

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Örebro kommun Kvismaren hemvård



Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet.

Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i basuppdrag

Voo 1211/2023 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.

Örebro kommun Kvismaren hemvård

Kvismaren hemvård har funnits i ca sex år. Personalstyrkan består av 22 tillsvidareanställda, en administratör och en enhetschef. Kvismaren har ytterområden i östra Närke och en annan hemvårdsgrupp har centrala delarna. Hemvårdsgrupperna, som är belägna i samma hus, samverkar kring tex. bemanning.

Verksamheten har idag ca 120 kunder. En utmaning för verksamheten är avståndet mellan kunder. Planeringen och logistiken kring insatser hos kunder är svår att få till. Verksamheten har under en tid haft stor sjukfrånvaro, mycket tid läggs på att bemanna upp verksamheten.

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 basuppdrag. 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 19 mars 2024 ska ni skicka in åtgärdsplanen till eggetval@orebro.se

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

Avtalspunkter

- Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar
- Trygghetslarm
- Uppdraget
- Dokumentation
- Ledningssystem för kvalitet
- Samverkan
- Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

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

- Uppdaterad rutin för trygghetslarm
- Rutin som beskriver intern och extern samverkan
- Rutin som beskriver hur mottagandet av ett nytt eller förändrat HSL insats sker.
- Rutin för hur verksamheten hanterar avvikelser och klagomål och synpunkter
- Aktuell kompetensinventering

Handlingarna ska vara inskickade till eggetval@orebro.se senast den 7:e juni 2024.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 7:e Juni 2024. Detta innebär att vi kommer:

- Granska inkomna rutiner
- Genomföra en dokumentationsgranskning gällande den sociala dokumentationen och dokumentationen av trygghetslarm.
- Genomföra en granskning av registrerade händelser i avvikelsemodulen i Treserva

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Ledningssystem för kvalitet - Riskanalyser

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

Bedömning

Rutinen beskriver hur, när och i vilka sammanhang riskanalyser sker i verksamheten, rutinen tar upp inom vilka forum riskanalyser görs samt att enhetschef ansvarar och kallar till riskanalyser. Bedömningen är att ni uppfyller kraven i basuppdraget.

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> 	<p>Inskickad sammanställning</p> <p>Egenkontroll Avvikelser, Egenkontroll Basal hygien, Egenkontroll Dokumentation och Egenkontroll genomförandeplaner Mall</p>

- Verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i *Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter*

Bedömning

Rutinen beskriver hur egenkontroller utförs, vem som ansvarar för att genomföra egenkontrollerna, vilka brister ni har identifierat samt hur de åtgärdas och följs upp. Bedömningen är att ni uppfyller kraven i basuppdraget.

Hygien och förbrukningsmaterial

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska även uppfylla följande krav:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tillhandahålla skyddsutrustning till personalen. • Tillhandahålla arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i>. • Ha tillgång till hygienombud i verksamheten 	<p>Observation vid platsbesök</p> <p>Kompetensinventering</p>

Bedömning

Av observation framgår att det finns arbetskläder som arbetsgivaren tillhandahåller och som räcker till dagligt ombyte. Arbetskläder förvarades i ett förråd, torrt och dammfritt. Arbetskläder tvättas i cirkulationstvätt.

Av observation i ett förråd framgår att det finns tillgång till engångsförkläden, och material för god handhygien (handskar, handsprit, tvål och pappershanddukar fanns). Verksamheten har ett hygienombud. Bedömningen är att ni uppfyller kraven i basuppdraget.

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>Rutin för läkemedelshantering Kvismaren hemvård</p> <p>Observation vid platsbesök</p>

Bedömning

Vid platsbesöket framkommer att läkemedel förvaras säkert i ett låst skåp som öppnas via carelock, information om vem som öppnar skåpet registreras så att obehöriga ej har tillträde till skåpet. Ni beskriver också att det är en förutsättning att vara delegerad för all personal som börjar jobba på Kvismaren. Er rutin för läkemedel beskriver på ett tydligt sätt hur läkemedel transporteras och förvaras på ett säkert sätt på verksamheten. Bedömningen är att ni uppfyller kravet i basuppdraget.

Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren brister i nedanstående kvalitetskrav.

Trygghetslarm

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>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:</p> <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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trygghetslarm, lokal rutin Kvismaren hemvård • Granskning i verksamhetssystem Treserva gällande dokumentation av larminsats. • Larmloggar för de senast tre månaderna

Bedömning

Insänd rutin beskriver tillvägagångssättet och vem som ansvarar för larmhantering på verksamheten. Rutinen saknar dock information om hur verksamheten samarbetar med nattorganisationen, hemsjukvården och gruppen för välfärdsteknik. Rutinen beskriver inte heller hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan som påverkar flera kunder samtidigt eller hur kunder med skyddad identitet behandlas.

En granskning av dokumenterade larm för perioden oktober, november och december 2023 visar att av 18 granskade larm var 44% dokumenterade med orsak samt vidtagna åtgärder i verkställighetsjournalen.

En brist konstateras då samtliga larm inte dokumenteras i verkställighetsjournalen rutinen saknar också kravställda delar.

Åtgärd

Ni behöver inkomma med en uppdaterad lokal rutin för trygghetslarm som innehåller kravställda delar. Ni ska också inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur ni ska arbeta med att personalen som besvarar trygghetslarm

dokumenterar larmen i verkställighetsjournalen med orsak och åtgärd. I åtgärdsplanen ska det framgå vem som är ansvarig samt tidsplan.

I samband med resultatuppföljningen kommer vi att genomföra en ny granskning av dokumentation av insatsen trygghetslarm.

Krav på verksamhet och ledning

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

På platsbesöket framkom att underlaget till vilka utbildningar som personalen genomgått försvann då byte av administratör skedde. Följande utbildningar har personalen inte genomgått i tillräckligt stor utsträckning: IBIC 57%, Mat måltid och nutrition 2%, Palliativ utbildning 38%, SBAR 20%, vardagsrehabilitering 16%. För att uppfylla kravet behöver ni säkerställa att personalen genomgått ovanstående utbildningar.

Bedömningen är att ni inte uppfyller kravet i basuppdraget.

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

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 55% av personalen som arbetar med omvårdnad har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Bedömningen är att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i basuppdraget.

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.

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. 	<p>Dagverksamheter samverkan internt o externt, Rutin teamträffar hemvården, Rapportering dag-och nattpersonal - Lokal rutin</p>

Bedömning

Inskickade rutiner beskriver delvis intern samverkan genom överrapportering mellan dag och nattpersonal samt hur teamträffar mellan verksamheten och hemvården går till. Rutinerna saknar dock information om hur daglig informationsöverföring sker på verksamheten samt inom vilka forum det sker, t.ex. hur informationsöverföring sker mellan dag och kvällspersonal samt vilka möten verksamheten har för att överföra information. Rutinerna saknar också information om extern samverkan med, Biståndshandläggare, Regionen, välfärdsteknik, korttidsenheter och eventuellt andra utförare. På platsbesöket beskriver ni att ni har avstämningsmöten varje morgon samt en checklista om vad som behöver tas upp, ni beskriver också att ni har ett nära samarbete med hemsjukvården genom regelbundna teamträffar, samt att administratören sköter kontakten med välfärdsteknik. Bedömningen är att ni inte uppfyller kravet i basuppdraget då ni inte har en skriftlig rutin som uppfyller kraven för intern och extern samverkan.

Åtgärd

Ni behöver inkomma med en rutin som beskriver er samverkan enligt kraven ovan. Ni ska också inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur rutinen ska implementeras i verksamheten. I åtgärdsplanen ska det framgå vem som är ansvarig samt tidsplan.

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. • Informera och utbilda personal om rapporteringsskyldigheten 	<p>Granskning av rapporterade händelser i Treserva</p> <p>Information från IVO</p> <p>Klagomål/synpunkter i W3D3(kommunens ärendehanteringssystem)</p>

Bedömning

Avvikelser

Granskning av avvikelser i Treserva mellan 2023-01-22 och 2024-01-22 visar att 44 avvikelser har inkommit, varav 98% är utredda, 70% är bedömda 68% är åtgärdade och 36% är uppföljda. På platsbesöket framkommer att ni genomför teammöten tillsammans med sjuksköterska varje vecka där aktuella avvikelser tas upp och behandlas. Verksamheten uttrycker att ingen avvikelse avslutas utan att först ha följts upp, men att informationen i behandlingen av avvikelser inte alltid fyllts i på rätt ställe i avvikelsemodulen.

Klagomål och synpunkter

Granskning av klagomål och synpunkter i Treserva mellan 2021-01-22 och 2024-01-22 visar att 5 st klagomål och synpunkter har inkommit, alla är utredda i samtliga steg. På platsbesöket framkommer att inkomna klagomål och synpunkter inte alltid registreras i avvikelsemodulen och att det finns ett mörkertal angående hur många klagomål och synpunkter det inkommer till verksamheten.

Inga anmälningar till IVO har inkommit till verksamheten mellan 2021-01-22 och 2024-01-22.

En sökning i W3D3 mellan 2021-01-22 och 2024-01-22 visar heller inga klagomål kopplade till verksamheten.

Bedömningen är att ni inte uppfyller kraven i basuppdraget då ni inte hanterar avvikelserna i enlighet med riktlinjen för avvikelser, klagomål och synpunkter då samtliga steg i avvikelsemodulen inte är ifyllda. På platsbesöket uppger ni att alla avvikelser hanteras och följs upp innan avslut vilket inte bekräftas av granskningen i avvikelsemodulen.

Åtgärd: Ni behöver skicka in er lokala rutin som beskriver tillämpning av Örebro kommuns riktlinje gällande avvikelser klagomål och synpunkter. I rutinen ska det framgå hur ni hanterar avvikelser samt klagomål/synpunkter i verksamheten.

Ni ska också inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur ni ska arbeta med att säkerställa att verksamheten registrerar samtliga avvikelser och klagomål/synpunkter. Händelser i avvikelsemodulen enligt Riktlinjen Avvikelser, klagomål och synpunkter.

Ni behöver också säkerställa att hanteringen av avvikelser i avvikelsemodulen sker i enlighet med riktlinjen och att samtliga steg i avvikelsemodulen följs. 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.

Uppdraget

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur utföraren dagligen tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade uppdrag • Hur utföraren dagligen tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsinsatser 	<p>”Lokal rutin gällande förändrat uppdrag” samt ”Mottagande av uppdrag SoL - Lokal rutin”</p>

Bedömning: Rutinerna beskriver hur nya och förändrade sol-uppdrag hanteras på verksamheten. Bedömningen är dock att ni inte uppfyller kraven i basuppdraget då rutinerna saknar beskrivning om hur förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder hanteras i verksamheten samt inom vilken tidsram det sker.

Åtgärd: Ni ska inkomma med en uppdaterad rutin gällande mottagandet av nya och förändrade HSL-insatser, rutinen ska beskriva hur nya och förändrade HSL-insatser hanteras samt inom vilken tidsram det sker. Ni ska också inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur rutinen implementeras i verksamheten. I åtgärdsplanen ska det framgå vem som är ansvarig samt tidsplan

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 	<p>Granskning av verkställighetsjournaler samt genomförandeplaner i Treserva.</p> <p>Observation vid platsbesök</p>

- 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

I dokumentationen som förs i verkställighetsjournalen ska:

- 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 2023-01-18 och 2024-01-18 visar att 93 % av de 15 granskade planerna var aktuella och innehöll relevant information utifrån krav.

Granskningen av 30 slumpmässiga verkställighetsjournaler under samma period visar att det i 53% av verkställighetsjournalerna gick att följa faktiska omständigheter över tid. I ett flertal journaler framgår inte händelser av betydelse och det oklart när eller om insatsen har avslutats, det framgår t.ex. inte i journalerna om en kund flyttat till vårdboende eller korttidsboende. Det framgår inte heller händelser av betydelse. Bedömningen är att ni inte uppfyller kraven i basuppdraget.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska åtgärda den bristande dokumentationen i verkställighetsjournalen, åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidsplan samt vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Per Lindqvist
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun