

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Örebro hemvård, Gustavsvik

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. 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.

Gustavsvik hemvård

Gustavsvik hemvård utför service- och omvårdnadstjänster, arbetsstyrkan består av 31 ordinarie omvårdnadspersonal samt två som har vikariat på månadsanställning och tre studentanställningar uppdelade i två arbetsgrupper, en enhetschef, en verksamhetsstödare och en driftplanerare. Utföraren har för närvarande 175 kunder med både larm- service- och omvårdnadsinsatser.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Gustavsvik hemvård ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Gustavsvik hemvård ska senast den 14 december 2020 skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se. Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

- **Ledningssystem för kvalitet**
 - Samverkan
- **Uppdraget**
- **Dokumentation**
- **Delaktighet**

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

- Rutin för extern samverkan med alla aktörer som ni samverkar med runt den enskild (anhöriga, Region Örebro, biståndshandläggare, externa utförare) samt beskrivning av ansvarsfördelning för intern och extern samverkan.
- Rutin för klagomål och synpunkter som beskriver hur dessa tas emot, utreds, åtgärdas, analyseras och sammanställs.
- Rutin för egenkontroll av dokumentation Sol (genomförandeplaner och verkställighetsjournaler)

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast den 14 december 2020.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 14 februari 2021. Vilket innebär att vi kommer granska inkomna rutiner samt genomföra en dokumentationsgranskning gällande aktuella genomförandeplaner och 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 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 brist har identifierats inom följande kvalitetskrav:

- **Ledningssystem för kvalitet**
 - Egenkontroll av dokumentation Sol
 - Utredning av avvikelser (gäller endast hantering av klagomål och synpunkter)

De brister som är mindre omfattning ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Gustavsvik hemvård ska enligt överenskommelse i kommande kvalitetsberättelse beskriva hur verksamheten åtgärdat bristen vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

- **Riskanalyser**

Inskickade riskanalyser innehåller information om vilka risker som identifierats och vilka åtgärder som genomförts utifrån riskerna samt hur utföraren följt upp åtgärderna och dess effekt.

- **Rapporteringskyldighet**
Inga Lex Sarah anmälningar finns registrerade i W3D3. Ivo har inte tagit emot någon anmälan från Gustavsviks hemvård.
Inskickad rutin beskriver hur verksamheten hanterar och rapporterar händelser enligt anmälningsskyldigheten, samt hur utbildas medarbetare i Lex Sarah anmälan.
- **Läkemedelshantering**
Inskickad rutin beskriver en säker läkemedelshantering som omfattar transport och förvaring. I rutinen framkommer även vem gör vad och hur uppgifterna ska göras.
- **Vård i livets slutskede**
Inskickad rutin innehåller tydliga instruktioner samt ansvarsfördelning så att man ser vem gör vad. Rutinen beskriver hur utföraren planerar för och säkerställer hög personalkontinuitet hos personer vid palliativt vak.
- **Hygien**
Inskickad rutin beskriver hur verksamheten arbetar med egenkontroller. Gustavsvik hemvård har genomfört egenkontroll avseende hygien med handlingsplan kopplat till de brister som identifierats. Under intervjun får vi bekräftad att det finns i verksamheten tillräckligt med arbetskläder för dagligt ombyte samt engångsförkläden.
- **Bemötande**
I socialstyrelsens kundundersökningen 2020 framkommer att 100 % av kunder som svarade upplever att personalen bemöter de på ett bra sätt. 98 % har förtroende för personalen som kommer. Sammantaget är 88 % av kunder som svarade som är nöjda med den hemtjänst de har idag.

Brister i kvalitetskrav

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

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan

Inför kvalitetsuppföljningen skickade ni in två rutiner som ska beskriva verksamhetens interna samverkan. Dessa rutiner har granskats och bedömningen är att rutinen "*Samverkan mellan dagverksamhet och hemvård*" har en tydlig beskrivning av både tillvägagångsätt och ansvarsfördelning. Rutinen "*Rapportering mellan dag- och nattpersonal*" har en tydlig beskrivning av tillvägagångsätt men saknar ansvarsfördelning. Rutinen "*Samverkan*" är en beskrivning av olika samverkansmöten med sjuksköterska och arbetsterapeut för att följa upp avvikelser och det framgår inte ansvarsfördelning i några delar av rutinen.

Vår bedömning är att er verksamhet saknar rutin med en tydlig beskrivning av hur ni samverkar i det dagliga arbetet, hur informationsöverföring och intern kommunikation sker i er verksamhet. Vilka forum för samverkan (förutom avvikelseträffar) som finns inom den egna verksamheten.

Under intervjun berättade ni att driftplanerare har regelbunden kontakt med biståndshandläggare och att hon får information av omvårdnadspersonal, sjuksköterska och arbetsterapeut. Dessa uppgifter framkommer inte i några delar av inskickade rutiner.

Gustavsvik hemvård har inga upprättade rutiner för extern samverkan där ovanstående information framkommer. Bedömningen är att verksamheten inte har förutsättningar för en god samverkan då det saknas rutiner om hur samarbete ska ske med externa aktörer och vem som ansvarar för den.

Enligt överenskommelsen ska ni ha rutiner för intern och extern samverkan för att säkra kvaliteten på de insatser som ges. Utföraren ska, utöver andra vårdgivare, myndigheter, föreningar och organisationer samverka med exempelvis kommunens korttidsenheter och Region Örebro län vid utskrivning, kommunens grupp för välfärdsteknik, mattjänstutförare, anhöriga samt andra utförare.

Uppdraget

Gustavsvik hemvård har rutin för daglig hantering för mottagande av uppdrag efter beslut av biståndshandläggare, samt mottagande av beslut om hälso- och sjukvårdsinsats från legitimerad HSL-personal.

Granskning har genomförts på ett slumpmässigt urval av 30 kunder. Den visar att 16 av dessa saknar en aktuell genomförandeplan.

Enligt överenskommelsen *3.6 Uppdraget* samt *3.11 Delaktighet* ska utföraren omsätta tillsammans med den enskilde uppdragen i en genomförandeplan för samtliga kunder. Genomförandeplanen påbörjas omgående och ska vara färdig senast 30 dagar efter mottagen beställning. Utföraren följer upp och upprättar en ny genomförandeplanen tillsammans med kunden vid behov eller minst var tredje månad (obs! enligt tidigare överenskommelsen).

Bedömningen är att Gustavsviks hemvård brister i denna punkt. Enligt överenskommelsen ska en kund ha en aktuell genomförandeplan, vilket granskning av dokumentationen visar att kunder inte har inom Gustavsviks hemvård.

Dokumentation

Gustavsvik hemvård har en fungerande rutin för dokumentation i vårdplaner som fördelas av legitimerad HSL-personal. Genomgående framgår i den sociala dokumentationen vem som dokumenterar och det är den som utfört insats hos individen. Dokumentationen är genomgående utformad med respekt för den enskildes integritet.

Granskning har genomförts på ett slumpmässigt urval av 30 journaler under perioden 1 oktober 2019 till och med 30 september 2020. I 18 av 30 journaler

framgår inte händelser av betydelser och faktiska omständigheter. Det går inte att följa insatsen över tid eller den individuella vård- och omsorgsprocessen. I flertalet journaler framkommer försämrat tillstånd men inte åtgärd kopplat till det och därefter kan följa ett långt uppehåll av anteckningar. Individer som har dagverksamhet antecknas det övergående mindre av hemvården.

Bedömningen är att Gustavsvik hemvård brister i denna punkt. Granskning av dokumentationen visar att det i mer än hälften av de granskade journalerna saknas anteckningar av betydelse, faktiska omständigheter vilket gör att insatsen inte går att följa över tid.

Gustavsvik hemvård saknar rutin för egenkontroll av just den delen av dokumentationen.

Enligt överenskommelsen 3.22 *Dokumentation* ska finnas rutin som omfattar all dokumentation. I den sociala dokumentationen ska vara möjligt att följa när verkställighet påbörjas, händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid, så att den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas.

Gustavsvik hemvård ska ha rutin för egenkontroll av dokumentation som ska innefatta granskning av dokumentation i verkställighetsjournalen samt kontroll av aktuella genomförandeplaner.

Delaktighet

Socialstyrelsens kundundersökning visar att 73 % av Gustavsvik hemvårds kunderna upplever att personalen tar hänsyn till åsikter och önskemål samt att kunna påverka vilka tider personalen kommer på. Helt i linje med rikssnittet som är 73%.

Granskningen visar att 16 av 30 kunder saknar en aktuell genomförandeplan.

Enligt överenskommelsen 3.11 *Delaktighet* ska kunden vara delaktig i upprättandet av en genomförandeplan.

Bedömningen är att kunderna inte har varit delaktiga i utformandet av insatsen då över hälften av kunderna inte har en aktuell genomförandeplan.

Påpekande

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

Ledningssystem för kvalitet

- **Egenkontroll av dokumentation Sol**

Inför kvalitetsuppföljningen skickade ni in egenkontroll för dokumentation. Underlaget beskriver kontroll av endast vårdplaner. Vår journalgranskning och granskning av genomförandeplaner visar på att ni brister i journaldokumentation samt uppföljningen av genomförandeplaner (se Dokumentation), vilket tyder på att ni saknar systematiskt intern kontroll.

Alla verksamheter ansvarar för att egenkontroller genomförs. Enligt överenskommelsen 2.6 *Ledningssystem för kvalitet* ska utföraren ha ett ledningssystem som uppfyller de krav som finns i lagar och föreskrifter. I ledningssystemet ska finnas beskrivning som visar att utföraren har systematiskt intern kontroll. Utföraren ska säkerställa att det finns säkerhet och tillförlitlighet i processer och rutiner i sin verksamhet.

Er verksamhet behöver i fortsättningen genomföra egenkontroll av journaldokumentation och genomförandeplaner.

- **Utredning av avvikelser** (gäller endast hantering av klagomål och synpunkter)

Inför kvalitetsuppföljningen skickades in kommunens ”Riktlinje Avvikelse klagomål och synpunkter”.

Enheten för uppföljning granskade Gustavsvik hemvårdens rapporterade SoL och HSL- avvikelser i Treserva avvikelsemodulen. Tio slumpmässigt utvalda avvikelser visade att alla har hanterats enligt Riktlinjen för avvikelser, klagomål och synpunkter och har avslutats inom 6 månader.

Verksamheten har däremot inte inkommit med en egen lokal rutin som beskriver hur klagomål och synpunkter tas emot, utreds, åtgärdas, analyseras och sammanställs.

Granskningen visade att Gustavsvik hemvård inte hade några klagomål och synpunkter registrerade i varken Treserva eller W3D3. Å andra sidan har dokumentationsgranskning visat att personalen har uppmärksammat flera klagomål och synpunkter från kunder och antecknat i verkställighetsjournaler. Dessa klagomål och synpunkter har inte blivit registrerade i varken W3D3 eller avvikelsemodulen, vilket tyder på att personalen inte har kännedom om att klagomål som handlar om individ ska hanteras i avvikelsemodulen enligt Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter.

Gustavsvik hemvård ska ha rutin som beskriver hur klagomål och synpunkter tas emot, utreds, åtgärdas, analyseras och sammanställs. Rutinen ska även beskriva hur kunden och anhöriga ges möjlighet att lämna synpunkter och klagomål direkt till kommunen både skriftligt och muntligt. Utföraren behöver fortsättningsvis återföra klagomål och synpunkter till sin verksamhet som en del i sitt utvecklingsarbete.

Metod

Avtalscontrollers inom Enheten för uppföljning har samlat in och granskat nedanstående underlag. De kvalitetskrav som styrs av hälso- och sjukvårdslagen har granskats av medicinskt ansvariga. 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
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Journal
- Dokumentation
- Kundundersökning
- Myndighetsinformation
- Rutiner
- Policy
- Årsberättelse, verksamhetsplan
- Tidigare uppföljningar

Yuri Yanez
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun