

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Utförare: Mikaeli 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 254/2021. 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.

Mikaeli hemvård

Mikaeli hemvård utför omvårdnad och service i Örebro kommun. Verksamheten har sina lokaler i samma byggnad som Älvtomta kommunala hälso- och sjukvårdspersonal. I samma lokaler finns även nattpersonal och välfärdsteknik. Gruppen som är indelad i tre team, består av cirka 25 medarbetare, enhetschef och driftsplanerare. Personalen tar sig runt med cykel till alla kunder, en bil finns att tillgå vid tyngre inköp.

Verksamheten har totalt 187 kunder, inklusive kunder som har enbart larm.

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 åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Mikaeli hemvård ska senast den 8 juni 2021 skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se. Bedömningen är att Mikaeli hemvård brister inom följande kvalitetskrav:

Ledningssystem för kvalitet

- Egenkontroller
- Riskanalyser
- Utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter
- Rapporteringsskyldighet

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

- En beskrivning/rutin som beskriver hur ni arbetar systematiskt med riskanalyser (övergripande). Hur dessa dokumenteras, följs upp och hur verksamheten tar vara på resultatet för att förbättra er verksamhet
- Rutin för egenkontroll av verksamhetens följsamhet till punkt 3.8 dokumentation
- En sammanställning av genomförd egenkontroll för dokumentation
- Rutin som beskriver hur personal utbildas inom rapporteringsskyldighet.

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast den 28 juni 2021.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer att genomföras efter den 28 juni 2021. Detta 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:

Ledningssystem för kvalitet

- Utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter
- Rapporteringsskyldighet

De brister som är av mindre omfattning ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Enligt överenskommelsen ska Mikaeli hemvård i kommande kvalitetsberättelse beskriva hur verksamheten åtgärdat de brister vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav:

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med rutin för intern och extern samverkan. De inkomna rutinerna granskades vidare utifrån innehåll. Er rutin för intern samverkan innehåller information om hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom egna verksamheten, hur personal och funktioner inom den egna verksamheten samverkar, samt vilka forum för samverkan som finns. Uppgiften om vem ansvarar för samtliga samverkansforum kompletterades i samband med intervjun på det digitala mötet. Er rutin för extern samverkan innehåller information om vilka externa funktioner Mikaeli hemvård samverkar med utifrån behoven som finns inom omvårdnad. Rutinen innehåller även en beskrivning av överrapportering mellan dag- och nattpersonal med detaljerad information om praktisk kontakt med kunden (driftplaneraren hör med

kunden om vad kunden vill ha för hjälp på natten, samt tiden för att lägga sig, med mera).

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 era rutiner uppfyller överenskommelsens krav.

Uppdraget

I samband med uppföljningen genomfördes en granskning av 15 slumpmässigt utvalda kunders verkställighetsjournal i Treserva av 83 kunder som fanns vid uttag av kundlista och under den senaste 12-månadersperioden.

Av de 15 kunder var det en som saknade en aktuell genomförandeplan och en annan som saknade mål. 14 av 15 uppfyllde kraven.

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. Av den anledningen är det viktigt att alla genomförandeplaner ska beskriva kundens mål med insatsen. 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 mål 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 enligt SoL

Som en del av uppföljningen genomfördes en granskning av 30 slumpmässigt utvalda kunders verkställighetsjournaler i Treserva av totalt 83 kunder som fanns vid uttag av kundlista och under den senaste 12-månadersperioden. I 23 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.

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 driftsplanerare som ansvarar och kontrollerar efter att sjuksköterska lämnat mediciner som ska ut till kund. Driftsplaneraren packar medicinväskor som personal ska ta med till kund, de är inlåsta tills personal hämtar dem. Personal kvitterar ut väskorna hos driftsplanerare.

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 Mikaeli hemvård 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 situation med Coronarestriktioner får vi numera denna information 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 och delar omklädningsrum med nattpersonal. All personal hjälps åt och ansvarar för hur det ser ut i omklädningsrummet.

En egenkontroll av verksamhetens följsamhet till hygienriktlinjer genomfördes vecka 11, 2021. Underlaget skickades in till Enheten för uppföljning efter det digitala mötet.

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.

Genom intervjufrågor fick vi svar på medarbetarnas tillgång till arbetskläder, hygienartiklar och skyddsutrustning, samt hur ni sköter tvätten. Inkomna underlaget i form av egenkontroll inom området hygien bedöms uppfylla krav enligt överenskommelsen. 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 och delaktighet

Som en del i bedömningen kan era anteckningar i den sociala dokumentationen sam innehåll i genomförandeplaner visa hur aktivt arbetar ni med bemötande och delaktighet

Andelen svarade 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 verksamheten ska starta arbete med uppföljning hemma hos kunder, för att ta reda på hur kunder upplever stödet. Ni beskrev hur ni arbetar med kunder gällande deras önskemål om tider. Att det handlar mycket om att justera och försöka anpassa arbetet så mycket det går för att undvika problem med planeringen och samtidigt ha nöjda kunder.

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 inom dessa områden enligt överenskommelsen.

Brister i kvalitetskrav

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

Ledningssystem för kvalitet

- Egenkontroller

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med rutin för egenkontroll av basal hygien, dokumentation och avvikelseprocessen samt 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 rutin för egenkontroll av verksamhetens följsamhet till riktlinjen Basal hygien inom kommunal hälso- och sjukvård samt rutin för egenkontroll av verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i Riktlinje Avvikelser, Klagomål och Synpunkter. Rutinen för egenkontroll av verksamhetens följsamhet till punkt 3.8 dokumentation saknas.

Granskning av den inskickade beskrivningen visar att ni arbetar efter ett årshjul där egenkontroller ingår. Verksamheten skapar sitt eget årshjul utifrån det centrala. I årshjulet framgår att följande egenkontroller har genomförts: genomförandeplaner, basal hygien och kontroll av användandet av skyddsutrustning. Enligt årshjulet är egenkontroll av dokumentation planerad till maj 2021.

Under det digitala mötet förtydligade ni att kontroll av dokumentation skett i vardagen, att koppling sker mellan utförd dokumentation och återkoppling vid medarbetarsamtal så någon form av egenkontroll har skett, även om den inte finns dokumenterad.

Enligt överenskommelse ska utföraren regelbundet genomföra egenkontroller inom den egna verksamheten och inom de områden och med den frekvens och omfattning som utföraren bedömer krävs för att säkerställa verksamhetens kvalitet.

Utöver SOSFS 2011:9 krav på egenkontroller ska utföraren ha rutin för och 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

Ni uppfyller delar av kraven inom området då det framgår att ni har genomfört egenkontroller i verksamheten. Ni uppfyller dock inte kraven som helhet då det saknas rutin för egenkontroll av dokumentation samt en genomförd egenkontroll av den. Enligt årshjulet ska egenkontroll av dokumentationen genomföras var 6:e månad (februari och augusti), men dessa inte är dokumenterade.

Ni ska inkomma med en rutin för egenkontroll av verksamhetens följsamhet till punkt 3.8 dokumentation samt en sammanställning av egenkontroll av dokumentation som planerades i maj. Beskrivningen ska innehålla information

om vilka brister som eventuellt identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån bristerna samt hur ni planerar att följa upp åtgärderna och dess effekt.

- 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. De riskanalyser ni skickat in gäller i huvudsak arbetsmiljöfrågor ur ett personalperspektiv, vilket vid något tillfälle har lett till kvalitetsförbättrande åtgärder. Det har tyvärr inte kommit in någon rutin som beskriver hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhets kvalitet. Det har inte heller kommit in några genomförda riskanalyser i det syftet. Under det digitala mötet framkom att det är enhetschefen som ansvarar för riskanalyserna och att ni har genomfört riskanalys med anledning av Covid- 19. Riskanalyser för arbetsmiljö sker kontinuerligt och tas upp på APT där både skyddsombud och medarbetare medverkar med att ta fram åtgärder.

Enligt överenskommelsen är riskanalyser ett verktyg som används för att på en verksamhetsnivå kunna identifiera risker som kan komma att påverka verksamhetens kvalitet. Ni ska 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.

Ni ska inkomma med en beskrivning/rutin med information om hur ni arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra verksamheten.

- Rapporteringsskyldighet

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med er rutin för utbildning, rapportering och anmälan enligt Lex Sarah. En sådan rutin saknas i verksamheten.

Enligt överenskommelsen ska ni ha en rutin som beskriver hur ni utbildar personalen om rapporteringsskyldigheten.

Vår bedömning är att verksamheten inte uppfyller krav enligt överenskommelsen.

Ni ska inkomma med en rutin som beskriver hur ni utbildar personalen om rapporteringsskyldigheten.

Påpekande

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

Ledningssystem för kvalitet

- Rapporteringsskyldighet

Under det digitala mötet beskrev personalen att det finns anledning att bli bättre inom området, många chefsbyten kan ha medfört att fokus inte varit på rapporteringsskyldighet. Personalen var osäkra på om genomgång/information lämnades till medarbetare under förra våren som enligt årshjulet borde ha gjorts. Detta behöver verksamheten arbeta med för att förbättra följsamheten till riktlinjen.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) har all personal i utförarens verksamhet en rapporteringsskyldighet av händelser inom den egna verksamheten. Utföraren ska informera personal både muntligt och skriftligt om deras ansvar att rapportera händelser enligt Örebro kommuns riktlinjen. Information om rapporteringsskyldigheten ska ges vid anställning och fortlöpande minst en gång per år.

Då alla typer av händelser ska rapporteras, registreras, utredas och följas upp behöver ni säkerställa att personalen har rätt kunskap om rapporteringsskyldigheten och när anmälan enligt lex Sarah ska göras.

- 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.

Er sammanställning över registrerade avvikelser i avvikelsemodullen 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 avvikelsemodullen i Treserva över en 12 månaders period och på ett slumpmässigt urval av 18 avvikelser av 123 som fanns vid uttag av listan. 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 och i 5 av 18 avvikelser inte var ifyllt

för kategori av åtgärdernas effekt. I steget 'Åtgärda' saknade 10 avvikelser en anteckning som beskriver åtgärden/åtgärderna. Detta behöver verksamheten arbeta med för att förbättra följsamheten till riktlinjen.

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.

- Klagomål och synpunkter

Vår granskning visar att det endast två avslutade synpunkter och klagomål har registrerats i Treserva avvikelsemodullen under den senaste 12-månadersperioden. En av de kommer från anhöriga till kunden, men registrerades som avvikelse. Klagomålet har åtgärdats och följts upp samma dag men information om hur det togs emot, utredes och åtgärdades saknades. I den andra synpunkten saknades helt stegen 'Bedöma' och 'Följa upp'. Detta medför att vi inte kan bedöma hur processen har följts och hur ni hanterar dessa eller liknande händelser.

Under det digitala mötet framkom att oftast går klagomålen och synpunkter direkt till chef eller driftsplanerare. Klagomålen eller synpunkter tas emot, åtgärdas omgående men registreras eller dokumenteras inte i systemet.

Ert arbetssätt och hantering av klagomål och synpunkter följer inte Örebro kommuns riktlinjen. Detta behöver ni arbeta med för att förbättra följsamheten till riktlinjen.

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

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
- Avvikelser
- Journal
- Dokumentation
- Socialstyrelsens kundundersökning
- Myndighetsinformation
- Rutiner

Yuri Yanez
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun