

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Örebro kommun, Södermalmshemmet

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i den överenskommelse verksamheten tecknat med Programnämnd social välfärd Örebro kommun Sov 278/2021. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång var tredje år på uppdrag av Programnämnd Social välfärd.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

Örebro kommun – Södermalmshemmet

Södermalmshemmet ligger nära stadens centrum, har 108 lägenheter och tolv avdelningar fördelade på två sexvåningshus. Tio avdelningar för personer med demenssjukdom. Två avdelningar är för personer med somatisk sjukdom.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Södermalmshemmet ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Södermalmshemmet ska senast den 20 mars 2023 skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se. Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Kvalitetsledningssystem

- Samverkan
- Riskanalyser
- Egenkontroller
- Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

Dokumentation i IT-system - Nationella register

Skydds- och begränsningsåtgärder

Mat, måltid och nutrition

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

- Rutin för samverkan som innehåller samtliga ni samverkar med inom regionen. En tydlig beskrivning/instruktion över hur samverkan sker och en tydlig beskrivning av ansvarsfördelningen ska finnas beskrivet i rutinen.
- Rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser. Rutinen ska innehålla en tydlig ansvarsfördelning över vem som gör vad i arbetet med riskanalyser samt en tydlig beskrivning/instruktion av utförandet.
- Riskanalyser som ni genomfört med dokumenterad uppföljning av åtgärder och effekter.
- En genomförd egenkontroll avseende SoL – dokumentation. Av egenkontrollen ska det framgå vilka brister ni identifierat, vilka åtgärder ni satt in, vem som är

ansvarig för respektive åtgärd samt hur och när ni planerar att följa upp åtgärderna och vem som är ansvarig för uppföljningen.

- En beskrivning av hur ni i er verksamhet hanterar inkomna klagomål och synpunkter, beskrivningen ska specifikt innehålla en beskrivning av hur ni avser att arbeta för att informera och möjliggöra för den enskilde och anhöriga att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till Örebro kommun.
- En rutin som beskriver:
 - Hur ni genomför egenkontroll av verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter. Detta innefattar egenkontroll av både avvikelse- och klagomålshantering.
 - Hur ni samverkar vid avvikelshantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredningen av en händelse
- En beskrivning på hur ni ska implementera den centrala rutinen för mat, måltid och nutrition som beskriver hur man ska arbeta för att förebygga och upptäcka risker för undernäring, men också hur man utreder och behandlar nutritionstillståndet. Alternativt inkomma med en egen utformad rutin som beskriver hur man förebygger, utreder och behandlar undernäring.

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast den 15 maj 2023.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 15 maj 2023. Vilket innebär att vi kommer granska inkomna rutiner beskrivningar och riskanalyser, genomföra en granskning gällande rapporterade händelser i reserva. Ett nytt registeruttag från Senior Alert kommer att begäras in samt en ny inventering av skydds- och begränsningsåtgärder.

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

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Dokumentation

Enligt överenskommelsen ska dokumentation ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOFS 2014:5 om dokumentation vid genomförande av insatser enligt SoL. Utföraren ska också följa Örebro kommuns och region Örebro läns riktlinjer och styrdokument gällande dokumentation. Enligt riktlinje för dokumentationsskyldighet enligt SoL ska genomförandeplan påbörjas omgående och vara färdigställd senast 30 dagar efter mottaget uppdrag och uppdateras vid behov eller minst var sjätte månad. Det ska framgå vilka personer som varit delaktiga vid upprättandet av genomförandeplanen och på vilket sätt den boende varit delaktig. Det praktiska genomförandet av individens stöd avseende vård- och omsorgsinsatser ska vara beskrivet i genomförandeplanen. Dokumentation i verkställighetsjournal ska visa åtgärder som vidtas för den enskilde samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse för genomförandet av insatser. Dokumentationen ska utformas med respekt

för den enskildes integritet. Dokumentation om de boende ska förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen (1990:782).

För att bedöma om ni uppfyller kravet på dokumentation genomfördes en dokumentationsgranskning av 30 slumpmässigt utvalda boendes dokumentation. Granskningen innefattade genomförandeplaner samt den löpande dokumentationen i verkställighetsjournal.

Granskningen visade att 26 genomförandeplaner var aktuella, dvs uppföljda inom de senaste sex månaderna, dessa granskades vidare utifrån dess innehåll. Granskningen visade att det i samtliga fanns relevant information, dvs info om kp, hur insatsen ska utföras över dygnet samt vilka behov och önskemål kring mat och måltider.

Vidare granskades verkställighetsjournaler för de 30 slumpmässigt utvalda boende. Granskningen visade att samtliga journaler innehöll händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid. Det går att följa vad som genomförts och hur situationen ser ut för den boende och samtligt dokumentationen är utformad med respekt för den enskilde.

Bedömning

Utifrån genomförd dokumentationsgranskning gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni uppfyller de krav som ställs i överenskommelsen gällande dokumentation i tillräcklig omfattning.

Anhörigstöd

Enligt överenskommelse ska utföraren ha en rutin som beskriver hur verksamheten arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen. För att bedöma om ni uppfyller kravet på anhörigstöd begärde vi in er rutin som beskriver den anhöriges delaktighet.

Rutinen som ni skickade in innehöll en beskrivning av hur ni praktiskt arbetar i er verksamhet med delaktighet och stöd till anhöriga. Ansvarsfördelningen är tydligt beskriven i rutinen.

Bedömning

Utifrån inkommen rutin gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni uppfyller krav som ställs i överenskommelsen gällande anhörigstöd då rutinen innehåller efterfrågade delar.

Hygien och smittskydd

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa riktlinje för basal hygien inom kommunal vård och omsorg. Enligt angiven riktlinje ska varje arbetsplats som bedriver patientnära vård ha tillgång till flera hygienombud. För att bedöma om ni uppfyller kravet gällande hygien och smittskydd begärde vi in en kompetensinventering samt gjorde en observation på platsbesöket. Av kompetensinventeringen kunde vi utläsa att ni har 15 hygienombud i er verksamhet. Vid rundvandring i verksamhetens lokaler observeras välfyllda förråd för förbrukningsmaterial samt god tillgång på arbetskläder i samtliga storlekar. Personalens upplevelse är att det finns tillräckligt med förbrukningsmaterial och kläder för dagligt byte.

Bedömning

Utifrån att ni har utsedda hygienombud och utifrån observationen på platsbesöket gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni uppfyller de krav som ställs i överenskommelsen gällande hygien och smittskydd.

Hälso- och sjukvård

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa gällande lagar och föreskrifter för hälso- och sjukvård samt Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument för hälso- och sjukvård. Detta innebär att utföraren ska ha en rutin som beskriver hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts från utförarens legitimerade personal till omvårdnadspersonal. Rutinen ska även beskriva hur omvårdnadspersonal praktiskt tar emot och planerar för fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder så att de blir kända och finns tillgängliga för den personal som ska utföra dem. Rutinen ska även omfatta den hälso- och sjukvård som överläts av regionens legitimerade personal till utförarens omvårdnadspersonal.

För att bedöma om ni uppfyller kravet gällande hälso- och sjukvård begärde vi in er rutin för överlätna hälso- och sjukvårdsåtgärder. Rutinen ni skickade in granskades och den innehöll samtliga efterfrågade delar.

Bedömning

Utifrån inkommen rutin gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni uppfyller krav som ställs i överenskommelsen gällande Hälso- och sjukvård då rutinen innehåller efterfrågade delar.

Palliativ vård

Enligt Överenskommelsen ska utföraren följa Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument för palliativ vård. Detta innebär bland annat att er verksamhet ska ha utsedda palliativa ombud samt palliativa ombudssamordnare. För att bedöma om ni uppfyller kravet gällande palliativ vård begärde vi in en kompetensinventering. Av inventeringen kunde vi utläsa att ni har 19 palliativa ombud samt två palliativa ombudssamordnare.

Bedömning

Utifrån att ni har utsedda palliativa ombud och ombudssamordnare gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni uppfyller krav som ställs i överenskommelsen gällande palliativ vård.

