

# Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Rynningeviken Örebro kommun

## 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 642/2018. 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.

## Rynningeviken, Örebro kommun

Rynningeviken är ett vård- och omsorgsboende beläget på norr i Örebro. På Rynningeviken finns 54 lägenheter fördelat på tre avdelningar. Avdelningarna har inriktning somatik. På Rynningeviken jobbar totalt ca 80 personal. Rynningeviken började sin verksamhet 1 november 2019 då Örebro kommun övertog verksamheten av en annan utförare som bedrivit hemtjänst. I samband med övertagandet flyttade Ädelgårdens vård- och omsorgsboende till Rynningeviken. Till en början var de boende en blandning av personer med beslut om vård- och omsorgsboende och hemtjänst, vid uppföljningstillfället är det en person som fortsatt har hemtjänst.

## Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Rynningeviken ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Rynningeviken ska senast den **23 april 2021** skicka in åtgärdsplanen till [eggetval@orebro.se](mailto:eggetval@orebro.se) Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

- **Kvalitetsledningssystem**
  - Rapporteringsskyldighet
- **Dokumentation och förvaring SOL**
- **Aktiv och meningsfull tillvaro**
- **Mat, måltid och nutrition**
- **Individuell planering**
- **Hälso- och sjukvård**
- **Skydds- och begränsningsåtgärder**

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

- En uppdaterad Rutin för rapporteringsskyldighet, som förutom det den redan innehåller behöver den uppdateras med hur personal informeras både skriftligt och muntligt årligen.

Handlingarna ska vara inskickade till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se) senast den **4 juni 2021**.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den **4 juni 2021**. Vilket innebär att vi kommer granska inkomna rutiner, genomföra en dokumentationsgranskning gällande aktuella genomförandeplaner samt granska dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournaler.

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

Enheten för uppföljning har även identifierat brister av mindre omfattning i er verksamhet. För dessa brister tilldelas verksamheten ett påpekande. Mindre omfattande brister har identifierats inom följande kvalitetskrav:

#### **Kvalitetsledningssystem**

- Utredning av avvikelser

De brister som är mindre omfattning ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Ni ska enligt överenskommelse i kommande kvalitetsberättelse beskriva hur verksamheten åtgärdat de brister vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett.

## **Bedömning**

### **Uppfyllda kvalitetskrav**

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav:

- Kvalitetsledningssystem
  - Samverkan
  - Riskanalyser
  - Egenkontroller
- Dokumentation och förvaring HSL
- Läkemedelshantering
- Vård i livets slutskede
- Personlig omvårdnad
- Bemötande
- Anhörigstöd
- Kontaktmannaskap

## **Kvalitetsledningssystem**

### **- Samverkan**

Enligt överenskommelsen ska ledningssystemet innehålla rutiner för extern och intern samverkan. Av rutinerna ska det framgå hur samverkan bedrivs i den egna verksamheten men även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter.

Ni har skickat in två rutiner för intern samverkan; Lokal Rutin för rapportering mellan arbetspass och Lokal Rutin för rapport mellan sjuksköterska/arbetsterapeut och omvårdnadspersonal samt en rutin för extern samverkan.

Rutinerna beskriver hur informationsöverföring sker mellan arbetspassen, muntlig och skriftlig rapport samt vilka övriga aktörer boendet samverkar med, hur det sker samt vem som är ansvarig. Rutinerna innehåller ett bestämt tillvägagångssätt och ansvarsfördelningen är tydlig.

Bedömningen är att ni lever upp till de krav som ställs i överenskommelsen gällande samverkan.

### **- Riskanalyser**

Enligt överenskommelsen ska riskanalyser vara en del av arbetet med ledningssystem. Riskanalyser ska genomföras för att förebygga att händelser som påverkar verksamhetens kvalitet inträffar.

Ni har inkommit med efterfrågad sammanställning över genomförda riskanalyser där ni även uppger att ni använder er av Örebro kommuns gemensamma rutin för riskanalys. Ni beskriver att ni gör riskanalyser kring arbetsmiljö i lägenhet vid inflytt. Ni har visat att ni gjort en riskanalys med anledning av covid -19 där er rapport visar beskrivning av risker, sannolikheten att risken uppstår, vilka åtgärder som genomförs, vem som är ansvarig samt en tidsplan för när det följs upp.

Ni beskriver vid digitalt möte att det inte skett några större förändringar i arbetsgrupp eller något annat som skulle föranleda en riskanalys. Däremot finns en tanke om att göra en ombyggnation på Rynningeviken och ni beskriver det som ett exempel då ni behöver göra en riskanalys.

Bedömningen är att ni lever upp till de krav som ställs i överenskommelsen gällande riskanalyser.

### **- Egenkontroller**

Enligt överenskommelsen ska egenkontroller vara en del av verksamhetens ledningssystem. Egenkontroller ska genomföras som en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten.

Ni har inkommit med efterfrågad sammanställning av genomförda egenkontroller. Ni har visat att ni genomfört egenkontroller under året gällande hygien, genomförandeplaner, journalgranskning och avvikelser. Ni har även visat

de handlingsplaner ni gjort som innehåller bristen, vilka åtgärder ni ska genomföra, vem som är ansvarig samt en tidsplan för när ni ska följa upp.

Bedömningen är att ni uppfyller kraven som finns gällande egenkontroller då ni genomför, analyserar och följer upp effekterna av insatta åtgärder.

### **Dokumentation och förvaring HSL**

Inom ramen för denna punkt i överenskommelsen granskades i journalen samtycke till informationsöverföring mellan vårdgivare samt den rutin ni ombads att inkomma med som beskriver hur ni tar emot, planerar för, genomför och dokumenterar den hälso- och sjukvård som överläts av legitimerad personal.

En granskning av 10 slumpmässigt utvalda boendes HSL- journaler visade att samtliga boende har ett dokumenterat samtycke till informationsöverföring mellan vårdgivare.

Er rutin för fördelning av hälso- och sjukvård innehåller vad legitimerad personal ska göra, vad omvårdnadspersonal som kvitterar åtgärd ska göra samt vem som får göra vad. Rutinen för rapportering beskriver hur verksamheten arbetar för att alla personal ska få information och på vilket sätt det ska ske, genom att läsa journaler, rapportera muntligt och skriftligt. Rutinen innehåller även hur hälso- och sjukvårdsåtgärder från de som inte har T-reserva hanteras. I er rutin finns även en hänvisning till den kommungemensamma riktlinjen för delegering som är övergripande utifrån det i beskrivit.

Bedömningen är att ni uppfyller de krav som finns i överenskommelsen.

### **Läkemedelshantering**

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2017:37 gällande Läkemedelshantering och det ska finnas enhetliga och säkra arbetsrutiner som följer riktlinjer från Örebro kommun.

Ni har inkommit med en lokal rutin för läkemedelshantering. Samtliga delar i rutinen är ifyllda på ett korrekt sett och rutinen är uppdaterad under det senaste året vilket innebär att ni uppfyller kravet i överenskommelsen.

### **Vård i livets slutskede**

Enligt överenskommelsen ska det finnas rutiner för vård och omsorg i livets slutskede. Bemanningen måste alltid vara sådan att avtalade åtaganden kan uppfyllas, vilket kan innebära krav på ökad personalstyrka vid ökat vårdbehov, till exempel vid vård i livets slutskede.

Ni har skickat in rutin för palliativt vak. Rutinen innehåller en beskrivning av hur ni planerar för och säkerställer hög personalkontinuitet hos personer vid palliativt vak. Det är tydligt vad rutinen avser, hur den ska tillämpas och vem som ansvarar för vad.

Bedömningen är att ni uppfyller de krav som finns i överenskommelsen.

### **Personlig omvårdnad**

Enligt överenskommelsen innefattar bra personlig omvårdnad många delar där individualitet lyfts som en del, men även sovvanor, måltider, upprätthålla kontakter och stöd vid personlig vård.

I granskningen har Socialstyrelsens kundundersökning *Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2020* använts. Frågan som använts är *Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende?* Där har 78 % av de svarande på Rynningeviken uttryckt nöjdhet, jämför man med riket har 81 % gjort detsamma. Även frågor i kundundersökningen kopplade till trivsel med lägenhet, utemiljö, gemensamhetsutrymmen och aktiviteter så är svaren övervägande positiva och ligger högre än riket, även vart man vänder sig med klagomål ligger högre än riket.

Bedömning är att ni uppfyller de krav som finns i överenskommelsen.

### **Bemötande**

Enligt överenskommelsen ska verksamheten utgå från en gemensam värdegrund där alla människors lika värde och rätt poängteras. Grundläggande är att den enskilde ska känna trygghet och få ett värdigt bemötande.

I granskningen har Socialstyrelsens kundundersökning *Så tycker äldre om äldreomsorgen 2020* använts. Frågan *Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt?* Där har samtliga svarande gett ett positivt svar vilket innebär att ni ligger högre än riket.

Bedömningen är att ni uppfyller kraven kring bemötande som finns i överenskommelsen.

### **Anhörigstöd**

Enligt överenskommelsen ska anhöriga och närståendes ses som en viktig resurs i all vård och omsorg. Bra anhörigstöd innebär bland annat att man känner sig delaktig om den enskilde önskar, att man får möjlighet att ställa frågor och få information samt att kontakt förmedlas till anhörigcentrum.

Ni har en rutin för anhörigstöd som beskriver anhörigombudets roll men även kontaktpersonens roll gentemot anhöriga. Ni har anhörigombud som är kontaktperson mot anhörigcentrum och förmedlar information till övrig personal. Kontaktperson har regelbunden kontakt med anhöriga genom samtal. En gång per år erbjuds anhörigsamtal med fokus på den anhörige och hur denne mår. Det finns en brevlåda i entrén där anhöriga kan lämna synpunkter samt en anslagstavla med information. Regelbundna anhörigträffar genomförs.

Bedömningen är att ni uppfyller kraven kring anhörigstöd i som finns i överenskommelsen.

### **Kontaktmannaskap**

Enligt överenskommelsen är syftet med kontaktmannaskap att skapa trygghet och kontinuitet för den enskilde samt öka den enskildes inflytande.

Kontaktsmannen ska bidra till möjlighet till sociala aktiviteter och vara en länk till anhöriga.

Vid digitalt möte framkommer att man får en kontaktperson när man flyttar in och kan byta om man vill. Vill man byta vänder man sig till chef eller annan personal man har förtroende för, denna information ges vid inflytt. Kontaktpersonen är oftast den som sköter, städ, tvätt, inköp och dusch. En upplevelse är att både anhöriga och boende är nöjda med att veta vem som är kontaktperson.

Bedömningen är att ni uppfyller kraven kring kontaktsmannaskap enligt överenskommelsen.

### **Brister i kvalitetskrav**

Resultatet visar att utföraren brister i kvalitetskrav:

- Kvalitetsledningssystem
  - Rapporteringsskyldighet
- Dokumentation och förvaring SOL
- Aktiv och meningsfull tillvaro
- Mat, måltid och nutrition
- Individuell planering
- Hälso- och sjukvård
- Skydds- och begränsningsåtgärder

Nedan redovisas de brister som föranlett beslut om åtgärdsplan.

#### **- Rapporteringsskyldighet**

Enligt överenskommelsen ska utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinje och rutin för Lex Sarah, rapportering av missförhållande inom vård och omsorg. Detta innebär bland annat att ansvarig chef ska informera all personal muntligt och skriftligt vid nyanställning samt minst en gång per år.

Verksamheten har skickat in en lokal rutin för Lex Sarah. Av rutinen framgår vem som ska rapportera, hur man ska rapportera samt vem som är mottagare av rapporten och vad de i sin tur gör för omedelbara åtgärder. Rutin saknar hur och när information ges skriftligt och muntligt till anställda.

Vid digitalt möte framkommer att information om Lex Sarah finns i introduktionsmappen samt att information ges enligt års-hjul på arbetsplatsträff vilket senast skedde i höstas.

Bedömningen är att ni till stor del lever upp till kraven som finns gällande rapporteringsskyldighet men att er lokala rutin saknar hur och när ansvarig chef informerar personal muntligt och skriftligt.

## **Dokumentation och förvaring SOL**

Enligt överenskommelsen ansvarar utföraren för att personalen har sådana kunskaper att dokumentationen sker i enlighet med socialtjänstlagen. Utföraren ska även vara förtrogen med och följa Örebro kommuns riktlinjer och rutiner som gäller för verksamhetsområdet.

Ni har genomfört egenkontroll där ni själva uppmärksammat vissa brister när det gäller dokumentation och kommer följa upp detta under våren 2021 för att se om planerade åtgärder haft avsedd effekt.

