

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Utförare: Örebro kommun, Almby 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 112/2020. 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.

Almby hemvård

Almby hemvård utför omvårdnad och service i Örebro kommun. Verksamheten har sina lokaler på Ladugårdsängen.

Almby hemvård har cirka 130 kunder.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Almby hemvård 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. Almby hemvård ska senast den 9 april 2021 skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan
- Riskanalys
- Egenkontroller
- Klagomål och synpunkter

Dokumentation SoL

Uppdrag Hälso- och sjukvård

Palliativ vård

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

- Rutiner för intern och extern samverkan som förutom nuvarande innehåll även beskriver hur ansvarsfördelningen för er samverkan ser ut
- Rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser. I rutinen ska förutom det ni redan inkommit med även tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgå

- Sammanställning över det senaste årets genomförda egenkontroller, där egenkontroll av verksamhetens följsamhet till hygienriktlinjer, avvikelseprocessen och överenskommelsens krav på dokumentation finns beskrivet. I sammanställningen ska det framgå vilka brister som eventuellt identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån bristerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt
- Rutin för hur synpunkter, klagomål, fel och brister från kund och anhöriga men även från personal och andra aktörer tas emot och utreds. I rutinen ska det utöver vad som redan beskrivs i rutinen även framgå hur händelserna åtgärdas, analyseras och sammanställs
- Beskrivning av hur ni ska arbeta för att säkerställa att kundens mål med insatsen finns beskrivet i samtliga genomförandeplaner
- Rutin för att dagligen ta emot och planera för genomförandet av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder
- Rutin som beskriver hur ni planerar för och säkerställer hög personalkontinuitet vid palliativt vak. I rutinen ska förutom nuvarande innehåll även ansvarsfördelning framgå

Handlingarna ska vara inskickade till eggetval@orebro.se senast den 21 maj 2021.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 21 maj 2021. Detta innebär att vi kommer granska inkomna handlingar samt genomföra en granskning gällande de brister i genomförandeplaner som redovisas i denna rapport.

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 avtalsbrott. Ett väsentligt avtalsbrott 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

De brister som är av mindre omfattning ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Enligt överenskommelsen ska Almby 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

- Rapporteringsskyldighet

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

Ni uppfyller kraven inom området då er rutin beskriver att medarbetare utbildas i rapporteringsskyldigheten minst en gång per år av enhetschef enligt ett gemensamt årshjul. SAS, Socialt ansvarig samordnare, finns tillgänglig att bjuda in för att stödja med informationen. I rutinen framgår även hur rapportering och anmälan sker och vem som är ansvarig.

Under det digitala mötet uppgav personalen att de vet vad rapporteringsskyldigheten innebär och att de känner sig trygga i vad som ska rapporteras.

Enligt överenskommelsen ska ni ha en rutin som beskriver hur avvikelser i form av händelser, synpunkter och klagomål tas emot, utreds, åtgärdas, analyseras och sammanställs. I rutinen ska det även framgå hur ni utbildar personalen om rapporteringsskyldigheten.

Läkemedelshantering

Inför uppföljningen ombads ni att inkomma med rutin som säkerställer en säker läkemedelshantering som omfattar transport och förvaring.

Ni uppfyller kraven inom området då ni har inkommit med rutin som beskriver att läkemedel lämnas av sjuksköterska hos administrationen och att obehöriga saknar åtkomst till förvaringen. Personalen signerar på lista när de hämtar läkemedel från administrationen för transport hem till kund.

Under det digitala mötet förtydligade ni att det endast är läkemedel som ska ges under dagen som förvaras hos driftplaneraren och att övrigt läkemedel förvaras hos sjuksköterskorna och att dessa även ansvarar för signeringslistorna.

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.

Hygien och förbrukningsartiklar

Ni uppfyller kraven inom området då ni vid det digitala mötet uppgav att det finns tillräckligt med arbetskläder och att det finns en god tillgång till hygienartiklar och skyddsutrustning. Ni diskuterar hygien på era möten och påminner varandra om att följa gällande riktlinjer och föreskrifter.

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.

Bemötande och delaktighet

Som en del i uppföljningen gjordes en granskning av 19 slumpvis utvalda kunders genomförandeplaner. Ni uppfyller kraven inom området då granskningen visade att samtliga genomförandeplaner var aktuella, dvs färdigställda senast 30 dagar efter mottaget uppdrag eller uppföljd inom sex månader. Genomförandeplanerna granskades sedan vidare utifrån innehåll och i samtliga genomförandeplaner framgår kundens delaktighet vid upprättande och uppföljning.

Resultatet från Socialstyrelsens kundundersökning för 2020 visar att ni ligger över rikssnittet inom området bemötande, 100% av de svarande kunderna uppger att de blir bemötta på ett bra sätt av personalen. Undersökningen visar även att när det gäller om personalen tar hänsyn till kundernas åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utformas och om kunderna kan påverka vid vilken tid personalen kommer ligger ni över rikssnittet.

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.

Brister i kvalitetskrav

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

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med rutin för intern och extern samverkan. Rutiner för samverkan inkom och granskades vidare utifrån innehåll. Ni uppfyller delar av kraven inom området då er rutin för intern samverkan innehåller en beskrivning av hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten och vilka forum för intern samverkan som finns. Er rutin för extern samverkan beskriver hur samverkan sker med legitimerad personal, kommunens nattorganisation, dagverksamhet, korttidsvård och frivilligverksamhet. Ni uppfyller inte kraven som helhet då rutinerna saknar en tydlig beskrivning av ansvarsfördelningen. Under det digitala mötet framkom att ansvaret för den dagliga informationsöverföringen inom verksamheten är ett gruppsvar men att det är en medarbetare per pass som är ansvarig och att det är enhetschefen som ansvarar för samverkan med externa aktörer. Detta behöver framgå i era rutiner.

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. Genom processer och rutiner kan verksamheten säkerställa att det finns förutsättningar för bra samverkan.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan samt rutiner för intern och extern samverkan som förutom nuvarande innehåll även beskriver hur ansvarsfördelningen för er samverkan ser ut.

- Riskanalys

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med en rutin som beskriver 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.

Ni uppfyller delar av kraven inom området då det framgår att ni har genomfört riskanalyser i verksamheten. Ni uppfyller dock inte kraven som helhet då tillvägagångssätt och ansvarsfördelning för arbetet med riskanalyser inte framgår i rutinen.

I er sammanställning framgår anledning till att ni genomfört riskanalyser, vilka risker som identifierades och vilka åtgärder ni planerar samt vem som är ansvarig för åtgärden. Det framgår dock inte hur ni har följt upp åtgärderna och dess effekt.

Under det digitala mötet framkom att det är enhetschefen som ansvarar för riskanalyserna och att ni på grund av att verksamheten en längre tid saknat chef inte har följt upp åtgärderna. Bedömningen är att ni inte har kunnat redovisa hur ni fullföljer samtliga delar i era riskanalyser.

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.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan samt en rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser. I rutinen ska förutom det ni redan inkommit med även tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgå. I åtgärdsplanen ska det även framgå hur ni ska säkerställa att ni fullföljer samtliga delar i era kommande riskanalyser.

- Egenkontroller

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med 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.

Granskning av den inskickade beskrivningen visar att ni arbetar efter ett årshjul där egenkontroller ingår. I årshjulet framgår vilka egenkontroller som ska genomföras och vem som ansvarar för dessa. I årshjulet framgår att ni genomför egenkontroll gällande dokumentation men inte kring avvikelser och hygien, vilket är ett krav i överenskommelsen. Er sammanställning över det senaste årets

genomförda egenkontroller har inte inkommit, vilket medför att vi saknar underlag för att kunna bedöma om ni genomfört de egenkontroller som kravställs i överenskommelsen.

Genom att regelbundet genomföra egenkontroller kan ni på ett systematiskt sätt följa upp och utvärdera er verksamhet och kontrollera att ni följer aktuella lagar, föreskrifter och styrdokument. Enligt överenskommelsen ska ni utöver krav i föreskrifter även genomföra årliga egenkontroller av verksamhetens följsamhet till hygienriktlinjer, avvikelseprocessen och överenskommelsens krav på dokumentation.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan samt en sammanställning över det senaste årets genomförda egenkontroller, där egenkontroll av verksamhetens följsamhet till hygienriktlinjer, avvikelseprocessen och överenskommelsens krav på dokumentation finns beskrivet.

- **Klagomål och synpunkter**

Som en del i uppföljningen ombads ni inkomma med rutin som beskriver hur synpunkter, klagomål, fel och brister från kund och anhöriga men även från personal och andra aktörer tas emot och utreds. Det ska i rutinen även framgå hur händelserna åtgärdas, analyseras och sammanställs.

Den inskickade rutinen har granskats utifrån innehåll och det framgår hur händelserna ska tas emot och vem som är ansvarig. Detta gör att ni delvis uppfyller kraven inom området. Vad som emellertid gör att kraven inte uppfylls som helhet är att det inte framgår hur dessa händelser åtgärdas, analyseras och sammanställs. Detta behöver ni uppdatera er rutin med. Det finns beskrivet i andra dokument men det behöver även framgå i rutinen.

Resultatet från Socialstyrelsens kundundersökning för 2020 visar att Almby hemvård ligger över rikssnittet, kunderna som besvarat kundundersökningen vet var de ska vända sig med synpunkter och klagomål.

Enligt överenskommelsen ska ni ha en rutin som beskriver hur synpunkter och klagomål tas emot, utreds, åtgärdas, analyseras och sammanställs.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan samt rutin för hur synpunkter, klagomål, fel och brister från kund och anhöriga men även från personal och andra aktörer tas emot och utreds. I rutinen ska det utöver vad som redan beskrivs även framgå hur händelserna åtgärdas, analyseras och sammanställs.

Dokumentation SoL

Som en del i uppföljningen gjordes en granskning av 19 slumpmässigt utvalda kunders verkställighetsjournal i Treserva under den senaste 12-månadersperioden. Ni uppfyller delar av kraven inom området då granskningen visade att i 16 av de granskade journalerna framgår händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid. 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.

Vi har även genomfört en granskning av 19 slumpmässigt utvalda kunders genomförandeplaner. Ni uppfyller delar av kraven inom området då samtliga genomförandeplaner var aktuella, dvs färdigställda senast 30 dagar efter mottaget uppdrag eller uppföljda inom sex månader.

Genomförandeplanerna granskades sedan vidare utifrån innehåll och i 12 av de granskade genomförandeplanerna saknas beskrivning av kundens mål med insatsen och hur insatsen ska utföras för att nå uppsatta mål. Detta medför att ni inte uppfyller kraven som helhet.

Vi det digitala mötet framkom att VISA- handledare haft lite olika syn på hur målen ska formuleras och att medarbetare upplever att det är svårt att formulera målen så att kunden känner igen sig. Enhetschefen uppger att kontaktpersonerna kommer få arbeta mer med mål framåt utifrån rehabiliterande arbetssätt.

Enligt överenskommelsen ska genomförandeplan påbörjas omgående och vara färdigställd senast 30 dagar efter mottaget uppdrag och uppdateras vid behov eller minst var sju månader. I genomförandeplanen ska beskrivning av hur och när uppdraget ska utföras för att tillgodose kundens behov och mål finnas. Dokumentation ska utformas med respekt för kundens integritet och personalen ska dokumentera när verkställighet påbörjas, händelser av betydelse och faktiska omständigheter.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan som beskriver hur ni ska arbeta för att säkerställa att samtliga genomförandeplaner innehåller beskrivning av kundens mål med insatsen och hur insatsen ska utföras för att nå uppsatta mål.

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 efterfrågade rutinen har inte inkommit, vilket gör att vi saknar underlag för att kunna bedöma hur ni arbetar för att uppfylla detta krav i överenskommelsen. På det digitala mötet kunde ni redogöra för hur ni arbetar och detta behöver finnas beskrivet i en rutin.

Enligt överenskommelsen ska ni ha rutin för att dagligen ta emot och planera för genomförandet av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan samt rutin för att dagligen ta emot och planera för genomförandet av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder. I rutinen ska tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgå.

Palliativ vård

Inför uppföljningen ombads ni att inkomma med rutin som innehåller beskrivning av hur ni planerar för och säkerställer hög personalkontinuitet vid palliativt vak.

Er rutin har granskats och den innehåller beskrivning av er planering för vård i livets slutskede, detta gör att ni uppfyller delar av kraven inom området. Det som gör att ni inte uppfyller kraven som helhet är att det saknas beskrivning av hur ansvaret för att planera den palliativa vården är fördelat. Detta behöver rutinen

uppdateras med.

Enligt överenskommelsen ska ni följa riktlinjer och rutiner för palliativ vård och delta i teamträff vid planering av palliativ vård. Teamsamverkan och kontinuitet är viktiga delar för att uppnå god kvalitet inom den palliativa vården.

Ni ska inkomma med åtgärdsplan samt rutin som beskriver hur ni planerar för och säkerställer hög personalkontinuitet vid palliativt vak. I rutinen ska förutom nuvarande innehåll även ansvarsfördelning framgå.

Påpekande

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

Ledningssystem för kvalitet

- 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 har inkommit och innehåller de vanligaste avvikelsetyperna och vilka åtgärder ni satt in. Sammanställningen saknar beskrivning av de vanligaste avvikelseorsakerna. Orsakerna framgår däremot i er registrering i Treserva. Ni uppger att på grund av att enhetschefen är ny saknas analys av åtgärdernas effekt i sammanställningen. På det digitala mötet uppgav enhetschefen att hon planerar att genomföra teamträffar där ni på grupp, - individ och organisationsnivå ska diskutera åtgärder samt effekter av dessa.

Som en del i uppföljningen granskade vi verksamhetens rapporterade avvikelser i Treserva, både SoL och HSL-avvikelser, under det senaste året. Granskningen visade att det fanns 192 avvikelser varav 99 var slutförda till steg 4, följa upp. Av de 99 granskade vi 15, vilket visar hur ni arbetar med avvikelseprocessen. Ni följer till stora delar alla steg i processen, i enlighet med riktlinjen.

I samtliga granskade avvikelser saknas dock beskrivning av hur händelsen har påverkat den enskilde. I fem av avvikelserna saknas anteckningar i steget åtgärda och följa upp vilket medför att vi inte kan bedöma hur åtgärden har följts upp eller hur ni kommit fram till bedömningen av åtgärdernas effekt. Detta behöver verksamheten arbeta med för att förbättra följsamheten till riktlinjen.

Enligt överenskommelsen ska ni följa Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter. Det innebär att ni på ett systematiskt sätt ska rapportera, utreda, analysera, åtgärda och följa upp avvikelser, klagomål och synpunkter för att dra lärdom av det som hänt och vidta förebyggande insatser för att förhindra upprepning.

Ni behöver säkerställa att ni beskriver hur en händelse har påverkat den enskilde, att ni för anteckningar över de åtgärder ni genomför, att ni för anteckningar över hur ni följer upp åtgärder och hur ni kommer fram till bedömning av åtgärdernas effekt. 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
- Kundundersökning
- Myndighetsinformation
- Rutiner

Cecilia Hamp
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun