

Catarina Carlsson Westlund  
Omid Lundin Sulayman

## Resultatuppföljning av kvalitetskrav

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskraven i er verksamhet. I samband med uppföljningen upptäcktes brister inom några av kvalitetskraven som presenterades i en rapport daterad 2023-03-07.

Vi har nu, utifrån de brister som tidigare identifierats, genomfört en resultatuppföljning. Vi har tagit del av åtgärdsplan och begärda handlingar som ni har skickat in samt följt upp de åtgärder som ni beskrivit i åtgärdsplanen och vidtagit för att komma tillrätta med bristerna.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att det fortfarande finns brister i verksamheten. Enheten för uppföljning kommer genomföra en ny resultatuppföljning efter den 1 oktober 2023. Vilket innebär att vi kommer att granska dokumentation av larmsbesvarande i verkställighetsjournaler.

### Beslut

#### Trygghetslarm

Enheten för uppföljning bedömer att brist kvarstår i samma utsträckning som tidigare. Enheten för uppföljning beslutar därmed att Grenadjären ska fortsätta vidta åtgärder utifrån sin åtgärdsplan för att komma tillrätta med bristen.

#### Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar samt Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal

Enheten för uppföljning har vid resultatuppföljningen sett en viss förbättring avseende identifierade brister och har tagit beslut om att dessa brister ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Vi vill dock påpeka att bristerna kvarstår om än i mindre omfattning. Grenadjären ska dokumentera hur verksamheten åtgärdat de brister vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett. Dokumentationen kan komma att begäras in.

## **Bedömning**

### **Åtgärdade brister**

Resultatuppföljningen visar att bristerna avseende följande kvalitetskrav har åtgärdats.

### **Ledningssystem för kvalitet**

#### **-Riskanalyser**

Enheten för uppföljnings bedömning vid uppföljning var att ni inte i tillräcklig omfattning uppfyllde kraven avseende dokumentation av riskanalysens uppföljning.

Ni skulle inkomma med åtgärdsplan som redogjorde för hur ni skulle säkerställa att riskanalysernas samtliga steg dokumenteras. Ni skulle i samband med resultatuppföljningen inkomma med dokumentation för uppföljning av åtgärdernas effekt i den riskanalys ni tidigare genomfört.

#### *Resultatuppföljning*

Ni har inkommit med en åtgärdsplan som beskriver att ni skulle upprätta ny lokal rutin gällande riskanalysförfarandet. Ni skulle även genomföra en riskanalys som ett steg att ”prov trycka” att processen är hållbar och se om den måste förtydligas ytterligare eller förstärkas. Enhetschef skulle berätta om och säkerställa hur rutinen och processens gång är med medarbetare under APT i maj månad.

Ni har inkommit med dokumentation från utvärdering av genomförd schemaförändring. Utvärderingen innehåller uppföljning som genomförts efter 3 månader och vilka effekter som verksamheten då såg.

#### *Bedömning*

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni nu uppfyller kraven då ni vidtagit relevanta åtgärder för att komma tillrätta med bristen samt inkommit med dokumentation för uppföljning av genomförd riskanalys.

### **Ledningssystem för kvalitet**

#### **-Egenkontroller**

Enheten för uppföljnings bedömning vid uppföljningen var att ni inte i tillräcklig omfattning uppfyllde kraven då rutin för egenkontroll av basal hygien samt dokumentation saknades i verksamheten. Ni kunde inte uppvisa dokumentation från uppföljning av vidtagna åtgärder och dess effekt. Ni hade brister i följsamhet till kraven då ni inte genomfört egenkontroll av dokumentation de senaste 12 månaderna.

Ni skulle inkomma med en åtgärdsplan som redogjorde för er plan för att uppnå kravet. Vid resultatuppföljningen skulle ni inkomma med rutin för hur ni arbetar med egenkontroller, dokumentation från genomförd egenkontroll av social dokumentation och genomförandeplaner samt dokumentation från uppföljning av vidtagna åtgärder och dess effekt vid egenkontroll av följsamhet till avvikelseprocessen och basal hygien.

#### *Resultatuppföljning*

Ni har inkommit med en åtgärdsplan som beskriver att ni skulle upprätta ny lokal rutin gällande enhetens arbete med egenkontroller med Vård och omsorgsförvaltningens årshjul som tidsram.

Ni har inkommit med en rutin för egenkontroller. Rutinen beskriver att egenkontroller av basal hygien, avvikelser, klagomål och synpunkter samt genomförandeplaner och social dokumentation ska genomföras. Rutinen beskriver vilka verktyg som ska användas och vilka tidsintervall som ska tillämpas. Rutinen innehåller ansvarsfördelning för varje egenkontroll. Rutinen beskriver att varje enhet ansvarar och att verksamhetschef ska ta emot sammanfattande rapporter var sjätte månad.

Ni har inkommit med utdrag från QPR, som visar att egenkontroll av dokumentation och avvikelser är genomförda under 2023. Ni har inkommit med handlingsplan, förbättringsområden som framkommit under egenkontroll för avvikelser SOL och basal hygien.

#### *Bedömning*

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni vidtagit relevanta åtgärder för att komma tillrätta med bristerna. Inkommen rutin bedöms uppfylla kraven.

### **Dokumentation**

Som en del i uppföljningen genomfördes granskning av verkställighetsjournal för 20 slumpmässigt utvalda individer. Endast i 70 % av journalerna bedömdes det möjligt att följa den individuella vård- och omsorgsprocessen.

Enheten för uppföljnings bedömning vid uppföljningen var att verkställighetsjournalerna inte i tillräcklig omfattning uppfyllde krav i att kunna följa den individuella vård- och omsorgsprocessen. Ni skulle inkomma med åtgärdsplan som redogjorde för er plan att uppnå kravet att den individuella vård- och omsorgsprocessen går att följa.

#### *Resultatuppföljning*

Ni har inkommit med en åtgärdsplan som beskriver att VISA-ombuden skulle gå igenom alla riktlinjer/rutiner gällande dokumentation och dess flöde och hur viktigt det är att kunna följa kundens händelser via dokumentationen.

Detta genomförs för medarbetarna vid 4 tillfällen per år på APT. Verksamhetsstödjare och driftsplanerare skulle göra punktnedslag i verkställandejournalen för att se att riktlinje/rutin följs på delegering av enhetschef. Enhetschef skulle berätta om och hur rutinen och processens gång är med medarbetare på APT under maj månad.

I samband med resultatuppföljning har en granskning av er dokumentation genomförts. 20 slumpmässigt utvalda individers verkställighetsjournal granskades för perioden januari till maj 2023. För 90 % av journalerna bedömdes det möjligt att följa den individuella vård- och omsorgsprocessen.

#### *Bedömning*

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni vidtagit relevanta åtgärder för att komma tillrätta med bristerna. Granskning av dokumentation visade att ni uppfyller kravet då den individuella vård- och omsorgsprocessen vid granskning går att följa i tillräcklig omfattning.

#### **Kvarstående brist**

Resultatuppföljning visar att följande brister kvarstår och ska hanteras enligt beslut ovan.

#### **Trygghetslarm**

I samband med uppföljningen granskades Grenadjärens larmloggar för perioden 2022-10-01 till 2022-12-31. Endast 42% av 35 slumpmässigt utvalda larm hade dokumenterats i verkställighetsjournal.

Enheten för uppföljnings bedömning var att ni inte i tillräcklig omfattning uppvisade följsamhet till riktlinje för utförande av trygghetslarm. Ni skulle inkomma med en åtgärdsplan som redogjorde för er plan att uppnå att larm alltid ska dokumenteras.

#### *Resultatuppföljning*

Ni har inkommit med en åtgärdsplan som beskriver att enhetschef skulle informera om bristen på APT i april. Medarbetarna skall dokumentera alla inkommande larm i SOL-journalen och även skriva ned dem på larminsatslistan. Verksamhetsstödjare och driftsplanerare gör punktnedslag i verkställandejournalen för att se att riktlinje/rutin följs på delegering av enhetschef. VISA-ombuden går igenom alla riktlinjer/rutiner gällande larm och dess dokumentation för medarbetarna vid 4 tillfällen per år på APT.

Vi har vid resultatuppföljningen genomfört ny granskning av larmloggar för perioden 2023-03-07 till 2023-05-31. Vi granskade 36 slumpmässigt utvalda larm och endast 38 % av dessa larm var dokumenterade i kundens verkställighetsjournal.

#### *Bedömning*

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni vidtagit relevanta åtgärder för att komma tillrätta med bristerna, dock är det för liten andel av de granskade larmtillfällena som har dokumenterats i kundens verkställighetsjournal. Ni ska fortsätta arbeta med åtgärder i enlighet med åtgärdsplan. En ny granskning av dokumentation av larminsatser kommer att ske i samband med nästa resultatuppföljning efter den 1 oktober 2023.

#### **Påpekande**

Resultatuppföljningen visar att bristerna avseende följande kvalitetskrav har förbättrats men kvarstår om än i mindre omfattning och ska hanteras inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete enligt beslut ovan.

#### **Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**

Vid uppföljning visade verksamhetens kompetensinventering att medarbetare inte i tillräcklig omfattning genomgått obligatoriska utbildningar då Grenadjären låg på ett genomförande under 75% inom samtliga 14 obligatoriska utbildningar. Timanställda och vikarier hade inte noterats i sammanställningen.

Enheten för uppföljnings bedömning var att era medarbetare inte i tillräcklig omfattning hade genomfört obligatoriska utbildningar. Ni skulle inkomma med en åtgärdsplan som beskrev hur ni skulle åtgärda bristen. Vid resultatuppföljningen skulle ni inkomma med en uppdaterad kompetensinventering som omfattade alla medarbetare oavsett anställningsform.

#### *Resultatuppföljning*

Ni har inkommit med en åtgärdsplan som beskriver att enhetschef och verksamhetsstödjare skulle inventera vad som är registrerat i Personec och kompletterat med det som eventuellt fattas i samråd och uppvisande av intyg med varje ordinarie medarbetare samt vikarier. Alla medarbetare skulle få en individuell utbildningsplan utifrån Vård och omsorgsförvaltningens kompetensutvecklingsplan. Ordinarie medarbetare samt vikarier får en tidsperiod på 7 månader från och med 1 april att ansvara för att genomföra utbildningarna i samråd med verksamhetsstödjare och driftsplanerare. Enhetschef följer upp på varje APT samt i medarbetarsamtalen. Enhetschef

skulle berätta om och säkerställa processens gång med medarbetare på APT under maj månad.

Ni har inkommit med en kompetensinventering som visade att samtliga medarbetare nu genomgått utbildningarna basal hygien, SBAR, manuell förflyttning och lyftkörkort, Treserva, TES samt avvikelshantering. Utbildning mat och måltid har 65% genomgått. Vardagsrehabilitering har 68% och palliativ utbildning har 64% genomgått.

#### *Bedömning*

Enheten för uppföljnings bedömning är att vidtagit relevanta åtgärder för att komma tillrätta med bristerna. Bedömning är att ni uppvisar förbättring gällande genomförda utbildningar då fler medarbetare under våren har genomfört obligatoriska utbildningar. Ni ska inom ramen för ert egna kvalitetsarbete fortsätta att arbeta vidare med åtgärder i syfte att säkerställa att alla medarbetare oavsett anställningsform har genomgått obligatoriska utbildningar och att detta dokumenteras.

#### **Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal**

Vid uppföljning visade verksamhetens kompetensinventering att endast 2 av 23 tillsvidareanställda som arbetar med omvårdnad hade genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. Ni hade inte noterat timanställda och vikarier i sammanställningen.

Enheten för uppföljnings bedömning vid uppföljningen var att ni inte uppfyllde krav enligt överenskommelsen, då ni saknade dokumentation om hur stor andel av medarbetarna som hade genomgått omvårdnads-programmet eller motsvarande.

Ni skulle inkomma med en åtgärdsplan som redogjorde för er plan att uppnå kravet. Vid resultatuppföljningen skulle ni inkomma med en uppdaterad kompetensinventering som omfattade alla medarbetare oavsett anställningsform.

#### *Resultatuppföljning*

Ni har inkommit med en åtgärdsplan som beskriver att enhetschef och verksamhetsstödare skulle inventera vad som är registrerat i Personec och kompletterat med det som eventuellt fattas i samråd och uppvisande av intyg med varje ordinarie medarbetare samt vikarier. Enheten skulle skriva in alla vikarier i kompetensinventeringen och deras kompetensnivå samt kunskapsnivå i de erbjudna utbildningarna i Vård och omsorgsförvaltningens kompetensportal.

Ni har inkommit med en kompetensinventering som visar att 82% av de medarbetare som finns med på listan har genomgått omvårdnadsprogrammet

eller motsvarande. För medarbetare som är vikarier pågår arbete inom enheten enligt åtgärdsplanen och samtliga vikarier syns fortfarande inte i kompetensinventeringen.

*Bedömning*

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni vidtagit relevanta åtgärder för att komma tillrätta med bristerna. Ni ska inom ramen för ert eget kvalitetsarbete fortsätta arbeta vidare med åtgärder i syfte att säkerställa att minst 85 % av alla medarbetare som arbetar med omvårdnad oavsett anställningsform har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Malin Paulsson  
Avtalscontroller  
Enheten för uppföljning  
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet  
Örebro kommun