

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Örebro kommun, Gustavsvik hemvård

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i 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.

Gustavsvik hemvård

Gustavsvik hemvård har sina kunder i Adolfsberg och Marieberg med närliggande områden. Personalen åker bil till kunder då avstånden är långa. Arbetsstyrkan består av cirka 30 medarbetare som går på schema, samt ca 10-15 vikarier som är aktiva. Gustavsvik hemvård har ca 200 kunder inklusive larmkunder. Som Gustavsvik hemvårdsgrupp har gruppen funnits sedan 2016. Föregående uppföljning genomfördes i oktober 2020, Sov 600/2020.

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 11 januari 2024 ska ni skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se

Bedömningen är att ni brister inom följande kvalitetskrav:

2.5 Krav på verksamhet och ledning – obligatoriska utbildningar

2.3 Trygghetslarm

3.4 Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan
- Egenkontroller
- Utredning av klagomål och synpunkter

3.14 Läkemedelshantering

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

- Uppdaterad rutin för hur hantering och besvarandet av insatsen trygghetslarm sker utifrån riktlinjen
- Rutin för samverkan
- Rutin för egenkontroller
- Rutin för läkemedelshantering

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast den 31 mars 2024.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 31 mars 2024. Detta innebär att vi kommer att

- granska inkomna rutiner
- granska dokumentationen vid besvarande av larminsatser
- granska rapporterade klagomål och synpunkter i avvikelsemodul Treserva

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att ni uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

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 samtlig personal som arbetar med omvårdnad har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. Bedömningen är därmed att ni uppfyller kraven enligt denna punkt i överenskommelsen.

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 	1.Rutin tempmätning 2.Riktlinje lokal arbetsmiljögrupp Frågor vid platsbesök

Bedömning

Dokument 1 är en beskrivning av hur verksamheten arbetar för att ta tempen på arbetsmiljön i gruppen, vilket görs vid varje arbetsplatsträff.

Dokument 2 beskriver syfte, frekvensen, ansvarsfördelning och vilka frågor som behandlas. Samtliga protokoll sparas i W3D3 och förmedlas till skyddskommitté.

Vid platsbesöket visar enhetschefen ett dokument som heter "Rutin för riskanalyser". Det framkom även information om att ni nyligen genomfört en riskbedömning utifrån organisationsförändring med driftplanerare/verksamhetsstödjare som byter titel och ansvar vid årsskiftet samt en riskanalys som gällde nya scheman. Båda riskanalyserna har handlingsplaner kopplade till sig.

Bedömningen utifrån ovanstående är att ni uppfyller kraven enligt denna punkt i överenskommelsen.

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>1.Rutin för mottagande av uppdrag gällande Gustavsvik hv 2.Mottagande av och dokumentation i vårdplan Gustavsvik hemvård</p>

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 enligt denna punkt i överenskommelsen.

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> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Granskning av verkställighetsjournaler samt genomförandeplaner i Treserva.</p> <p>Observation vid platsbesök</p>

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 2022-11-15 och 2023-11-15 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.

Bedömningen utifrån ovanstående är att ni uppfyller kraven enligt denna punkt i överenskommelsen.

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

Utifrån vår observation på plats bedöms ni tillhandahålla skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial till personalen enligt riktlinjen för basal hygien.

Ni har även flera hygienombud i verksamheten.

Bedömningen utifrån ovanstående är att ni uppfyller kraven enligt denna punkt i överenskommelsen.

Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att ni 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 larret samt vidtagna åtgärder. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verksamhetens rutin: <ol style="list-style-type: none"> 1. Hantering av trygghetslarm inom hemvården, vård och omsorg 2. Lokal rutin kring besvarande av larm på Gustavsvik hemvård • Granskning i verksamhetssystem Treserva gällande dokumentation av larminsats för de senaste tre månaderna (augusti – oktober)

Bedömning

Insända rutinerna saknar information om hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan som kan påverka en eller fler kunder samtidigt.

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 säkerställa att er rutin innehåller kravställda delar som saknas. Ni ska även säkerställa att omvårdnadspersonal som har besvarat ett larm alltid dokumenterar händelsen i kundens verkställighetsjournal i Treserva.

Ni ska inför resultatuppföljning inkomma med en uppdaterad rutin för insatsen trygghetslarm. 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

Enligt kompetensinventeringen ni har fyllt i har ingen av personalen genomgått utbildningen Basal hygien det senaste året. Enligt riktlinjen ska denna utbildning genomföras en gång per år.

Vi bedömer att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i överenskommelsen.

Åtgärd

Ni ska säkerställa att all personal genomgår utbildningen Basal hygien. I samband med resultatuppföljningen kommer vi att begära in en uppdaterad kompetensinventering.

Ledningssystem för kvalitet - Samverkan

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utföraren ska ha en rutin som beskriver: <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. 	Ingen rutin har inkommit

Bedömning

Vid platsbesöket framkom att samverkan med arbetsterapeut, sjuksköterska, biståndshandläggare, nattorganisation och välfärdsteknik sker via Treservabrevlåda eller telefon. Kontakten tas direkt av omvårdnadspersonalen eller via verksamhetsstödjaren.

Då ni inte redovisat er rutin gällande intern och extern samverkan är vår bedömning att ni inte uppfyller kraven enligt denna punkt i överenskommelsen.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en rutin som beskriver er samverkan enligt kraven ovan. Ni ska även säkerställa att rutinen implementeras i verksamheten.

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 Avvikelse, Klagomål och synpunkter</i> 	<p>Inskickad sammanställning</p> <p>Ingen rutin har inkommit</p>

Bedömning

I den insända sammanställningen av de kravställda egenkontroller som ni har genomfört finner vi information om identifierade brister, vidtagna åtgärder samt uppföljning av åtgärder och dess effekt.

Vid platsbesöket framkom att ni regelbundet genomför egenkontroller enligt årshjul men att ni saknar en nerskriven rutin för detta. Då ni inte redovisat er rutin hur ni arbetar med egenkontroller är vår bedömning att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i överenskommelsen.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en rutin som beskriver hur ni årligen genomför egenkontroller inom de tre kravställda områdena. Ni ska även säkerställa att rutinen implementeras i verksamheten.

Ledningssystem för kvalitet - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet Utredning av klagomål och synpunkter

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>”Hjälp oss att bli bättre” ”Kontakt till din hemvård i ÖK”</p> <p>Information från IVO</p> <p>Klagomål/synpunkter i W3D3(kommunens ärendehanteringssystem)</p> <p>Socialstyrelsens kundundersökning</p>

- Informera och utbilda personal om rapporteringsskyldigheten

Bedömning

Granskningen av avvikelser i Treserva visar att under perioden 2022-10-08 och 2023-10-08 registrerades 181 händelser totalt. 87 av dessa bedömdes som ingen avvikelse. 56 händelser är kategoriserade som avvikelser. Av dessa är 55 utredda och bedömda, 54 åtgärdade och 44 uppföljda (79%), vilket visar på att ni följer samtliga steg i avvikelseprocessen i tillräcklig utsträckning.

38 händelser är rapporterade och utredning påbörjad men är ännu inte kategoriserad, dvs det är inte klart om det är avvikelser eller inte.

Vid platsbesöket framkom att under perioden som granskningen skedde fanns ingen enhetschef på plats, det fanns två tillförordnade chefer och de hanterade inte avvikelser alls. Ny chef tillträdde i juni och fått i uppgift att inte hantera de gamla avvikelserna annat än att avsluta dom.

Som en del i uppföljningen har vi genomfört en granskning av registrerade klagomål och synpunkter i avvikelsemodul Treserva under perioden 2020-10-08 och 2023-10-08 visade 30 klagomål och synpunkter. 17 av dessa bedömdes som ingen avvikelse. 10 händelser är kategoriserade som avvikelser. Av dessa är endast 6 (60%) som följer samtliga steg i avvikelseprocessen och därmed följer *Riktlinjen Avvikelser, klagomål och synpunkter*.

Vår sökning efter klagomål och synpunkter och Lex Sarah anmälan i W3D3 som inkommit under de senaste 36 månaderna visade att ni har registrerat och utrett fyra Lex Sarah utredningar och ett anonymt klagomål. Samtliga Lex Sarah utredningar handlar om ekonomiska missförhållanden.

Andel av positiva svar i Socialstyrelsens kundundersökning gällande om kunderna vet vart de ska vända sig om de har klagomål eller synpunkter på verksamheten ligger på 55%, medan i hela kommunen ligger den på 67%.

I samband med uppföljningen begärde vi även svar på om klagomål rapporterats till IVO. Inga klagomål har rapporterats till IVO.

Bedömningen utifrån ovanstående är att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i överenskommelsen då registrerade klagomål och synpunkter inte följer *Riktlinjen Avvikelser, klagomål och synpunkter*.

Åtgärd

Ni ska säkerställa att verksamheten registrerar samtliga klagomål och synpunkter enligt *Riktlinjen Avvikelser, klagomål och synpunkter*.

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

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>Ingen rutin har inkommit</p> <p>Observation vid platsbesök</p>

Bedömning

Vid platsbesöket framkom att läkemedlen hämtas varje torsdag på Ängen och endast av delegerad personal, men det saknas en skriftlig rutin för detta. Verksamheten har läkemedelsskåp på enheten där läkemedlen förvaras till utlämning.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en lokal rutin för hantering av läkemedel. Ni ska även säkerställa att rutinen implementeras i verksamheten.

Yuri Yanez
 Avtalscontroller
 Enheten för uppföljning
 Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
 Örebro kommun