

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Örebro kommun, Svampen hemvård

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i överenskommelse verksamheten tecknat med Örebro kommun sov 393/2022. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång var tredje år enligt riktlinje för avtals- och verksamhetsuppföljning, sov 215/2020.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

Svampen hemvård

Svampen hemvård består av 20 medarbetare. Det finns idag 90 hemtjänstkunder och 70 larmkunder. Svampen hemvård består av två grupper. Det finns många ombudsroller bland personalen och detta är något man upplever fungerar väldigt bra. Just nu valideras sex personer till undersköterskor via äldreomsorgslyftet.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Svampen 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. Svampen hemvård ska senast den 2/5 2023 skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se. Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

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

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

- Rutin som beskriver hur ni årligen arbetar med egenkontroller gällande:
 - Basal hygien
 - Avvikelser
 - Dokumentation
- Genomförd egenkontroll av den löpande dokumentationen som förs i verkställighetsjournal
- Rutin för hur ni arbetar med utredning av avvikelser i er verksamhet

- En uppdaterad rutin för hur ni dagligen tar emot och planerar genomförandet av nya och förändrade uppdrag och hälso- och sjukvårdsåtgärder. Rutinen ska innehålla en beskrivning av hur frekvent treservabrevlådan läses samt hur nya eller förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder hanteras, samt inom vilken tidsram de hanteras.

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast den 1/7 2023.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 1/7 2023. Detta innebär att vi kommer att granska inkomna rutiner, beskrivningar, egenkontroller samt genomföra en dokumentationsgranskning gällande verkställighetsjournal både för den löpande dokumentationen och dokumentering av larm. Vi kommer också att granska inkomna avvikelser och klagomål/synpunkter i samband med resultatuppföljningen.

Om brister kvarstår vid en resultatuppföljning kan Enheten för uppföljning komma att vidta ytterligare sanktioner i enlighet med gällande överenskommelse.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Hygien och förbrukningsmaterial

Enligt överenskommelsen ska verksamheten följa arbetsmiljöverkets föreskrift om *Smittrisker AFS 2018:4* samt de riktlinjer och föreskrifter som finns inom *Basal hygien inom vård och omsorg*. Utföraren ska tillhandahålla arbetskläder, skyddsutrustning och engångsmaterial så att riktlinjer och föreskrifter följs.

På platsbesöket genomfördes en rundvandring i verksamhetens lokaler, där observerades att arbetskläder, fanns i tillräcklig omfattning och förvarades torrt och dammfritt, arbetskläderna tvättas genom cirkulationstvätt varje tisdag, driftplanerare ser till att detta sköts. Engångsförkläden, handskar, tvål och handsprit fanns också lättåtkomligt i tillräcklig omfattning för att följa riktlinjen för basal hygien. Dusch och omklädningsrum observerades också vid rundvandringen. Svampen hemvård har två aktiva hygienombud, namnen på hygienombuden skickades in till enheten för uppföljning efter platsbesöket.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller kravet i överenskommelsen.

Ledningssystem för kvalitet

- **Samverkan**

Enligt överenskommelsen ska verksamheten ha en rutin som beskriver hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom egna verksamheten samt vilka forum för samverkan som finns. Rutinen ska också beskriva samverkan med kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation, Region Örebro län, samverkan med Örebro kommuns nattorganisation, biståndshandläggare, kommunens grupp för välfärdsteknik, korttidsenheter samt andra utförare

För att bedöma om ni uppfyller kraven i överenskommelsen ombads ni skicka in era rutiner för samverkan vilket ni har gjort.

Rutinerna beskriver hur den dagliga informationsöverföringen sker på svampen hemvård samt mellan vilka olika funktioner de äger rum. Rutinerna beskriver också vilka forum för samverkan som finns, exempelvis veckomöten och teamträffar. Rutinerna beskriver samverkan med biståndshandläggare, kommunens nattorganisation samt legitimerad personal inom kommunen och Regionen. Samarbetet med välfärdsteknik, korttidsenheter samt andra utförare och aktörer beskrivs också.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att de granskade rutinerna för samverkan uppfyller kravet i överenskommelsen då rutinerna innehåller samtliga kravställda delar.

- **Riskanalyser**

Enligt överenskommelse ska utföraren ha en rutin som beskriver hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet. Verksamheten ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje identifierad händelse ska utföraren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Riskanalyser som genomförs ska dokumenteras.

För att bedöma om ni uppfyller kraven i överenskommelsen ombads ni skicka in er rutin för hur ni arbetar med riskanalyser, vilket ni gjort.

Vi har granskat rutinen. Rutinen beskriver tillvägagångssättet vid en riskanalys, vem som är ansvarig, vilka som ska delta samt i vilka forum riskanalyser sker.

Inför uppföljningen ålades ni med att inkomma med en sammanställning av utförda riskanalyser de senaste 12 månaderna. Sammanställningen skulle innehålla anledningen till att riskanalyserna genomfördes, vilka riskanalyser som genomförts, vilka risker som identifierats, vilka åtgärder ni vidtagit samt hur ni följt upp riskanalysen. Ni inkom med en riskanalys angående nytt schema som genomfördes 2022-09-08, inga risker identifierades vid riskanalystillfället.

På platsbesöket framkom att verksamheten inte haft några skyddsombud under en lång tid, då skyddsombuden är de som driver arbetet med riskanalyser kan det vara en orsak till att till att så få riskanalyser har genomförts. Det har nu

tillkommit skyddsombud i verksamheten och det finns förutsättningar för att arbetet med riskanalyser tar fart igen.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller kravet i överenskommelsen. Bedömningen görs utifrån att ni har en tydlig rutin för hur arbetet med riskanalyser ska ske. Det tillkommer också två nya skyddsombud i er verksamhet som har ansvar för det fortsatta arbetet med riskanalyser. Enheten för uppföljning bedömer att ni har goda förutsättningar för att systematiskt arbeta med riskanalyser i verksamheten.

Läkemedelshantering

Enligt överenskommelse ska utföraren ha en 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.

För att bedöma om ni uppfyller kraven i överenskommelsen ombads ni skicka in er rutin för hur ni arbetar med läkemedelshantering, vilket ni gjort. Vi har granskat rutinen. Rutinen beskriver att det är delegerad personal som hanterar läkemedel samt att läkemedlen transporteras på ett säkert sett direkt till kund.

På platsbesöket framkommer att det inte sker någon förvaring av läkemedel i hemtjänstlokalen. Därav framgår detta inte av rutinen. Sjuksköterskan finns i samma lokaler som omvårdnadspersonalen vilket gör att eventuella läkemedel som inte lämnas till kunden återlämnas direkt till sjuksköterskan. Ingen mellanlagring sker på annat ställe i lokalerna.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller kravet i överenskommelsen gällande läkemedelshantering. Om ett behov av mellanlagring skulle uppstå framöver så behöver verksamheten se till att detta finns beskrivet i *Rutin för läkemedelsutdelning*.

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 säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningar som kommunen tillhandahåller.

För att bedöma om ni uppfyller kravet i överenskommelsen gällande utbildningar begärde vi in en kompetensinventering. Av inventeringen kunde vi utläsa att personal i tillräckligt stor utsträckning genomfört följande obligatoriska utbildningar: Demens ABC, Treserva, Treserva APP, Tes, basal hygien samt manuell förflyttning samt lyftkörkort.

Ett färre antal av personalen har genomfört utbildningarna: IBIC, vardagsrehabilitering, mat, måltid och nutrition, palliativ vård, SBAR, Avvikelse och klagomål, samt manuell förflyttning filmer. Utbildningarna gällande Avvikelsehantering och klagomål i treserva samt manuell förflyttning och lyftkörkort filmer, har ingen i personalen genomgått.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni inte uppfyller kravet på utbildningar, då för få av personalen genomgått flertalet av de obligatoriska utbildningarna.

Åtgärd

Ni ska inkomma med åtgärdsplan där ni beskriver ert arbete för att säkerställa att samtlig personal genomgår de obligatoriska utbildningarna. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidsplan samt vem som är ansvarig.

Vid resultatuppföljning kommer vi att begära in en ny kompetensinventering.

Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal

Enligt Överenskommelsen ska 85% av den personal som jobbar med omvårdnad ha genomgått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande.

För att bedöma om ni uppfyller kravet gällande kompetens begärdes en kompetensinventering in. I den framgår att 39% av omvårdnadspersonal har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni inte uppfyller kraven i överenskommelsen då för få personal som jobbar med omvårdnad har rätt utbildning, ni når inte upp till kravet på att 85 % av personalen som jobbar med omvårdnad ska ha gått omvårdnadsprogrammet eller liknande.

Åtgärd

Ni ska inkomma med åtgärdsplan där ni beskriver hur ni ska arbeta med kompetensutveckling och rekrytering för att uppnå minst 85% utbildad personal. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda bristen samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Trygghetslarm

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa *Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm*. Utifrån riktlinjen ska utföraren ha en lokal rutin som beskriver följande:

- Tillvägagångssätt och vem som är ansvarig för besvarandet av larm mellan kl. 7-22,
- Hur samverkan sker med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik samt hemsjukvården.

- Hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder samtidigt
- Hur verksamheten hanterar kunder med skyddad identitet

Enligt riktlinjen ska den omvårdnadspersonal som har besvarat ett larm, alltid efter åtgärdat larm dokumentera händelsen i kundens verkställighetsjournal i Treserva. I dokumentationen ska finnas orsak till larmet samt vidtagna åtgärder.

För att bedöma om ni uppfyller kraven i överenskommelsen ombads ni skicka in er lokala rutin för hantering och besvarande av trygghetslarm, vilket ni har gjort. Rutinen beskriver ansvarsfördelning och tillvägagångssätt av larmbesvarande mellan kl. 7-22 för alla medarbetare, rutinen beskriver hur samverkan sker med nattorganisationen, hemsjukvården, gruppen för välfärdsteknik samt hur ni behandlar kunder med skyddad identitet. Rutinen beskriver också hur ni hanterar avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder samtidigt då ni vid en sådan händelse erbjuder kunderna tätare besök.

I samband med uppföljningen har er dokumentation gällande besvarande av larm granskats. Granskningen innefattade 37 slumpmässigt utvalda larm under perioden 2022-12-01 till 2023-02-01. Av dessa 37 larm så var 11 dokumenterade i verkställighetsjournalen med orsak och vidtagna åtgärder.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni delvis uppfyller kravet i överenskommelsen då er rutin för besvarande av trygghetslarm uppfyller kraven i överenskommelsen. En brist konstateras dock gällande trygghetslarm då alla larm inte dokumenteras i verkställighetsjournalen.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan där det ska framgå hur ni ska arbeta för att säkerställa att personalen dokumenterar samtliga larm i enlighet med gällande riktlinje, samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Vi kommer att följa upp att bristen är åtgärdad i tillräcklig omfattning genom en ny granskning av dokumenterade larm i verkställighetsjournalerna.

Ledningssystem för kvalitet

- Egenkontroller

Enligt överenskommelsen ska utföraren regelbundet genomföra egenkontroller inom den egna verksamheten i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

Utföraren ska utöver de egenkontroller som verksamheten själva bedömer krävs även årligen genomföra egenkontroll inom de områden som krävs i överenskommelsen. Dessa områden är; basal hygien, dokumentation samt följsamhet till avvikelseprocessen. Verksamheten ska också ha en rutin som beskriver hur arbetet med egenkontroller går till.

För att bedöma om ni uppfyller kravet i överenskommelsen ombads i att skicka in er rutin för att årligen genomföra egenkontroller. Er rutin beskriver hur ni arbetar med egenkontroll av avvikelser, bl.a. genom att enhetschef utifrån årshjulet tillsätter arbetsgrupper som kontinuerligt granskar verksamhetens avvikelser. Ingen rutin som beskriver hur ni arbetar med egenkontroller gällande basal hygien och social dokumentation har skickats in.

Som en del i bedömningen skulle ni också skicka in en sammanställning av egenkontroller från 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 har inkommit med egenkontroller med tillhörande handlingsplan för:

- Basal hygien
- Egenkontroll av avvikelser.

Av de inskickade egenkontrollerna med tillhörande handlingsplaner framkommer att ni vidtagit åtgärder utifrån identifierade brister, det går också att följa när åtgärderna ska följas upp. Egenkontroll för social dokumentation saknas.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni delvis lever upp till kraven i överenskommelsen då ni skickat in egenkontroller med tillhörande handlingsplaner för basal hygien och avvikelshantering som innehåller identifierade brister, vidtagna åtgärder samt tid för uppföljning. En rutin som beskriver hur ni arbetar med egenkontroller av avvikelser har också inkommit.

En brist konstateras dock då ingen rutin som beskriver hur ni årligen arbetar med egenkontroller gällande basal hygien och social dokumentation har skickats in. Egenkontroll av social dokumentation har heller inte genomförts.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan där det ska framgå vilka aktiviteter ni avser genomföra för att årligen genomföra egenkontroller inom de områden som uppdragsgivaren krävställer. Det vill säga dokumentation, avvikelser samt basal hygien. Åtgärdsplanen ska innehålla en tidplan samt vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Ni ska också inkomma med en rutin som beskriver hur verksamheten årligen genomför egenkontroller som uppdragsgivaren krävställer, det vill säga egenkontroller avseende hygien, dokumentation och avvikelser.

Ni ska även inkomma med en dokumenterad egenkontroll av den sociala dokumentationen innefattande både genomförandeplan och löpande dokumentation i verkställighetsjournalen.

-Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Enligt överenskommelsen ska alla typer av händelser rapporteras utredas och följas upp. Det ska göras oavsett om det är ett klagomål, en synpunkt eller händelse som har lett till eller skulle kunna leda till ett missförhållande. Verksamheten ska följa *Riktlinje Avvikelser Klagomål och synpunkter* som beskriver hur avvikelser i form av händelser, synpunkter och klagomål tas emot, utredas, åtgärdas, analyseras och följs upp.

I samband med uppföljningen har vi granskat Svampens avvikelser i verksamhetssystemet Treserva under perioden 2022-01-24-2023-01-24. Totalt 153 händelser var rapporterade, 30 av dessa händelser var bedömda som avvikelser och 123 händelser var bedömda som ej avvikelser.

Samtliga 30 händelser som var bedömda som avvikelser har av verksamheten utretts, bedömts och åtgärder har vidtagits. Samtliga åtgärder var också uppföljda.

På platsbesöket framkom att verksamheten värderar händelser under kategorin fall i Treservamodulen som "ej avvikelse", detta görs utan att utreda händelsen mer noggrant. Då fall alltid värderas som ingen avvikelse följer ni inte Riktlinjen för Avvikelser Klagomål och synpunkter.

Riktlinjen säger att varje enskild händelse behöver utredas för att undersöka om en händelse/avvikelse orsakats av verksamheten. Ni uppmanades på platsbesöket att ta stöd av MAS och MAR för att få stöd och exempel på vad som skulle kunna vara en händelse orsakad av verksamheten och därigenom ska klassas som en avvikelse.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att Svampen inte uppfyller kravet i överenskommelsen då händelserna i steget "utreda" inte blivit korrekt värderade, eftersom alla händelser under kategorin fall alltid klassats som "ej avvikelse".

Åtgärd

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan, i den ska ni beskriva hur ni avser att åtgärda bristen gällande värdering av händelser. Ni behöver säkerställa att fallhändelser inte per automatik värderas som ingen avvikelse.

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

-Utredning av klagomål och synpunkter

För att bedöma om ni uppfyller kravet på under punkten klagomål och synpunkter har vi granskat er lokala rutin för klagomål. Rutinen innehåller en beskrivning hur ni hanterar klagomål/synpunkter, vem som är ansvarig samt hur ni möjliggör för kunder och anhöriga att lämna klagomål/synpunkter direkt till kommunen.

I granskningen har vi också tagit del av Socialstyrelsens undersökning från 2022 "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen". Med fokus på frågan om kunderna vet var de vänder sig med synpunkter och klagomål. 76% av svampens kunder har

svarat att de vet vart de ska vända sig. Detta är högre än både riket 62% och Örebro kommun 60 %

Vi har granskat Svampens klagomål och synpunkter i Treservamodulen. Granskningen visade att ni har fyra rapporterade klagomål/synpunkter i Treserva mellan perioden 2020-01-24 till 2023-01-24) Antalet registrerade synpunkter/klagomål är för få för att göra en bedömning om ni utreder synpunkter och klagomål i enlighet med kommunens riktlinje.

Vi har också granskat inkomna klagomål/synpunkter i w3d3 under samma tidsperiod. Två registrerade klagomål/synpunkter fanns i w3d3, dessa klagomål/synpunkter fanns inte registrerade i Treseva.

På platsbesöket framkom att verksamheten hänvisar till kommunväxeln då en synpunkt/klagomål inkommer. Klagomålet hanteras sedan av enhetschef i w3d3 som skriver en avvikelse i Treserva vid behov, sedan återkopplar enhetschefen till den som lämnat klagomålet. Verksamheten arbetar inte med att registrera synpunkter/klagomål i Treserva och följer således inte kommunens riktlinje.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att Svampens rutin för klagomål och synpunkter uppfyller kraven i överenskommelsen då rutinen följer Kommunens riktlinje för klagomål och synpunkter. En brist konstateras dock då det på platsbesöket framkom att rutinen inte är känd i arbetsgruppen. Klagomål och synpunkter registreras inte i Treserva och ni har således inte följsamhet till er egen rutin.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan där det ska framgå hur er rutin för klagomål/synpunkter ska implementeras i verksamheten, åtgärdsplanen ska innehålla en tidplan samt vem som är ansvarig.

Uppdraget

Utifrån överenskommelsen 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.

För att bedöma om ni uppfyller kraven i överenskommelsen ombads ni skicka in er lokal rutin för hur ni hanterar nya och förändrade uppdrag, vilket ni har gjort. Rutinen beskriver hur ett nytt eller förändrat uppdrag hanteras i treservabrevlådan samt vem som är ansvarig. Rutinen saknar dock en beskrivning av hur frekvent treservabrevlådan läses samt hur nya eller förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder hanteras, samt inom vilken tidsram de hanteras.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte lever upp till kraven då era rutiner saknar kravställda delar.

Åtgärd

Ni ska skicka in en uppdaterad rutin för hur ni hanterar nya och förändrade uppdrag som beskriver hur frekvent treservabrevlådan läses samt hur nya eller förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder hanteras, samt inom vilken tidsram detta sker.

Ni ska också inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur rutinen ska implementeras i verksamheten. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd.

Dokumentation

Enligt överenskommelse ska utföraren se till att en upprättad genomförandeplan finns för varje kund senast 30 dagar efter mottaget uppdrag.

Genomförandeplanen ska uppdateras vid behov eller minst var 6:e månad. I genomförandeplanen ska det framgå hur och när uppdraget ska utföras och om individen varit delaktig vid skapandet av planen.

I verkställighetsjournalen ska det gå att följa omsorgsprocessen, omständigheter över tid samt händelser av betydelse. Journalanteckningarna ska också vara utformad med respekt för kunden.

För att granska er följsamhet till kraven i överenskommelsen har vi granskat 15 slumpmässigt utvalda genomförandeplaner. I granskningen framgår att 13 av 15 genomförandeplaner är aktuella, d.v.s. ingen genomförandeplan är äldre än 6 månader, de beskriver hur och när uppdraget ska utföras, kunderna har också varit delaktiga i framtagandet av genomförandeplanerna. Ni bedöms därmed leva upp till kraven inom denna punkt i överenskommelsen.

Vi har även granskat er sociala dokumentation i 30 verkställighetsjournaler under perioden 2022-03-01 till 2023-03-1. Journalanteckningarna är skrivna med respekt för kunden och det framgår att personen som har varit hos kunden har skrivit anteckningarna. I 24 av 30 granskade verkställighetsjournaler förekommer i vissa fall glapp i dokumentationen som sträcker sig över flera månader, vilket gör det omöjligt att följa den individuella vård- och omsorgsprocessen. Det förekommer också verkställighetsjournaler där ingenting har dokumenterats sedan uppdraget fördelats till svampen. (i ett exempel fanns inget dokumenterat på 8 månader)

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni delvis uppfyller kraven i överenskommelsen då 13 av 15 granskade genomförandeplanerna varit aktuella. Genomförandeplanerna innehåller hur och när uppdraget ska utföras och kunderna har varit delaktiga i framtagandet av genomförandeplanen. En brist konstateras dock, då verkställighetsjournalen inte innehåller händelser av betydelse i tillräcklig stor utsträckning samt att faktiska omständigheter över tid inte går att följa i majoriteten av journalanteckningarna.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska åtgärda den bristande dokumentationen i verkställhetsjournalen. Verkställighetsjournalerna behöver kunna följas över tid och innehålla händelser av betydelse.

Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidsplan samt vem som är ansvarig.

En ny granskning av verkställhetsjournalen kommer att ske vid resultatuppföljning.

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 i samband med platsbesök
- Observation i samband med platsbesök
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Dokumentation
- Rutiner
- Socialstyrelsens undersökning, *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2022*

Per Lindqvist
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun