

# Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Örebro kommun, Axberg hemvård

## 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 625/2021. 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.

## Axbergs hemvård

Axbergs hemvård har 20 tillsvidareanställda medarbetare och tre timvikarier. Axberg har sedan ett år tillbaka lokaler i Bettorp, tidigare befann sig verksamheten i Hovsta. Medarbetarna är välutbildade och erfarna. De vikarier som finns i verksamheten är utbildade undersköterskor. Personalgruppen har fokus på IBIC och Nära vård. Gruppen är i ett förändringsarbete och har påbörjat att använda nya kunskaper och exempelvis metodstöd och mallar. Axberg har 154 kunder och av dessa är det en del kunder som enbart har insatsen trygghetslarm.

## Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Axberg hemvård ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda de brister som redovisas i denna rapport, samt tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska senast **den 11 januari 2023** skicka in åtgärdsplanen till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se)

Bedömningen är att Axberg hemvård brister inom följande kvalitetskrav:

### Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

#### Trygghetslarm

#### Ledningssystem för kvalitet

- Riskanalyser
- Egenkontroller
- Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

#### Uppdraget

#### Dokumentation

#### Läkemedelshantering

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

- reviderad rutin för trygghetslarm
- rutin som beskriver hur samverkan sker med regionen

- rutin som beskriver hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt ändra förbättra sin verksamhet.
- rutin för att årligen genomföra egenkontroller.
- rutin som beskriver tillämpning av riktlinje gällande avvikelser, klagomål och synpunkter.
- reviderad rutin för hur mottagande av nya och förändrade uppdrag inom SOL eller HSL
- reviderad rutin för läkemedel

Handlingarna ska vara inskickade till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se) senast **den 24 februari 2023**.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter **den 6 mars 2023**. Det innebär att vi kommer granska er kompetensinventering för att säkerställa att er personal genomgått de obligatoriska utbildningarna, vi kommer även göra en ny granskning av dokumentation av larminsatser. Vi kommer genomföra en granskning av avvikelser för att säkerställa att samtliga fyra steg i avvikelseprocessen genomförs. Granska verkställighetsjournaler för att säkerställa att händelser av betydelse dokumenteras, samt granska inskickade rutiner.

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

## Bedömning

### Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Krav på verksamhet och ledning – omvårdnadspersonal

Enligt överenskommelsen ska utföraren, förutom att följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, säkerställa att minst 85 procent av all omvårdnadspersonal har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande

I samband med påbörjad uppföljning av kvalitet ombads Axbergs hemvård att inkomma med en ifylld kompetensinventering som skulle visa hur stor del av omvårdnadspersonalen, vikarier inkluderade, som har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Ifylld kompetensinventering visade att 85 procent av den personal som arbetar med omvårdnad har omvårdnadsutbildning eller motsvarande. Bedömningen är därmed att Axberg hemvård uppfyller krav gällande punkten krav på verksamhet och ledning - omvårdnadspersonal

### **Hygien och förbrukningsartiklar**

Enligt överenskommelse ska utföraren följa Örebro kommuns styrdokument och riktlinje, samt Arbetsmiljöverkets och Socialstyrelsens föreskrifter inom området. Utföraren ska tillhandahålla skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial till personalen i den utsträckning som behövs. I riktlinje för Basal hygien inom kommunal vård och omsorg framgår att varje arbetsplats som bedriver patientnära vård ska ha tillgång till hygienombud som arbetar enligt uppdragsbeskrivning.

I samband med platsbesök gjordes observationer kring verksamhetens arbete med hygien som en del av uppföljning av kvalitet. Det konstateras att det finns tillräckligt med arbetskläder som tillhandahålls av arbetsgivaren, och att kläderna skickas på cirkulationstvätt. Observationerna visade även att verksamheten tillhandahåller skyddsutrustning, engångsförkläden samt handskar, handsprit, tvål och pappershanddukar. Det finns även två hygienombud i verksamheten i enlighet med riktlinje för Basal hygien inom kommunal vård och omsorg.

Axberg hemvård bedöms därmed uppfylla kraven gällande punkten hygien och förbrukningsartiklar.

### **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, förutom att följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningar som finns samlade på Örebro kommuns hemsida

I samband med påbörjad uppföljning av kvalitet ombads Axbergs hemvård att inkomma med en ifylld kompetensinventering som skulle visa hur stor del av personalen, vikarier inkluderade, som genomgått de obligatoriska utbildningarna enligt krav i överenskommelse.

Ifylld kompetensinventering visade att Axberg hemvård inte uppfyllde kraven för fyra av de obligatoriska utbildningarna. Dessa är vardagsrehabilitering där 69 procent av personalen inte genomgått utbildningen, mat, måltid och nutrition 65 procent, palliativ utbildning 58 procent samt SBAR 73 procent.

Bedömning görs därmed att Axberg hemvård inte uppfyller kraven som ställs i punkten lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar.

Ni ska därför inkomma med åtgärdsplan som beskriver hur ni ska säkerställa att samtlig personal går de obligatoriska utbildningarna. En ny kompetensinventering kommer att genomföras i samband med resultatuppföljning.

## Trygghetslarm

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa riktlinje för utförandet av insatsen trygghetslarm, som bland annat säger att utföraren ska ha en lokal rutin för hur hantering och besvarande av insatsen trygghetslarm ska ske. Rutinen ska beskriva tillvägagångssätt och ansvarig för hantering av larmbesvarandet mellan kl. 07.00-22.00 då utföraren ansvarar för hantering och åtgärder av larm under denna tidsperiod. Det ska även framgå hur samverkan ska ske med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik och hemsjukvården. Det ska också framkomma av rutin hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan som påverkar flera kunder samtidigt samt hur utförare behandlar kunder med skyddad identitet. Av riktlinjen framgår även att larmbesvarande och vidtagna åtgärder alltid ska dokumenteras i enskilda verkställighetsjournal.

Inför uppföljningen ombads Axberg hemvård inkomma med verksamhetens rutin för hantering och besvarande av trygghetslarm. En granskning av dokumentation av larminsatser genomfördes även av avtalscontrollers.

Den inskickade rutinen för hantering och besvarande av trygghetslarm beskriver hur samverkan sker med välfärdsteknik, nattorganisation samt hemsjukvården i enlighet med krav i riktlinjen. Rutinen saknar dock beskrivning av hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder samtidigt, samt hur utförare behandlar kunder med skyddad identitet. Det framgår inte heller av rutinen att utföraren ansvarar för hantering och åtgärder för larm mellan kl. 07.00-22.00.

Granskning av verksamhetens dokumentation av larminsats gjordes genom att avtalscontrollers granskade larmloggar för perioden augusti till och med oktober 2022. Det var sammanlagt 275 larm för perioden och av dessa valdes 41 larm ut slumpmässigt för närmare granskning. Granskning visar att 49 procent av de granskade larmen uppfyller kraven gällande dokumentation av larminsats i verkställighetsjournalerna. Det vill säga att det av verkställighetsjournal ska framgå orsak till larm samt vilka åtgärder som är vidtagna.

Bedömningen är att Axberg hemvård brister i punkten trygghetslarm då rutinen för trygghetslarm saknar beskrivning av hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder samtidigt, samt hur utförare behandlar kunder med skyddad identitet. Brist konstateras också när det gäller dokumentation i verkställighetsjournaler av larminsats då det endast är 49 procent av larmen som dokumenterats i verkställighetsjournal.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan som ska beskriva hur ni ska åtgärda brist gällande rutin, samt hur ni ska säkerställa att dokumentation i

verkställighetsjournaler av larminsats sker i enlighet med gällande riktlinje. Ni ska även inkomma med reviderad rutin för trygghetslarm där det ska framgå hur ni hanterar avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder samtidigt, samt hur ni hanterar kunder med skyddad identitet. Det ska även framgå i rutinen att utföraren är ansvarig för hantering och åtgärder av larm mellan kl. 07.00-22.00. En ny granskning av dokumentation för larminsatser kommer genomföras i samband med resultatuppföljning.

### **Ledningssystem för kvalitet - Samverkan**

Enligt SOSFS 2011:9 ska det framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Utföraren ska enligt överenskommelsen ha en rutin som beskriver hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten mellan olika professioner och funktioner. Rutinen ska innehålla en beskrivning av vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används. Rutinen ska också beskriva hur samverkan sker med LSS/SOL-handläggare, legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård, legitimerad personal inom Region Örebro län, socialtjänsten och eventuella andra aktörer.

Inför uppföljningen ombads Axberg hemvård inkomma med verksamhetens rutin för samverkan. Rutinen ska beskriva hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten, samt vilket forum för samverkan som finns inom den egna verksamheten. Rutinen ska även beskriva hur samverkan sker med biståndshandläggare, legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård samt inom Region Örebro län, nattorganisation, välfärdsteknik samt eventuella andra samarbetspartners.

Axberg hemvård har inkommit med flertalet rutiner som beskriver hur samverkan sker. I er lokala rutin för intern och extern samverkan framgår att och hur rapportöverföring sker mellan dag och nattorganisation, arbetsplatsträffar samt teamträffar beskrivs som ytterligare forum för intern samverkan. I samma rutin framgår också hur samverkan sker med legitimerad personal inom hälso- och sjukvården i Örebro kommun, samt hur samverkan sker med biståndshandläggare, legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård samt andra aktörer. I delar av rutinerna för intern och extern samverkan framgår dock inte en tydlig ansvarsfördelning. Exempel på detta är beskrivning av teamträffar där det framgår att Axberg samverkar med kommunens sjuksköterskor, arbetsterapeuter samt nattorganisationen. Det framgår dock inte vem som har ansvar för att bjuda in, var träffarna hålls, om dokumentation förs och vem som i så fall ansvarar för detta.

I den övergripande rutinen In- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård framgår hur samverkan sker med legitimerad personal inom Region Örebro län vid in och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Dock saknas rutin för hur samverkan sker med regionen vid övriga hälso- och sjukvårdsinsatser som inte berör in och utskrivning, såsom till exempel vid överlätna hälso- och sjukvårdsåtgärd från fysioterapeut.

Bedömning görs att Axberg hemvård brister i krav i punkten samverkan. Detta då det saknas en tydlig beskrivning av ansvarsfördelning i rutinerna för intern och extern samverkan, samt att det inte framkommer i någon av rutinerna hur samverkan sker med regionen vid andra hälso-och sjukvårdsinsatser än in och utskrivning.

Axberg hemvård ska därför inkomma med åtgärdsplan som ska beskriva hur ni ska åtgärda bristerna. Ni ska inkomma med reviderade rutiner för intern och extern samverkan, där det ska framgå ansvarsfördelning. Ni ska även inkomma med rutin som beskriver hur samverkan sker med regionen, vid andra hälso-och sjukvårdsinsatser än in och utskrivning.

Tidplan för när åtgärderna ska ske, samt vem som ansvarar för att de sker ska framkomma i åtgärdsplanen.

## Ledningssystem för kvalitet

### - Riskanalyser

Enligt SOSFS 2011:9 ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Enligt överenskommelsen ska utföraren utöver kraven inom SOSFS 2011:9 ha en rutin som beskriver hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet.

I samband med uppstart av uppföljning av kvalitet ombads Axberg hemvård inkomma med rutin för hur de arbetar med riskanalyser, samt en sammanställning av genomförda riskanalyser för de senaste tolv månaderna.

Någon rutin för hur verksamheten arbetar med riskanalyser har inte redovisats och vid platsbesök i verksamheten uppger enhetschef att det troligen finns en rutin men att enhetschef inte har kännedom om denna.

Den redovisade sammanställningen av genomförda riskanalyser under de senaste tolv månaderna visar att två riskanalyser genomförts, en i november 2021 samt en i november 2022. Båda gällde schemaförändringar. Identifierade risker samt åtgärder för dessa finns beskrivna. Enhetschef beskriver att uppföljning av riskanalys genomförd november 2021 har skett löpande under året, och effekterna har varit att oron inför den genomförda förändringen inte upplevs lika starkt. För riskbedömningen gjord 2022 uppger enhetschef att effekt inte kan mätas ännu.

Enhetschef informerar vid platsbesök att några andra riskanalyser inte genomförts då behov inte funnits att genomföra ytterligare riskanalyser, och att verksamheten genomför riskanalyser när de ser behov av det. Riskanalyserna följs upp på arbetsplatsträffar.

Bedömning görs att Axberg hemvård brister i krav i punkten samverkan. Detta då det saknas rutin för hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt ändra och förbättra sin verksamhet.

Axberg hemvård ska därför inkomma med åtgärdsplan som ska beskriva hur ni ska åtgärda bristen, samt inkomma med rutin som beskriver hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt ändra förbättra sin verksamhet.

Tidplan för när åtgärderna ska ske, samt vem som ansvarar för att de ska framkomma i åtgärdsplanen.

### **Ledningssystem för kvalitet**

#### **- Egenkontroller**

Enligt SOSFS 2011:9 ska verksamheten regelbundet genomföra egenkontroller inom den egna verksamheten för att på ett systematiskt sätt följa upp och utvärdera verksamheten samt kontrollera att den egna verksamheten följer lagar, föreskrifter och styrdokument i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

Enligt överenskommelsen ska utföraren vid behov eller minst en gång per år ha genomfört egenkontroll av följsamhet till riktlinjen inom basal hygien, krav inom området dokumentation, samt avvikelseprocessen i enlighet med gällande riktlinje. Egenkontroller som genomförs ska dokumenteras.

Inför uppföljningen ombads Axberg hemvård att inkomma med rutiner för att årligen genomföra egenkontroller för basal hygien, dokumentation samt avvikelseprocessen. Ni ombads även inkomma med en sammanställning över genomförda egenkontroller under de senaste tolv månaderna.

Enhetschef redovisar att verksamhetens rutin för att årligen genomföra egenkontroller framgår av hemvårdsorganisationens gemensamma årshjul där enhetschef kan följa löpande under året vilka egenkontroller som ska utföras och när. Beskrivning av hur egenkontrollerna genomförs finns enligt enhetschef i det interna kvalitetsledningssystemet QPR.

Bedömningen avtalscontrollers gör är dock att nämnda årshjul inte kan betraktas som en rutin då den inte har en tydlig ansvarsfördelning över vem som gör vad samt att det saknas beskrivning eller instruktion av utförandet.

Granskning av sammanställning för egenkontroller visar att egenkontroller avseende basal hygien, avvikelser, registreringar i MCSS samt dokumentation har utförts i Axberg vid två tillfällen under 2022. Noterade brister är kring dokumentation i Treserva vid avvikelserapportering, där enhetschef menar att personal kan utveckla att skriva förslag till åtgärder vid registrering av avvikelser. Enhetschef beskriver att bristen åtgärdas genom att denne rutinmässigt går igenom alla avvikelser och vid behov påminner personal om att dokumentera bättre. Åtgärdens effekt kommer kunna framgå vid ny uppföljning av vidtagna åtgärder under våren 2023. Det redovisades även en brist på individnivå gällande basal hygienriktlinje, där åtgärder vidtagits och det numera inte finns någon kvarstående brist.

Granskning visar också att den redovisade egenkontrollen avseende social dokumentation och genomförandeplaner endast har frågor gällande genomförandeplanen så vitt vi kan bedöma, således har ingen egenkontroll



avseende social dokumentation i verkställighetsjournaler genomförts. Enhetschef uppger vid platsbesök att vid egenkontroll av dokumentation i verkställighetsjournal används en mall, och att granskningen till exempel innefattar att kontrollera om dokumentation finns om att uppdrag är kvitterat. Ingen sådan egenkontroll av verkställighetsjournal har dock redovisats. Enhetschef uppger att denne ofta granskar verksamhetens verkställighetsjournaler, och om det finns förbättringsbehov för medarbetare gällande dokumentationen dokumenteras det i samband med utvecklingssamtal med medarbetare eller i andra dokument för personalärenden.

Bedömningen är att Axberg hemvård brister i punkten egenkontroller då rutin för att årligen genomföra egenkontroller, samt dokumenterad egenkontroll av verkställighetsjournaler saknas.

Axberg hemvård ska inkomma med åtgärdsplan som ska beskriva hur ni ska åtgärda nämnda brister, ni ska även inkomma med rutin för att årligen genomföra egenkontroller.

### **Ledningssystem för kvalitet**

#### **- Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet**

Enligt överenskommelsen ska utföraren utöver kraven inom SOSFS 2011:9 följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren ska bland annat ha en rutin som beskriver tillämpning av uppdragsgivarens riktlinjer gällande avvikelser, klagomål och synpunkter, samt informera om och möjliggöra för den enskilde och anhöriga om att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till uppdragsgivaren.

#### Utredning av avvikelser

En granskning av avvikelser registrerade i Treserva har genomförts i samband med uppföljning av kvalitet.

Granskningen genomfördes för perioden 2021-10-15 till 2022-10-15. Det fanns totalt 44 registrerade händelser som är bedömda som avvikelser under den granskade perioden. Av dessa gjordes ett slumpmässigt urval av 10 avvikelser som granskades djupare.

I de första stegen utreda, bedöma och åtgärda visar granskning att det finns tillräckligt stor följsamhet i dessa. När det gäller det sista steget, följa upp kan vi inte se att åtgärder och effekter av dessa finns dokumenterat direkt i aktuellt avvikelssystem enligt riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter.

Granskning visar att 27 procent av de 10 granskade avvikelserna hade beskrivning av hur åtgärd följts upp, och i inga av de granskade avvikelserna kunde vi se hur verksamheten hade kommit fram till bedömning av åtgärdens effekt.

#### Utredning av klagomål och synpunkter

En granskning av avvikelser registrerade som klagomål eller synpunkter har genomförts. Granskning visar att det inte fanns registrerat något klagomål eller synpunkt under året.

Vi har tittat i Socialstyrelsens årliga kundundersökning avseende om kunderna vet var de ska vända sig med klagomål och synpunkter. För Axberg hemvård var det 82 procent av kunderna som fyllt i att de kände till detta. Det innebär att Axberg ligger högre än riket och Örebro kommun i stort där 62 procent respektive 60 procent visste var de skulle vända sig.

Vi har även granskat rapporterade avvikelser och synpunkter registrerade i W3D3 under de senaste 36 månaderna. För sagda period finns tre synpunkter/klagomål diarieförda i W3D3 men dessa är inte rapporterade i Treservas avvikelsemodul, det framgår inte heller i W3D3 vilka åtgärder som är vidtagna eller effekten av dessa. Av enhetschef framgår att denne inte varit medveten om att klagomål registrerade i W3D3 ska rapporteras in i avvikelsemodulen, men att kontakt alltid tas med uppgiftslämnaren om denne så vill, och att verksamheten bemöter och reder ut klagomålet. Under de senaste 36 månaderna ser vi också att ni rapporterat in två synpunkter i avvikelsemodulen under 2020 samt 2021. Ingen av dessa två synpunkter är åtgärdade eller uppföljda.

Det framkommer även vid platsbesök i verksamheten att verksamheten saknar rutin för hantering av klagomål och synpunkter. Enligt enhetschef är det också oklart om kunderna får information om var de kan vända sig med klagomål och synpunkter.

Bedömning utifrån genomförd granskning är att Axberg hemvård brister i punkten utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet. Detta då verksamheten inte visar följsamhet till avvikelseprocessen i steget att dokumentera hur avvikelser följs upp, eller när det gäller hantering av klagomål och synpunkter. Klagomål och synpunkter som registrerats i W3D3 har inte förts in i avvikelsemodulen, och åtgärder och effekt finns inte dokumenterade, och de klagomål som registrerats i avvikelsemodulen är inte hanterade i enlighet med riktlinjen.

Brist konstateras också då verksamheten saknar rutin som beskriver tillämpning av uppdragsgivarens riktlinjer gällande avvikelser, klagomål och synpunkter, samt att det inte framgår tydligt om verksamheten informerar om och möjliggör för den enskilde och anhöriga om att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till uppdragsgivaren.

Axberg hemvård ska därför inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska säkerställa att avvikelseprocessen följs, samt hur kunder och anhöriga får information om att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till kommunen.

Ni ska även inkomma med rutin som beskriver tillämpning av riktlinjer gällande avvikelser, klagomål och synpunkter.

En ny granskning av avvikelser kommer att genomföras i samband med resultatuppföljning.

## Uppdraget

Enligt överenskommelsen ska utföraren ha rutin för att dagligen ta emot och planera för genomförandet av nya och förändrade uppdrag och nya och förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder. Påbörja nya uppdrag eller insatser senast 24 timmar efter mottaget uppdrag, samt kontakta biståndshandläggare om behovet hos enskild ändras.

Inför uppföljningen ombads Axberg hemvård att inkomma med rutin för att dagligen ta emot och planera genomförandet av nya och förändrade uppdrag och hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Verksamheten inkom med flertalet rutiner där det finns beskrivet att verksamheten bevakar treservabrevlåda mellan kl. 7.00-16.00 vardagar, hur kontakt sker via telefon och vem som ansvarar. Det framgår dock inte vad och hur verksamheten gör för att hantera nya och förändrade uppdrag, eller vem som ansvarar för att planera för genomförandet av uppdrag, samt hur verksamheten går till väga om kund har förändrat behov av stöd. Det framgår inte heller om verksamheten har beredskap och rutiner för om nytt uppdrag eller förändrat behov skulle uppstå under en helg.

Enligt enhetschef finns det en arbetsgång för att motta nya uppdrag och förändrade behov vare sig det är på vardagar eller under helger, men att det kanske inte är nedskrivet.

Bedömning är därmed att Axberg hemvård brister i punkten uppdraget. Ni ska inkomma med åtgärdsplan med beskrivning av hur ni ska åtgärda bristen. Ni ska även inkomma med reviderad rutin där det ska framgå hur mottagande av nya och förändrade uppdrag inom SOL eller HSL sker, samt hur verksamheten går till väga vid förändrat behov av stöd. Det ska även framgå i rutinen hur verksamheten har beredskap för om nytt uppdrag eller förändrat behov skulle uppstå under en helg.

## Dokumentation

### Genomförandeplaner

Enligt överenskommelsen ska den enskildes synpunkter och delaktighet framgå av genomförandeplanen samt i den sociala dokumentationen. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande över hur insatser som ges ska utformas. Genomförandeplanen ska beskriva den enskildes vård- och omsorgsinsatser, vilket eller vilka mål som gäller för insatsen enligt nämndens beslut samt vilket eller vilka mål som gäller för varje aktivitet. Genomförandeplanen ska alltid följas upp vid förändringar av den enskildes behov eller minst var sjätte månad. Utföraren ska ha en rutin för upprättande och uppföljning av genomförandeplaner. Dokumentationen ska förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen.

I samband med uppföljning av kvalitet genomfördes en granskning av dokumentation i genomförandeplaner.

Granskning av 15 slumpvist utvalda genomförandeplaner för perioden 2022- 05-21 till 2022-11-21 visade att 87 procent (13) av planerna var aktuella. Det vill säga uppföljda efter 6 månader. I de 13 planerna framgick även hur och när uppdraget skulle utföras, samt individens delaktighet i utformandet av insatserna.

På platsbesöken granskades även hur verksamheterna förvarar den dokumentation om individer som inte ligger i verksamhetssystemet. Det framkom inget som påvisade att dokumentationen inte förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen.

Den del av punkten dokumentation som berör genomförandeplaner bedöms utifrån ovanstående granskningar och observationer vara godkänd.

### Verkställighetsjournaler

Enligt överenskommelsen ska utföraren, förutom att följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, uppfylla följande krav, dokumentera händelser av betydelse samt utforma dokumentationen med respekt för den enskildes integritet. Utföraren ska också genomföra egenkontroll av dokumentation, dokumentera utförande, samt den enskildes utveckling. Den som utför en insats hos den enskilde är den som ska anteckna i verkställighetsjournal.

En dokumentationsgranskning genomfördes även av 15 individers verkställighetsjournaler i Treserva för perioden 2022- 05-21 till 2022-11-21. Granskningen visade att 27 procent av 15 journaler bedömdes uppfylla kraven. Det vill säga att den individuella vård- och omsorgsprocessen går att följa i dokumentationen, samt att dokumentationen ska visa händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid. En utökad granskning av ytterligare 15 verkställighetsjournaler genomfördes därför. Den visade att det var 33 procent av totalt 30 journaler som uppfyllde kraven. De övriga verkställighetsjournalerna visade inte i tillräcklig omfattning faktiska omständigheter över tid, och den individuella vård- och omsorgsprocessen gick därmed inte att följa. Som exempel har vi i en kunds verkställighetsjournal noterat att det var uppehåll i dokumentationen i lite mer än en månads tid. Enligt besöksregistreringar i TES hade kunden besök tre gånger om dagen under den perioden. Ytterligare en granskning av en annan kunds journal visade bland annat att det inte fanns journalanteckningar under cirka en och en halv månads tid. Enligt TES var det dock registrerat två till tre besök dagligen i månaden.

I samband med granskning av dokumentation av händelser av betydelse framkom det vid granskning att avvikelser har dokumenterats i journal i tillräcklig omfattning. Granskningen gjordes genom att titta på 10 registrerade avvikelser i Treserva och jämföra om dessa fanns dokumenterade i verkställighetsjournalerna. Det framkom att 80 procent av de granskade avvikelserna var dokumenterade i verkställighetsjournalerna.

På platsbesök framkommer att enhetschef säger att det finns tid avsatt för dokumentation, men att det kan vara så att medarbetare tänker att det görs sen eller att de inte hinner dokumentera. Det kan finnas orsaker på individnivå som rådsla att gå in i systemet, samt språkliga utmaningar för någon individ.

Enhetschef påminner dagligen om dokumentation. Det finns stöd i verksamheten att få, till exempel VISA handledare och lathundar.

Bedömningen är att Axberg brister i punkten dokumentation då faktiska omständigheter över tid inte dokumenterats i tillräckligt stor omfattning.

Axberg hemvård ska inkomma med åtgärdsplan för hur bristen ska åtgärdas. I åtgärdsplanen ska tidsplan och ansvarig framkomma. I samband med resultatuppföljning kommer en ny granskning av verkställighetsjournaler genomföras i syfte att bedöma dokumentation i verkställighetsjournal.

### Läkemedelshantering

Enligt överenskommelsen ska utföraren, förutom att följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, ha rutin för hur läkemedel transporteras på ett säkert sätt och förvaras oåtkomligt för obehöriga efter att de hämtats ut till dess att de lämnas till patient.

I riktlinjen Ordination och hantering av läkemedel framgår att endast personal med delegering att hantera läkemedel får utöver sjuksköterska ha tillgång till läkemedelsskåp i den enskildes lägenhet eller läkemedel som tillfälligt förvaras i hemtjänstlokal.

I samband med att uppföljning av kvalitet påbörjades begärde vi in er rutin för hur läkemedel transporteras på ett säkert sätt och förvaras oåtkomligt för obehöriga efter att de hämtats ut till dess att de lämnas till patient.

Vi har granskat er inskickade rutin. Av rutinen framgår att läkemedel transporteras i försluten kartong till verksamheten, och att överlämnandet av dessa läkemedel ansvaras av sjuksköterska. Kartongen med läkemedel förvaras i ett låst grupprum som bland annat används för möten och dokumentation. Det framkommer i rutinen att inga obehöriga har tillträde till det låsta rummet. Dock framgår ej vilka som anses vara behöriga respektive obehöriga.

På platsbesök i verksamheten gjordes en rundvandring i lokalerna, och då observerades att läkemedel förvaras i ett låst grupprum i ett öppet fack på en hylla. Vid fråga till enhetschef om vilken personal som är behörig att komma in i grupprummet och hur de kommer in ges svaret att alla medarbetare är behöriga och har en tagg att komma in i lokalen med. Alla medarbetare, inklusive vikarier är delegerade och får en tagg.

Bedömning är att Axberg hemvård brister i punkten läkemedelshantering. Er förvaring av läkemedel anses inte vara tillräckligt säker då vi inte kan se hur ni säkerställer att läkemedel som förvaras öppet i ett gemensamt grupprum är oåtkomligt för obehöriga i verksamheten.

Er rutin för läkemedel beskriver inte heller tydligt att det endast är delegerad personal som ska vara behöriga att ha tillgång till läkemedel som förvaras i verksamheten.

Axberg hemvård ska därför inkomma med åtgärdsplan med beskrivning av hur ni ska åtgärda bristerna i punkten läkemedelshantering. Ni ska även inkomma med reviderad rutin för läkemedel som beskriver vilken personal som är behöriga att ha tillgång till läkemedel som förvaras tillfälligt i verksamheten.

## 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
- Policy
- Årsberättelse, verksamhetsplan
- Tidigare uppföljningar

Sandra Månstierna  
Avtalscontroller  
Enheten för uppföljning  
Myndighetsverksamheten  
Örebro kommun