

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.

En första resultatuppföljning genomfördes därför 2023-04-27 för att bedöma om tillräckliga åtgärder vidtagits för att komma till rätta med de påtalade bristerna. Bedömning gjordes att det fortfarande kvarstår brister i verksamheten och därmed ålades Axbergs hemvård att fortsätta med att vidta åtgärder utifrån upprättad handlingsplan.

Vi har nu, utifrån de brister som tidigare identifierats, genomfört en andra resultatuppföljning där vi har tagit del av de rutiner som Axberg hemvård har skickat in, samt följt upp åtgärderna genom journalgranskning och granskning av följsamhet till avvikelseprocessen.

Beslut

Enheten för uppföljning bedömer att utförarens vidtagna åtgärder inte gett önskad effekt och att bristerna därmed kvarstår inom nedanstående avtalspunkter.

- **Ledningssystem för kvalitet**
 - Samverkan
- **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 15 januari 2024.

Det innebär att 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 samverkansrutin för extern samverkan med regionen
- reviderad åtgärdsplan dokumentation där det framkommer hur ni utvärderat effekten av de åtgärder ni satt in, samt beskriver vilka ytterligare åtgärder som planeras för att åtgärda bristen.

Axberg hemvård ska senast den 15 januari 2024 skicka in begärda handlingar till egerval@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.

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.

Det bedömdes att 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.

Granskning av dokumentation av larminsatser genomfördes även, den visade att 49 procent av larmen fanns redovisade i verkställighetsjournalerna.

Verksamheten blev ålagd att skapa en åtgärdsplan samt inkomma med komplettering av rutin för hantering och besvarande av trygghetslarm.

Resultatuppföljning 1

Vid en första resultatuppföljning inkom Axberg hemvård med reviderade rutiner för trygghetslarm som beskrev hur verksamheten hanterar kunder med skyddad identitet, samt hur avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder samtidigt hanteras. I rutinen framgick att verksamheten är ansvariga för hantering och åtgärder av larm mellan klockan 06:45-21:45. Ny granskning av larm visade att verksamheten dokumenterat 80 procent av larmen i kundernas verkställighetsjournaler.

Bedömning gjordes att verksamheten i tillräcklig omfattning åtgärdat krav om dokumentation av larm i kundernas journaler. I den lokala rutinen för hantering och besvarande av larm framgick efter revidering, hur verksamheten hanterar kunder med skyddad identitet, samt hur avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder samtidigt hanteras. Dock behövde verksamheten revidera rutinen så att den överensstämmer med riktlinjen, det vill säga att det ska framgå att verksamheten ansvarar för hanteringen av larm mellan klockan 07:00 -22:00.

Resultatuppföljning 2

Lokal rutin för hantering och besvarande av trygghetslarm Axberg och Vivalla hemvård har reviderats så att det framgår av den att verksamheten ansvarar för hanteringen av larm mellan klockan 07:00 -22:00.

Bedömningen är därmed att Axberg hemvård nu uppfyller krav som ställs i punkten trygghetslarm.

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 12 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 1

Inför resultatuppföljning inkom Axberg hemvård med rutinen ”Information och rutiner för egenkontroller”. Rutinen saknade dock genomgående beskrivning av ansvariga för att egenkontrollerna genomförs. Det saknades även beskrivning hur egenkontroll av dokumentation, det vill säga social dokumentation samt genomförandeplaner ska ske. Verksamheten hade inte heller redovisat handlingsplan för de två bristerna gällande övergripande målsättning och IBIC som identifierades vid egenkontroll av dokumentation. Verksamheten ålades att inkomma med ovanstående uppgifter inför nästa resultatuppföljning.

Resultatuppföljning 2

I inskickad reviderad rutin för årliga egenkontroller finns nu beskrivning att egenkontroll av genomförandeplaner samt social dokumentation genomförs minst två gånger per år, tillvägagångssätt och ansvarig framgår även. Det framgår av rutinen att det alltid är enhetschef som är ansvarig för att egenkontrollerna genomförs, dokumenteras och följs upp i verksamheten.

Verksamheten har inkommit med en handlingsplan avseende kvalitetsuppföljning av verksamheten. I denna beskrivs att uppföljning av egenkontroller av dokumentation ska ske i september 2023, samt att återkoppling på individnivå sker i oktober.

Bedömningen är därmed att Axberg hemvård nu uppfyller krav som ställs i punkten 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.

Inför uppföljningen genomfördes en granskning av 10 avvikelser registrerade i Treserva som visade att 27 procent av avvikelserna hade fullföljt samtliga steg i avvikelseprocessen, det vill säga att de hade beskrivning av hur åtgärderna följts upp och bedömning av åtgärdernas effekt.

Granskning av registrerade klagomål under de senaste 36 månaderna visade att två synpunkter inrapporterade under 2020 samt 2021, varken blivit åtgärdade eller uppföljda. 3 synpunkter och klagomål som fanns registrerade i W3D3 hade inte blivit registrerade i Treserva som riktlinjen säger att de ska bli. Dessa 3 synpunkter och klagomål var hanterade, men åtgärder och effekt fanns inte dokumenterade i W3D3.

Det framkom 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. Verksamheten skulle därmed 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 1

Vid en första resultatuppföljning bedömdes att redovisad åtgärdsplan saknade 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.

Redovisad rutin för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter saknade 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 stod även en annan hemtjänstgrupps namn, vilket behövde 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, där det framkom att 41 procent av granskade avvikelser hade beskrivning av hur åtgärd följts upp, samt beskrivning av hur verksamheten hade kommit fram till bedömning av åtgärdens effekt.

Fortsatt brist konstaterades därför, och Axberg hemvård skulle inkomma med reviderad åtgärdsplan, samt rutin för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter. Ny granskning av följsamhet till avvikelseprocessen kommer att genomföras i samband med en andra resultatuppföljning.

Resultatuppföljning 2

Inför en andra resultatuppföljning har Axberg hemvård inkommit med reviderad åtgärdsplan där det nu framgår att i samband med nya uppdrag kommer kund att få information om att de har möjlighet att lämna synpunkter/klagomål och att de kan göra det direkt till kommunen samt anonymt om så önskas. Det framgår även att alla befintliga kundpärmar kommer ses över och vid behov uppdateras under oktober 2023.

Rutin för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter har uppdaterats så att det nu framgår 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. Revidering har också skett så att det framgår att rutinen avser Axberg/Vivalla hemvård.

I samband med resultatuppföljningen genomförde enheten för uppföljning en ny granskning av följsamhet till avvikelseprocessen av 6 avvikelser registrerade i Tresa mellan perioden 2023-05-01 till och med 2023-08-01. 86 procent av dessa har genomgått samtliga steg i avvikelseprocessen det vill säga att de är utredda, bedömda, åtgärdade samt har beskrivning av hur åtgärderna följts upp, och bedömning av åtgärdernas effekt.

Även om de granskade avvikelserna är få till antalet kan vi konstatera att det syns en förbättring när det gäller följsamhet till avvikelseprocessen och bedömningen är därför att Axberg hemvård uppfyller krav i punkten utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet.

Uppdraget

<p>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.</p>
--

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 om verksamheten har beredskap och rutiner för om nytt uppdrag eller förändrat behov skulle uppstå under en helg när driftplanerare och verksamhetsstödjare inte är i tjänst. Verksamheten skulle därför inkomma med åtgärdsplan samt rutin där det framgår 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 då driftledare och verksamhetsstödjare inte är i tjänst. Detta då de enligt befintlig rutin är de som under vardagar har ansvar för att ta emot nya uppdrag/förändrade behov.

Resultatuppföljning 1

Vid en första resultatuppföljning bedömdes Axberg hemvård ha fortsatta brister i punkten uppdraget då det fortsatt saknades beskrivning av hur verksamheten hanterar förändrat SOL-uppdrag för befintliga kunder, samt hur verksamheten hanterar nytt eller förändrat uppdrag när driftledare och verksamhetsstödjare inte är i tjänst. Verksamheten skulle därför inkomma med reviderad rutin med beskrivning av detta.

Resultatuppföljning 2

Inför en andra uppföljning har Axberg hemvård inkommit med rutin för mottagande av uppdrag. Granskning av denna visar att rutinen nu är kompletterad med information om hur verksamheten hanterar nytt uppdrag, eller förändrat uppdrag för befintliga kunder. Det framgår även hur nya uppdrag/förändrade behov hanteras när driftledare och verksamhetsstödjare inte är i tjänst.

Bedömningen är därför att Axberg hemvård nu uppfyller krav i punkten uppdraget.

Kvarstående brister

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

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 arbetsätt 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 1

Vid en första resultatuppföljning inkom Axberg hemvård med verksamhetens lokala rutin för intern och extern samverkan. Den bedömdes ha kompletterats med en tillräcklig beskrivning av ansvarsfördelning för alla samverkansområden förutom den som sker med regionen, men fortfarande sakna en tillräcklig beskrivning av hur samverkan med regionen sker. Exempelvis på vilket sätt regionen kontaktas samt ansvarsfördelning. Verksamheten ålades därför att inkomma med en reviderad rutin för samverkan med beskrivning av det som saknades.

Resultatuppföljning 2

Inskickad rutin för intern och extern samverkan är reviderad så att det nu även framkommer vem som är ytterst ansvarig för samverkan med regionen. Det framkommer dock ingen ytterligare beskrivning av hur samverkan med regionen går till vid andra situationer än vid in- och utskrivning. Det framgår att andra aktörer såsom exempelvis sjukgymnast vid behov kan bjudas in till verksamhetens fysiska eller digitala Teamträffar. Dock finns ingen vidare beskrivning av hur samverkan med aktörer från regionen sker, exempelvis på vilket tillvägagångssätt dessa aktörer bjuds in till beskrivna möten.

Bedömning är därför att Axberg hemvård fortsatt brister i punkten samverkan då det inte framkommer hur samverkan sker med andra aktörer inom regionen

än den som sker vid in- och utskrivning från sjukhus. Ni ska inkomma med reviderad samverkansrutin med beskrivning av hur samverkan sker med övriga aktörer från regionen än de ni samverkar med vid in- och utskrivning från sjukhusvistelse.

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 Tresa 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. I samband med resultatuppföljning skulle en ny granskning av verkställighetsjournaler genomföras av enheten för uppföljning.

Resultatuppföljning 1

Vid en första resultatuppföljning genomfördes granskning av 30 individers verkställighetsjournaler för perioden 2022-12-20 till och med 2023-03-15. Granskningen visade att 57 procent av de granskade journalerna uppfyllde kravet. De övriga verkställighetsjournalerna visade inte i tillräcklig omfattning faktiska omständigheter över tid, och den individuella vård- och omsorgsprocessen gick därmed inte att följa. Axberg hemvård skulle därför fortsätta arbeta enligt sin åtgärdsplan, samt att ny granskning av verkställighetsjournaler skulle genomföras.

Resultatuppföljning 2

Vid en andra resultatuppföljning genomfördes en ny dokumentationsgranskning av 30 individers verkställighetsjournaler för perioden 2023-05-01 till och med 2023-09-04. Granskning visar att 47 procent av de granskade journalerna uppfyllde kravet. De övriga verkställighetsjournalerna bedöms inte i tillräcklig omfattning visa faktiska omständigheter över tid, då det fortfarande finns längre uppehåll i dokumentationen och få anteckningar i vissa av de granskade journalerna.

Bedömningen är att Axberg hemvård fortsatt brister i dokumentation i verkställighetsjournaler, då faktiska omständigheter över tid inte dokumenterats i tillräcklig omfattning, och granskning visar att bristen är mer omfattande nu än den var i resultatuppföljning 1.

Enligt er åtgärdsplan för åtgärd av bristerna i dokumentation ska ni återkoppla på individnivå efter utförda uppföljningar enligt er rutin för egenkontroller. Enheten för uppföljning har nu genomfört två resultatuppföljningar av dokumentation i er verksamhet. Granskning visar att dokumentationen i verkställighetsjournal fortsatt är bristfällig, och att åtgärdsplanen som innebär att återkoppling sker på individnivå inte gett önskad effekt. Därför ser vi att andra åtgärder på till exempel verksamhetsnivå är aktuellt.

Ni ska inkomma med ny åtgärdsplan där det framkommer hur ni utvärderat effekten av de åtgärder ni redan satt in, det vill säga återkoppling på individnivå, samt beskrivning av vilka ytterligare åtgärder verksamheten planerar att vidta för att komma till rätta med bristen. I åtgärdsplanen ska det även framgå ansvarig för aktiviteterna samt tidsplan.

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