

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Örebro kommun, Hjälmarens hemvården



Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i kommande basuppdrag, för närvarande överenskommelse Sov 392/2022. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång var tredje år enligt riktlinje för avtals- och verksamhetsuppföljning, Voo 938/2023.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

Hjälmarens hemvård

Hjälmarens hemvård utför omvårdnad och service i Örebro kommun. Kunderna är utspridda till stor del på landsbygden och centrala Odensbacken. Hjälmarens hemvård hjälper även kunder som bor på Vinön, dit färjan är det enda transportmedlet. Trygghetslarmen på Vinön är natttid kopplade till anhöriga/bekanta då det inte går någon färja.

Hjälmarens hemvård har idag ca 107 aktiva kunder inklusive larmkunder som omfattar olika åldersgrupper och vårdbehov. Arbetsstyrkan består av 24 tillsvidareanställda 5 visstidsanställda samt 11 timvikarier. Sjuksköterska och arbetsterapeut har sina kontor i hemvårdens lokaler. Detta upplevs som kvalitetshöjande då det underlättar kommunikation och samverkan.

Enheten för uppföljning har genomfört en uppföljning av kvalitetskrav i verksamheten tidigare. Förgående uppföljning genomfördes 2018, Sov 30/2018.

Bedömningsöversikt

Kvalitetskrav		
Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar		Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet
Trygghetslarm		Uppdraget
Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal		Dokumentation
Samverkan		Hygien och förbrukningsmaterial
Riskanalyser		Läkemedelshantering
Egenkontroller		

Bedömningskriterier

Uppfyller kravet

Uppfyller inte kravet

Metod

I samband med kvalitetsuppföljningen har Avtalscontrollers inom Enheten för uppföljning begärt in och granskat underlag gällande de kvalitetskrav som specificeras i Överenskommelse. Uppföljningen har även innefattat inhämtade data från berörda myndigheter samt en granskning i verksamhetssystem gällande dokumentation och avvikelshantering. Som en del i uppföljningen har också ett platsbesök genomförts, platsbesöket innefattade observation av vissa av verksamhetens utrymmen samt samtal med personal.

Underlaget ligger till grund för det beslut som Enheten för uppföljning fattat i denna rapport.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet. För att se till att er verksamhet bedrivs enligt mål, riktlinjer, lag och annan författning i enlighet med 6 kap. 6 § KL, ska ni åtgärda dessa brister.

Enheten för uppföljning vill ta del av er åtgärdsplan som innehåller aktiviteter för att åtgärda de brister som redovisas i denna rapport samt tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Senast den 27 november ska ni skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se

Bedömningen är att ni brister inom följande kvalitetskrav:

2.5 Krav på verksamhet och ledning/omvårdnadspersonal

2.3 Trygghetslarm

3.4 Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan
- Egenkontroller
- Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet
- Utredning av klagomål och synpunkter

3.7 Dokumentation

3.14 Läkemedelshantering

Med anledning av ovanstående brister ska ni skicka in följande handlingar:

- Kompletterande uppgifter avseende rutinen för samverkan
- Egenkontroll av avvikelser

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast den 29 februari 2024.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 29 februari 2024. Detta innebär att vi kommer att

- granska inkomna handlingar
- genomföra en granskning av registrerade händelser i avvikelsemodulen i Treserva
- genomföra en granskning av dokumentation av insatsen trygghetslarm
- genomföra ett besök hos er för att kontrollera följsamheten till punkterna gällande dokumentation och läkemedelshantering

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

3.4 Ledningssystem för kvalitet - Riskanalyser

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utföraren ska ha en rutin som beskriver: <ul style="list-style-type: none"> • Hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet 	Lokal rutin gällande Riskanalys – Hjälmarens & Kvismarens HV

Bedömning

Inskickad rutin beskriver när riskanalys ska göras, vilka som deltar, vem som ansvarar för vad samt hur personal involveras och informeras om åtgärder.

Rutinen beskriver även olika forum när arbetsmiljö och risker kan lyftas.

Vid platsbesöket framkom att ni har nyligen genomfört en riskanalys för den schemaändring som trädde i kraft med 11 timmars dygnsvila. Ni beskrev att det fanns nytta med att göra den.

Bedömningen utifrån ovanstående är att ni uppfyller kraven i överenskommelsen avseende punkten riskanalyser.

3.6 Uppdraget

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utföraren ska ha en rutin som beskriver: <ul style="list-style-type: none"> • Hur utföraren dagligen tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade uppdrag 	Lokal rutin gällande nytt uppdrag, ny kund

- Hur utföraren dagligen tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsinsatser

Lokal rutin gällande förändrat uppdrag, gammal kund

Lokal rutin gällande hälso-och sjukvårdsåtgärder till Hjälmarens HV

Bedömning

Inskickade rutiner beskriver hur ni tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade uppdrag samt för genomförandet av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder enligt krav.

Bedömningen är att ni uppfyller kraven i överenskommelsen avseende punkten uppdraget.

3.12 Hygien och förbrukningsmaterial

Krav som följs upp

Utföraren ska även uppfylla följande krav:

- Tillhandahålla skyddsutrustning till personalen.
- Tillhandahålla arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen *Basal hygien inom kommunal vård och omsorg*.
- Ha tillgång till hygienombud i verksamheten

Underlag till bedömning

Observation vid platsbesök

Kompetensinventering

Bedömning

Utifrån observation på plats samt att ni har ett hygienombud i verksamheten är bedömningen att ni uppfyller krav i överenskommelsen som följs upp inom punkten hygien och förbrukningsmaterial.

Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren brister i nedanstående kvalitetskrav.

2.3 Trygghetslarm

Krav som följs upp

Utföraren ska ha en lokal rutin för hur hantering och besvarandet av insatsen trygghetslarm ska ske utifrån riktlinje ”utförandet av insatsen trygghetslarm”. Rutinen ska beskriva:

Underlag till bedömning

- Lokal rutin gällande larm i Hjälmarens och Kvismarens hemvård.
- Granskning i verksamhetssystem Treserva

<ul style="list-style-type: none"> • Tillvägagångssätt och ansvarig för hantering av larmbesvarandet mellan kl. 07.00-22.00. • Hur samverkan ska ske med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik och hemsjukvården. • Hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder samtidigt. • Hur utförare behandlar kunder med skyddad identitet. <p>Utföraren ska även uppfylla följande krav:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Den omvårdnadspersonal som har besvarat ett larm, ska alltid efter åtgärdat larm dokumentera händelsen i kundens verkställighetsjournal i Treserva. I dokumentationen ska det finnas orsak till larmet samt vidtagna åtgärder. 	<p>gällande dokumentation av larminsats.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Larmloggar för de senaste tre månaderna och som skett mellan kl. 7-22
--	--

Bedömning

Inskickad rutinen utgår ifrån riktlinjen och innehåller samtliga delar enligt krav i överenskommelsen.

Granskningen av er följsamhet till *Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm* när det gäller dokumentation vid besvarande av larm visar att av 29 slumpmässigt granskade larminsatser är 19 dokumenterade enligt riktlinjen (66%). Enheten för uppföljning bedömer att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i överenskommelsen.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur ni planerar uppnå kravet. I åtgärdsplanen ska det framgå tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. I samband med resultatuppföljningen kommer vi att genomföra en ny granskning av dokumentation av insatsen trygghetslarm.

2.5 Krav på verksamhet och ledning - obligatoriska utbildningar

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utförarens personal ska genomgå de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.	Kompetensinventering

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att verksamheten inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i överenskommelsen. För att uppfylla kravet behöver ni säkerställa att all personal genomgår följande utbildningar: Mat, måltid och nutrition; Palliativ utbildning; SBAR och Vardagsrehabilitering.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur ni planerar uppnå kravet. I åtgärdsplanen ska det framgå tidplan och vem som är ansvarig för

respektive åtgärd. I samband med resultatuppföljningen kommer vi att begära in en uppdaterad kompetensinventering.

2.5 Krav på verksamhet och ledning - omvårdnadspersonal

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Minst 85 % av all omvårdnadspersonal ska ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande	Kompetensinventering

Bedömning

Inventeringen visar att endast 58% av er personal som arbetar med omvårdnad har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. Bedömningen är därmed att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i överenskommelsen.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur ni planerar för att uppnå kravet. I åtgärdsplanen ska det framgå tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. I samband med resultatuppföljningen kommer vi att begära in en uppdaterad kompetensinventering.

3.4 Ledningssystem för kvalitet - Samverkan

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom egna verksamheten samt vilka forum för samverkan som finns inom den egna verksamheten. Hur samverkan sker med biståndshandläggare, kommunens nattorganisation och legitimerad personal inom Regionen och kommunen, välfärdsteknik, andra utförare, korttidsenheter och eventuellt andra aktörer. 	<ul style="list-style-type: none"> Lokal rutin gällande samverkan inom Hjälmarén och Kvismaren hemvård.

Bedömning

Inskickad rutin innehåller kravställda delar gällande extern samverkan men saknar information om samverkan inom egna verksamheten. Bedömningen är därmed att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i överenskommelsen.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en uppdaterad rutin för samverkan med de kravställda delar som saknas.

3.4 Ledningssystem för kvalitet - Egenkontroller

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin för och årligen genomföra egenkontroll avseende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verksamhetens följsamhet till riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i> • Verksamhetens följsamhet till <i>punkt 3.7 dokumentation</i> • Verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i <i>Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter</i> 	<p>Inskickad sammanställning</p> <p>Egenkontroll av basal hygien Egenkontroll dokumentation, Hjälmarens HV Lokal rutin gällande egenkontroll av avvikelser, Hjälmarens och Kvismarens HV</p>

Bedömning

De inskickade rutiner innehåller en tydlig beskrivning av hur ni arbetar med samtliga kravställda egenkontroller.

Ni har även inkommit med två av de kravställda egenkontrollerna där ni påvisar följsamhet till riktlinjen kring basal hygien och dokumentation.

Ni kan dock inte påvisa att ni genomfört egenkontroll gällande följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i *Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter*. Bedömningen är därmed att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i överenskommelsen.

Åtgärd

Ni ska inkomma med handlingar som styrker att ni har genomfört egenkontroll gällande följsamhet till avvikelseprocessen.

3.4 Ledningssystem för kvalitet - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tillämpning av Örebro kommuns riktlinjer gällande avvikelser, klagomål och synpunkter. • Hur samverkan sker vid avvikelshantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredningen av en händelse. <p>Utföraren ska även:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informera om och möjliggöra för den enskilde och anhöriga att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till Örebro kommun. 	<p>Granskning av rapporterade händelser i Treserva</p> <p>Lokal rutin gällande klagomål och synpunkter – Hjälmarens & Kvismarens HV</p> <p>Information från IVO</p> <p>Klagomål/synpunkter i W3D3(kommunens ärendehanteringssystem)</p> <p>Socialstyrelsens kundundersökning</p>

- Informera och utbilda personal om rapporteringskyldigheten

Bedömning

Vår granskning av registrerade klagomål och synpunkter i avvikelsemodul Treserva under perioden 2021-08-19 och 2023-08-19 gav inga träffar. I W3D3 hittar vi en synpunkt om fordon framförs i hög hastighet på privat väg och en Lex Sarah anmälan (ekonomiska missförhållanden). I Socialstyrelsens kundundersökning framgår att 77% av de svarande kunderna uppger att de vet vart de ska vända sig om de har klagomål eller synpunkter på verksamheten.

Granskningen av avvikelser i Treserva visar att under perioden 2022-08-19 och 2023-08-19 registrerade ni 177 händelser totalt. 20 av dessa bedömdes som ingen avvikelse. 88 händelser är kategoriserade som avvikelser men ingen av de följer samtliga steg i avvikelprocessen (utreda, bedöma, åtgärda, följa upp).

Bedömningen är därmed att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i överenskommelsen då händelserna inte är registrerade enligt *Riktlinjen Avvikelse, klagomål och synpunkter*.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur ni ska arbeta med att säkerställa att verksamheten registrerar samtliga händelser enligt *Riktlinjen Avvikelse, klagomål och synpunkter*. I åtgärdsplanen ska det framgå tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

I samband med resultatuppföljningen kommer vi att genomföra en ny granskning av rapporterade händelser i avvikelsemodul Treserva.

3.7 Dokumentation

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Genomförandeplanen ska:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Upprättas omgående och vara färdigställd senast 30 dagar efter mottaget uppdrag • Följas upp och upprättas tillsammans med kunden vid behov och minst var sjätte månad • Beskriva hur och när uppdraget ska utföras för att tillgodose kundens behov och mål • Innehålla information om individens delaktighet • Innehålla namngiven kontaktperson • Den omvårdnadspersonal som utför insatsen hos kund är den som i första hand ska anteckna i kundens verkställighetsjournal <p>I dokumentationen som förs i verkställighetsjournalen ska:</p>	<p>Granskning av verkställighetsjournaler samt genomförandeplaner i Treserva.</p> <p>Observation vid platsbesök</p>

- Det finnas dokumentation av händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid
- Den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas i dokumentationen. Dvs. det ska gå att följa vad som faktiskt genomförs och hur situationen ser ut för kunden utifrån dennes ansökan, behov och genomförandet av beslutade insatser
- Vara utformad med respekt för kundens integritet
- Social dokumentation om kund som finns utanför verksamhetssystemet förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen

Bedömning

Granskningen av 15 slumpmässigt utvalda kunders genomförandeplaner i Treserva mellan perioden 2022-09-19 och 2023-09-19 visar att 87% av de 15 granskade planer var aktuella och innehöll relevant information utifrån krav.

Granskningen av social dokumentation i verkställighetsjournaler under samma period visar att 93% av de 15 granskade verkställighetsjournalerna uppfyller ställda krav på att det ska dokumenteras faktiska omständigheter över tid samt att dokumentationen är skriven med respekt för den enskilde.

Under rundvandringen uppmärksammas sekretessinformation i form av personnummer på kunder som ligger framme på ett bord tillgängliga för obehöriga som exempelvis vi. Det finns lås in till de gemensamma rummen men grupplokalen var/är inte låst vid platsbesöket.

Bedömningen efter vår iakttagelse är att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i överenskommelsen.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur ni ska arbeta med att säkerställa att social dokumentation om kund som finns utanför verksamhetssystemet förvaras i enlighet med gällande lagstiftning. I samband med resultatuppföljningen kommer vi att genomföra ett besök hos er.

3.14 Läkemedelshantering

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur läkemedel transporteras på ett säkert sätt och förvaras oåtkomligt för obehöriga efter att de hämtats ut till dess att de lämnas till patient 	<p>Lokal rutin för läkemedelshantering Hjälmarens HV</p> <p>Observation vid platsbesök</p>

Bedömning

Inskickad rutinen innehåller en tydlig beskrivning av läkemedelshantering och följer *Riktlinje för läkemedelshantering i kommunal Hälso- och sjukvård i Örebro län*.

Under rundvandringen uppmärksammas en påse med läkemedel som ligger framme på ett bord tillgängliga för obehöriga och med obehöriga menas personer som ej har delegering. Det finns lås in till de gemensamma rummen men grupplokalen var/är inte låst vid platsbesöket. Ni berättade att ni inte brukar få medicin på det sättet utan läkemedel lämnas av sjuksköterska till personal i samband med att besök för utlämnande ska ske, så som framgår i rutinen.

Bedömningen efter vår iakttagelse är att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i överenskommelsen.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur ni ska arbeta med att säkerställa att kravet av följsamhet till 3.14 Läkemedelshantering i överenskommelsen uppfylls till fullo.

I samband med resultatuppföljningen kommer vi att genomföra ett besök hos er.

Yuri Yanez
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun