

Örebro kommun  
Axberg hemvård

## Resultatuppföljning av kvalitetskrav

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskraven i ert område. I samband med uppföljning av kvalitet 2022-12-19 upptäcktes brister inom några av kvalitetskraven.

Vi har nu, utifrån de brister som tidigare identifierats, genomfört en resultatuppföljning där vi har tagit del av den åtgärdsplan som Axberg hemvård har skickat in, samt följt upp de åtgärder som beskrivits och vidtagits i åtgärdsplan för att komma till rätta med bristerna.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att det fortfarande kvarstår brister i verksamheten.

### Beslut

Enheten för uppföljning gör bedömningen att det fortfarande finns brister som kvarstår inom nedanstående punkter i överenskommelsen.

- **Trygghetslarm**
- **Ledningssystem för kvalitet**
  - Samverkan
  - Egenkontroller
  - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet
- **Uppdraget**
- **Dokumentation**
  - Verkställighetsjournaler

Enheten för uppföljning beslutar därmed att Axberg hemvård ska fortsätta vidta åtgärder utifrån sin åtgärdsplan för att komma till rätta med kvarstående brister.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 31 augusti 2023.

Det innebär att vi kommer genomföra en granskning av avvikelser för att säkerställa att samtliga steg i avvikelseprocessen genomförs. Vi kommer granska verkställighetsjournaler för att säkerställa att den individuella vård- och omsorgsprocessen går att följa i dokumentationen, och att faktiska omständigheter över tid dokumenterats i tillräcklig omfattning.

Med anledning av beslutet ovan ska utföraren även skicka in följande handlingar:

- Reviderad rutin för trygghetslarm
- Reviderad rutin för samverkan
- Reviderad rutin för egenkontroll
- Handlingsplan för identifierade brister vid egenkontroll av dokumentation
- Reviderad åtgärdsplan med beskrivning av hur verksamheten ska säkerställa att kunder och anhöriga får information om att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till kommunen, anonymt om så önskas.
- Reviderad rutin för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter
- Reviderad rutin för att dagligen ta emot och planera genomförandet av nya och förändrade uppdrag, och hälso- och sjukvårdsåtgärder

Utföraren ska senast den 31 augusti 2023 skicka in begärda handlingar till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se) som styrker att de brister som kvarstår är åtgärdade i tillräcklig omfattning.

## **Bedömning**

### **Åtgärdade brister**

Resultatuppföljningen visar att bristerna avseende följande kvalitetskrav har åtgärdats.

### **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

Inför uppföljning av kvalitet ombads Axberg 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 var vardagsrehabilitering där 69 procent av personalen inte genomgått utbildningen, 65 procent hade inte genomgått utbildningen mat, måltid och nutrition, 58 procent hade inte genomgått palliativ utbildning samt 73 procent hade inte genomgått SBAR.

Brist bedömdes därför och verksamheten skulle inkomma med åtgärdsplan beskrivning av hur de skulle säkerställa att samtlig personal går de obligatoriska utbildningarna. En ny kompetensinventering skulle begäras in i samband med resultatuppföljning.

#### *Resultatuppföljning*

Vid resultatuppföljningen skickade verksamheten in en åtgärdsplan samt ny kompetensinventering. Enligt åtgärdsplanen skulle genomgång och planer göras på individnivå under februari månad med berörda medarbetare.

Av den inskickade kompetensinventeringen framgår att 95 procent av personalen nu genomgått vardagsrehabilitering samt utbildningen mat, måltid och nutrition. 90 procent av personalen hade genomgått palliativ utbildning samt SBAR.

Bedömningen är därmed att Axberg hemvård nu uppfyller kraven som ställs i punkten lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar.

### **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.

Inför uppföljning av kvalitetskrav ombads Axberg hemvård inkomma med rutin för hur de arbetar med riskanalyser, samt en sammanställning av genomförda riskanalyser för de senaste tolv månaderna.

Rutin för hur verksamheten systematiskt arbetar med riskanalyser, och vid platsbesök i verksamheten saknades och verksamheten skulle därför inkomma med sådan rutin, samt åtgärdsplan.

#### *Resultatuppföljning*

Vid resultatuppföljning granskades inskickad rutin samt åtgärdsplan. Rutinen beskriver vid vilka tillfällen, samt hur riskanalyser genomförs i verksamheten, och att de dokumenteras och följs upp. Ansvarsfördelning framgår.

Enligt åtgärdsplan ska rutinen implementeras hos medarbetarna under februari 2023.

Bedömningen är att Axberg hemvård åtgärdat bristerna gällande riskanalyser då de upprättat rutin för hur de systematiskt ska arbeta med riskanalyser i verksamheten, samt har en plan för hur rutinen ska implementeras.

### **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.

Inför uppföljning av kvalitet 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. Rutinen bedömdes sakna en beskrivning av vilken personal som är behöriga att ha tillgång till läkemedel som förvaras tillfälligt i verksamheten.

På platsbesök i verksamheten gjordes en rundvandring i lokalerna. Bedömning gjordes att er förvaring av läkemedel inte var tillräckligt säker då läkemedel förvaras öppet i ett gemensamt grupp rum i verksamheten. Verksamheten blev därför ålagda att inkomma med åtgärdsplan med beskrivning av hur ni ska åtgärda bristerna i punkten läkemedelshantering.

#### *Resultatuppföljning*

Vid resultatuppföljningen genomfördes ett platsbesök i verksamheten. Av observationen framgår att verksamheten nu har införskaffat två läsbara läkemedelsskåp som kan öppnas både med kod och nyckel. Nycklarna förvaras i skåp som endast delegerad personal har tillgång till.

Ni har även inkommit med en reviderad rutin. Rutinen har förtydligats och innehåller en beskrivning av att det är delegerade personal som har tillgång till läkemedelsskåp.

Bedömning görs att ni uppfyller kravet då ni nu har en säker förvaring av läkemedel som endast behöriga har tillgång till, samt att er rutin nu innehåller efterfrågad beskrivning av vilken personal som är behöriga att ha tillgång till läkemedel som förvaras tillfälligt i verksamheten.

## Kvarstående brister

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

## 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 uppföljning ombads Axberg hemvård inkomma med verksamhetens rutin för hantering och besvarande av trygghetslarm.

Rutinen saknade beskrivning av hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder samtidigt, samt hur utförare behandlar kunder med skyddad identitet. Det framgick inte heller av rutinen att utföraren ansvarar för hantering och åtgärder för larm mellan kl. 07.00-22.00. Komplettering av rutinen skulle därför genomföras och redovisas till enheten för uppföljning. Verksamheten skulle även inkomma med åtgärdsplan.

En granskning av dokumentation av larminsatser genomfördes även. Den visade att endast 49 procent av larmen fanns dokumenterade i verkställighetsjournalerna. Ny granskning av dokumentation av larminsatser skulle därför genomföras av i samband med resultatuppföljning.

### *Resultatuppföljning*

Vid resultatuppföljning inkom Axberg hemvård med reviderade rutiner för trygghetslarm. I verksamhetens lokala rutin "*Lokal rutin för hantering av trygghetslarm inom hemvården, vård och omsorg*" beskrivs hur verksamheten hanterar kunder med skyddad identitet, samt hur avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder samtidigt hanteras. I rutinen framgår det även nu att verksamheten är ansvariga för hantering och åtgärder av larm mellan klockan 06:45-21:45.

En ny granskning av dokumentation av larminsatser i verkställighetsjournaler har genomförts. Larmloggar begärdes in för perioden januari till och med mars

2023 där 25 slumpmässigt utvalda larm granskades. Granskningen visade att 80 procent av larmen var dokumenterade i verkställighetsjournaler.

Bedömning görs att ni delvis uppfyller kravet. Gällande dokumentation av larminsatser i verkställighetsjournaler har ni i tillräcklig omfattning åtgärdat bristen. Granskningen visar på en förbättring av dokumenterade larm i verkställighetsjournalen sedan föregående granskning. Gällande verksamhetens lokala rutin för hantering och besvarande av trygghetslarm behöver den revideras så den överensstämmer med riktlinjen, det vill säga att det framgår av den att verksamheten ansvarar för hanteringen av larm mellan klockan 07:00 - 22:00.

## 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 uppföljning ombads Axberg hemvård inkomma med verksamhetens rutin för samverkan. De redovisade rutinerna för intern och extern samverkan bedömdes sakna tydlig beskrivning av ansvarsfördelning. Det framkom inte heller i någon av rutinerna hur samverkan sker med regionen vid andra hälso- och sjukvårdsinsatser än in och utskrivning. Axberg hemvård blev därför ålagda att inkomma med en åtgärdsplan och reviderad rutin.

#### *Resultatuppföljning*

Inför resultatuppföljning inkom Axberg med "*Rutin för intern och extern samverkan - Axberg hemvård*". I denna framgår det nu ansvarsfördelning för de olika samverkansaktiviteterna. När det gäller hur samverkan med Region Örebro län sker, framgår det hur verksamheten ska arbeta för att ha kontakt med regionen vid in- och utskrivning, samt att genomgång av information i Life Care görs med ansvariga sjuksköterskor varje vardag. Det framgår att funktioner såsom exempelvis sjukgymnast vid behov kan bjudas in till verksamhetens teamträffar som kan vara fysiska eller digitala, dock finns ingen ytterligare beskrivning av hur samverkan med regionen sker, exempelvis på vilket sätt regionen kontaktas samt ansvarsfördelning.

Bedömning görs därför att Axberg hemvård fortsatt brister i punkten samverkan. Ni ska inkomma med reviderad rutin för samverkan, med beskrivning av hur samverkan med regionen sker.

### **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. Verksamheten ombads även inkomma med en sammanställning över genomförda egenkontroller under de senaste tolv månaderna. Bedömningen var att verksamheten brast då rutin för att årligen genomföra egenkontroller saknades. Ingen dokumenterad egenkontroll av verkställighetsjournaler redovisades heller. Verksamheten blev därför ålagd att inkomma med åtgärdsplan samt rutin för att årligen genomföra egenkontroller.

#### *Resultatuppföljning*

Inför resultatuppföljning inkom Axberg hemvård med rutinen ”Information och rutiner för egenkontroller”. Rutinen beskriver att egenkontroller avseende basal hygien ska genomföras minst en gång per år, samt egenkontroller avseende följsamhet till avvikelseprocessen ska ske två gånger per år.

Rutinen saknar genomgående beskrivning av vilka som är ansvariga för att genomföra egenkontrollerna. Det saknas även beskrivning hur egenkontroll av dokumentation, det vill säga social dokumentation samt genomförandeplaner ska ske.

Verksamheten har inkommit med egenkontroller genomförda både för genomförandeplaner och dokumentation.

Egenkontroll för genomförandeplaner visar att kontroll gjorts av fem planer. Ingen brist upptäcktes vid egenkontrollen.

För egenkontroll av social dokumentation framgår att vid kontroll av fem planer har brist genomgående uppmärksammats kring att ej vedertagna förkortningar använts, att övergripande målsättning inte finns hämtad från uppdraget, samt att dokumentationen inte är genomförd enligt IBIC-strukturen med relevanta livsområden och underkategorier.

Åtgärd avseende brist när det gäller förkortningar är redovisad. För brister avseende övergripande målsättning samt IBIC har ingen handlingsplan redovisats.

Bedömning görs att Axberg hemvård fortsatt brister i punkten då er rutin saknar beskrivning att, samt hur egenkontroll av dokumentation ska ske. Det saknas också genomgående beskrivning av vilka som är ansvariga i verksamheten för att genomföra egenkontrollerna. Ni brister även i punkten då ni inte redovisat handlingsplan med aktiviteter och tidsplan för de två brister ni identifierat i egenkontroll av dokumentation.

Ni har nu upprättat en rutin för att årligen genomföra egenkontroller upprättats, samt att ni redovisat att ni genomfört egenkontroller avseende social dokumentation och genomförandeplaner.

Ni ska inkomma med komplettering av rutin med beskrivning av hur egenkontroll av dokumentation sker i verksamheten, samt vilka som är ansvariga för att genomföra samtliga egenkontroller som beskrivs i rutinen. Ni ska även inkomma med handlingsplan som beskriver aktiviteter och tidsplan för att åtgärda bristerna som identifierades avseende dokumentation, det vill säga övergripande målsättning och IBIC.

## **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.

Inför uppföljningen genomfördes en granskning av 10 avvikelser registrerade i Treserva under perioden 2021-10-15 till 2022-10-15.

Av dessa var det 27 procent av de 10 granskade avvikelserna som hade beskrivning av hur åtgärd följts upp, av de granskade avvikelserna kunde vi se i någon hur verksamheten hade kommit fram till bedömning av åtgärdens effekt. Granskning av registrerade klagomål eller synpunkter under de senaste



36 månaderna visade att två synpunkter var inrapporterade under 2020 samt 2021, men att de inte blivit åtgärdade eller uppföljda. Tre synpunkter och klagomål fanns även registrerade i W3D3, men hade inte blivit registrerade i Treserva såsom riktlinjen säger att de ska bli. Åtgärder och effekt fanns inte heller dokumenterade i W3D3. Granskning visade även att rutin som beskriver tillämpning av uppdragsgivarens riktlinjer gällande avvikelser, klagomål och synpunkter saknades, samt att det inte framgick 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. Brist konstaterades därför i punkten utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet. Verksamheten skulle inkomma med åtgärdsplan med beskrivning av hur de 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. De skulle även inkomma med rutin som beskriver tillämpning av riktlinjer gällande avvikelser, klagomål och synpunkter.

En ny granskning av följsamhet till avvikelseprocessen planerades att genomföras av enheten för uppföljning i samband med resultatuppföljning.

#### *Resultatuppföljning*

Vid resultatuppföljning inkom Axberg hemvård med åtgärdsplan där det framkommer att rutin för avvikelser, klagomål och synpunkter ska gås igenom vid verksamhetens arbetsplatsträff i februari 2023. I rutinen ska det enligt åtgärdsplan tydliggöras att avvikelseprocessen ska genomföras, samt att ansvaret åligger enhetschef. Uppföljning av åtgärdsplanens effekt ska ske av verksamheten genom egenkontroller under vår och tidig höst 2023. Åtgärdsplanen saknar beskrivning av hur verksamheten ska säkerställa att kunder och anhöriga får information om att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till kommunen.

Verksamheten inkom även med rutin ”Hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter för Axberg hemvård”. Rutinen beskriver hur avvikelser, klagomål och synpunkter tas emot, och att de ska registreras i Treservas avvikelsemodul. Det framkommer även i vilka forum som avvikelser, klagomål och synpunkter utreds, analyseras, åtgärdas och följs upp, samt vilka som ansvarar för detta.

Det saknas dock beskrivning av hur kund och anhöriga får information om att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till kommunen, och att de kan vara anonyma om så önskas.

I rutinen står även en annan hemtjänstgrupps namn, detta behöver ändras så att det framkommer att det är Axberg hemvård som avses.

I samband med resultatuppföljningen genomförde enheten för uppföljning en ny granskning av följsamhet till avvikelseprocessen.

Granskning visade att det fanns 12 rapporterade händelser bedömda som avvikelser för perioden 2022-12-01 till 2023-02-28. Av dessa var det 92 procent som hade genomgått samtliga steg i avvikelseprocessen, det vill säga att de var utredda, bedömda, åtgärdade samt uppföljda. Av dessa granskades 9 slumpvist utvalda avvikelser närmare. 41 procent av dessa hade beskrivning av hur åtgärd följts upp, samt beskrivning av hur verksamheten hade kommit fram till bedömning av åtgärdens effekt.

Bedömningen är att Axberg hemvård fortsatt brister i punkten då rutinen för tillämpning av riktlinjer gällande avvikelser, klagomål och synpunkter, saknar beskrivning hur kunder och anhöriga får information om att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till kommunen. Brist konstateras också avseende följsamhet till avvikelseprocessen då verksamheten brister i att följa upp och bedöma vidtagna åtgärders effekt.

Axberg hemvård ska därför inkomma med reviderad åtgärdsplan med beskrivning av hur verksamheten ska säkerställa att kunder och anhöriga får information om att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till kommunen, anonymt om så önskas.

Verksamheten ska även inkomma med reviderad rutin med beskrivning av hur kunder och anhöriga får information om att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten, och direkt till kommunen. Det ska framkomma av rutinen att detta kan ske anonymt om så önskas.

Rutinen ska även ändras så att rätt verksamhetsnamn står benämnt i den.

Axberg hemvård ska i arbetet med avvikelseprocessen fortsätta enligt tidigare redovisad åtgärdsplan. En ny granskning av följsamhet till avvikelseprocessen kommer att genomföras i samband med en ny 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 uppföljning av kvalitet ombads Axberg hemvård att inkomma med rutin för att dagligen ta emot och planera genomförandet av nya och förändrade uppdrag och hälso- och sjukvårdsåtgärder. Brist konstaterades då verksamhetens redovisade rutiner saknade beskrivning av hur verksamheten hanterar mottagandet av nya och förändrade uppdrag eller hälso- och sjukvårdsåtgärder, samt ansvariga för mottagandet. Det framgick inte heller att verksamheten har beredskap och rutiner för om nytt uppdrag eller förändrat behov skulle uppstå under en helg. Verksamheten skulle därför inkomma med

åtgärdsplan med beskrivning av hur bristen skulle åtgärdas, samt rutin där det skulle 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 skulle även framgå i rutinen hur verksamheten har beredskap för om nytt uppdrag eller förändrat behov skulle uppstå under en helg.

### *Resultatuppföljning*

Vid resultatuppföljningen skickade verksamheten in åtgärdsplan samt efterfrågad rutin. Rutinen bedöms ha beskrivning av hur nya SOL- och HSL-uppdrag tas emot, samt hur ansvarsfördelning för aktiviteterna i rutinen ser ut. Det framgår av rutinen hur verksamheten hanterar förändrat HSL-uppdrag avseende befintliga kunder, men ingen beskrivning finns av hur verksamheten hanterar förändrat SOL-uppdrag för befintliga kunder.

Det framgår fortfarande inte hur verksamheten gör vid förändrade uppdrag som inkommer när driftplanerare och verksamhetsstödjare inte är i tjänst. I rutinen beskrivs att det är driftplanerare och verksamhetsstödjare som bevakar Treserva och tar emot nya SOL- och HSL-uppdrag vardagar. Vad som sker om ett nytt uppdrag inkommer, eller om ett befintligt uppdrag skulle förändras under helger när dessa funktioner inte är i tjänst framkommer inte.

Bedömningen är därför att Axberg hemvård fortsatt brister i punkten uppdraget då rutinen behöver kompletteras med information om hur verksamheten tar emot och hanterar förändrat SOL-uppdrag för befintliga kunder, samt hur verksamheten hanterar nytt eller förändrat uppdrag när driftledare och verksamhetsstödjare inte är i tjänst.

Axberg hemvård ska därför inkomma med reviderad rutin där ovanstående beskrivna punkter framgår.

## **Dokumentation**

### 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.

Inför uppföljning av kvalitet genomfördes en dokumentationsgranskning av 15 individers verkställighetsjournaler i Treserva för perioden 2022- 05-21 till 2022-11-21. Granskningen 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. Brist konstaterades därför, och Axberg hemvård skulle inkomma med åtgärdsplan där även tidsplan och ansvarig för aktiviteterna skulle framgå. I samband med resultatuppföljning skulle en ny granskning av verkställighetsjournaler genomföras av enheten för uppföljning.

#### *Resultatuppföljning*

Vid resultatuppföljningen skickade verksamheten in åtgärdsplan som visade att verksamheten skulle jobba med återkoppling på individnivå till berörda medarbetare, samt att detta skulle ske under våren 2023. Uppföljning ska enligt åtgärdsplan ske till hösten 2023.

**En ny granskning genomfördes av 30 individers** verkställighetsjournaler för perioden 2022-12-20 till och med 2023-03-15. Granskningen visade att 58 procent av de granskade journalerna uppfyllde kravet. Den visade att det var 58 procent av totalt 30 granskade 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.

Bedömning görs att Axberg hemvård fortsatt brister i dokumentation i verkställighetsjournaler, då faktiska omständigheter över tid inte dokumenterats i tillräcklig omfattning. Granskningen visar att det till exempel finns uppehåll i dokumentationen och få anteckningar vilket gör att den individuella vård- och omsorgsprocessen inte går att följa i dokumentationen, då faktiska omständigheter över tid inte dokumenterats i tillräcklig omfattning. Dock visar granskningen på en förbättring, men ni behöver fortsatt arbeta med att åtgärda bristen i enlighet med åtgärdsplanen.

Ni ska därför arbeta vidare utifrån er åtgärdsplan. I samband med resultatuppföljning kommer en ny granskning av verkställighetsjournaler genomföras i syfte att granska att faktiska omständigheter över tid, samt att den individuella vård- och omsorgsprocessen dokumenteras och går att följa i verkställighetsjournalerna.

Sandra Månstierna  
Avtalscontroller  
Enheten för uppföljning  
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet  
Örebro kommun