Vi har genomfört granskning av dokumentation i form av genomförandeplaner och verkställighetsjournaler där vi granskat där 20 genomförandeplaner och 10 verkställighetsjournaler.

Granskningen av verkställighetsjournaler visar att i samtliga 10 granskade verkställighetsjournaler dokumenteras det regelbundet. Det som dokumenteras är händelser av betydelse och det går att följa den individuella omvårdnadsprocessen. Anteckningarna är även skrivna med respekt för den enskilde.

Granskningen av genomförandeplaner visar att endast 12 av de 20 granskade planerna är aktuella dvs uppföljda inom tre månader. Av de 8 boendes genomförandeplaner som inte är godkända var det en boende som helt saknade genomförandeplan.

Bedömningen är att ni inte lever upp till kravet i överenskommelsen då inte samtliga boende har en aktuell genomförandeplan.

## **Aktiv och meningsfull tillvaro**

Enligt överenskommelsen ska utföraren verka för att den enskilde upplever en meningsfull tillvaro vilket bland annat innebär: att den enskilde får leva ett så självständigt liv som personen önskar genom rehabilitering och aktiviteter, att bibehålla och utveckla intressen, sociala relationer och tillförsäkras utevistelse efter individuella behov.

Vi har genomfört granskning av 20 genomförandeplaner samt tagit del av Socialstyrelsens undersökning *Så tycker äldre om äldreomsorgen 2020*.

Granskningen av genomförandeplaner visar att 8 av de 20 granskade genomförandeplanerna inte är uppföljda inom de senaste tre månaderna, detta innebär att det inte finns tillräcklig dokumentation avseende aktiv och meningsfull tillvaro.

De frågor vi tittat på i Socialstyrelsens undersökning är, *Hur nöjd eller missnöjd är du med de aktiviteter som erbjuds på ditt äldreboende?* Där hade ni 67 % positiva svar vilket ligger högre än riket. På frågan, *Är möjligheterna att komma utombus bra eller dåliga?* Där hade ni 67% positiva svar vilket även det är högre än riket.



Bedömningen är att ni inte lever upp till kraven i överenskommelsen då det i granskningen av genomförandeplaner i för låg utsträckning går att utläsa de planeringen kring aktiviteter och meningsfull tillvaro, detta med anledning av att 8 av de 20 granskade genomförandeplanerna inte är uppföljda de senaste tre månaderna.

### **Mat, måltid och nutrition**

Enligt överenskommelsen ska det i den enskildes genomförandeplan finnas information om den enskildes önskemål och behov av stöd i samband med måltider under dygnet. Verksamheten ska sträva efter att måltiderna blir positiva matupplevelser för varje enskild person och ge förutsättningar för god livskvalitet.

Vid digitalt möte berättar ni att ni har påbörjat ett arbete för att förbättra måltiderna. Ni ser över och förändrar matbeställningar samt ni har påbörjat ett samarbete med kökschef som även kommer besöka boendet för att ta del av de boendes åsikter. Ni erbjuder alternativa maträtter om man inte gillar maten, även om inte alla vill ha ett alternativ. Ni satsar även på frukost och kvällsfika där sjuksköterskan ser till att det är rätt näringsmängd vilket innebär att om man inte ätit så mycket på dagen får man i sig bra mat på kvällsfikat, dessa åtgärder beskrivs innebära att nattfastan blir kortare.

Vi har genomfört granskning av 20 genomförandeplaner samt tagit del av Socialstyrelsens undersökning *Så tycker äldre om äldreomsorgen 2020*.

Granskningen av genomförandeplaner visar att 8 av de 20 granskade genomförandeplanerna inte är uppföljda de senaste tre månaderna, detta innebär att det inte finns tillräcklig dokumentation avseende måltider.

De frågor vi tittat på i Socialstyrelsens undersökning är: *Hur brukar maten smaka?* Där hade ni 33% positiva svar vilket är betydligt lägre än riket som hade 74%. På frågan, *Upplever du att måltiderna på ditt äldreboende är en trevlig stund på dagen?* Där hade ni 63% positiva svar, även detta är lägre än riket som ligger på 70%.

Bedömningen är att ni inte lever upp till kraven i överenskommelsen då det i granskningen av genomförandeplaner i för låg utsträckning går att utläsa planeringen kring måltider, detta med anledning av att 8 av de 20 granskade genomförandeplanerna inte är uppföljda de senaste tre månaderna.

### **Individuell planering**

Enligt överenskommelsen ska planering av insatser ske tillsammans med den enskilde och tillsammans med den enskilde även utvärderas regelbundet minst var tredje månad.

Vi har genomfört granskningen av 20 genomförandeplaner samt tagit del av Socialstyrelsens kundundersökning *Så tycker äldre om äldreomsorgen 2020*.

Granskningen av genomförandeplaner visade att av 20 granskade planer var 8 inte godkända då de inte var uppföljda inom tre månader, det innebär att

granskningen kring delaktighet i genomförandeplanerna inte kunnat genomföras. Dock kan man se att de 12 genomförandeplaner som ändå var godkända framgick delaktigheten i 11 av dessa.

De frågor vi tittat på Socialstyrelsens undersökning är: *Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål?* Där hade ni 78 % positiva svar vilket ligger i linje med riket. På frågan, *Brukar du kunna påverka vilka tider personalen kommer?* Där hade ni 50% procent positiva svar vilket ligger lite lägre än riket som hade 60 % positiva svar.

Bedömningen är att ni inte lever upp till kraven i överenskommelsen då det i granskningen av genomförandeplaner i för låg utsträckning går att utläsa de boendes delaktighet, detta med anledning av att 8 av de 20 granskade genomförandeplanerna inte är uppföljda de senaste tre månaderna.

### **Hälso-och sjukvård**

Enligt patientdatalag (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården ska journalen innehålla medicinska bedömningar, utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa, ordinationer och ordinationsorsak, resultat av utredande och behandlande åtgärder och slutanteckningar och andra sammanfattningar av genomförd vård.

Som en del i kvalitetsuppföljningen gjordes en granskning av 10 slumpmässigt utvalda boendes HSL- journaler samt ett antal identifierade vårdplaner hos dessa. Granskningen innefattade följande områden; hälsotillstånd, dokumentation i vårdplan, överlåten hälso- och sjukvård samt riskbedömningar i Senior Alert.

Granskningen visade att ni uppfyller kravet inom dessa områden:

- Hälsotillstånd/Status

Personens hälsotillstånd finns dokumenterad i journal för 10 av 10 patienter. De områden som bedöms är: medicinska diagnoser, förflyttning, kommunikation, personlig vård, kroppsfunktioner/strukturer, vikt, längd, blodtryck och puls.

- Överlåten hälso- och sjukvård

Vid granskning identifierades 36 vårdplaner där hälso- och sjukvårdsåtgärder utförs av omvårdnadspersonal. Granskningen visade att 100% är fördelade korrekt i Treserva. Vad som ska göras, hur det ska genomföras och av vem det ska utföras framkom även detta i samtliga vårdplaner. När det ska utföras framkom i 98% av vårdplanerna. Detta bedöms som godkänt.

Granskningen visar att ni brister i kraven i följande delar:

- Dokumentation i vårdplan

Vid granskningen identifierades 21 vårdplaner. Granskningen visade att samtliga innehöll dokumentation om problem och bedömning samt mål och åtgärder.

Dock var det endast 48 % som innehöll dokumenterad uppföljning av hälso- och sjukvårdsåtgärder vilket är en brist.

Ni behöver säkerställa att samtliga åtgärder följs upp och att det dokumenteras.

- Senior Alert

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. Samtliga fem riskområden ska riskbedömas (fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion).

I samtliga 10 granskade journaler framkommer att bedömning enligt Senior Alert genomförts. I 7 av dessa 10 journaler framkommer det dock inte vilka områden som riskbedömts, vilket innebär att det inte går att utläsa om samtliga fem områden riskbedömts.

Ni behöver säkerställa att de boende får samtliga riskområden bedömda och att bedömningen och resultatet dokumenteras i journal.

### **Skydds- och begränsningsåtgärder**

Enligt den Länsövergripande Riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder i Örebro läns kommuner är det av stor vikt att det tydligt i dokumentationen framkommer en ordentlig kartläggning, riskanalys och de etiska överväganden som varit aktuella. Detta innebär att verksamheten ska ha ett arbetssätt som förebygger användandet av skydds- och begränsningsåtgärd och riskbedömning ska alltid göras innan en skydds- och begränsningsåtgärd ordineras.

Inför uppföljningen ombads ni inkomma med en lista på samtliga boende med skydds- och begränsningsåtgärder. I inskickad lista framgick att 14 boende har skydds- och begränsningsåtgärder, 10 av dessa har granskats. Granskningen visade att 8 av 10 patienter hade dokumenterat samtycke till skydds- och begränsningsåtgärder. I 8 av 10 granskade journaler framgår syftet med åtgärden och att åtgärden är skyddande och inte begränsande. I samtliga 10 granskade journaler finns dokumenterad uppföljning av insatt skydds- och begränsningsåtgärd som inte är äldre än ett år. Dock brister ni i att samtliga 10 granskade journaler saknar riskbedömning för den insatta skydds- och begränsningsåtgärden.

Bedömningen är att ni till stor del lever upp till aktuell riktlinje men att ni brister i att genomföra och dokumentera riskbedömning för de insatta skydds- och begränsningsåtgärderna.

### **Påpekande**

Nedanstående brister har föranlett ett påpekande och ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete.

### **Kvalitetsledningssystem**

- Utredning av avvikelser

Enligt överenskommelsen ska hantering av avvikelser vara en del av ledningssystemet. En granskning har gjorts i Treservas avvikelsemodul för att bedöma er följsamhet till Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter. Perioden som vi granskat är 200223 t o m 210123.

Totalt fanns 131 rapporterade händelser som ni bedömt som avvikelser, 111 av dessa har följt hela processen och är avslutade. Vi har gjort ett slumpmässigt urval av dessa 111 avvikelser där 15 har granskats utifrån de olika stegen i avvikelseprocessen utreda, bedöma och följa upp.

Det vi kan se i granskningen är: I steget *utreda* är det svårt att utläsa vad som hänt och om det påverkat den enskilde. I steget *bedöma* är alla delar ifyllda och ingen värdering görs om det är korrekt eller inte. I steget *åtgärda* har samtliga granskade avvikelser en anteckning som beskriver åtgärden. I steget *följa upp* har samtliga en bedömning att åtgärden haft effekt men det saknas anteckningar om hur ni följt upp detta och därmed kommit fram till bedömningen.

Ni har en lokal rutin som beskriver hur arbetet med avvikelser, klagomål och synpunkter ska hanteras där hur ni gör, vad ni gör och vem som gör det framgår. Ni har sammanställt statistik för vanligaste typerna av avvikelser och även vanligaste orsakerna samt vanligaste åtgärderna. Ni har genomfört en egenkontroll kring avvikelseprocessen och skapat en handlingsplan med de brister ni själva uppmärksammat. Er egen analys visar att ni tror att det på två avdelningar finns en viss underrapportering som tros bero på bristande kunskap. Era åtgärder för att komma tillrätta med hanteringen är bland annat genomgång om varför man ska skriva och hur man ska skriva. Uppföljning av avvikelser planeras ske på särskilt möte och att ni använder tematräffar.

Bedömningen är att ni inte till fullo följer processen för avvikelshanteringen och att ni fortsättningsvis inom ramen för ert eget kvalitetsarbete behöver fortsätta arbetet med att förbättra er följsamhet till riktlinjen för avvikelser klagomål och synpunkter. Ni ska i kommande årsberättelse beskriva hur ni arbetet med detta.

## **Kvalitetskrav som inte följts upp**

- Hygien

Denna punkt i överenskommelsen har inte följts upp inom ramen för denna kvalitetsuppföljning. Detta på grund av att platsbesök och den observation som då utfördes inte genomförts med anledning av rådande covid – 19 pandemi.

## 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 via digitalt möte 2020-03-10 där enhetschefer Sofia Granrot och Emma Svanberg samt undersköterska Tilda Ahlqvist deltog från verksamheten
- Synpunkter och klagomål, har granskats i verksamhetssystemet Treserva för det senaste året (februari 2020 till januari 2021).
- Avvikelser har granskats i verksamhetssystemet Treserva för det senaste året (februari 2020 till januari 2021).
- Granskning av ett slumpmässigt urval av verkställighetsjournaler och genomförandeplaner i Treserva (februari 2020 till januari 2021).
- Socialstyrelsens kundundersökning *Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2020* har använts
- Myndighetsinformation
- Rutiner och underlag som begärts in inför uppföljningen

Jeanette Birgersson  
Avtalscontroller  
Enheten för Uppföljning  
Myndighetsverksamheten  
Örebro kommun