Kompetens - omvårdnadspersonal

Enligt överenskommelsen ska minst 85 % av all omvårdnadspersonal ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. För att bedöma om ni uppfyller krav gällande kompetens begärdes en kompetensinventering in. I den framgår att 92% av omvårdnadspersonal har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Bedömning

Utifrån att ni har 92% utbildad omvårdnadspersonal gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni uppfyller krav som ställs i överenskommelsen gällande omvårdnadspersonalens kompetens.

Brister i kvalitetskrav

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

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Enligt överenskommelsen ska utföraren säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningarna som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession. För att bedöma om ni uppfyller kravet gällande utbildningar begärde vi in en kompetensinventering. Av inventeringen kunde vi utläsa att personal i tillräckligt stor utsträckning genomfört följande obligatoriska utbildningar;

- Basala hygienrutiner inom vård och omsorg
- Demens ABC
- Manuella förflyttningar och lyftkörkort
- Palliativ utbildning.

Däremot har få personal genomfört följande obligatoriska utbildningar;

- Vardagsrehabilitering
- Mat, måltid och nutrition
- SBAR
- Verksamhetssystem Treserva
- Vardagsrehabilitering gällande IBIC.

På platsbesöket framkommer att verksamheten just nu har ett pågående arbete med att kartlägga personalens utbildningsbehov. Detta sker via enskilda avstämningsamtal.

Bedömning

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller de krav i överenskommelsen som ställs på utbildningar då få av personalen genomgått de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller.

Ni ska i er åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att säkerställa att all personal genomgår samtliga obligatoriska utbildningar. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Inför resultatuppföljningen kommer vi att begära in en ny kompetensinventering.

Kvalitetsledningssystem

- Samverkan

Enligt Överenskommelsen ska utföraren ha rutiner som beskriver hur samverkan och informationsöverföring sker internt mellan olika professioner och funktioner. Vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används samt hur samverkan sker med regionen. För att bedöma om ni uppfyller kravet på samverkan begärde vi in er rutin för samverkan.

Rutin ni skickade in granskades och bedömningen är att den innehåller en beskrivning av hur samverkan och informationsöverföring sker internt mellan olika professioner och funktioner. Den innehåller också en beskrivning av vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används. Under platsbesöket framkommer att man som personal har ett ansvar att läsa i treserva när man kommer tillbaka efter frånvaro, dvs att

man läser in sig på vad som skett under perioden man varit frånvarande från arbetet. Detta framkommer inte i er rutin men är en viktig del som behöver läggas till.

Bedömning

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller de krav som ställs avseende samverkan i överenskommelsen. Av rutinen framkommer att ni samverkar med sjukgymnast och läkare men det saknas en tydlig beskrivning/instruktion av hur samverkan går till. Rutinen saknar även en beskrivning av ansvarsfördelning, dvs. vem som ansvarar för vad vid samverkan. Under platsbesöket framkommer också att ni samverkar med flera funktioner inom regionen, exempelvis tandhygienist.

Ni ska i er åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen samt inkomma med en reviderad rutin för samverkan. Rutinen ska kompletteras med information om personalens ansvar att läsa i tresa för den tid man varit frånvarande. Rutinen ska även innehålla en beskrivning av samtliga ni samverkar med inom regionen. Det ska finnas en tydlig beskrivning/instruktion över hur samverkan sker och en tydlig beskrivning av ansvarsfördelningen.

Kvalitetsledningssystem

- Riskanalyser

Enligt överenskommelsen ska utföraren genomföra riskanalyser inför förändringar i organisationen som skulle kunna innebära att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar, föreskrifter och styrdokument. Handlingsplaner ska upprättas och åtgärder vidtas för de risker som identifierats. Riskanalyser och det förbättringsarbete som genomförs ska dokumenteras. För att bedöma om ni uppfyller kravet på riskanalyser begärde vi in följande:

- Rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser.
- En sammanställning över genomförda riskanalyser för de senaste 12 månaderna. Av sammanställningen ska det framgå:
 - vilka riskanalyser som genomförts
 - anledning till att riskanalyserna genomfördes
 - vilka risker som identifierades
 - vilka åtgärder som genomfördes utifrån riskerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt.

Rutinen som ni skickade in granskades och bedömningen är att den innehåller en övergripande beskrivning av hur verksamheten arbetar med Riskanalyser. Rutinen saknar en tydlig ansvarsfördelning över vem som gör vad i rutinen samt en tydlig beskrivning/instruktion av utförandet. Exempelvis framgår inte vem som har ett ansvar för att dokumentera utförda riskanalyser samt vart detta görs.

Av sammanställning ni inkom med kan vi se vilka riskanalyser ni genomfört, vad som föranlett dem, vilka risker ni identifierat samt vilka åtgärder ni vidtagit. Det som inte framgår av sammanställningen är om ni följt upp åtgärderna och dess effekt. På platsbesöket framkommer att ni inte dokumenterar uppföljning av åtgärderna utan att det sker muntligt.

Bedömning

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller de krav på riskanalyser som ställs i överenskommelsen då ni inte dokumenterar uppföljning av insatta åtgärder. I arbetet med riskanalyser är uppföljning av åtgärder en nödvändig del för att kunna utvärdera

effekten och eventuellt vidta flera åtgärder. Ni behöver arbeta vidare med de riskanalyser som ni gjort, ni behöver följa upp de åtgärder som ni satt in och bedöma effekten av dem. När ni gjort detta ska ni skicka in riskanalyserna till Enheten för uppföljning. Ni ska också i er åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta med att komma till rätta med bristen. Ni ska inkomma med en reviderad rutin innehåller en tydlig ansvarsfördelning över vem som gör vad i arbetet med riskanalyser samt en tydlig beskrivning/instruktion av utförandet.

Kvalitetsledningssystem

- Egenkontroller

Enligt överenskommelsen ska utföraren regelbundet genomföra egenkontroller inom den egna verksamheten i syfte att säkra verksamhetens kvalitet. Utföraren ska utöver de egenkontroller som verksamheten själva bedömer krävs även årligen genomföra egenkontroll inom de områden som uppdragsgivaren begär. Dessa områden är; basal hygien, dokumentation samt följsamhet till avvikelseprocessen. För att bedöma om ni uppfyller kravet på egenkontroller ombads ni skicka in följande:

- En sammanställning av genomförda egenkontroller för de senaste 12 månaderna. Av sammanställningen ska det framgå:
 - vilka egenkontroller som har genomförts.

Om ni identifierat brister ska det i sammanställningen även framgå:

- vilka åtgärder som genomfördes utifrån bristerna
- hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt.

Av er sammanställning kunde vi se att ni genomfört egenkontroller under de senaste 12 månaderna avseende er följsamhet till basal hygien inom kommunal hälso-och sjukvård, dokumentation HSL samt avvikelseprocessen avseende avvikelser. Ni har inte genomfört någon egenkontroll avseende SoL - dokumentation och egenkontroll avseende avvikelseprocessen innefattar inte klagomål och synpunkter.

Av sammanställningen kunde vi se vilka brister ni identifierat samt vilka åtgärder ni vidtagit utifrån bristerna. Det som inte framgår av sammanställningen är om ni följt upp åtgärderna och dess effekt och om det finns en handlings/åtgärdsplan kopplat till de brister som har identifierats. Under platsbesöket framkommer att ni inte dokumenterat uppföljningar av insatta åtgärder, utan att detta skett muntligen. Det framkommer också att ni inte presenterat resultatet av egenkontrollerna för medarbetena pga. att ni varit en enhetschef kort. Ni informerar oss om att ni inte genomfört någon egenkontroll för social dokumentation då ni inte upplevde det som tydligt att det skulle göras och gällande egenkontroll avvikelser har ni inte säkerställt att den även innefattar klagomål/synpunkter.

Bedömning

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller de krav som ställs på egenkontroller i överenskommelsen då det av inskickad sammanställning framgår att verksamheten inte arbetar med dokumenterade uppföljningar av insatta åtgärder. Verksamheten brister också då ni inte genomfört någon egenkontroll av den sociala dokumentationen som förs i verkställighetsjournal.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan där ni beskriver hur ni ska säkerställa att uppföljning av insatta åtgärder sker och att det dokumenteras. Ni ska också i er åtgärdsplan beskriva hur ni säkerställer att egenkontroll av den sociala dokumentationen genomförs årligen enligt gällande överenskommelse. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska genomföra en egenkontroll avseende SoL – dokumentation och inkomma med till Enheten för uppföljning. Av egenkontrollen ska det framgå vilka brister ni identifierat, vilka åtgärder ni satt in, vem som är ansvarig för respektive åtgärd samt hur och när ni planerar att följa upp åtgärderna och vem som är ansvarig för uppföljningen.

Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

- Avvikelser

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren har ett ansvar att rapportera, utreda och följa upp händelser som sker i eller kommer till verksamheten. Med händelser menas avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren ska genom ett strukturerat kvalitetsarbete förebygga att missförhållanden och vårdskador inträffar. För att bedöma er följsamhet till Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter gällande avvikelshantering granskade vi era rapporterade händelser i avvikelsemodulen i treserva mellan perioden 211211-221211. Under den aktuella perioden har ni rapporterat 635 händelser varav 257 är bedömda som en avvikelse. Dessa 257 har ni hanterat med god följsamhet till riktlinjen i samtliga steg. Det innebär att ni arbetar med att utreda, bedöma, åtgärda och följa upp de händelser som av er är bedömda som en avvikelse.

När vi genomförande granskningen så identifierade vi även 252 rapporterade händelser som inte var kategoriserade, det innebär att de inte var bedömda som en avvikelse alt. ingen avvikelse. Denna värdering gör man under steget bedöma och är en förutsättning för att kunna gå vidare i processen. Av dessa 252 rapporterade händelser var 171 utredda men där stannar de i processen.

Bedömning

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller de krav som ställs på Rapportering och utredning av avvikelser i överenskommelsen då ni brister i er följsamhet till gällande riktlinje. Ni har ett stort antal rapporterade händelser som ni inte hanterat enligt gällande riktlinje. Ni har varken utrett, bedömt, åtgärdat eller följt upp dessa. Ni behöver säkerställa att samtliga rapporterade händelser hanteras i enlighet med gällande riktlinje, dvs att de utreds, bedöms, åtgärdas och följs upp.

Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

- Klagomål och synpunkter

För att bedöma er följsamhet till Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter användes följande underlag;

- Vi begärde ut eventuella klagomål, synpunkter och Lex Sarah som rapporterats till IVO under de senaste 36 månaderna.
- Vi genomförde en sökning av klagomål och synpunkter som kommit till er verksamhet via W3D3 samt eventuella Lex Sarah utredningar.
- Vi granskades rapporterade synpunkter/klagomål i avvikelsemodulen i treserva.
- Socialstyrelsens kundundersökning.

Från IVO fick vi ta del av tre klagomål som inkommit till dem gällande Södermalms hemmet och i W3D3 fanns 10 klagomål registrerade. Vi kunde också i W3D3 se att det i verksamheten genomförts 11 Lex Sarah utredningar.

Ovan nämnda utredningar, klagomål och synpunkter handlar främst om personal som brister i sitt bemötande gentemot boende och stölder av de boendes privata ägodelar. Enbart tre av de klagomål som fanns registrerade i W3D3 återfanns i avvikelsemodulen i treserva.

På platsbesöket ombads verksamheten att redogöra för hur man arbetat med dessa utredningar, klagomål och synpunkter. Enhetschefen berättar att när det gäller brister i bemötande så har enhetschefen alltid ett klargörande samtal med berörd medarbetare. Det är en arbetsrättslig åtgärd och samtalet utgår från en mall framtaget av HR-avdelning. Utifrån samtalet tas en handlingsplan fram och sedan genomförs regelbundna avstämningar med berörd personal. Enhetschefer informerar också om att de har haft planeringsdagar under hösten där de tagit upp och pratat om värdegrunden. Vad gäller återkommande stölder så är det en svårighet i att klargöra vad som faktiskt skett. Det framkommer också att inkomna klagomål/synpunkt och Lex Sarah utredningar lyfts i omvårdnadsgrupperna och diskuteras.

Vidare granskades rapporterade synpunkter/klagomål i avvikelsemodulen i treserva, granskad innefattade perioden 191211-221211. Under den aktuella perioden fanns 59 rapporterad klagomål/synpunkter. Granskningen visade att verksamheten arbetar med att utreda klagomålen/synpunkterna men brister i att bedöma, åtgärda och följa upp insatta åtgärder.

Inom ramen för denna punkt i överenskommelsen tittade vi också på resultatet från Socialstyrelsens kundundersökning gällande just klagomål och synpunkter. Den frågan vi tittade på var;

- Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet?

Södermalms hemmet hade 38% positiva svar vilket är lägre än både övriga Örebro kommun samt riket.

Bedömning

Den sammantagna bedömningen är att verksamheten inte uppfyller de krav som ställs i överenskommelsen avseende rapportering och utredning av klagomål och synpunkter då ni inte hanterar dessa i enlighet med gällande riktlinje. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att samtliga rapporterade händelser hanteras enligt gällande riktlinje. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Ni ska även inkomma med en beskrivning av hur ni i er verksamhet hanterar inkomna klagomål och synpunkter, beskrivningen ska specifikt innehålla en beskrivning av hur ni avser att arbeta för att informera och möjliggöra för den enskilde och anhöriga att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till Örebro kommun. Ni ska även inkomma med en rutin som beskriver:

- Hur ni genomför egenkontroll av verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter. Detta innefattar egenkontroll av både avvikelse- och klagomålshantering.

- Hur ni samverkar vid avvikelshantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredningen av en händelse.

Dokumentation i IT-system (Nationella register)

Enligt överenskommelsen och Örebro kommuns riktlinje för vårdprevention ska utföraren genomföra riskbedömning enligt Senior Alert. De områden som ska riskbedömas är trycksår, undernäring, fall, blåsdysfunktion och munhälsa. Utifrån identifierade risker ska åtgärder genomföras och följas upp. Utföraren ska vidta adekvata åtgärder för att förebygga eller åtgärda de risker som identifieras. Enligt krav ska boenden med demensinriktning registrera i BPSD-registret och använda det arbets sätt som beskrivs där. För att bedöma om ni uppfyller kravet på dokumentation i IT-system (nationella register) begärdes ett registeruttag från Senior Alert in. Vi granskade även inkommen kompetensinventering för att se om verksamheten hade BPSD-administratörer.

Uttaget från Senior Alert visar att verksamheten genomfört 41 riskbedömningar avseende risk för fall, trycksår och undernäring. Vad gäller blåsdysfunktion har 14 riskbedömningar gjorts och 28 riskbedömningar avseende munhälsa. Under platsbesöket framkommer att verksamheten är medvetna om att detta är eftersatt, detta framkommer också i den sammanställning egenkontroll som verksamheten inkommit med.

Enligt kompetensinventeringen har verksamheten 26 BPS administratörer.

Bedömning

Bedömning är att verksamheten inte uppfyller de krav som ställs i överenskommelsen avseende dokumentation i IT-system då ni inte utför och registrerar riskbedömningar inom de riskområden ni ska enligt Senior Alert. Ni ska i er åtgärdsplan beskriva hur ni ska säkerställa att riskbedömningar utförs för samtliga boende inom alla fem riskområden i Senior Alert. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Inför resultatuppföljningen kommer vi att begära in ett nytt registeruttag från Senior Alert.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa riktlinjer och styrdokument för skydds- och begränsningsåtgärder. Utföraren ska ha ett strukturerat arbets sätt för att minimera användandet av skydds- och begränsningsåtgärder genom att om möjligt hitta andra lösningar än sådana som begränsar. Följande delar ska dokumenteras i verkställighetsjournal respektive hälso- och sjukvårdsjournal inför användning av skydds- och begränsningsåtgärder:

- Riskbedömning av begränsningsåtgärden
- Syftet/målet med begränsningsåtgärden
- Samtycke till begränsningsåtgärden

För att bedöma om ni uppfyller kravet gällande skydds- och begränsningsåtgärder fick ni göra en inventering av verksamhetens skydds- och begränsningsåtgärder i form av rullstolsbord, positioneringsbälte och/eller uppfällda sänggrindar. Vi kan utifrån den se att ni har 28 skydds- och begränsningsåtgärder. Av sammanställningen kan vi se att ni dokumenterar samtycke och syfte till skydds- och begränsningsåtgärden men brister i att dokumentera riskbedömning samt följa upp skyddsåtgärden inom angiven tid.

Under platsbesöket framkommer att Arbetsterapeuten inte alltid får efterfrågad dokumenterad återkoppling i treserva från personal avseende insatta skydds- och begränsningsåtgärder. Vilket är en förutsättning för att kunna följa upp åtgärden.

Bedömning

Bedömningen är att verksamheten inte uppfyller de krav som ställs i överenskommelsen avseende skydds- och begränsningsåtgärder då ni uteblir att dokumentera riskbedömningen samt uppföljningen av åtgärden. Ni ska i er åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att säkerställa att samtliga kravställda delar dokumenteras avseende skydds- och begränsningsåtgärden. Inför resultatuppföljningen kommer ni att få genomföra en ny inventering.

Mat, måltid och nutrition

Enligt överenskommelse ska utföraren följa Örebro kommuns riktlinjer för mat, måltid och nutrition. I den beskrivs utförarens ansvar för bland annat mat, måltid, riskbedömning, nutritionsutredning och behandling. För att bedöma om ni uppfyller kravet på mat, måltid och nutrition granskades följande;

- Vi begärde vi in er rutin som beskriver när och hur en patients näringstillstånd ska utredas, hur undernäring ska förebyggas och vid behov behandlas.
- Vi har i samband med granskning av genomförandeplaner tittat om behov och önskemål kring mat och måltider finns beskrivet.
- Vi har tagit del av resultatet från Socialstyrelsens kundundersökning gällande hur de boende upplever att maten brukar smaka samt om de upplever att måltiderna på boendet är en trevlig stund på dagen.

Nedan redovisas granskningens resultat utifrån de olika delar som granskats;

- Rutinen

Ni inkom men riktlinjen för mat, måltid och nutrition och ni uppgav att ni inte har någon annan rutin för detta. Riktlinjen ni inkom med förbinder verksamheten till att ha rutiner som beskriver när och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt hur undernäring ska förebyggas och vid behov behandlas.

- Genomförandeplaner

Granskning av genomförandeplaner innefattade de 26 som var aktuella, dvs uppföljda inom de senaste sex månaderna. I samtliga av dessa fanns dokumentation avseende mat och måltider.

- Socialstyrelsens kundundersökning

De frågor vi tittat på i Socialstyrelsens undersökning är: Hur brukar maten smaka? Där hade ni 54% positiva svar vilket är lägre än riket som hade 71%. På frågan, Upplever du att måltiderna på ditt äldreboende är en trevlig stund på dagen? Där hade ni 54% positiva svar vilket också är lägre än riket som ligger på 66%.

Under platsbesöket framkommer att ni inte har någon rutin som beskriver när och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt hur undernäring ska förebyggas och vid behov behandlas. Undertecknad informerar er om att det finns en central rutin framtagen som man kan använda sig av, ni behöver ta ställning till om ni ska implementera den centrala rutinen i er verksamhet eller om ni ser ett behov av att ta fram en egen rutin som beskriver när och hur en patients näringstillstånd ska utredas, hur undernäring ska förebyggas och vid behov behandlas.

Bedömning

Den sammantagna bedömningen är att ni inte uppfyller kravet i överenskommelsen avseende mat, måltid och nutrition då ni saknar efterfrågad rutin.

Ni behöver inkomma med en beskrivning på hur ni ska implementera den centrala rutinen i er verksamhet, alternativt inkomma med en egen rutin. Ni ska också i er åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta med resultatet från Socialstyrelsens kundundersökning. Under platsbesöket uppgav ni att ett arbete redan är påbörjat med att komma till rätta med britsen och gav exempel på olika aktiviteter. Dessa aktiviteter ska framgå i er åtgärdsplan samt tidsplan och vem som är ansvarig för respektive aktivitet.

Metod

Avtalscontrollers inom Enheten för uppföljning har samlat in och granskat nedanstående underlag. Underlaget ligger till grund för det beslut som Enheten för uppföljning fattat i denna rapport. Uppföljningen har även innefattat ett platsbesök i verksamheten.

Underlag för bedömning:

- Intervju
- Observation
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Journal
- Dokumentation
- Kundundersökning
- Myndighetsinformation
- Rutiner
- Tidigare uppföljningar

Melisa Hasanbegovic, Avtalscontroller

Enheten för Uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun