

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Örebro kommun, Eker 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 112/2020. 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.

Eker hemvård

Eker Hemvård har 181 kunder och runt 50 medarbetare. Av dessa 50 ingår ca 20 timvikarier. Förutom enhetschef finns även verksamhetsstödare och driftsplanerare i verksamheten. Nuvarande enhetschef har varit i rollen sedan maj 2021 och Eker hemvård har sedan två månader nya lokaler som passar verksamheten bättre. I samband med jämställdhetspriset för 2021 fick Eker Hemvård ett hedersomnämmande av jämställdhetsdelegationen.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Eker 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 **20 juni 2022** skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se. Bedömningen är att ni brister inom följande kvalitetskrav i överenskommelsen:

- **Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**
- **Trygghetslarm**
- **Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal**
- **Ledningssystem för kvalitet**
 - Samverkan
 - Egenkontroller
- **Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet**
- **Dokumentation**

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

- Uppdaterad lokal rutin för Trygghetslarm
- Uppdaterad rutin för intern Samverkan
- Genomförd egenkontroll Dokumentation

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast **den 31 augusti 2022**.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter **den 3 oktober 2022**. Detta innebär att vi kommer granska inkomna rutiner samt genomföra granskning av verkställighetsjournal, avvikelser och dokumentation av trygghetslarm.

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.

Ledningssystem för kvalitet

- Riskanalyser

Enligt överenskommelse (punkt 3.4) ska utförare ha ett ledningssystem som uppfyller de krav som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOFS 2011:9) vilket innefattar att ni fortlöpande ska genomföra riskanalyser för att systematiskt förbättra verksamheten, enligt överenskommelse ska ni även ha en lokal rutin för hur ni arbetar med dessa.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med er rutin för hur ni arbetar med riskanalyser samt en sammanställning av de riskanalyser ni genomfört de senaste 12 månaderna. Av sammanställningen skulle det framgå vilka riskanalyser som genomförts, anledning till att riskanalyserna genomfördes, vilka risker som identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån riskerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt.

Ni inkom med en beskrivning av vilka riskanalyser som genomförts i verksamheten där ni beskrev att de riskbedömningar som gjorts på verksamheten har främst varit kopplade till arbetsmiljön på enheten. Bland dessa kan nämnas: riskanalys kopplat till arbetet utifrån coronaviruset. Vid riskanalysen har kvalitet och patientsäkerhet funnits med och diskuterats. Riskanalysen skrivs och följs upp tillsammans med enhetens skyddsombud. Riskanalyserna har även delgetts övriga medarbetare vid APT och via mejl. Vid uppföljning stäms av huruvida de åtgärder som genomförts har haft avsedd effekt eller om andra/ytterligare åtgärder behövs.

Vid begäran om komplettering inkom ni med *Rutin för arbete med riskanalyser*. Rutinen beskriver syftet med riskanalyser, att enhetschef bjuder in skyddsombud och ibland även andra medarbetare beroende på omfattningen av föreslagen förändring. Rutinen hänvisar till material på intranätet, mallar att fylla i. Rutinen beskriver fyra steg och hänvisar till metodboken.

På platsbesöket beskrev ni hur ni arbetar med riskanalyser och hur skyddsombud är delaktiga samt hur ni följer upp riskanalyser löpande på APT. Enheten för uppföljning bad om att få ta del av er riskanalys för Covid-19 vilket inkom.

Bedömning

Genom att ta del av er rutin för arbete med riskanalyser tillsammans med er beskrivning av ert arbete på platsbesöket gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni uppfyller kravet avseende riskanalyser. Er rutin tillsammans med er beskrivning och att vi tagit del av er riskanalys för Covid – 19 kan vi se att ni arbetar med åtgärder och följer upp dess effekt.

Uppdraget

Enligt överenskommelse (punkt 3.6) ska utförare ha en rutin som beskriver arbetet med att dagligen ta emot och planera genomförandet av nya och förändrade uppdrag. Utförare ska även ha en rutin som på samma sätt redogör för mottagande, planering och genomförande av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Vi har tagit del av er *Rutin för mottagande av uppdrag* där det framgår hur ni dagligen tar emot nya och ändrade uppdrag, det framgår hur driftsplaneraren bevakar Treserva och sedan vidtar åtgärder utifrån om det är ett nytt eller förändrat uppdrag enligt SoL eller HSL. Vid nytt uppdrag kontaktas kunden, besöksplaner i TES uppdateras, välkomstsamtal bokas och genomförandeplan upprättas. Det framgår vem som ansvarar för de olika delarna i mottagande av nya och förändrade insatser.

Bedömning

Genom att ta del av er rutin för mottagande av uppdrag gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni har följsamhet till kraven som ställs i överenskommelsen. Rutinen innehåller beskrivning av hur ni dagligen tar emot och planerar för nya och förändrade insatser. Den beskriver även vem som ansvarar för vilken del, från att uppdraget inkommer till att besöksplaner ändras och når personalen.

Hygien och förbrukningsmaterial

Enligt överenskommelse (punkt 1.12) ska verksamheten tillhandahålla arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som krävs för att följa Riktlinjen för Basal.

Under platsbesöket framkom att personal upplever att det finns arbetskläder i tillräcklig omfattning, kläderna tvättas i cirkulationstvätt och förvaras på arbetsplatsen i anvisade skåp. Under rundvandring på platsbesöket såg vi ert

förråd med skyddsutrustning i form av handskar, förkläden och material för god handhygien. Personal uppgav även att all skyddsutrustning finns i tillräcklig omfattning.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör efter observation och samtal på platsbesök bedömningen att ni uppfyller kravet i överenskommelsen avseende hygien och förbrukningsartiklar.

Läkemedelshantering

Enligt överenskommelse (punkt 3.14) ska utförare ha en lokal rutin för läkemedelshantering som ska innehålla en beskrivning av hur utförare säkerställer en säker läkemedelshantering som omfattar transport och förvaring.

Vi har tagit del av er *Rutin för säker läkemedelstransport* som omfattar transport och förvaring som beskriver hur läkemedel hämtas ut och förvaras tills de kommer till kund. Den beskriver att dessa hämtas med bil till verksamheten och förvaras i låst skåp tills de levereras till kund. På platsbesöket beskrev ni hur uthämtning av läkemedel i låst skåp loggas och personal beskrev åtgärder för säker transport under leverans i bilar.

Bedömning

Genom att ta del av er rutin och genom samtal på platsbesök gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni har följsamhet till krav avseende läkemedelshantering som ställs i överenskommelsen.

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 överenskommelse (punkt 1.3) ska all personal genomgå de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.

Inför uppföljningen ombads ni inkomma med en kompetensinventering, vilket ni gjorde. Vi bad er vidare att uppdatera denna efter platsbesöket då det framkom att flera vikarier inte längre var aktuella i verksamheten.

I er inventering framkommer det vilka av de obligatoriska utbildningarna som personal har genomfört. Det totala antalet personal uppgår till 54 varav tre är ledning/administration. Av dessa 54 uppges 18 vara timvikarier. Ni har även tre medarbetare som är frånvarande på grund av föräldraledighet eller tjänstledighet och dessa räknas inte med i underlaget för de obligatoriska utbildningarna.

I den uppdaterade kompetensinventering framkommer att personalen i tillräcklig omfattning genomgått utbildningarna *Demens ABC*, *Manuell förflyttning*, *Treserva och*

Treserva app. Utbildningarna i *Avvikelsehantering, IBIC, Mat och Nutrition, Palliation, SBAR, TES, Vardagsrehabilitering och Basal hygien* har inte i tillräcklig omfattning genomförts av personalen. Det är till största del timvikarierna som ej genomgått dessa utbildningar och bidrar till att omfattningen inte blir tillräcklig.

Bedömning

Efter att ha granskat er kompetensinventering och genom samtal på platsbesöket gör Enheten för uppföljning bedömningen att några av de av de obligatoriska utbildningarna inte har genomförts i tillräcklig omfattning och ni brister i avtalspunkten Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar. Utbildningarna som det avser är *Avvikelsehantering, IBIC, Mat och Nutrition, Palliation, SBAR, TES, Vardagsrehabilitering och Basal hygien*.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en **åtgärdsplan** som beskriver hur ni ska åtgärda bristen kopplat de obligatoriska utbildningarna. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd. I samband med resultatuppföljningen vill vi ta del av en uppdaterad kompetensinventering.

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. Den lokala rutinen ska även redogöra för hur utföraren hanterar större avbrott i larmkedjan och hur samverkan sker med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik och hemsjukvården. Den ska även beskriva hur verksamheten hanterar larmkunder med skyddad identitet.

Som en del i uppföljningen har vi tagit del av era lokala rutiner för hantering och besvarande av trygghetslarm, *Rutin hantering av trygghetslarm Eker hemvård* och *Mottagning av Trygghetslarm inom Eker hemvård*. Det framgår tydligt vad rutinerna avser, de innehåller ansvarsfördelning och en tydlig beskrivning av tillvägagångssätt. Rutinen beskriver dock inte hur samverkan ska ske med nattorganisationen (er samverkan med nattorganisationen finns väl beskrivet i *rutinen Rapportering mellan dag- och nattpersonal*) och gruppen för välfärdsteknik. Rutinerna saknar även en beskrivning av hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan som påverkar flera kunder samtidigt och hur ni behandlar kunder med skyddad identitet. Rutinen innehåller även en annan verksamhets namn.

I samband med uppföljningen har vi även granskat era larmloggar. Er verksamhet mottog 923 larm under februari till april 2022, av dessa har 139 slumpmässigt utvalda larmloggar granskats i verkställighetsjournalen. Endast 20% av dessa finns dokumenterade och endast 19% har en beskriven larmåtgärd.

Bedömning

Genom att vi tagit del av era rutiner för trygghetslarm som saknar vissa kvavställda delar samt genom att granska er dokumentation av besvarade larm

gör enheten för uppföljning bedömningen att ni brister i följsamhet till *Riktlinjen för trygghetslarm*.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en **åtgärdsplan** som beskriver hur ni ska åtgärda bristen kopplat till dokumentation av larmmotagande. Ni ska även inkomma med en **uppdaterad lokal rutin/rutiner** för hantering och besvarande av trygghetslarm så att den/de innehåller alla kravställda delar så som samverkan med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik, beskrivning av hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan och hur ni behandlar kunder med skyddad identitet. Rutinen innehåller även en annan verksamhets namn. Arbetet med rutinen ska framgå av åtgärdsplanen.

Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal

Enligt överenskommelsen (punkt 2.5) ska minst 85 % av all omvårdnadspersonal genomgått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande. Ni ombads skicka in en ifylld kompetensinventeringsmall innehållande tillsvidareanställd- och timanställd personal. Totalt finns 54 anställda varav tre är ledning och administration. 36 av medarbetarna (67%) har gått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande.

Granskningen visar att 34 av 36 tillsvidareanställd eller visstidsanställd personal har gått omvårdnadsprogrammet eller motsvarade. När det gäller timanställda är motsvarande siffra två av 18.

Procentuellt sett innebär det att 67% av omvårdnadspersonalen har utbildning motsvarande omvårdnadsprogrammet.

Bedömning

Genom att granska er kompetensinventering gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni brister i kravet i överenskommelsen att 85% av all omvårdnadspersonal ska ha genomgått omvårdnadsprogrammet eller liknande.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en **åtgärdsplan** som redogör för er plan för att uppnå kravet. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd. I samband med resultatuppföljningen vill vi ta del av en uppdaterad kompetensinventering

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. Rutin för extern samverkan ska beskriva hur samverkan med kommunens nattorganisation och hälso- och sjukvårdsorganisation sker.

Som en del av uppföljningen har vi tagit del av och granskat era rutiner för samverkan, *Rutin samverkan avvikelseträff och teamträffar* och *Rutin rapportering dag och natt Eker hemvård*. Rutinerna beskriver vilka forum som finns för intern samverkan så som APT, teamträffar, avvikelseträffar och dagliga driftsmöten. Syftet med driftsmöten är att samtala om aktuella frågor som rör verksamheten. På teamträffar och avvikelseträffar deltar sjuksköterska och arbetsterapeuter. Samverkan med kommunens nattorganisation finns tydligt beskrivet med instruktion för hur och när detta ska ske.

Ni tillfrågades på platsbesöket hur ni samverkar under arbetsdagen och beskrev att personal löpande hör av sig till hälso- och sjukvårdsorganisationens koordinator vid försämrat hälsotillstånd eller för att rådfråga kring kunder. Övriga frågor under dagen som rör driften återkopplas regelbundet till driftsplaneraren eller verksamhetsstödjaren. Detta framkommer inte i rutiner men tydliggörs vid nyanställning och introduktion.

Bedömning

Genom att granska era inskickade rutiner kan vi se att de forum som finns för samverkan inom den egna verksamheten finns tydligt beskrivet, de innehåller även en beskrivning av er samverkan med nattorganisationen. Daglig samverkan mellan personal och den kommunala hälso- och sjukvårdsorganisationen samt mellan personal inom verksamheten är känt i verksamheten men behöver tydliggöras i samverkansrutin. Enheten för uppföljningen bedömer därför att ni brister i följsamhet till krav i överenskommelsen.

Åtgärder

Ni ska inkomma med en **uppdaterad rutin** för samverkan där det även framgår hur ni dagligen samverkar med kommunala hälso- och sjukvårdsorganisationen vid exempelvis försämrat hälsotillstånd samt hur ni internt löpande samverkar under dagen inom verksamheten, arbetet med rutinen ska framgå i **åtgärdsplanen**.

Ledningssystem för kvalitet

- Egenkontroller

Genom att regelbundet genomföra egenkontroller kan ni på ett systematiskt sätt följa upp och utvärdera er verksamhet och kontrollera att ni följer aktuella lagar, föreskrifter och styrdokument. Egenkontroller som genomförs ska dokumenteras. Enligt överenskommelsen (punkt 3.4) 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.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med er rutin samt en sammanställning av de egenkontroller ni genomfört under de senaste 12 månaderna. Av sammanställningen skulle det framgå vilka egenkontroller som genomförts, vilka brister som eventuellt identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån bristerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt.

Ni inkom med en beskrivning av arbetet med egenkontroller samt sammanställning för patientsäkerhetsarbetet och en bilaga för hygien.

Ni har vid begäran om komplettering inkommit med en beskrivning av arbetet med egenkontroller samt en sammanställning av genomförda egenkontroller under de senaste 12 månaderna. Inom området hygien framgår det hur ni genomfört olika moment i egenkontrollen, vilka brister som identifierades och vilka åtgärder ni vidtagit. Det framgår inte hur ni har följt upp åtgärdernas effekt.

Under platsbesöket framkom att ni genomfört egenkontroll utifrån följsamhet till avvikelseprocessen och dokumentation i QPR, dessa ombads ni komplettera med.

Basal hygien

Vi kan se att ni genomfört egenkontroll inom området hygien. Det framgår hur ni genomfört olika moment i egenkontrollen, vilka brister som identifierades och vilka åtgärder ni vidtagit. Det framgår inte hur ni har följt upp åtgärdernas effekt.

Avvikelser

Vi kan se att ni genomfört egenkontroll utifrån avvikelseprocessen under hösten 2021 i er QPR där ni tittat på delar i arbetet med avvikelser utifrån delarna utreda, bedöma, åtgärda, uppföljning, dock framgå inte om brist identifierats, men frekvensen på Ja-svar ligger mellan 70–100%.

Dokumentation

Vi kan se att ni genomfört egenkontroll avseende dokumentation under hösten 2021 i er QPR där ni tittat på ert arbete med genomförandeplaner. Egenkontrollen saknar dock uppgifter om den löpande sociala dokumentationen och ni uppgav på platsbesöket att en ny egenkontroll för dokumentation skulle genomföras i maj 2022.

Bedömning

Genom att ta del av er rutin och er beskrivning samt sett underlag för genomförda egenkontroller kan vi se hur ni arbetar med egenkontroller. Er rutin innehåller kravställda delar, det framgår hur ni arbetar och det finns en tydlig ansvarsfördelning.

Ni har genomfört egenkontroller det senaste 12 månaderna och utifrån basal hygien, avvikelseprocessen och delar av er dokumentation. Vi kan se att ni identifierat brister och vidtagit åtgärder och systematiskt arbetar med egenkontroller. Er egenkontroll för dokumentation innehåller endast en kontroll av era genomförandeplaner därför kan inte enheten för uppföljning göra en fullständig bedömning av er följsamhet till överenskommelsen. Ni beskrev att ni skulle göra en ny egenkontroll för dokumentation i maj 2022.

Åtgärd

Ni ska inkomma med **genomförd egenkontroll** för dokumentation som är planerad att genomföras maj 2022. Arbetet med egenkontroller ska framgå i **åtgärdsplanen**.

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 har vi granskat era avvikelser under perioden 210412–220412. Det totala antalet var 124 rapporterade avvikelser i Treserva. Vi har granskat 18 slumpmässigt utvalda avvikelser under perioden och hur dessa följer stegen i avvikelseprocessen så som bedöma, utreda, åtgärda och följa upp. Avvikelseerna följer processen avseende bedöma och utreda, dock har endast 17 % av dem har en anteckning som beskriver åtgärden/åtgärderna och ingen av de granskade avvikelseerna har en anteckning som beskriver hur avvikelsen följts upp eller hur ni kommit fram till åtgärdernas effekt.

Synpunkter/klagomål:

Inom ramen för utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet har vi även granskat verksamhetens rapporterade klagomål och synpunkter. Vår sökning visar att ni har en rapporterad synpunkt i Treserva under perioden 210412–220412. Vi har också granskat klagomål och synpunkter som finns registrerade i kommunens ärendehanteringssystem W3D3. Granskning visar att det finns två registrerade klagomål och synpunkter som berör er verksamhet. Vi kan inte se att dessa är inrapporterade som en händelse i avvikelsemodulen i Treserva. Enheten för uppföljning kan inte bedöma följsamheten till avvikelseprocessen då underlaget är för litet.

Som en del i granskningen har vi även tittat på Socialstyrelsens kundundersökning för 2020. I denna svarade 60% av era kunder att de vet vart de vänder sig med synpunkter och klagomål, siffran för hela riket var 64%.

I samband med granskningen begärde vi in verksamhetens rutin som beskriver hur kund och anhöriga ges möjlighet att lämna synpunkter och klagomål direkt till kommunen både skriftligt och muntligt. Ni kompletterade då med er klagomålsblankett och på platsbesöket beskrev ni och visade rutinen för hur ni informerar kunder om möjligheten att lämna klagomål och synpunkter direkt till kommunen och att de kan lämnas anonymt. Enligt rutin sker detta i samband med välkomstsamtal och informationen sitter i kundernas hempärm.

Bedömning:

Genom att granska era rapporterade händelser och genom samtal på platsbesöket gör Enheten för uppföljningen bedömningen att ni brister i följsamhet till krav i överenskommelsen. Vi bedömer att det inte finns en fullständig följsamhet till alla steg i avvikelseprocessen då stegen åtgärda och följa upp saknar anteckningar.

Vi kan inte bedöma er följsamhet till avvikelseprocessen avseende era synpunkter och klagomål då underlaget är för litet, men vi kan se att ni aktivt arbetar med att informera kunder om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål och

informera om att kunder även kan vända sig till kommunen direkt och anonymt om de önskar.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en **åtgärdsplan** som beskriver hur ni ska åtgärda bristen kopplat till anteckningar under stegen åtgärda och följa upp. Vi kommer följa upp att bristen är åtgärdad i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning efter den **3 oktober 2022**.

Dokumentation

Enligt överenskommelse (punkt 3.7) ska utföraren följa Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2014:5 gällande dokumentation. Genomförandeplaner ska upprättas och färdigställas senast 30 dagar efter emottaget uppdrag och uppdateras vid behov eller minst var sjätte månad. I verkställighetsjournalen ska händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid dokumenteras, och den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas.

Som en del i uppföljningen gjordes en granskning av totalt 15 slumpmässigt utvalda genomförandeplaner och 30 verkställighetsjournaler i Tresa under perioden april 2021 – april 2022. Vår granskning av genomförandeplaner visar att 14 av 15 genomförandeplaner är aktuella och i dessa framgår hur kunden varit delaktig. Av de 14 kan vi i 11 av dessa följa hur och när uppdraget ska genomföras för att tillgodose behov och mål.

Vår granskning av verkställighetsjournaler visar att det i endast 16 av 30 granskade journaler framgår händelser av betydelse. I endast 10 av 30 journaler framgår i tillräcklig omfattning den individuella omvårdnadsprocessen, det vill säga vad som faktiskt utförs hos aktuell kund och på vilket sätt. Vi ser även att det saknas dokumentation kring de avvikelser som rapporterats, i vissa fall finns händelsen dokumenterad men saknar information om att avvikelse är gjord. I de verkställighetsjournaler vi bedömer som bristfälliga uppmärksammar vi att det är få anteckningar och ibland upp till månadsvisa glapp i dokumentationen utan angiven anledning.

Bedömning

Genom att granska er dokumentation gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni delvis uppfyller krav i överenskommelsen. Granskningen av genomförandeplaner visar att de i stor utsträckning är aktuella, delaktigheten och beskrivning av hur insatsen ska genomföras framgår och vi bedömer att ni har följsamhet till överenskommelsen avseende dessa. Samtidigt visar granskningen av verkställighetsjournalerna att ni brister i er löpande dokumentationen då det i endast 8 av 30 journaler framgår både händelser av betydelse och vad som faktiskt utförs.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en **åtgärdsplan** som beskriver hur ni ska åtgärda bristen kopplat till löpande dokumentation i verkställighetsjournalerna. Vi kommer att

följa upp att bristen är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning efter **3 oktober 2022**.

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
- Rutiner

Hanna Hernebring
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun