

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Utförare: Örebro kommun, Vasa 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 625/2021 omvårdnad och Sov 512/2021 service. 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.

Vasa hemvård

Vasa hemvård utför omvårdnad och service i Örebro kommun och har funnits som egen hemvårdsenhet sedan 2016. Vasa hemvård har sina lokaler på Brolyckan där många av deras kunder bor. De andra kunderna bor i närområdet, därför är verksamheten uppdelat i två grupper: inne- och utegrupp. Personalen cyklar eller går till kunderna. Vasa hemvård har idag 85 kunder. 65 av dessa är omvårdnadskunder resterande är larmkunder. Arbetsstyrka består av 25 medarbetare och totalt cirka 40 med vikarier, en enhetschef, en driftplanerare samt en undersköterska som administrativt stöd.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att ni 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 21 oktober 2022 skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se

Bedömningen är att ni brister inom följande kvalitetskrav:

- **Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**
- **Trygghetslarm**
- **Ledningssystem för kvalitet**
 - Samverkan
 - Riskanalyser
 - Egenkontroller
 - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet
 - Utredning av klagomål och synpunkter
- **Dokumentation**
- **Uppdraget**
- **Läkemedelshantering**

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

- Uppdaterad rutin för hantering och besvarandet av insatsen trygghetslarm
- Rutin för samverkan
- Rutin för riskanalyser
- En beskrivning av hur ni säkerställer att riskbedömningar sker i enlighet med punkt 3.4 Ledningssystem för kvalitet/Riskanalyser
- Rutin för egenkontroller
- En sammanställning av genomförda egenkontroller av:
 - basal hygien
 - avvikelseprocessen
 - social dokumentation
- En kompletterande beskrivning om hur ni informerar och möjliggör för den enskilde och anhöriga att lämna klagomål och synpunkter skriftligt direkt till Örebro kommun
- Uppdaterad rutin för uppdrag
- Uppdaterad rutin för läkemedelshantering

Samtliga handlingarna och sammanställningar av genomförda egenkontroller ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast den 16 januari 2023.

Efter den 16 januari 2023 kommer Enheten för uppföljning följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. Detta innebär att vi kommer att granska inkomna handlingar, kompetensinventering och genomföra en granskning av dokumentation för insatsen trygghetslarm, samt avvikelser för att säkerställa att samtliga steg i avvikelseprocessen genomförs. Vi kommer även att granska dokumentationen i verkställighetsjournaler.

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.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att ni uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Krav på verksamhet och ledning – omvårdnadspersonal

Enligt överenskommelsen ska minst 85% av omvårdnadspersonalen ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med en ifylld kompetensinventeringsmall. Inventeringen visar att 92% av er personal som arbetar med omvårdnad har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Vår bedömning är att ni uppfyller kraven inom denna punkt i överenskommelsen.

Hygien och förbrukningsmaterial

Utifrån vår observation under rundvandring samt de frågor ni besvarade vid besöket är vår bedömning att ni tillhandahåller skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen för basal hygien.

Enligt överenskommelsen ska ni tillhandahålla skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial till personalen i den utsträckning som behövs för att följa Riktlinjen för basal hygien inom kommunal hälso- och sjukvård i Örebro läns kommuner.

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller krav i överenskommelse inom punkten Hygien och förbrukningsmaterial.

Brister i kvalitetskrav

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

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Enligt överenskommelsen åligger det verksamheten att säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningar som kommunen tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.

För att kunna bedöma hur stor andel av er personal som genomgått de obligatoriska utbildningarna ombads ni att inkomma med en ifylld kompetensinventeringsmall.

Vår granskning av denna inventering visar att ingen omvårdnadspersonal genomfört 4 av de 12 obligatoriska utbildningarna. Det handlar om följande interaktiva utbildningar:

1. Manuell förflyttning och lyftkörkort
2. Treserva App
3. TES (guider)
4. Avvikelsehantering och klagomål

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 de obligatoriska utbildningarna.

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

Trygghetslarm

Enligt överenskommelsen ska hantering och besvarande av trygghetslarm ske enligt gällande riktlinje.

Utföraren ska ha en rutin som beskriver tillvägagångssätt och hantering av trygghetslarm mellan 07.00-22.00. Rutinen ska beskriva hur informationsöverföring med nattorganisationen sker, hur larm från personer med skyddad identitet behandlas samt hur större brott i larmkedjan hanteras. Samarbete med kommunens grupp för välfärdsteknik och hemsjukvården ska också beskrivas i rutinen. Enligt riktlinjen ska alla åtgärdade/besvarade larm dokumenteras i kundens verkställhetsjournal.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med er rutin för utförandet av insatsen trygghetslarm.

Den inskickade rutinen beskriver tillvägagångssätt för hur hantering och besvarande av trygghetslarm ska ske, men samverkan med nattorganisationen och gruppen för välfärdsteknik beskrivs endast att den sker via telefonsamtal eller Treservabrevlåda. Det saknas hänvisning till var telefonnummer eller adresser finns. Samverkan med legitimerad personal beskrivs ske vid vissa situationer, dock ej hur och var kontaktvägar finns. Det saknas även information om hur ni behandlar kunder med skyddad identitet. Rutinen innehåller inga upplysningar om hur verksamheten hanterar större avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder och vem ansvarar för att rutinen följs.

Inom ramen för denna punkt i avtalet har vi även granskat er följsamhet till Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm. Detta har vi gjort genom att granska dokumentation i verkställighetsjournaler efter ett urval av de 3 senaste månadernas rapporterade larm. Av 130 granskade larm är endast 56 larm dokumenterade enligt riktlinjen. Vid platsbesöket framkom att personalen känner till att de alltid ska dokumentera. Detta framgår även tydligt i verksamhetens lokala rutin.

Bedömning

Vår bedömning är att ni inte uppfyller kraven inom denna punkt i överenskommelsen då vår granskning visar att er rutin inte innehåller alla efterfrågade delar enligt överenskommelsen, och endast 43% av de granskade larmen är dokumenterade enligt riktlinjen.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska åtgärda ovan nämnda brist. I åtgärdsplanen ska framgå tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska även inkomma med en uppdaterad rutin. Vi kommer att följa upp att bristen är åtgärdad i tillräcklig omfattning genom en ny granskning av er följsamhet till Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm.

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan

Samverkan, såväl internt som externt, är en förutsättning för att säkra kvaliteten på de insatser som ges inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Genom processer och rutiner kan verksamheten säkerställa att det finns förutsättningar för bra samverkan. Enligt överenskommelsen ska ledningssystem för kvalitet innehålla rutiner för samverkan inom den egna verksamheten och med externa aktörer.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med rutin för intern och extern samverkan, dock inkom ni inte med den.

Vid platsbesöket framkom att verksamheten inte har några upprättade rutiner för samverkan, men verksamheten samverkar både internt och externt.

Bedömning

Vår bedömning är att ni brister i följsamhet till krav inom denna punkt i överenskommelsen då ni inte har någon upprättad rutin för samverkan.

Ni ska inkomma med en upprättad rutin för samverkan där det framgår hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten samt vilka forum för samverkan som finns. Rutinen ska även innehålla information om hur samverkan med kommunens nattorganisation och hälso- och sjukvårdsorganisation sker. I rutinen 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.

- Riskanalyser

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. Ni ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Ni ska även ha en rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra er verksamhet.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med rutin för riskanalyser och en sammanställning över vilka riskanalyser ni genomfört det senaste året.

Denna punkt i överenskommelsen gick inte att granska då ni saknar både rutin och sammanställning av någon genomförd riskanalys. Vid platsbesöket framkom uppgifter om en enda riskbedömning som gällde uppdelning av Vasa hemvård och Nobel hemvård. Några andra riskanalyser har aldrig genomförts enligt deltagande personal.

Bedömning

Då ni varken har rutin för riskanalyser eller har genomfört några riskanalyser är bedömningen att ni brister i följsamhet till krav inom denna punkt i överenskommelsen.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan där ska framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda ovan nämnda brist samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska även inkomma med en rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser.

Ni ska även skicka in en beskrivning av hur ni säkerställer att riskbedömningar sker i enlighet med punkt 3.4 Ledningssystem för kvalitet/Riskanalyser. Beskrivningen ska innehålla information om hur ni ska genomföra riskanalyser för förändringar i organisationen som skulle kunna innebära att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar, föreskrifter och styrdokument.

- **Egenkontroller**

Enligt överenskommelsen ska ni regelbundet genomföra egenkontroller inom den egna verksamheten. Egenkontroller ska genomföras inom de områden och med den frekvens och omfattning som ni bedömer krävs för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Egenkontroller som genomförs ska dokumenteras.

Utöver SOSFS 2011:9 krav på egenkontroller ska ni ha rutiner för och årligen genomföra egenkontroll av verksamhetens följsamhet till:

- Riktlinjen Basal hygien inom kommunal hälso-och sjukvård
- Dokumentation
- Avvikelseprocessen som beskrivs i Riktlinje Avvikelser, Klagomål och Synpunkter

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med rutin som beskriver hur ni arbetar med egenkontroller, samt sammanställning över genomförda egenkontroller de senaste 12 månaderna. Ni har inte redovisat vare sig rutin eller egenkontroller. Vid platsbesöket uppger enhetschefen att inte finns någon upprättad rutin för egenkontroll.

Granskningen gick inte att genomföra då ni saknar både rutin och sammanställning av genomförda egenkontroller.

Bedömning

Då det inte fanns något underlag att granska bedömer vi att ni brister i följsamhet till krav inom denna punkt i överenskommelsen.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan där ska framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda ovan nämnda brist samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska även inkomma med en lokal rutin som beskriver hur ni arbetar med egenkontroller. Ni ska genomföra och skicka in er dokumentation av de obligatoriska egenkontrollerna:

- Riktlinjen Basal hygien inom kommunal hälso-och sjukvård
- Social dokumentation innefattandes genomförandeplaner och verkställighetsjournaler
- Avvikelseprocessen som beskrivs i Riktlinje Avvikelser, Klagomål och Synpunkter

Av egenkontrollerna ska framgå vilka brister som identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån bristerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt.

- **Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet**

Enligt överenskommelsen ska ni ha en rutin för hur avvikelse i form av händelser synpunkter och klagomål hanteras. Alla typer av händelser ska rapporteras, registreras, utredas och följas upp. Oavsett typ av händelse ska verksamheten följa Riktlinjen Avvikelser, klagomål och synpunkter.

Enligt riktlinjen ska egenkontroll till följsamhet av avvikelseprocessen genomföras systematiskt, vid platsbesöket framkommer att detta inte har gjorts i verksamheten.

I samband med uppföljningen har vi även granskat verksamhetens rapporterade och registrerade avvikelser. I syfte att se om verksamheten följer avvikelseprocessens alla steg: rapportera, utreda, bedöma, åtgärda och följa upp. Granskningsperioden omfattar de senaste 12 månaderna, exklusive den senaste månaden. Under perioden 2021-07-29 till 2022-07-29 fanns 175 rapporterade avvikelser i Treserva. Av dessa är endast 52% som följer samtliga steg i avvikelseprocessen, vilket är en brist.

Bedömning

Vår bedömning är att ni inte lever upp till kraven inom denna punkt i överenskommelsen då vår granskning visar att endast 52% av 175 registrerade avvikelser följer Riktlinjen Avvikelser, klagomål och synpunkter. Vi bedömer att det inte finns en fullständig följsamhet till alla steg i avvikelseprocessen då stegen åtgärda och följa upp inte genomförs enligt riktlinjen.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska åtgärda bristen kopplat till hantering av avvikelseprocessen och avsaknad av stegen åtgärda och följa upp. Vi kommer följa upp att bristen är åtgärdad i tillräcklig omfattning genom en ny granskning av registrerade avvikelser, klagomål och synpunkter i Treserva avvikelsemodulen.

- **Utredning av klagomål och synpunkter**

Inom ramen för denna punkt i överenskommelsen har vi även granskat verksamhetens rapporterade och registrerade klagomål och synpunkter i enlighet med processens alla steg. Även denna granskningsperiod omfattar de senaste 12 månaderna, exklusive den senaste månaden. Under perioden 2021-07-29 till 2022-07-29 registrerades 4 klagomål/synpunkter i Treserva avvikelsemodulen. Vid sökning av rapporterade klagomål och synpunkter i kommunens ärendehanteringssystem W3D3 återfanns bara ett ärende som berör Vasa hemvård.

Underlaget bedöms vara för litet för att kunna bedöma hur ni arbetar med följsamhet till utredning av klagomål och synpunkter.

Vid platsbesök framkom att alla kunder får kontaktuppgifter och ska veta vem de kan vända sig till, skriftlig information finns hemma hos kunderna i deras pärmar.

Däremot var ni osäkra på om det fanns information för kunder och anhöriga om att lämna synpunkter/klagomål muntligt och skriftligt direkt till Örebro kommun om de inte vill gå genom verksamheten. Med anledningen av det begärde vi in skriftlig information om hur ni möjliggör för den enskilde och anhöriga att lämna klagomål och synpunkter till verksamheten och direkt till Örebro kommun.

Enligt Riktlinjen Avvikelser, klagomål och synpunkter ansvarar verksamheten för att de som berörs av verksamheten får information om hur klagomål/synpunkter kan lämnas och enligt överenskommelsen ska utföraren informera om och möjliggöra för den enskilde och anhöriga att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till uppdragsgivaren.

I det inskickade dokumentet ”Kontakt till din hemvård i Örebro kommun” framgår verksamhetens kontaktuppgifter och hänvisning till Servicecenter för att lämna synpunkter och klagomål. Det framkommer endast att den enskilde kan ringa Servicecenter för att lämna synpunkter och klagomål. Någon beskrivning av hur den enskilde kan inkomma med skriftligt klagomål framkommer inte.

Bedömning

Bedömningen är att ni inte lever upp till kraven inom denna punkt i överenskommelsen.

Ni ska inkomma med en kompletterande beskrivning om hur ni informerar och möjliggör för den enskilde och anhöriga att lämna klagomål och synpunkter skriftligt direkt till Örebro kommun.

Uppdraget

Enligt överenskommelsen ska verksamheten inom ramen för Socialtjänstlagen (SoL) ta emot och verkställa uppdrag efter beslut av biståndshandläggare. Uppdraget ska påbörjas senast 24 timmar efter mottagandet och vid behov kunna verkställas omgående. Inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen ska utföraren ta emot uppdrag i form av fördelade och delegerade vårdplaner med hälso- och sjukvårdsåtgärder från legitimerade. För dessa processer ska upprättade rutiner finnas.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med rutiner som beskriver hur ni dagligen tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade uppdrag samt för genomförandet av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Vi har tagit del av er ”Rutin för mottagande av vårdplan” som endast beskriver hur ni tar emot och planerar för uppdrag med hälso- och sjukvårdsinsatser från legitimerade. Rutinen innehåller ingen information om hur ni tar emot och verkställer uppdrag efter beslut av biståndshandläggare.

Bedömning

Då rutinen inte är komplett bedömer vi att ni inte fullt ut lever upp till kraven inom denna punkt i överenskommelsen.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska åtgärda bristen kopplat till punkten uppdraget. Ni ska även inkomma med en uppdaterad lokal rutin som beskriver hur ni dagligen tar emot och planerar för genomförandet av nya uppdrag efter beslut av biståndshandläggare.

Dokumentation

Dokumentationen ska ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation vid genomförande av insatser enligt SoL.

Enligt överenskommelsen ska dokumentation utformas med respekt för kundens integritet och personalen ska dokumentera när verkställighet påbörjas, händelser av betydelse och faktiska omständigheter. Den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas i dokumentationen.

Som en del i uppföljningen genomförde vi en granskning av totalt 15 slumpmässigt utvalda kunders genomförandeplaner och verkställighetsjournaler i Treserva mellan perioden 2021-08-20 och 2022-08-20. Vår granskning visar att samtliga granskade planer var aktuella och det framgick i dem hur och när uppdraget skulle utföras för att tillgodose kundens behov. I 87% av de granskade planerna framgick individens delaktighet i utformandet av insatser och ni bedöms därmed leva upp till kraven inom denna punkt i överenskommelsen.

Granskningen av social dokumentation i verkställighetsjournaler under samma period visar däremot att endast 50% av de 30 granskade verkställighetsjournalerna uppfyller ställda krav. Generellt förs dokumentationen med respekt och det framgår händelser av betydelse, men i hälften av granskade verkställighetsjournaler uppmärksammar vi flera långa uppehåll i dokumentationen, vilket gör det omöjligt att följa den individuella vård- och omsorgsprocessen.

Bedömning

Den sammantagna bedömningen är att ni uppfyller de delar av kraven i överenskommelsen som berör dokumentation av genomförandeplaner, men ni brister i social dokumentation.

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 åtgärdad i tillräcklig omfattning genom en ny granskning av social dokumentation.

Läkemedelshantering

Enligt överenskommelse ska ni ha en rutin för läkemedelshantering som ska innehålla en beskrivning av hur ni säkerställer en säker läkemedelshantering som omfattar transport och förvaring. Rutinen ska följa Riktlinje för läkemedelshantering i kommunal Hälso- och sjukvård i Örebro län.

Vi har tagit del av er rutin "Läkemedelshantering Vasa hemvård" som beskriver hur läkemedel hämtas ut och transporteras av personal. Rutinen innehåller en tydlig beskrivning av utförandet och ansvarsfördelning. Det framgår hur det möjliggörs för att låsa in och förvara läkemedel som inte lämnas ut direkt till kund, utan tillfälligt förvaras inlåsta i verksamheten, på ett sätt så inte obehöriga kommer åt det. Dock framgår det inte av rutinen vilka i verksamheten som anses behöriga att få tillgång till medicinerna.

Bedömning

Då rutinen saknar en beskrivning av vilka i verksamheten som anses vara behöriga och ska få tillgång till inlåsta mediciner, bedömer vi att ni inte lever upp till kraven inom denna punkt i överenskommelsen.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska åtgärda bristen kopplat till punkten uppdraget. Ni ska även inkomma med en uppdaterad lokal rutin för läkemedelshantering där beskrivning ska finnas av vilken personal som har behörighet att få tillgång till mediciner som tillfälligt förvaras inlåsta i verksamheten.

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
- Myndighetsinformation
- Rutiner

Yuri Yanez
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun

