

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Utförare: Örebro kommun, Nikolai 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 112/2021. 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.

Nikolai hemvård

Nikolai hemvård utför omvårdnad och service i Örebro kommun och har sina lokaler vid Järntorget.

Nikolai hemvård har cirka 90 kunder.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Nikolai hemvård ska upprätta en åtgärdsplan och åtgärda bristerna. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda de brister som redovisas i denna rapport samt tidplan och ansvarig för respektive åtgärd.

Nikolai hemvård ska senast den 12 oktober 2021 skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Krav på verksamhet och ledning

- Omvårdnadspersonal

Trygghetslarm

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 30 november 2021. Detta innebär att vi kommer be er att fylla i en ny kompetensinventeringsmall där andel personal som genomgått de obligatoriska utbildningarna samt andel omvårdnadspersonal som genomgått omvårdnadsprogram eller liknande framgår. Vi kommer även att genomföra en ny granskning av er dokumentation av larm.

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 och rapporteringsskyldighet

De brister som är mindre omfattning ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Enligt överenskommelse ska Nikolai 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

Enligt överenskommelsen ska ledningssystem för kvalitet innehålla rutiner för samverkan inom den egna verksamheten och med externa aktörer. Rutin för intern samverkan ska innehålla beskrivning av hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten samt vilka forum för samverkan som finns. Rutin för extern samverkan ska beskriva hur samverkan med kommunens nattorganisation och hälso- och sjukvårdsorganisation sker. 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.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med rutiner som beskriver hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten samt vilka forum som finns för den interna samverkan. Ni skulle även inkomma med rutin som beskriver hur samverkan sker med kommunens nattorganisation och med kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation.

Rutiner för samverkan inkom och granskades vidare utifrån innehåll. Samverkan och informationsöverföring inom den egna verksamheten sker genom daglig rapportering mellan omvårdnadspersonal och verksamhetsstödjare. Två gånger i veckan och vid behov deltar även enhetschef. En undersköterska är ansvarig för att läsa i Treserva. Verksamhetsstödjare rapporterar nya och förändrade uppdrag. Forum för samverkan inom den egna verksamheten är teamträff samt avvikelseträff en gång i veckan. En gång i månaden träffas ni i samband med arbetsplatsträffar. Sammankallande till dessa träffar är enhetschef. Samverkan med kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation sker genom att sjuksköterskor och arbetsterapeuter regelbundet besöker verksamheten. Utöver detta har verksamhetsstödjaren regelbunden kontakt med sjuksköterskor och

arbetsterapeuter genom telefon och via Treserva. Samverkan med nattorganisationen sker främst via Treserva, men vid behov även via muntlig rapportering. I rutinerna framgår tillvägagångssätt och ansvarsfördelning.

Enheten för uppföljning bedömer att rutinerna uppfyller krav i överenskommelsen.

Ledningssystem för kvalitet

- 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 även ha en rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra er verksamhet.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med rutinen som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser. Ni skulle även inkomma med en sammanställning över vilka riskanalyser ni genomfört det senaste året. Av sammanställningen ska framgå vilka riskanalyser som genomförts, anledning till att de genomfördes, vilka risker som identifierades samt vilka åtgärder som genomfördes utifrån riskerna samt hur verksamheten följt upp åtgärderna och dess effekt.

Vår granskning visar att det i rutinen och den tillhörande bilagan framgår hur verksamheten arbetar med riskanalyser, vem som ansvarar för att de genomförs och när verksamheten genomför riskanalyser. Sammanställningen visar att ni genomfört riskanalyser med anledning av Covid-19 och inför ändringar i verksamheten. Ni har även genomfört riskanalys på individnivå gällande sanitär olägenhet men den har ni på grund av sekretess inte bifogat. I sammanställningen av riskanalyser på verksamhetsnivå framgår anledningen till att riskanalyserna genomfördes och vilka risker ni har identifierat. Ni har vidtagit åtgärder utifrån de identifierade riskerna och även följt upp åtgärderna och dess effekt.

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller krav i överenskommelsen.

Ledningssystem för kvalitet

- Egenkontroller

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. Egenkontroller som genomförs ska dokumenteras. Enligt överenskommelsen ska ni utöver krav i föreskrifter även genomföra årliga egenkontroller av verksamhetens följsamhet till hygienriktlinjer, avvikelseprocessen och överenskommelsens krav på dokumentation. För arbetet med dessa egenkontroller ska upprättad rutin finnas.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med rutin som beskriver hur ni arbetar med egenkontroller. Ni skulle även inkomma med en sammanställning över de egenkontroller ni genomfört under de senaste 12 månaderna. Av sammanställningen ska det framgå vilka egenkontroller som genomförts, vilka

brister som eventuellt identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån bristerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt.

Granskning av den inskickade rutinen visar att ni genomför egenkontroller utifrån ett årshjul. I rutinen framgår ansvarsfördelning och tillvägagångssätt. Ni har även inkommit med årshjulet. Där framgår när ni genomför egenkontroll av dokumentation. Enligt överenskommelsen ska verksamheten genomföra egenkontroll även av följsamheten till riktlinjen *Basal hygien inom kommunal hälso-och sjukvård* samt till avvikelseprocessen.

Er sammanställning över de 12 senaste månadernas genomförda egenkontroller visar att ni genomfört de egenkontroller som kravställs i överenskommelsen. Det framgår vilka brister ni har identifierat, vilka åtgärder ni har genomfört utifrån bristerna och hur ni har följt upp åtgärderna och dess effekt.

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller krav i överenskommelsen.

Uppdraget

Enligt överenskommelsen ska verksamheten inom ramen för Socialtjänstlagen (SoL) ta emot och verkställa uppdrag efter beslut av biståndshandläggare. Uppdraget ska påbörjas senast 24 timmar efter mottagandet och vid behov kunna verkställas omgående. Vidare ska verksamheten inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ta emot uppdrag i form av fördelade och delegerade vårdplaner med hälso- och sjukvårdsåtgärder från legitimerade. För dessa processer ska upprättade rutiner finnas.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med rutiner som beskriver hur ni dagligen tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade uppdrag samt för genomförandet av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

I de granskade rutinerna framgår att ni tar emot nya och förändrade uppdrag via Treserva och att det är verksamhetsstödjare som kvitterar och fördelar insatsen. Vid nya uppdrag kontaktar verksamhetsstödjare kund/anhörig för planering av första besöket och ni påbörjar nya uppdrag senast inom 24 timmar eller omgående om det behövs. Vid förändrade uppdrag från biståndshandläggare ändrar verksamhetsstödjare kundens besöksplan. Vid nya och förändrade HSL-uppdrag är det verksamhetsstödjare som ansvarar för att besöksplanen utgår från aktuell vårdplan.

Enheten för uppföljning bedömer att rutinerna uppfyller krav i överenskommelsen.

Dokumentation

Enligt överenskommelse och riktlinje ska genomförandeplan påbörjas omgående och vara färdigställd senast 30 dagar efter mottaget uppdrag och uppdateras vid behov eller minst var sjätte månad. I genomförandeplanen ska beskrivning av hur och när uppdraget ska utföras för att tillgodose kundens behov och mål finnas. Dokumentation i verkställighetsjournalen ska utformas med respekt för kundens

integritet och personalen ska dokumentera när verkställighet påbörjas, händelser av betydelse och faktiska omständigheter.

Som en del i uppföljningen gjordes en granskning av 15 slumpmässigt utvalda kunders genomförandeplan och verkställighetsjournal i Treserva under den senaste 12-månadersperioden. Vår granskning visar att samtliga granskade kunder har en aktuell genomförandeplan. Genomförandeplanerna granskades sedan vidare utifrån innehåll och i samtliga framgår hur och när uppdraget ska genomföras för att tillgodose kundens behov och mål och kunden är delaktig i utformandet av hur insatsen ska utföras.

Vår granskning av 15 slumpmässigt utvalda kunders verkställighetsjournaler i Treserva under samma tidsperiod visar att det i 12 av dem framgår när verkställighet påbörjades, händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid. Det går att följa den individuella vård- och omsorgsprocessen och dokumentationen är utformad med respekt för kundens integritet. Sammantaget gör detta att verksamheten uppfyller krav i överenskommelse och *Riktlinje för social dokumentation inom SoL och LSS*.

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller krav i överenskommelsen.

Läkemedelshantering

Enligt överenskommelsen ska verksamheten följa uppdragsgivarens riktlinjer och rutiner för läkemedelshantering och rutin som beskriver hur läkemedel transporteras på ett säkert sätt samt hur läkemedel förvaras på ett säkert sätt innan de lämnas till kunder ska finnas upprättad.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med ovan nämnda rutin.

Vår granskning av den inskickade rutinen visar att verksamhetsstödjaren hämtar läkemedlen hos sjuksköterska och sedan på ett säkert sätt transporterar läkemedlen till verksamheten. Läkemedlen förvaras i ett låst skåp på verksamhetsstödjarens kontor tills dess att de lämnas till patient. I rutinen framgår även tillvägagångssätt och ansvarsfördelning.

Enheten för uppföljning bedömer att rutinen uppfyller krav i överenskommelsen.

Brister i kvalitetskrav

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

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Enligt överenskommelsen åligger det verksamheten att säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.

För att kunna bedöma hur stor andel av er personal som genomgått de obligatoriska utbildningarna bad vi er i samband med uppföljningen att inkomma med en ifylld kompetensinventeringsmall.

Vår granskning av denna inventering visar att av de 15 obligatoriska utbildningarna är det 4 som samtliga av verksamhetens personal genomgått. Utbildningen *Ett fall för teamet* har ingen av personalen genomgått och *Avvikelsehantering och klagomål i Treserva* har 9% av personalen genomgått.

Enheten för uppföljning bedömer att verksamheten inte uppfyller denna punkt i överenskommelsen.

För att uppfylla kravet behöver ni säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningarna.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan. I åtgärdsplanen ska framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda ovan nämnda brist samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Trygghetslarm

Enligt överenskommelsen ansvarar verksamheten för besvarande av trygghetslarm hos kunder med beslut om omvårdnad och trygghetslarm. Hantering och besvarande av trygghetslarm ska ske enligt *Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm*.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med er lokala rutin för hur hantering och besvarande av insatsen trygghetslarm sker utifrån riktlinjen.

Ni uppfyller delar av kraven inom denna punkt i överenskommelsen då vår granskning av denna rutin visar att tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgår. Rutinen innehåller beskrivning av hur ni hanterar och besvarar larm mellan klockan 07.00 och 22.00 samt vilken prioritetsordning ni använder er av om flera larm inkommer samtidigt. I rutinen framgår även hur ni samverkar kring larm med nattorganisationen, välfärdsteknik och med hemsjukvården. Efter det digitala mötet inkom ni med en reviderad version av rutinen där det även framgår vem som ansvarar för denna samverkan.

Inom ramen för denna punkt i överenskommelsen har vi även granskat er följsamhet till *Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm*. Detta har vi gjort genom att granska verkställighetsjournaler. Enligt riktlinjen ska den omvårdnadspersonal som besvarat ett larm dokumentera händelsen i kundens verkställighetsjournal i Treserva. Av dokumentationen ska orsak till larmet och vidtagna åtgärder framgå. När vi granskade verkställighetsjournalerna utgick vi från verksamhetens larmrapporter och det totala antalet mottagna larm för de tre senaste månaderna. Under denna period har mellan 35–41 kunder larmat per månad och ni har totalt för perioden mottagit 347 larm. Vi har granskat 10 % av dessa larm fördelat på 10 slumpmässigt utvalda kunder.

Ni uppfyller inte kraven som helhet inom denna punkt i överenskommelsen då vår granskning av verkställighetsjournalerna visar att endast 26% av de granskade larmen är dokumenterade enligt riktlinjen.

För att uppfylla kravet behöver ni dokumentera larminsatser i Treserva. Den omvårdnadspersonal som har besvarat ett larm, ska alltid efter åtgärdat larm dokumentera händelsen i kundens verkställighetsjournal. I dokumentationen ska orsak till larmet samt vidtagna åtgärder framgå. I de fall kontakt tagits med sjuksköterska ska även detta dokumenteras.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan. I åtgärdsplanen ska framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda ovan nämnda brist samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal

Enligt överenskommelsen ska minst 85% av omvårdnadspersonalen ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med en ifylld kompetensinventeringsmall.

Vår granskning av denna inventering visar att 60% av personalen genomgått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande.

För att uppfylla kravet behöver ni öka andelen av omvårdnadspersonalen som genomgått omvårdnadsprogrammet eller liknande.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan. I åtgärdsplanen ska framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda ovan nämnda brist samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Påpekande

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

Ledningssystem för kvalitet

- Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

För att kunna dra lärdom av det som hänt och vidta förebyggande insatser för att förhindra upprepning behöver ni på ett systematiskt sätt rapportera, utreda, analysera, åtgärda och följa upp avvikelser, klagomål och synpunkter. Enligt överenskommelsen ska ni följa Örebro kommuns *Riktlinje Avvikelser, Klagomål och Synpunkter*.

Inom ramen för denna uppföljning har vi granskat verksamhetens rapporterade och registrerade avvikelser. Granskningsperioden omfattar de senaste 12 månaderna, exklusive den senaste månaden. Vår granskning av avvikelseprocessen genomförs i tre delar. I första delen granskar vi om verksamheten har rapporterat och registrerat några avvikelser. I den andra delen granskar vi följsamheten till processen på en övergripande nivå och slutligen granskar vi följsamheten inom de olika stegen som ingår i processen.

Vår granskning visar att verksamheten har rapporterat och registrerat 64 avvikelser i Treserva under den aktuella perioden. När vi granskar följsamheten till processen på en övergripande nivå ser vi att samtliga rapporterade avvikelser är utredda och alla utom en är bedömda. Antalet rapporterade avvikelser som är åtgärdade är 15 och antalet uppföljda avvikelser är 13. Den sista delen av granskningen förutsätter att verksamheten följer processen på en övergripande nivå.

Då endast 13 av 64 rapporterade avvikelser följer samtliga steg i processen bedömer Enheten för uppföljning att ni inte uppfyller de krav som ställs i överenskommelse och riktlinje. Vi genomför därför inte granskning av följsamheten inom de olika stegen som ingår i processen.

Inom ramen för denna punkt i överenskommelsen har vi även granskat verksamhetens rapporterade och registrerade klagomål och synpunkter. Även denna granskningsperiod omfattar de senaste 12 månaderna, exklusive den senaste månaden. Vår granskning genomförs i två delar. I första delen granskar vi om verksamheten har rapporterat och registrerat några klagomål och synpunkter. I den andra delen granskar vi följsamheten till processen på en övergripande nivå.

Vår granskning visar att verksamheten inte har registrerat några klagomål eller synpunkter i Treserva och till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har inga klagomål eller synpunkter rapporterats gällande verksamheten under den aktuella perioden. Under samma period har två klagomål och synpunkter gällande verksamheten inkommit direkt till kommunen och dessa borde ni ha registrerat och hanterat i avvikelsemodulen.

Då vår granskning visar att det finns endast två rapporterade klagomål och synpunkter bedömer Enheten för uppföljning att underlaget är för litet för att kunna bedöma verksamhetens följsamhet till processen.

Vi har även granskat verksamhetens resultat i Socialstyrelsens senaste kundundersökning. Där visar resultatet att 67% av era kunder och dess anhöriga vet var de ska vända sig med klagomål och synpunkter. Det är högre andel än både för Örebro län och riket.

Vid det digitala mötet framkom att ni uppmuntrar era kunder att framföra synpunkter och klagomål och att ni oftast hanterar dessa direkt. Ni vill att kunder och anhöriga ska vara nöjda och tänker inte på att ni enligt avtal och riktlinje måste dokumentera inkomna klagomål och synpunkter.

Ni behöver säkerställa att verksamheten följer avvikelseprocessens samtliga steg. Det åligger chefen att personalen ges de rätta förutsättningarna för att vara delaktiga i detta arbete och att riktlinjen är känd och följs av samtliga medarbetare som berörs av den.

Enligt överenskommelsen ska ni i kommande kvalitetsberättelse beskriva hur verksamheten åtgärdat denna brist och vilka effekter åtgärderna gett.

Kvalitetskrav som inte följts upp

Hygien och förbrukningsartiklar

På grund av den, vid tiden för denna uppföljning, pågående Covid 19-pandemin har ett platsbesök med observation i verksamheten inte varit möjligt att genomföra. Detta gör att denna punkt inte följs upp inom ramen för denna uppföljning.

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
- Kundundersökning
- Myndighetsinformation
- Rutiner
- Tidigare uppföljningar

Cecilia Hamp
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun