

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Örebro kommun, Vivalla 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.

Vivalla hemvård

Vivalla hemvård utför omvårdnad och service i Örebro kommun och har sina lokaler på Poesigatan i Vivalla. Personalgruppen består av 24 medarbetare, enhetschef, verksamhetstödjare och driftsplanerare. De utför service- och omvårdnadstjänster i områdena Lundby och Vivalla och har en mångkulturell kundgrupp och bred språkkompetens hos personalen. Verksamheten har två bilar att tillgå men använder främst cyklar i arbetet.

Vivalla hemvård har 45 kunder.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Vivalla hemvård ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Vivalla hemvård ska senast den 29 juni 2021 skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se. Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan
- Riskanalyser
- Egenkontroller

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

- Rutin som beskriver hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom egna verksamheten och vilka forum för samverkan som finns inom den egna verksamheten samt en beskrivning om hur samverkar ni med kommunens korttidsenheter, grupp för välfärdsteknik, Region Örebro samt mattjänstutförare
- Kompletterande uppgifter avseende den tidigare insända riskanalysen. Vi vill ha en beskrivning av hur ni har följt upp åtgärderna och dess effekt
- Kompletterande uppgifter avseende den tidigare insända egenkontrollen av avvikelseprocessen. Vilka brister som har identifierats, vilka åtgärder

som genomförts utifrån bristerna samt hur ni har följt upp åtgärderna och dess effekt

- Genomförd egenkontroll av basal hygien. Om det har identifierats några brister vill vi se vilka åtgärder som genomförts utifrån bristerna samt hur ni har följt upp åtgärderna och dess effekt
- Genomförd egenkontroll av social dokumentation. Om det har identifierats några brister vill vi se vilka åtgärder som genomförts samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast den 24 augusti 2021.

Enheten för uppföljning kommer att följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning som ska genomföras efter den 24 augusti 2021. Vilket innebär att vi kommer att granska inkomna handlingar.

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 brott mot överenskommelsen. Ett väsentligt brott mot överenskommelsen föreligger om fel i tjänsten påpekats av Enheten för uppföljning vid två tillfällen men trots det inte åtgärdas inom föreskriven tid.

Enheten för uppföljning har även identifierat brister av mindre omfattning i er verksamhet. För dessa brister tilldelas verksamheten ett påpekande. Mindre omfattande brister har identifierats inom följande kvalitetskrav:

- Utredning av avvikelser
- Delaktighet

De brister som är mindre omfattning ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Ni ska enligt överenskommelse i kommande kvalitetsberättelse beskriva hur ni åtgärdat de brister vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Rapporteringskyldighet

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med er rutin för utbildning, rapportering och anmälan enligt Lex Sarah. Dessa rutiner inkom och granskades vidare utifrån innehåll. Vivalla hemvård har ingen Lex Sarah-anmälan de senaste 12 månaderna.

Ni uppfyller kraven inom området då er rutin beskriver att medarbetare utbildas i rapporteringsskyldigheten minst en gång per år av enhetschef enligt ett gemensamt årshjul. SAS, Socialt ansvarig samordnare, finns tillgänglig att bjuda in för att stödja med informationen. I rutinen framgår även hur rapportering och anmälan sker och vem som är ansvarig.

Under det digitala mötet uppgav personalen att de vet vad rapporteringsskyldigheten innebär och att de känner sig trygga i vad som ska rapporteras. Ni kan beskriva vad ett missförhållande kan vara och kan ge exempel.

Enligt överenskommelsen ska verksamheten följa *Riktlinjen Avvikelser, klagomål och synpunkter*. Utöver detta ska ni ha en rutin för hur personalen utbildas i rapporteringsskyldighet.

Vår bedömning är att verksamheten uppfyller krav enligt överenskommelsen.

Uppdraget

I samband med uppföljningen genomfördes en granskning av 15 slumpmässigt utvalda kunders genomförandeplaner i Treserva under den senaste 12-månadersperioden.

I 14 av de granskade aktuella genomförandeplaner beskrevs hur och när uppdraget ska utföras samt kundens delaktighet och mål med insatsen.

Enligt överenskommelsen ska en genomförandeplan påbörjas omgående och ska vara färdigställd senast 30 dagar efter mottaget uppdrag.

Genomförandeplanen ska beskriva hur och när uppdraget ska utföras för att tillgodose kundens behov och mål. Ni ska följa upp och upprätta en ny genomförandeplan tillsammans med kunden vid behov eller minst var sjätte månad.

Då majoriteten av de granskade genomförandeplanerna är aktuella och innehåller de delar som kravställs är vår bedömning att verksamheten uppfyller krav enligt överenskommelsen.

Uppdrag Hälso- och sjukvård

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med rutin för att dagligen ta emot och planera för genomförandet av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder. Den inkomna rutinen innehåller information om vad den avser, ansvarsfördelning och tydliga instruktioner.

Enligt överenskommelsen ska ni ha en rutin för att dagligen ta emot och planera för genomförandet av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder

Vår bedömning är att inskickad rutin uppfyller krav enligt överenskommelsen.

Dokumentation

Som en del av uppföljningen genomfördes en granskning av 15 slumpmässigt utvalda kunders verkställighetsjournaler i Treserva under den senaste 12-månadersperioden. I 13 av de granskade journalerna framgår händelser av betydelse och faktiska omständigheter, vilket gör att det går att följa insatsen över tid eller individens omsorgsprocess samt resultat av vidtagna åtgärder. Granskningen visade även att dokumentationen förs med respekt för den enskilde och att det är personal som utfört insatsen som har dokumenterat i journalen i samtliga av de granskade journalerna.

Enligt överenskommelse ska dokumentationen ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation vid genomförande av insatser enligt SoL. Dokumentation ska utformas med respekt för kundens integritet. Den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas i dokumentationen.

Vår bedömning är att verksamheten uppfyller krav enligt överenskommelsen.

Läkemedelshantering

Inför uppföljningen ombads ni att inkomma med rutin som säkerställer en säker läkemedelshantering som omfattar transport och förvaring. Denna rutin inkom och granskades vidare utifrån innehåll.

Er rutin innehåller en beskrivning av hur läkemedel levereras, kontrolleras, förvaras på enheten och lämnas till medarbetare för transport till kund vid besök samt vem som ansvarar. Under det digitala mötet förtydligade ni att det är verksamhetsstödjare som ansvarar och kontrollerar efter att sjuksköterska lämnat mediciner. Verksamhetsstödjaren förvarar medicinerna inlåsta i ett skåp tills de levereras till kund.

Enligt överenskommelsen ska ni följa uppdragsgivarens riktlinjer och rutiner, ni ska 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.

Vår bedömning är att verksamheten uppfyller krav enligt överenskommelsen.

Vård i livets slutskede

Inför uppföljningen ombads ni att inkomma med rutin som beskriver hur ni planerar för och säkerställer hög personalkontinuitet vid palliativt vak. Er rutin innehåller grundläggande förutsättningar, dvs vad den avser, ansvarsfördelning och tydliga instruktioner. Rutinen beskriver hur ni planerar och säkerställer hög personalkontinuitet hos personer vid palliativt vak.

Enligt överenskommelsen ska ni följa riktlinjer och rutiner för palliativ vård där teamsamverkan och kontinuitet är viktiga delar för att uppnå god kvalitet inom den palliativa vården. Ni ska också delta i teamträff vid planering av palliativ vård.

Vår bedömning är att verksamheten uppfyller krav enligt överenskommelsen.

Hygien

Under normala förhållanden besöker vi utförarens lokaler och kontrollerar deras tillgång till arbetskläder, skyddsutrustning och hygienartiklar. Pga rådande pandemi inhämtas uppgifter istället med hjälp av intervjufrågor till utföraren. Under det digitala mötet uppgav ni att det finns tillräckligt med arbetskläder och god tillgång till hygienartiklar och skyddsutrustning, vilket kontrolleras kontinuerligt och fylls på vid behov. Ni har också berättat om att verksamheten använder sig av cirkulationstvätt.

Enligt överenskommelsen ska ni tillhandahålla skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa *Riktlinjen för basal hygien inom kommunal hälso- och sjukvård i Örebro läns kommuner*. Ni ska följa *Arbetsmiljöverkets föreskrift om smittrisker (AFS 2018:4)*, *Socialstyrelsens föreskrift basal hygien inom hälso- och sjukvård (SOSFS 2015:10)* samt *Riktlinjen för basal hygien inom hälso- och sjukvård i Örebro läns kommuner*.

Vår bedömning är att verksamheten tillhandahåller skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen för basal hygien och därmed uppfyller de krav enligt överenskommelsen.

Bemötande

En granskning har gjorts kring området bemötande. Underlag har varit Socialstyrelsens kundundersökning *Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2020* samt granskning av de 15 genomförandeplaner och verkställighetsjournaler som slumpmässigt tagits fram. I era anteckningar i den sociala dokumentationen samt innehåll i genomförandeplaner syns hur aktivt arbetar ni med bemötande. Andelen svarande på Socialstyrelsens brukarundersökning var mellan 40-60% av totala antalet kunder. Andel positiva svar på frågan om ett bra bemötande och nöjdheten ligger högre i jämförelse med kommunen i övrigt och riket. Under det digitala mötet berättade ni att ni tidigare arbetat med låga siffror kring upplevelse av trygghet, men att dessa låga siffror även kan ha återspeglat området som kunderna bor i, eller samhället i stort.

Enligt överenskommelsen ska insatserna utformas tillsammans med kunden och personalen ska respektera och lyssna till kunden, behandla kunden vänligt och jämlikt för att kunden ska uppnå så hög grad av självbestämmande som möjligt.

Vår bedömning är att verksamheten uppfyller krav enligt överenskommelsen.

Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren brister i kvalitetskrav. Nedan redovisas de brister som föranlett beslut om åtgärdsplan.

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan

Genom processer och rutiner kan verksamheten säkerställa att det finns förutsättningar för bra samverkan. Ni ombads att inkomma med rutin för intern samt för hur samverkan sker med andra aktörer, vårdgivare och myndigheter. Rutinen för samverkan inkom och granskades vidare utifrån innehåll. Bifogades även kommunens rutin för rapportering mellan dag- och nattpersonal.

Ni uppfyller delar av kraven inom området då er rutin för intern samverkan innehåller en beskrivning av vilka forum för intern samverkan som finns samt hur samverkan med kommunens natt- och hälso- och sjukvårdsorganisation sker. Rutinen för intern samverkan saknar information om hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten samt en tydlig beskrivning av ansvarsfördelningen. Under det digitala mötet framkom att daglig överföring av information till personalen sker via TES, samt att det är verksamhetstödjaren och driftplanerare som förmedlar kontakt mellan omvårdnadspersonalen och externa parter. Detta behöver framgå i era rutiner.

Enligt överenskommelsen ska ledningssystem för kvalitet innehålla rutiner för samverkan inom den egna verksamheten och med externa aktörer. I rutinerna ska processer kring samverkan beskrivas och det ska framgå vad som ska göras, hur det ska göras och vem som är ansvarig för att det utförs.

Vår bedömning är att verksamheten inte uppfyller krav enligt överenskommelsen och behöver komplettera dessa rutiner.

- Riskanalyser

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med en beskrivning om hur ni arbetar med riskanalyser. Ni skulle även inkomma med en sammanställning av vilka riskanalyser som genomförts det senaste året, anledning till att riskanalyserna genomfördes, vilka risker som identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån riskerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt. Under det digitala mötet framkom att det är enhetschef eller skyddsombud som oftast initierar till detta när risk misstänks kunna uppstå. Beroende på vilken typ av risk det handlar om kan hela arbetsgruppen delta, exempelvis på ett APT och ibland är det verksamhetstödjare/driftsplanerare, skyddsombud och enhetschef. Målet är att försöka undvika eller minimera risken och konsekvenser. Granskningen av de 4 inskickade riskanalyser visar att riskerna är välbeskrivna, verksamheten genomför bedömningar och åtgärden upprättas i handlingsplan. Riskanalyserna saknar däremot uppföljning av åtgärder och dess effekt.

Enligt överenskommelsen ska ni fortlöpande genomföra riskanalyser och för varje identifierad händelse ska det i dokumentationen framgå hur ni har följt upp åtgärderna och dess effekt.

Vår bedömning är att verksamheten inte uppfyller krav enligt överenskommelsen och ni behöver komplettera med en beskrivning av hur ni har följt upp åtgärderna och dess effekt.

- Egenkontroller

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med en beskrivning av hur ni arbetar med egenkontroller. Beskrivningen skulle även innehålla en sammanställning av vilka egenkontroller som genomförts det senaste året, vilka brister som eventuellt identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån bristerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt.

Ni har skickat in en rutin för egenkontroll av hygien och en för dokumentation samt en granskning av avvikelser från december 2020 och egenkontroll av genomförandeplaner från 2012/11. Dessa handlingar granskades vidare utifrån innehåll.

Någon information om vilka åtgärder som genomfördes utifrån bristerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt bifogades inte.

Detsamma gäller för egenkontroll av social dokumentation, även den saknas.

Under det digitala mötet framkom att egenkontrollen ”*Lätt att göra rätt*” kring basal hygien utfördes på APT i mars/april 2021 men själva analysen är inte utförd ännu. Enligt ledningen pratar gruppen mycket om basala hygienrutiner på morgonmöten och APT, detta bekräftas av omvårdnadspersonalen. Enhetschef uppger att verksamheten har väldigt bra kunskap om riktlinjen men att hon som ansvarig behöver bli bättre på att dokumentera.

Enligt överenskommelsen ska ni regelbundet genomföra egenkontroller och på ett systematiskt sätt följa upp och utvärdera er verksamhet och kontrollera att ni följer aktuella lagar, föreskrifter och styrdokument. Utöver det ska ni årligen genomföra egenkontroll av verksamhetens följsamhet till:

- riktlinjen *Basal hygien inom kommunal hälso- och sjukvård*
- punkt 3.8 *dokumentation*
- avvikelseprocessen som beskrivs i *Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter*

Vår bedömning är att verksamheten inte uppfyller krav enligt överenskommelsen och ni ska inkomma med åtgärdsplan samt kompletterande åtgärder som beskrivs under ”Beslut”:

- Kompletterande uppgifter avseende den tidigare insända egenkontrollen av avvikelseprocessen. Vilka brister som har identifierats, vilka åtgärder som genomförts utifrån bristerna samt hur ni har följt upp åtgärderna och dess effekt
- Genomförd egenkontroll av basal hygien. Vilka brister som har identifierats, vilka åtgärder som genomförts utifrån bristerna samt hur ni har följt upp åtgärderna och dess effekt
- Genomförd egenkontroll av social dokumentation. Om det har identifierats några brister vill vi se vilka åtgärder som genomförts samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt

I åtgärdsplanen ska det även framgå hur ni ska säkerställa att ni fullföljer samtliga delar i era kommande egenkontroller.

Påpekande

Nedanstående brister har föranlett ett påpekande och ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete.

Utredning av avvikelser

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med en sammanställning av de SoL och HSL- avvikelser som verksamheten registrerat i avvikelsemodulen under de senaste 12 månaderna. Sammanställningen skulle även innehålla en beskrivning av: de vanligaste avvikelsetyperna, de vanligaste avvikelseorsakerna, de vanligaste åtgärderna och åtgärdernas effekt. Sammanställningen inkom och granskades vidare utifrån innehåll.

Er sammanställning över 32 registrerade avvikelser i avvikelsemodulen innehåller en beskrivning av de vanligaste avvikelsetyperna, de vanligaste avvikelseorsakerna och de vanligaste åtgärderna samt åtgärdernas effekt.

Som en del i uppföljningen granskade vi verksamhetens rapporterade avvikelser i avvikelsemodulen i Treserva över en 12 månaders period och på ett slumpmässigt urval av 10 avvikelser. Granskningen genomförs i två delar. I första delen granskas följsamheten till processen på en övergripande nivå. I den andra delen granskas innehållet i de 4 stegen i processen (*Utreda, Bedöma, Åtgärda och Följa upp*) vad som är dokumenterat under varje steg.

I samtliga granskade avvikelser saknas anteckningar i steget '*Följa upp*' vilket medför att vi inte kan bedöma hur åtgärden har följts upp eller hur ni kommit fram till bedömningen av åtgärdernas effekt. I 3 av 10 avvikelser saknas kategori av åtgärdernas effekt. I steget '*Åtgärda*' saknade 4 av 10 avvikelser en anteckning som beskriver åtgärden/åtgärderna. Detta behöver verksamheten arbeta med för att förbättra följsamheten till riktlinjen.

Gällande hantering av klagomål och synpunkter framkom under det digitala mötet att verksamheten tar emot klagomål och synpunkter från kunder och/eller anhöriga i det dagliga arbetet och är bra på att åtgärda omgående eller agera direkt, men mindre bra på att registrera dessa.

Enligt överenskommelsen ska alla typer av händelser registreras, utredas och följas upp. Detta oavsett om det är ett klagomål, en synpunkt eller händelse som har lett till eller kunnat leda till något oönskat, ett missförhållande eller en vårdskada. Verksamheten ska följa riktlinjen för avvikelser som beskriver hur avvikelser i form av händelser, synpunkter och klagomål tas emot, utreds, åtgärdas, analyseras och sammanställs.

Ni behöver säkerställa att ni för anteckningar över hur ni följer upp åtgärder och hur ni kommer fram till bedömning av åtgärdernas effekt.

Ni behöver säkerställa verksamhetens följsamhet till riktlinjen Avvikelser, Klagomål och synpunkter för rapportering och hantering av dessa.

Delaktighet

En granskning har gjorts kring området bemötande. Underlag har varit Socialstyrelsens kundundersökning *Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2020* samt granskning av de 15 genomförandeplaner och verkställighetsjournaler som slumpmässigt tagits fram. I era anteckningar i den sociala dokumentationen samt innehåll i genomförandeplaner syns hur aktivt arbetar ni med kundens delaktighet.

Socialstyrelsens kundundersökning *Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2020* visar att andel positiva svar på frågan om kunden brukar kunna påverka tiderna för insatserna ligger lägre (53%) i jämförelse med kommunen i övrigt (64%) och riket (59%).

Under det digitala mötet framkom att kunderna tidigare kunde önska mer fritt över sina tider, men pga. dagens begränsade ekonomiska resurser behöver verksamheten bemöta detta på annat sätt, där planeringen styr. Verksamheten försöker bemöta önskemål genom att ge tidsintervaller för att kunderna inte ska bli besvikna. Ibland kan kunder uppskatta kontinuitet av personal mer än exakt tid, eftersom det är en stabil personalgrupp som känner kunderna väl upplever verksamheten att de kan tillgodose önskemål i stor utsträckning. God kännedom om kunderna bidrar till lättare planering runt önskemål och förändringar.

Enligt överenskommelsen ska kunden ges inflytande över insatsernas utformning och ha möjlighet att påverka tider för när insatserna ska utföras.

Ni behöver fortsätta jobba aktivt med kundernas möjlighet att påverka planeringen av sitt stödbehov för att på så sätt öka förutsättningarna för delaktighet.

Enligt överenskommelsen ska ni i kommande kvalitetsberättelse beskriva hur verksamheten åtgärdat de brister vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett.

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 digitalt möte med utföraren.

Underlag för bedömning:

- Intervju vid digitalt möte
- Synpunkter och klagomål (granskning i avvikelsemodullen i Treserva)
- Avvikelser (granskning i avvikelsemodullen i Treserva)
- Journal (granskning av verkställighetsjournaler)

-
- Dokumentation (granskning av genomförandeplaner)
 - Kundundersökning (*Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2020*)
 - Myndighetsinformation
 - Rutiner, egenkontroller, riskanalyser

Yuri Yanez
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun