. Ni erbjuder ett varierat utbud av aktiviteter varje vecka som även innehåller fysiska aktivitet och utflykter. Ett glöggmingel anordnades i december. Ni har Wi-Fi och använder surfplatta så att de boende ska kunna hålla kontakt med anhöriga men även för dagliga aktiviteter som att spela spel och lyssna på musik. Ni har ett serviceteam som städar de äldres lägenheter varje vecka. De boende får svara på en enkät (Nöjd Kund Index) med samma indikatorer för aktiviteter och social samvaro som socialstyrelsens enkät och ni arbetar med åtgärder utifrån resultat.

Vid granskning av inkomna handlingar noterades följande brist:

- Ni har inte hittat andra sätt att anordna aktiviteter för anhöriga under det besöksförbud som varit.

Dokumentationsgranskningen visade att intressen och vad personen anser är meningsfullt framgick i genomförandeplanerna. Det fanns beskrivning av vilka aktiviteter som man kommit överens om med den boende. Det fanns anteckning om utevistelse. Veckovis egentid tillsammans med kontaktperson var dokumenterat. Träningsprogram eller rehabiliterande plan fanns.

Vid dokumentationsgranskningen noterades följande brister:

- Tre av tio personer saknade aktivitets- och funktionsbedömning av arbetsterapeut
- Tre av tio genomförandeplaner saknade anteckning om personens sociala nätverk
- I ingen av de tio granskade journalerna fanns Qualid mätning för personer med demenssjukdom dokumenterad

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:

- 60 % av de boende på Skäpplandsgården är nöjda med de aktiviteter som erbjuds. Rikssnitt 61 %
- 50 % 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 utlovar att en frukostbuffé ska erbjudas varje vecka. Det ska finnas två rätter att välja mellan till lunch. Varje helg ska en trerätters måltid erbjudas. De boende och anhöriga ska bjudas in till pubkvällar fyra gånger per år. Mellanmålen ska utvecklas. Ni ska ha tillgång till en dietist som ska delta vid omvårdnadskonferenser två gånger per år samt vid behov. 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 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 dokumentationsgranskning av tio slumpmässigt utvalda boendes journaler genomfördes.

Inkomna handlingar som granskats visar att ni serverar en större frukost på avdelningarna varje morgon där de boende får vara med och välja vad dom vill äta och vad som ska serveras. Till lunch finns det två rätter att välja mellan och varje helg erbjuds en tre-rätters middag. Pubkväll har erbjudits för de som bor på Skäpplandsgården, men med anpassning utifrån rådande pandemi. Personal äter pedagogisk måltid tillsammans med de boende. En gastronom och sex kostombud arbetar på Skäpplandsgården.

Vid granskning av inkomna handlingar noterades följande brister:

- Frukostbuffé har inte erbjudits varje vecka utan endast i restaurangen i samband med hälsovecka.
- Ni har inte hittat andra sätt att anordna aktiviteter för anhöriga under det besöksförbud som varit.
- Utbildning i Hållbar- och klimatsmart mat har inte genomförts.

Dokumentationsgranskningen visade att önskemål kring mat, dryck och måltidsmiljö var beskrivet och det framgick i genomförandeplan hur den boende vill ha sina måltider. Riskanalyser för undernäring var genomförda.

Vid dokumentationsgranskningen noterades följande brister:

- I ingen av de tio granskade journalerna fanns mellanmål beskrivna
- Tre av fem personer med dokumenterad risk för undernäring saknade åtgärder i genomförandeplan
- Tre av tio personer saknade dokumenterad aktivitets- och funktionsbedömning
- Åtta av tio journaler saknade kontinuerliga anteckningar om teamträff/omvårdnadskonferens
- I ingen av de tio granskade journalerna fanns anteckning om att dietist 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:

- 78 % av de boende på Skäpplandsgården svarade positivt på frågan "Hur brukar maten smaka?" Rikssnitt 74 %
- 67 % 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 Skäpplandsgården in.

Inkomna handlingar som granskats visar att merparten av omvårdnadspersonalen har 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:

- 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
- Utbildningarna Certifiering i Stjärnmärkt demensomsorg och Psykisk ohälsa hos äldre saknas i rutinerna
- Ingen personal på Skäpplandsgården har gått Norlandias introduktionsprogram i fyra steg. Endast aktivitetsansvarig har gått utbildningen Certifiering i Stjärnmärkt demensomsorg. En omvårdnadspersonal har gått Psykisk ohälsa hos äldre. Under det digitala mötet framgick att personal anställd sedan september 2019.

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/vikarie 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

Kvalitetsledningssystem

- Riskanalyser

Inför kvalitetsuppföljningen efterfrågades en beskrivning av hur ni arbetar med riskanalyser. Beskrivningen skulle även innehålla en sammanställning av vilka riskanalyser som genomförts det senaste året, anledning till att riskanalyserna genomfördes, vilka risker som identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån riskerna samt hur åtgärderna och dess effekt hade följts upp.

Er beskrivning och sammanställning av riskanalyser granskades. I beskrivningen gick det att följa processen men beskrivning av hur åtgärder och dess effekt ska följas upp saknas. Det syntes inte heller i sammanställningen hur åtgärder och dess effekt har följts upp.

Utifrån identifierade brist är bedömningen att ni inte uppfyller kravet Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brist. Ni ska även skicka in en reviderad beskrivning av hur ni arbetar med riskanalyser där det framgår hur åtgärder och dess effekt ska följas upp.

- Utredning av avvikelser

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

Inför uppföljningen efterfrågades följande:

- En rutin som beskriver hur synpunkter, klagomål, fel och brister tas emot och utreds. Det ska även framgå hur klagomål åtgärdas, analyseras och sammanställs.
- En sammanställning av SoL och HSL- avvikelser från det senaste året med beskrivning av de vanligaste avvikelse typerna, avvikelseorsakerna och de vanligaste åtgärderna och åtgärdernas effekt.
- Tio slumpmässigt utvalda och avidentifierade avvikelser från det senaste året.

Inskickade handlingar granskades. Rutinen och sammanställningen följer kommunens riktlinje. Samtliga granskade avvikelser är hanterade och följer samtliga steg.

Det som brister är:

- Det är dokumenterat att åtgärder som genomförts gett effekt men ni behöver även beskriva effekterna och hur bedömning och värdering har gjorts – hur man har kommit fram till resultatet. Endast en avvikelse av tio hade en beskrivning av effekten av åtgärden.

Utifrån identifierade brist är bedömningen att ni inte uppfyller kravet. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brist. Ni ska även skicka in tio avidentifierade avvikelser.

Dokumentation och förvaring - HSL

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.

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

Inskickad rutin granskades och den beskriver hur legitimerad personal gör när de överläter hälso- och sjukvård till omvårdnadspersonal att utföra. I rutinen saknas en beskrivning av hur instruktionerna tas emot och hanteras, det vill säga hur ni praktiskt går till väga för att göra instruktioner som skickas via HSL-rapport kända för omvårdnadspersonalen som ska utföra åtgärderna och hur ni säkerställer att instruktionerna är tillgängliga vid "besöket" hos den enskilde.

Utifrån identifierade brister är bedömningen att ni inte uppfyller kravet eftersom rutinen inte beskriver hela den process som efterfrågas. 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 tar emot och hanterar instruktionerna som skickas via HSL-rapport. Ni ska även i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brist.

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 kontaktmannskap med avstämningssamtal var fjortonde dag och egentid med kontaktperson varje vecka.

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

Det som brister är att:

- Ingen av de sju personer som bodde på avdelning för personer med demenssjukdom hade en dokumenterad bemötandeplan
- Ingen av de tio granskade journalerna hade anteckning om att ett avstämningssamtal hade genomförts
- Sex av tio genomförandeplaner saknade anteckning om att personen tillfrågats om att upprätta en levnadsberättelse

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:

- 100 % av de boende på Skäpplandsgården svarade positivt på frågan ”Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende”? Riksnittet 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 så 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.

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

Granskningen visade att den boendes delaktighet i utformandet av insatser framgår. Insatserna är väl beskrivna så förutsättning finns för att det görs på samma sätt oberoende av vem som utför dem och de framgår hur insatserna ska utföras under hela dygnet.

Det som brister är att:

- I sex av tio genomförandeplaner saknades anteckning om att personen tillfrågats om att upprätta en levnadsberättelse
- I åtta av tio journaler saknades kontinuerliga anteckningar om teamträff/omvårdnadskonferens

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

- 89 % svarade ja på frågan: "Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras". Riksnittet är 79%
- 40 % 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%

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 två värdegrundsledare vilket är enligt krav i avtal. Vidare har en granskning av tio slumpmässigt utvalda journaler genomförts.

Granskningen visade följande brister:

- I sex av tio genomförandeplaner saknas anteckning om att personen tillfrågats om att upprätta en levnadsberättelse
- Ingen av de sju personer som bodde på avdelning för personer med demenssjukdom hade en skattning av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) dokumenterad
- Ingen av de sju personer som bodde på avdelning för personer med demenssjukdom hade en dokumenterad bemötandeplan

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

- 100 % svarade att de får ett bra bemötande från personalen. Riksnittet 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 dokumentationsgranskning av tio slumpmässigt utvalda boendes journaler.

Granskningen visade att de boende hade en namngiven kontaktperson och egentid med kontaktperson var dokumenterat. Den boendes delaktighet i utformandet av insatser framgår i genomförandeplanerna. 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.

Det som brister är att:

- I ingen av journalerna fanns avstämningssamtal dokumenterat
- Sex av tio genomförandeplaner saknade anteckning om att personen tillfrågats om att upprätta en levnadsberättelse
- I fyra av tio genomförandeplaner 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.

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 tio slumpmässigt utvalda journaler genomförts.

Vid granskning av inkomna handlingar noterades följande brister:

- Ni har inte hittat andra sätt att anordna anhörigråd och anhörigträffar när de har ställts in på grund av rådande pandemi.

För att följa upp kravet genomfördes en dokumentationsgranskning av tio slumpmässigt utvalda boendes journaler.

Vid dokumentationsgranskningen noterades följande brister:

- Fyra av tio 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 tio slumpmässigt utvalda boendes journaler.

Vid granskning upptäcktes följande brister:

Hälsostatus:

- Fyra av tio patienter saknade en strukturerad aktivitets- och funktionsbedömning.
- Nio av tio patienter saknade en strukturerad bedömning av kroppsfunktioner/strukturer.

Hälsoplaner:

- Ingen av de tio granskade patienterna hade vårdplaner som innehåller beskrivning av samtliga steg i hälso- och sjukvårdprocessen. Totalt granskades 76 vårdplaner. 49% av dessa saknade en beskrivning av problem/risk, 73% saknade mål, 70% saknade uppföljning av de hälso- och sjukvårdsåtgärder som satts in.

Överläten hälso- och sjukvård:

- För hälso- och sjukvård som överläts till annan personal innehåller samtliga granskade journaler brister vad gäller dokumentation av vad som ska utföras, när det ska utföras, hur åtgärden ska utföras och vem som ska utföra den. Enligt er rutin ska instruktionerna skickas via HSL rapport i Safedoc till omvårdnadspersonal men inga HSL-rapporter med denna information hittades vid granskningen.

Informationsöverföring

- Det saknas samtycke för informationsöverföring av hälso- och sjukvård mellan vårdgivare för sex av tio patienter.

Senior Alert:

- Samtliga tio granskade patienter saknade en fullständig riskbedömning av alla områden enligt Senior alert, det vill säga risk för fall, undernäring, trycksår, munohälsa och blåsdysfunktion.

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

Läkemedelshantering

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

Inför kvalitetsuppföljningen skickade ni in en lokal rutin för läkemedelshantering. Rutinen är granskad och följer Örebro Kommuns riktlinje men det framgår inte tydligt vem som är ansvarig ersättare för beställning av akut buffertförråd.

Utifrån identifierade brist är bedömningen att ni inte uppfyller kravet. Ni ska skicka in en reviderad rutin där det framgår vem som är ansvarig för beställning och ersättare av akut buffertförråd. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att åtgärda ovannämnda brist.

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 dokumentationsgranskning av tio slumpmässigt utvalda boendes journaler. Tio slumpmässigt utvalda journaler granskades och av dessa innehöll sex journaler åtgärder i form av skydds- och begränsningsåtgärder. Dessa granskades för att se om det fanns samtycke dokumenterat för befintliga skydds- och begränsningsåtgärder, om det framgick vad syftet/målet med skydds- och begränsningsåtgärden är och om en riskbedömning fanns dokumenterad.

Vid granskning upptäcktes följande brister:

- För fem av sex personer som hade en begränsningsåtgärd framgår inte vad syftet med skydds- och begränsningsåtgärden är eller att det framgår att syftet/målet är att hindra personen från att förflytta sig.
- I samtliga 6 journaler saknas en dokumenterad riskbedömning för en eller flera befintliga skydds- och begränsningsåtgärder.

Utifrån identifierade brister är bedömningen att ni inte uppfyller kravet. 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