

Eker hemvård

Resultatuppföljning av kvalitetskrav

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. I samband med uppföljningen upptäcktes brister inom några av kraven.

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

Beslut

Enheten för uppföljning bedömer att bristerna avseende följande kvalitetskrav har åtgärdats.

- **Ledningssystem för kvalitet**
-Samverkan

Enheten för uppföljning bedömer att nedanstående brister inte är åtgärdade i tillräcklig omfattning.

- **Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet**
- **Trygghetslarm**
- **Ledningssystem för kvalitet**
-Egenkontroller

Enheten för uppföljning beslutar därmed att Eker hemvård ska inkomma med en ny åtgärdsplan avseende de kvarstående bristerna, då tidigare åtgärder inte varit tillräckliga för att komma tillrätta med bristerna.

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

- Genomförd egenkontroll för de delar i den löpande dokumentationen i verkställighetsjournalen som saknas i de tidigare inkomna egenkontrollerna.

Åtgärdsplan ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast **den 4 november 2022** och dokumentation från genomförd egenkontroll ska inkomma innan **den 1 februari 2023**. Enheten för uppföljning kommer följa upp att bristerna är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en ny resultatuppföljning, som kommer genomföras **efter 1 februari 2023**. Detta innebär att vi kommer ta del av inskickade handlingar och genomföra granskning av verkställighetsjournal och avvikelser.

Enheten för uppföljning har vid resultatuppföljningen sett en viss förbättring avseende nedanstående 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.

- **Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**
- **Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal**
- **Dokumentation**

Identifierade brister som bedömts vara av mindre omfattning ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Ni 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

- Samverkan

Enligt överenskommelsen (punkt 3.4) ska ledningssystem för kvalitet innehålla rutiner för samverkan internt och externt. Rutin för intern samverkan ska innehålla beskrivning av hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten samt vilka forum som finns för samverkan.

Vid uppföljning av kvalitetskrav gjorde enheten för uppföljning bedömningen att era rutiner för samverkan brast i följsamhet till överenskommelse. Rutinerna behövdes tydliggöras så att de även innefattade den dagliga

samverkan mellan personal och den kommunala hälso- och sjukvårdsorganisationen samt mellan personal inom verksamheten.

Ni ombads inkomma med en uppdaterad rutin för samverkan. I inskickade rutiner framgår hur ni dagligen samverkar med kommunala hälso- och sjukvårdsorganisationen vid exempelvis försämrat hälsotillstånd samt hur ni internt löpande samverkar under dagen i verksamheten. Enheten för uppföljning bedömer att bristen nu är åtgärdad i tillräcklig omfattning.

Kvarstående brister

- 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

Enligt överenskommelse (punkt 1.3) ska all personal genomgå de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession. Efter att vi granskat er kompetensinventering och genom samtal på platsbesöket gjorde Enheten för uppföljning bedömningen att några av de av de obligatoriska utbildningarna inte hade genomförts i tillräcklig omfattning och ni brast i överenskommelsens krav *Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar*. De utbildningar som inte hade genomförts i tillräcklig omfattning var *Avvikelsehantering, IBIC, Mat och Nutrition, Palliation, SBAR, TES, Vardagsrehabilitering och Basal hygien*.

Ni ombads inkomma med åtgärdsplan och en uppdaterad kompetensinventering i september 2022. Alla obligatoriska utbildningar utom den i *vardagsrehabilitering* har genomgått i tillräcklig omfattning. Resultatuppföljningen visar att er följsamhet till överenskommelse gällande obligatoriska utbildningar har förbättrats men kvarstår i mindre omfattning och bedöms kunna hanteras inom ramen för ert eget kvalitetsarbete.

Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal

Enligt överenskommelsen (punkt 2.5) ska minst 85 % av all omvårdnadspersonal genomgått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande. Efter att ha granskat er kompetensinventering vid uppföljningen gjorde vi bedömningen att ni brast i följsamhet till överenskommelsen då endast 67% av er omvårdnadspersonal hade rätt utbildningsnivå.

Ni ombads inkomma med en åtgärdsplan som redogjorde för er plan för att uppnå kravet och en uppdaterad kompetensinventering i september 2022. Resultatet visar att 79% av er personal har omvårdnadsutbildning eller liknande vilket betyder att ni förbättrat er följsamhet till kravet. Dock uppnår ni inte

85% och ni ska fortsätta arbeta utifrån era planerade åtgärder. Då bristen kvarstår i mindre omfattning gör vi bedömningen att det kan hanteras inom ramen för ert eget kvalitetsarbete.

Dokumentation

Enligt överenskommelse (punkt 3.7) ska utföraren följa Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2014:5 gällande dokumentation. I verkställighetsjournalen ska händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid dokumenteras, och den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas.

Vid vår granskning av verkställighetsjournaler brast ni i följsamhet till överenskommelsen avseende er löpande dokumentation. Detta då det i endast 8 av 30 journaler framgick både händelser av betydelse och vad som faktiskt utförs hos aktuell kund och på vilket sätt. Vi såg även att det saknades dokumentation kring de avvikelser som rapporterats, i vissa fall fanns händelsen dokumenterad men saknade information om att händelsen var rapporterad i avvikelssystem.

Ni ombads inkomma med en åtgärdsplan som beskrev hur ni planerade att åtgärda bristen kopplat till löpande dokumentation i verkställighetsjournalerna. Vi har nu tagit del av er åtgärdsplan och genomfört en resultatuppföljning genom att granska 30 verkställighetsjournaler under perioden juni till september 2022.

Granskningen visar att det nu i 23 av 30 journalen framgår både händelser av betydelse och vad som faktiskt utförs hos aktuell kund och på vilket sätt. Vi har även granskat om det finns dokumentation i verkställighetsjournalen kring de 15 avvikelser som registrerats under samma period. Vid fler tillfällen än tidigare framgår händelsen men det saknas fortfarande anteckning om att avvikelse är gjord i samma utsträckning som tidigare.

Enheten för uppföljning bedömer genom granskning av verkställighetsjournal att bristen kring dokumentation har förbättrats men kvarstår i mindre omfattning gällande att dokumentera när avvikelser rapporteras. Ni bedöms kunna hantera och åtgärda detta inom ramen för ert eget kvalitetsarbete.

Kvarstående brister

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

Ledningssystem för kvalitet

- Egenkontroller

Enligt överenskommelsen ska ni genomföra årliga egenkontroller av verksamhetens följsamhet till hygienriktlinjer, avvikelseprocessen och

överenskommelsens krav på dokumentation. Ni ska även ha en rutin för hur dessa egenkontroller genomförs.

Vid uppföljningen tog vi del av era rutiner och en sammanställning av genomförda egenkontroller de senaste 12 månaderna. Era rutiner innehöll kravställda delar. Er sammanställning visade att ni genomfört egenkontroller, identifierat brister och vidtagit åtgärder och systematiskt arbetar med egenkontroller. Dock innehöll er egenkontroll för dokumentation främst en kontroll av era genomförandeplaner och inte den löpande dokumentationen i verkställighetsjournalen.

Ni ombads inkomma med en genomförd egenkontroll för dokumentation som även innehöll kontroll av den löpande dokumentationen i verkställighetsjournalen. Inkommen egenkontroll saknar fortfarande de delar som ingår i den löpande dokumentationen så som;

- händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid,
- vad som faktiskt genomförs och hur situationen ser ut för kunden,
- den omvårdnadspersonal som utför insatsen hos kund är den som i första hand ska anteckna i kundens verkställighetsjournal.

Åtgärd

Ni ska inkomma med dokumentation från en genomförd egenkontroll där ovan nämnda delar ingår, den genomförda egenkontrollen ska inkomma senast den **1 februari 2023**.

Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Enligt överenskommelse (punkt 3.4) ska ni ha rutiner som beskriver hur avvikelser tas emot, utreds, åtgärdas, sammanställs, analyseras och riskbedöms enligt SOFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Alla typer av händelser ska rapporteras, registreras, utredas och följas upp. Oavsett typ av händelse ska verksamheten följa *Riktlinjen Avvikelser, klagomål och synpunkter*.

I samband med uppföljningen granskade vi 18 slumpmässigt utvalda avvikelser under perioden april 2021 och april 2022. Era avvikelser följde processen avseende bedöma och utreda, dock hade endast 17 % av dem har en anteckning som beskrev åtgärder. Ingen av de granskade avvikelserna hade en anteckning som beskrev hur avvikelserna följts upp eller hur ni kommit fram till åtgärdernas effekt.

Ni ombads inkomma med en åtgärdsplan som beskrev hur ni skulle åtgärda bristen kopplat till anteckningar under stegen åtgärda och följa upp. Vi har tagit del av den som endast nämner *Rutin hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter*

som en åtgärd. Vi har även granskat 14 avslutade avvikelser under perioden juni till september 2022 och ingen av dessa hade anteckningar under stegen åtgärda och följa upp. Enheten för uppföljning gör bedömningen att bristen inte är åtgärdad i tillräcklig omfattning

Åtgärd

Ni ska inkomma med en **åtgärdsplan** som beskriver hur ni ska åtgärda bristen kopplat till dokumentation under stegen åtgärda och följa upp. Anteckningar i avvikelsemodulen ska följa *riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter* för stegen åtgärda och följa upp. Vi kommer följa upp att bristen är åtgärdad i tillräcklig omfattning genom att granska avvikelser i Treserva efter den **1 februari 2023**.

Trygghetslarm

Enligt överenskommelse (punkt 2.3) ska utförare av trygghetslarm följa *Riktlinjen för utförande av insatsen trygghetslarm*. Enligt riktlinjen ska alla åtgärdade/besvarade larm dokumenteras i verkställighetsjournal tillsammans med en beskrivning av hur larmet åtgärdats. Utförare ska ha en lokal rutin som innehåller tillvägagångssätt för hantering av larm mellan kl. 7,00–22,00.

I samband med uppföljningen tog vi del av era rutiner för trygghetslarm som bedömdes sakna vissa kvavställda delar. Vi granskade även er dokumentation av besvarade larm under perioden februari till april 2022 då ni mottog 923 larm. Ett slumpmässigt urval på 139 larm som inkommit dagtid granskades i verkställighetsjournalen. Endast 20% av dessa fanns dokumenterade och endast 19% hade en beskriven larmåtgärd. Enligt överenskommelse ska utförare av trygghetslarm följa *Riktlinjen för utförande av insatsen trygghetslarm*. Enligt riktlinjen ska alla åtgärdade/besvarade larm dokumenteras i verkställighetsjournal och utförare ska även ha en lokal rutin för hantering och besvarande av larm.

Vi har nu som en del i resultatuppföljningen tagit del av era uppdaterade rutiner och återigen granskas er dokumentering av besvarade larm. Ni har valt att inkomma med flera lokala rutiner avseende trygghetslarm och dessa innehåller kravställda delar som tidigare saknades; samverkan med nattorganisationen och gruppen för välfärdsteknik, hantering vid avbrott i larmkedjan och kunder med skyddad identitet.

Granskningen av er dokumentation över besvarade larm innefattar perioden juli till september 2022 då ni mottagit 945 larm. Av dessa 945 är 591 inkomna dagtid och ett slumpmässigt urval på 88 larm har granskats i verkställighetsjournalen. Endast 23% av dessa fanns dokumenterade och hade en beskriven larmåtgärd. Vi misstänker att flera larm har dokumenterats någon

dag i efterhand, men det framgår inte av anteckningarna att de avser ett mottagande och åtgärdande av larm dagen före.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att bristen inte är åtgärdad i tillräcklig omfattning. Era rutiner uppfyller kravställda delar men ni dokumenterar inte era besvarade larm och vidtagna åtgärder i enlighet med *riktlinje för utförandet av insatsen trygghetslarm* i tillräcklig omfattning.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en **åtgärdsplan** som beskriver hur ni ska åtgärda bristen kopplat till dokumentation av larmmottagande. Vi kommer följa upp att bristen är åtgärdad i tillräcklig omfattning genom en ny resultatuppföljning efter den **1 februari 2023** genom att granska era verkställighetsjournaler.

Hanna Hernebring
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun