

# Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Vårda Hemtjänst AB

## Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i de avtal verksamheten tecknat med Programnämnd social välfärd Örebro kommun Sov 462/2021 och Sov 445/2021. 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.

## Vårda Hemtjänst AB

Vårda hemtjänst är verksamma i Örebro sedan mars 2021. Målsättningen är att erbjuda invånarna i Örebro en säker och trygg hemtjänst.

I Örebro har Vårda hemtjänst 70 kunder, av dessa kunder är 60% både omvårdnad- och servicekunder, resterande har endast serviceinsats. Verksamheten har en personalgrupp på 37 varav 33 är omvårdnad och servicepersonal. Verksamheten finns på Järntorgsgatan 3 i nybyggda lokaler som är anpassade för verksamheten. I lokalerna finns tillgång till dusch och omklädningsrum, fikarum och plats för personal att dokumentera. Personalen använder sig av cykel, bil och ibland även buss för att ta sig till Vårdas kunder.

## 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 aktiviteter för att åtgärda de brister som redovisas i denna rapport samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd. Vårda hemtjänst ska senast den **7 mars 2022** skicka in åtgärdsplanen till [eggetval@orebro.se](mailto:eggetval@orebro.se)

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

### Avtalspunkter

- **2.7 Trygghetslarm**
- **3.4 Ledningssystem för kvalitet**  
-Egenkontroller

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

- Uppdaterad lokal rutin för Trygghetslarm där uppgifter om kunder med skyddad identitet stämmer.
- Redovisning innehållande uppgifter avseende de brister som identifierats i egenkontroll kopplat till avvikelprocessen. Uppgifterna ska innehålla

*åtgärder och hur ni följt upp åtgärdernas effekt* kopplat de till 8 SoL-avvikelserna.

Handlingarna ska vara inskickade till [eggetval@orebro.se](mailto:eggetval@orebro.se) senast den 2 maj 2022.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter **2 maj 2022**. Detta innebär att vi kommer granska inkommen rutin och er redovisning samt genomföra en granskning av dokumentation gällande besvarade och åtgärdade larm i verkställighetsjournalen.

Om brister kvarstår vid en resultatuppföljning kan Enheten för uppföljning komma att vidta ytterligare sanktioner i enlighet med gällande avtal. 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.

## Bedömning

### Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

#### **Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**

Enligt avtal (punkt 1.3) ska all personal hos utföraren gå de obligatoriska utbildningar som kommunen tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.

Som en del av uppföljningen ombads ni att inkomma med en kompetensinventering som vi tagit del av och granskat. Kompetensinventeringsplanen visar att all personal genomgått de 13 obligatoriska utbildningarna som kommunen tillhandahåller.

#### *Bedömning*

Genom att granskat er inskickade kompetensinventeringsmall gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni uppfyller avtalskravet avseende utbildningar.

#### **Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal**

Enligt avtal (punkt 2.1) ska 85% av all omvårdnadspersonal ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Granskningen av er kompetensinventering visar att 84,3% av personal som arbetar med omvårdnad har genomgått omvårdnadsprogram eller annat som bedöms likvärdigt.

På digitala mötet fördes en dialog avseende de 5 i personalen som saknar utbildning enligt avtalskrav. Ni redogjorde för att alla har en upprättad kompetensplan och har erbjudits kompetenshöjning i form av validering via vård- och omsorgscollege.

#### *Bedömning*

Genom att granska er kompetensinventering och genom samtal på digitala mötet gör Enheten för uppföljning en samlad bedömning att ni, trots att avtalskravet inte är uppnått har följsamhet till avtalskravet. Dels för att ni är nära att uppfylla avtalskravet på 85%, dels för att ni kan redogöra för er planering och plan framåt för personalen som saknar rätt utbildning.

#### **Samverkan**

Enligt avtal (punkt 3.4) ska ledningssystem för kvalitet innehålla rutiner för samverkan internt och externt. Rutin för intern samverkan ska innehålla beskrivning av hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten samt vilka forum som finns för samverkan. Rutin för extern samverkan ska beskriva hur samverkan med kommunens nattorganisation och hälso- och sjukvårdsorganisation sker.

Som en del av uppföljningen har vi tagit del av och granskat era rutiner för samverkan. Rutinerna beskriver hur samverkan går till internt och externt med både nattorganisation och med hälso- och sjukvårdsorganisationen. De innehåller forum för samverkan och beskrivning av utförandet, samt en tydlig ansvarsfördelning.

#### *Bedömning*

Genom att granska era inskickade rutiner gör Enheten för uppföljning bedömningen att dessa uppfyller ställda krav i avtalspunkten.

#### **Ledningssystem för kvalitet**

##### -Riskanalyser

Enligt avtal (punkt 3.4) ska utförare ha ett ledningssystem som uppfyller de krav som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOF 2011:9) vilket innefattar att ni fortlöpande ska genomföra riskanalyser för att systematiskt förbättra verksamheten, enligt avtal ska ni även ha en lokal rutin för hur ni arbetar med dessa.

Som en del i uppföljningen har vi tagit del av er rutin som tydligt beskriver syftet med riskanalyser, hur dessa genomförs i verksamheten och när dessa initieras. Rutinen beskriver hur ni arbetar med dokumentation, bedömning av sannolikhet och allvarlighetsgrad, arbete med åtgärder och uppföljning.

På digitala mötet lyfte Enheten för uppföljning att rutinen saknade beskrivning av vem som ansvarar för att initiera riskanalys, vem/vilka som gör bedömningen

och ansvarar för uppföljning. Medarbetare nämns som initiativtagare vid riskfyllda arbetsmoment i rutinen, men vem/vilka ansvarar för att initiera övriga riskanalyser upplevdes inte tydligt beskrivet. Vid vidare granskning av rutinen bedöms processkartan som är en del av rutinen, innehålla dessa delar.

Ni har inkommit med tre utförda riskanalyser som avser covid-smitta, sommarvikarier och förändrade arbetstider, dessa innehåller anledning till att de genomförts, identifierade risker, åtgärder och har följts upp. På digitala mötet lyfte vi att riskanalysen gällande förändrade arbetsuppgifter inte på samma sätt som de övriga två innehåller hur ni bedömt att åtgärderna haft goda resultat. Detta höll ni med och meddelade att ni tar med synpunkten i arbetet framåt med uppföljningar av riskanalyser.

#### *Bedömning*

Genom att ta del av er rutin, era utförda riskanalyser och genom dialog på digitala mötet gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni har följsamhet till avtalskrav gällande riskanalyser.

#### **Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet**

Enligt avtal (punkt 3.4) ska ni ha rutiner som beskriver hur avvikelser tas emot, utreds, åtgärdas, sammanställs, analyseras och riskbedöms enligt SOFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Alla typer av händelser ska rapporteras, registreras, utredas och följas upp. Oavsett typ av händelse ska verksamheten följa *Riktlinjen Avvikelser, klagomål och synpunkter*.

I samband med uppföljningen har vi granskat era avvikelser i Treserva under perioden 210301–211228. Det totala antalet var sex rapporterade avvikelser i Treserva.

Ni ombads i samband med uppföljningen att bifoga er rutin för utbildning i rapporteringsskyldigheten. Rutinen redogör för hur personal får kunskap om, och utbildning i rapporteringsskyldigheten vid nyanställning och vid behov, minst en ggr per år. På digitala mötet redogjorde ni muntligen för hur ni utbildar personal vid nyanställning och hur personal efter introduktionen även genomför ett slutprov efter att alla delar i introduktionen genomförts.

Inom ramen för denna avtalspunkt har vi även för avsikt att granska verksamhetens rapporterade klagomål och synpunkter. Vår sökning visar att ni inte har några rapporterade klagomål och synpunkter i Treserva under perioden 210301 - 211228. Det finns inte heller några klagomål eller synpunkter registrerade i kommunens ärendehanteringssystem W3D3 eller hos IVO under samma period.

Då inga klagomål eller synpunkter rapporterats begärde vi in er rutin som beskriver hur ni informerar kund och anhöriga om deras möjlighet att lämna synpunkter och klagomål direkt till kommunen. Rutinen redogör för hur kund och anhöriga får information vid uppstart och vidare finns informationen i kundens hempärm. Rutinen beskriver även att kund informeras vid missnöje och

löpande av personal om denna möjlighet och personal erbjuder att bistå med hjälp om kunden vill. Både personal och ledning beskriver på det digitala mötet att rutinen är känd av alla medarbetare.

Ni beskriver en pågående informationskampanj gällande klagomål och synpunkter som en åtgärd utifrån utförd egenkontroll gällande följsamhet till avvikelseprocessen. På det digitala mötet lyfts det eventuella mörkertal som kan finnas, dels för att omvårdnadspersonal åtgärdar kunders önskemål/synpunkter klagomål direkt och inte registrerar, dels för att kunder ibland kan vara rädda att personalen ska få kritik från verksamheten i samband med att de lämnar klagomål eller synpunkter. Informationskampanjen är en åtgärd för att minska eventuell underrapportering.

#### *Bedömning*

Er verksamhet har för få rapporterade avvikelser och inkomna klagomål och synpunkter för att vi ska kunna göra en bedömning gällande er följsamhet till avvikelseprocessen, det vill säga hur dessa bedöms, utreds, åtgärdas och följs upp. Dock kan vi genom att granska era rutiner som avser rapporteringsskyldigheter och skyldigheter att informera kund om att de kan vända sig till kommunen, göra bedömningen att dessa har följsamhet till avtalskrav.

#### **Uppdraget**

Enligt avtal ska ni ha en rutin som beskriver (punkt 3.6) hur utföraren dagligen tar emot och planerar genomförandet av nya och förändrade uppdrag. Utföraren ska även ha en rutin som på samma sätt redogör för mottagande, planering och genomförande av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

I samband med uppföljningen har vi granskat er rutin för beslut och verkställighet. Rutinen beskriver bevakning och mottagande av nya uppdrag i Treserva och hur planeringen påbörjas med att kontaktman utses. Därefter kontaktas hälso- och sjukvårdsorganisationen och den enskilde uppsöks för att stämma av och upprätta en genomförandeplan. Planen ligger vidare till grund för planering av utförandet. Rutinen redogör även för förändring av uppdrag och uppföljning av genomförande efter 14 dagar. Avseende ansvarsfördelning beskrivs ansvarig handläggare, kontaktperson och verksamhetschef olika uppgifter och ansvar i rutinen.

På det digitala mötet bad vi er redogöra för benämningen handläggare i rutinen eftersom vi antog att det kan bli otydligt för personal. Ni beskrev då att ansvarig handläggare fungerar som planerare i verksamheten och att personalen upplever det som tydligt vem som gör vad vid inkomna och förändrade uppdrag, vilket bekräftades av personal på mötet.

#### *Bedömning*

Genom att ta del av er rutin och dialog på digitala mötet bedöms rutinerna uppfylla det som kravställs i avtalspunkten.

## Dokumentation

Enligt avtal (punkt 3.7) ska utföraren följa Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2014:5 gällande dokumentation. Genomförandeplaner ska upprättas och färdigställas senast 30 dagar efter emottaget uppdrag och uppdateras vid behov eller minst var sjätte månad. I verkställighetsjournalen ska händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid dokumenteras, och den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas.

Som en del i uppföljningen gjordes en granskning av totalt 15 slumpmässigt utvalda genomförandeplaner och 25 verkställighetsjournaler i Treserva under perioden mars – december 2021.

Vår granskning av genomförandeplaner visar att 12 av 15 genomförandeplaner är aktuella. Delaktighet, samt hur och när uppdraget ska genomföras framgår i samtliga av dessa 12.

Vår granskning av verkställighetsjournaler visar att det i 20 av 25 granskade journaler framgår händelser av betydelse. I 23 av 25 journaler framgår den individuella omvårdnadsprocessen, det vill säga vad som faktiskt utförs hos aktuell kund, och på vilket sätt. I de fem verkställighetsjournaler där vi bedömer brist gällande händelser av betydelse, uppmärksammar vi att det finns månadsvisa glapp i dokumentationen utan angiven anledning.

### *Bedömning:*

Genom att granska er dokumentation kan vi se att stor del av de genomförandeplaner som ingått i urvalet är aktuella, delaktigheten framgår och beskrivning av hur insatsen ska genomföras framgår. Största delen av de granskade verkställighetsjournalerna uppfyller ställda krav på dokumentation gällande händelser av betydelse och den individuella omvårdnadsprocessen. Enheten för uppföljning bedömer därför att ni har följsamhet till avtalskravet.

## Hygien och förbrukningsmaterial

Enligt avtal (punkt 3.12) ska utförare följa *Riktlinjen för basal hygien inom kommunal hälso- och sjukvård i Örebro läns kommuner*, tillhandahålla arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för följsamhet till riktlinjen. Utföraren ska även tillhandahålla skyddsutrustning till personalen.

Under det digitala mötet tillfrågades personal om arbetskläder och svarade att det finns tillräckligt med arbetskläder i olika storlekar utifrån behov. Kläderna förvaras i förråd och skickas i väg för tvätt. Personal uppgav även att det finns tillräckligt med skyddsutrustning att tillgå.

### *Bedömning*

Genom dialog på det digitala mötet bedömer Enheten för uppföljning att ni har följsamhet till avtalskravet.

### Läkemedelshantering

Enligt avtal (punkt 3.14) ska utförare ha en lokal rutin för läkemedelshantering som ska innehålla en beskrivning av hur utförare säkerställer en säker läkemedelshantering som omfattar transport och förvaring.

Som en del av uppföljningen ombads ni att inkomma med er läkemedelsrutin, den innehåller en beskrivning av hur läkemedel förvaras oåtkomligt för obehöriga i låst skåp i Vårda Hemtjänst lokaler. Rutinen innehåller beskrivning av kontroller av läkemedel, ordinationshandlingar och dokumentation. Rutinen innehåller även en beskrivning av hur läkemedel ska transporteras på ett säkert sätt och redogör för vad säker transport innebär. På digitala mötet beskrev ni att obehöriga i rutinen avser de i personalen som ej har läkemedelsdelegering.

#### *Bedömning:*

Genom att ta del av er läkemedelsrutin och genom dialog på digitala mötet gör Enheten för uppföljning bedömningen att rutinen uppfyller avtalskrav.

### Brister i kvalitetskrav

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

#### Trygghetslarm

Enligt avtal (punkt 2.8) ska utförare av trygghetslarm följa *Riktlinjen för utförande av insatsen trygghetslarm*. Enligt riktlinjen ska alla åtgärdade/besvarade larm dokumenteras i verkställighetsjournal tillsammans med en beskrivning av hur larmet åtgärdats. Utförare ska ha en lokal rutin som innehåller tillvägagångssätt för hantering av larm mellan kl. 7,00–22,00. Den lokala rutinen ska även redogöra för hur utföraren hanterar större avbrott i larmkedjan och hur samverkan sker med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik och hemsjukvården. Den ska även beskriva hur verksamheten hanterar larmkunder med skyddad identitet.

Som en del i uppföljningen har vi tagit del av er lokala rutin för hantering och besvarande av trygghetslarm. Den beskriver hantering av larm inom verksamheten och mellan kl. 7,00–22,00, hur ni hanterar större avbrott i larmkedjan och hur samverkan ska ske. Dock innehåller rutinen felaktig information om kunder med skyddad identitet. När en kund larmar som har skyddad identitet, kommer endast en larmkod och anledning till larm i SMS. Ni som utförare ansvarar då för att övriga uppgifter kring kunden finns i er verksamhet så att personal kan identifiera och koppla kundens uppgifter till larmkoden.

I samband med uppföljningen har vi även granskat era larmloggar. Er verksamhet mottog 26 larm under perioden oktober–december 2021, av dessa 26 har 10 slumpmässigt utvalda larmloggar granskats i verkställighetsjournalen. Endast fyra av dessa finns dokumenterade och har en beskriven larmåtgärd.



### *Bedömning*

Genom granskning av verkställighetsjournal och er lokala rutin för trygghetslarm gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni brister i avtalspunkten. Endast 40 % av de granskade larmloggarna finns dokumenterade i verkställighetsjournal. Samtidigt innehåller er lokala rutin för besvarandet av trygghetslarm felaktig information om kunder med skyddad identitet.

### *Åtgärd*

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska åtgärda bristen kopplat till dokumentation av larmmotagande. Ni ska även inkomma med en uppdaterad lokal rutin för hantering och besvarande av trygghetslarm så att så att informationen om kunder med skyddad identitet stämmer.

Ny granskning av trygghetslarm kommer ske vid resultatuppföljning.

## **Ledningssystem för kvalitet**

- Egenkontroller

Enligt avtal (punkt 3.4) ska utförare ha ett ledningssystem som uppfyller de krav som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOFS 2011:9) som innebär att ni som utförare ska arbeta med egenkontroller som en del av ert kvalitetsarbete för att utvärdera arbetets resultat. Egenkontroller ska utföras med den frekvens som krävs för att säkerställa kvaliteten, de ska dokumenteras och innehålla vilka förbättrade åtgärder som egenkontrollen resulterat i. Enligt avtal ska ni som utförare ha en rutin för, och årligen utföra egenkontroll av verksamhetens följsamhet till basal hygien, dokumentation och avvikelseprocessen.

Som en del i uppföljningen ombads ni inkomma med era rutiner för egenkontroller och som vi tagit del av. Rutinerna beskriver hur ni arbetar med egenkontroller, det framgår vad rutinerna avser, hur utförandet genomförs och vem som ansvarar för de olika delarna i arbetet.

I samband med uppföljningen bad vi även om en sammanställning över de egenkontroller som genomförts och denna redogör för genomförd egenkontroll till följsamhet gällande dokumentation, basal hygien och avvikelseprocessen.

### *Dokumentation*

Sammanställningen beskriver identifierad brist gällande dokumentation av händelser av betydelse i verkställighetsjournalen, åtgärder samt uppföljning av dessa. Efter vidtagna åtgärder visade er uppföljning i november, december 2021 och januari 2022 en betydlig förbättring.

### *Hygien*

Egenkontroller gällande basal hygien visade att medarbetarna följer ställda krav avseende hygien- och klädregler hygienrutiner och därmed identifierades inga brister.

### *Avvikelseprocessen*

I sammanställningen beskrivs även egenkontroll gällande avvikelseprocessen ha utförts. Identifierade brister kopplat till SoL -avvikelser beskrevs bero på personalbrist och bristande rutiner. Sammanställningen saknar dock åtgärder och uppföljning av dessa åtgärder. På digitala mötet tillfrågas ni om dessa åtgärder och ni uppgav att dessa missats i sammanställningen. Ni skulle vidare redogöra för dessa senare under mötet, men både ni och Enheten för uppföljning glömde att återgå till denna punkt.

### *Bedömning*

Bedömningen är att ni till stor del uppfyller avtalskravet avseende egenkontroller, dels för att era rutiner bedöms innehålla kravställda delar, dels för att ni utfört de egenkontroller ni är ålagda att utföra. Dock vill vi se de åtgärder som ni vidtagit efter identifierade brister i egenkontroll kopplat till SoL- avvikelser och hur ni följt upp dessa åtgärder för att vi ska kunna bedöma följsamhet till avtalspunkten.

### *Åtgärd*

Ni ska inkomma med en redovisning över de åtgärder som genomfördes utifrån de brister som identifierades i egenkontrollen avseende avvikelseprocessen, och då specifikt utifrån brister gällande del 8 SoL-avvikelserna. Redovisningen ska även innehålla hur ni följt upp åtgärdernas effekt.

## **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
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Journal
- Dokumentation
- Myndighetsinformation
- Rutiner

Hanna Hernebring  
Avtalscontroller  
Enheten för uppföljning  
Myndighetsverksamheten  
Örebro kommun