

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Örebro kommun, Karla 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.

Karla hemvård

Karla hemvård är en enhet inom Örebro kommuns hemvård som bedriver hemtjänst huvudsakligen i områdena Rosta och Örsro. Enheten har sina egna lokaler i Rostahemmet. Kunderna bor på gång- eller cykelavstånd från verksamhetens lokaler därför är det cykel eller promenader som gäller för personalen. Verksamheten består av enhetschef, administratör, driftplanerare och en personalgrupp på cirka 25 ordinarie och timvikarier.

Verksamheten har 172 kunder, varav 70 endast har insatsen trygghetslarm.

Vi har genomfört en uppföljning av kvalitetskrav i verksamheten tidigare.

Föregående uppföljning genomfördes i december 2020, Sov 676/2020.

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 basuppdrag. Uppföljningen har även innefattat inhämtade av 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 29 februari 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

2.3 Trygghetslarm

3.4 Ledningssystem för kvalitet

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

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

- En uppdaterad kompetensinventeringsmall

Inventeringen ska vara inskickad till egetval@orebro.se senast den 20 maj 2024.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 20 maj 2024. Detta innebär att vi kommer att:

- granska inkommen inventeringen
- genomföra en dokumentationsgranskning gällande besvarandet av insatsen trygghetslarm

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att ni uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

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>Rutin samverkan Karla hemvård – Extern Rutin samverkan Karla hemvård – Intern Rutin samverkan dag/natt Karla hemvård Rutin för samarbete mellan legitimerad HSL personal och omvårdnadspersonal</p>

Bedömning

De inskickade rutiner är tydliga vad de avser. Det framgår vilka forum för samverkan som finns inom den egna verksamheten och det finns en tydlig ansvarsfördelning. Rutinerna innehåller information om hur samverkan sker med gruppen för välfärdsteknik, korttidsenheter, andra utförare och aktörer. Vår bedömning är att ni nu uppfyller kraven inom denna punkt i basuppdraget.

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>Risikanalys Rutin Karla hemvård Fråga vid platsbesök</p>

Bedömning

Rutinen beskriver syftet, tillvägagångssättet och målet med riskanalyser. Den beskriver hur verksamheten systematiskt arbetar med riskanalyser så som hur de initieras, hur de genomförs och personalens delaktighet. Enligt rutinen är enhetschefen som ansvarar för att genomförda riskanalyser dokumenteras och registreras i W3D3. Vår bedömning är att ni nu uppfyller kraven inom denna punkt 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> • Verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i <i>Riktlinje Avvikelse, Klagomål och synpunkter</i> 	<p>Inskickad sammanställning</p> <p>Rutin Egenkontroll Avvikelse-Karla hemvård Rutin Egenkontroll Basal hygien, Karla hemvård Rutin Egenkontroll Dokumentation, Karla hemvård</p>

Bedömning

Av inskickade sammanställningarna framgår att ni identifierat brister, vidtagit åtgärder utifrån dessa och på olika sätt följt upp åtgärderna.

De inskickade rutiner för egenkontroll beskriver verksamhetens följsamhet till riktlinjen *Basal hygien inom kommunal vård och omsorg, punkt 3.7 dokumentation* samt riktlinjen *Avvikelse, Klagomål och synpunkter*. Rutinerna beskriver även hur ni arbetar med egenkontroller och innehåller alla kravställda delar.

Bedömningen utifrån ovanstående är att ni lever upp till kraven enligt denna punkt i basuppdraget.

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>Rutin hantering uppdrag Karla</p> <p>Rutin hantering vårdplan Karla</p> <p>Ny kund HSL – lokal rutin Karla</p> <p>Ny kund SOL – lokal rutin Karla</p>

Bedömning

Rutinerna beskriver hur uppdraget dagligen tas emot via funktionsbrevlåda i Treserva. Det framgår en tydlig ansvarsfördelning och beskrivning av hur kontakten tas med biståndshandläggaren vid förändrade behov.

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

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

Bedömning

Granskningen av totalt 15 slumpmässigt utvalda kunders genomförandeplaner och verkställighetsjournaler i Treserva mellan perioden 2023-01-10 och 2024-01-10 visar att samtliga 15 granskade planer är aktuella. Det framgår i dem hur och när uppdraget ska utföras för att tillgodose kundens behov.

Granskningen av social dokumentation i verkställighetsjournaler under samma period visar att 87% av de 15 granskade verkställighetsjournalerna uppfyller ställda krav.

Vår sammanlagda bedömning är att ni uppfyller kraven enligt denna punkt 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

Utifrån vår observation på plats bedöms ni tillhandahålla skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial till personalen enligt riktlinjen för basal hygien. Ni har även hygienombud i verksamheten. Bedömningen utifrån ovanstående är att ni uppfyller kraven enligt denna punkt 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 transport och förvaring av läkemedel</p> <p>Observation vid platsbesök</p>

Bedömning

Rutinen innehåller en tydlig beskrivning av läkemedelshantering och följer *Riktlinje för läkemedelshantering i kommunal Hälso- och sjukvård i Örebro län*. Vår bedömning är att ni nu uppfyller kraven inom denna punkt 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"> • Hantering av trygghetslarm Karla hemvård • Rutin Trygghetslarm, Karla hv • Rutin. Larmhantering, bilaga <ul style="list-style-type: none"> • Granskning i verksamhetssystem Treserva gällande dokumentation av larminsats för de senaste tre månaderna

Bedömning

De inskickade rutiner är tydliga vad de avser. Det finns en tydlig ansvarsfördelning och beskrivning av utförandet. Rutinen innehåller samtliga kravställda delar i basuppdraget.

Granskningen av er följsamhet till *Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm* när det gäller dokumentation vid besvarande av larm visar att av 26 slumpmässigt granskade larminsatser är endast 35% dokumenterade enligt riktlinjen.

Den sammantagna bedömningen är att ni delvis brister i denna avtalspunkt. Rutiner innehåller kravställda delar men ni dokumenterar inte era larm i tillräcklig omfattning.

Åtgärd

Ni ska säkerställa att omvårdnadspersonal som har besvarat ett larm alltid dokumenterar händelsen i kundens verkställighetsjournal i Treserva. I samband med resultatuppföljningen kommer vi att genomföra en ny granskning av dokumentation av insatsen trygghetslarm.

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: Demens ABC – 63% Palliativ utbildning – 70% SBAR – 55% Avvikelsehantering – 65% Vardagsrehabilitering – 57%

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i basuppdraget. För att uppfylla kravet behöver ni säkerställa att all personal genomgår följande obligatoriska utbildningar: Demens ABC; Palliativ utbildning; Avvikelsehantering filmer; 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.

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 62% av samtlig personal som arbetar med omvårdnad har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. Bedömningen är därmed att ni inte uppfyller kraven enligt denna punkt i basuppdraget.

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.

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>Hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter, Karla hemvård Information från IVO</p> <p>Klagomål/synpunkter i W3D3(kommunens ärendehanteringssystem)</p> <p>Socialstyrelsens kundundersökning</p>

Bedömning

Den inskickade rutinen för hantering av avvikelser är tydlig vad den avser. Det finns en tydlig ansvarsfördelning och beskrivning av utförandet.

Inga registrerade avvikelser, klagomål eller synpunkter de senaste 36 månader i varken IVO eller W3D3.

Granskningen av avvikelser i Treserva visar att under perioden 2022-12-16 och 2023-12-16 registrerades 73 händelser totalt. 34 av dessa bedömdes som ingen avvikelse. Endast 2 händelser - 5% av 39 följer samtliga steg i avvikelseprocessen. Resterande 37 händelser är ohanterade.

Sökningen av klagomål och synpunkter i Treserva under samma period gav inga träffar.

Enligt enhetschefen sker utvärdering av bedömningar av händelserna löpande i verksamheten och på teamträffar med legitimerad personal varje torsdag. Enligt ledningen finns det ett tydligt arbetssätt i verksamheten för teamträffar och det fungerar bra, men det finns fortfarande ett förbättringsområde gällande bättre dokumentation i avvikelssystemet kring de åtgärder som genomförs.

Däriegenom bedömer vi att kommunens *Riktlinjen för Avvikelser, Klagomål och synpunkter* tillämpas inte av er i den utsträckning som ska. Ni behöver fullt ut hantera alla registrerade händelser i avvikelseprocessens samtliga steg.

Vår sammanlagda bedömning 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 uppnå kravet. I åtgärdsplanen ska det framgå tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Yuri Yanez
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun