

Vasa hemvård

Resultatuppföljning av kvalitetskrav

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskraven i er verksamhet. I samband med uppföljningen upptäcktes brister inom några av kvalitetskraven.

Vi har nu, utifrån de brister som tidigare identifierats, genomfört en resultatuppföljning där vi har tagit del av den åtgärdsplan som ni har skickat in samt följt upp de åtgärder som verksamheten beskrivit i åtgärdsplanen och vidtagit för att komma till rätta med bristerna.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att det fortfarande finns brist av mindre omfattning i verksamheten.

Beslut

Enheten för uppföljning beslutar att avsluta denna uppföljning då vi vid resultatuppföljningen sett en viss förbättring avseende nedanstående brist och har tagit beslut om att denna brist ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete.

Vi vill dock påpeka att bristen kvarstår om än i mindre omfattning.

2.5 Krav på verksamhet och ledning

- omvårdnadspersonal

Identifierade brister som bedömts vara av mindre omfattning ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Ni ska dokumentera hur verksamheten åtgärdat bristen vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett. Dokumentationen kan komma att begäras in.

Bedömning

Påpekande

Resultatuppföljningen visar att bristerna avseende följande kvalitetskrav har förbättrats men kvarstår om än i mindre omfattning och ska hanteras inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete enligt beslut ovan.

2.5 Krav på verksamhet och ledning

- omvårdnadspersonal

För att kunna bedöma hur stor andel av er personal som genomgått de obligatoriska utbildningarna ombads ni att inkomma med en ifylld kompetensinventeringsmall. Vår granskning av denna inventering visade att samtlig omvårdnadspersonal saknade 33 procent av de obligatoriska utbildningarna. Det handlade om 4 interaktiva utbildningar som personalen saknade helt: Manuell förflyttning och lyftkörkort, Treserva App, TES och Avvikelsehantering och klagomål. Vi bedömde att ni inte levde upp till kraven enligt denna punkt i överenskommelsen. Därför ombads ni att inkomma med en åtgärdsplan som skulle beskriva hur ni planerar uppnå kravet. Ni informerades även om att i samband med resultatuppföljning skulle vi begära in en uppdaterad kompetensinventering.

Vår granskning av denna inventering visar att gällande Treserva App, TES samt Avvikelsehantering och klagomål har all personal nu genomfört dessa utbildningar, vilket är en förflyttning från förra gången. Däremot saknas det fortfarande hos personalen Manuell förflyttning. Det är endast en av 26 medarbetare som genomfört denna interaktiva utbildning.

Bedömning

Vår bedömning är att era vidtagna åtgärder inte gett önskad effekt gällande utbildningen Manuell förflyttning och att bristen därmed kvarstår inom ovanstående avtalspunkt när det gäller manuell förflyttning. Ni ska fortsätta vidta åtgärder utifrån er åtgärdsplan för att komma till rätta med bristen.

Åtgärdade brister

Resultatuppföljningen visar att bristerna avseende följande kvalitetskrav har åtgärdats.

2.3 Trygghetslarm

Inom ramen för denna punkt i överenskommelsen granskade vi er följsamhet till riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm. Granskningen visade att endast 43 procent av de 130 granskade larm dokumenterade enligt riktlinjen. Verksamhetens rutin saknade information om hur ni behandlar kunder med skyddad identitet, saknades även upplysningar om hur verksamheten hanterar

större avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder och vem ansvarar för att rutinen följs.

Ni ombads att inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska åtgärda ovan nämnda brist samt en uppdaterad rutin.

Den inskickade rutinen har uppdaterats och numera innehåller samtliga efterfrågade delar enligt krav.

Enheten för uppföljning har även genomfört en ny granskning av er följsamhet till riktlinjen för perioden mellan oktober och december 2022.

Resultatet visar att 78 procent av de 45 granskade larm var dokumenterade enligt riktlinjen, vilket är en tydlig förbättring från förra granskningen.

Bedömning

Vår bedömning är att ni uppfyller nu kraven inom punkten 2.3 Trygghetslarm

3.4 Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan

Verksamheten hade ingen rutin för vare sig intern eller extern samverkan.

Ni ombads att upprätta och inkomma med dessa rutiner.

Enligt den inkomna rutinen sker internt samverkan via teamträffar, avvikelseträffar, dagliga driftmöten, arbetsplatsträffar, avstämningsmöten samt samverkansmöten. Det framkommer hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten.

Rutinen för extern samverkan beskriver samverkan med kunder, anhöriga och gode män, samt hur samverkan sker med myndighet och biståndshandläggare.

Den beskriver även hur samverkan sker med fysioterapeut både via rehabilitering i hemmet och vuxenhabiliteringen, regionen, välfärdsteknik, nattorganisationen, korttidsvård och andra samverkanspartners.

I rutinerna finns en tydlig ansvarsfördelning och beskrivning av utförandet.

Bedömning

Vår bedömning är att ni uppfyller nu kraven inom denna punkt i överenskommelsen.

- Riskanalyser

Då ni saknade både rutin och sammanställning av någon genomförd riskanalys gick det inte att granska er följsamhet till krav inom denna punkt i överenskommelsen. Därför ombads ni att inkomma med en åtgärdsplan som

skulle beskriva hur ni planerar åtgärda ovan nämnda brist. Ni ombads även att inkomma med en upprättad rutin som beskriver hur verksamheten kommer att arbeta med riskanalyser.

Den inskickade rutinen innehåller en tydlig information om hur Vasa hemvård ska genomföra riskanalyser för förändringar i organisationen som skulle kunna innebära att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar, föreskrifter och styrdokument. Det finns även en tydlig ansvarsfördelning och instruktion av utförandet.

Bedömning

Vår bedömning är att ni uppfyller nu kraven inom denna punkt i överenskommelsen.

- Egenkontroller

Då ni saknade både rutin och sammanställning av någon genomförd egenkontroll gick det inte att granska er följsamhet till krav inom denna punkt i överenskommelsen. Därför ombads ni att inkomma med en åtgärdsplan som skulle beskriva hur ni planerar åtgärda ovan nämnda brist. Ni ombads även att inkomma med upprättade rutiner som beskriver hur verksamheten kommer att arbeta med egenkontroller samt en sammanställning av genomförda egenkontroller för: basal hygien, dokumentation och avvikelshantering.

De inskickade rutinerna beskriver tydligt hur verksamheten ska arbeta med egenkontroller i fortsättning. Det är tydligt vad rutinerna avser och vem som gör vad.

Bedömning

Vår bedömning är att upprättade rutiner för egenkontroll innehåller efterfrågade delar enligt krav.

Sammanställning av genomförda egenkontroller

- Basal hygien

Egenkontroll genomfördes den 9 och 10 november 2022.

Identifierade brister: personalen använder inte alltid skyddskläder enligt riktlinjen.

Vidtagna åtgärder: genomgång av granskningsresultatet samt riktlinjen gällande användning av skyddskläder på APT 2 veckor efter.

Uppföljning av åtgärder och en ny egenkontroll genomfördes i januari 2023.

Resultatet visade att medarbetarna har fått större insikt i området ”skyddskläder” då majoriteten av medarbetarna svarar att de använder skyddskläder i de fem olika situationer som beskrivs i enkäten "Lätt att göra rätt".

- Dokumentation

Egenkontrollen genomfördes den 5 december 2022.

Identifierade brister: brister i språket förekommer ofta och kvaliteten på språket varierar. Osäkerhet hos vissa medarbetare när det ska dokumenteras.

Vidtagna åtgärder: gruppdiskussioner gällande brister i dokumentation som identifierades av Enhetens för uppföljningens granskning; genomgång av

rutiner och riktlinjer för social dokumentation; åtta medarbetare startar en språkkartläggning. Därefter ska det inledas en utbildningsinsats för att stötta medarbetarna som behöver hjälp med svenska språket.

Uppföljning är planerad att genomföra kontinuerligt under hela 2023.

- Avvikelseprocessen

Egenkontrollen genomfördes den 8 november 2022.

Identifierade brister: 6 av 15 granskade avvikelser inte har bedömts fullständigt, de saknar aktuella åtgärder.

Vidtagna åtgärder: enheten är medveten om sina brister och ska fortsätta att arbeta systematiskt kring avvikelshantering. En ny egenkontroll är planerad under början av 2023.

Bedömning

De genomförda egenkontrollerna visar att ni nu arbetar med och kan redovisa genomförda egenkontroller. Vår bedömning är att ni nu uppfyller kraven inom denna punkt i överenskommelsen.

- Utredning av avvikelser, synpunkter och klagomål

I samband med uppföljningen och i syfte att se om verksamheten följer avvikelseprocessens alla steg: rapportera, utreda, bedöma, åtgärda och följa upp granskade vi verksamhetens rapporterade och registrerade avvikelser.

Granskningen visade att endast 52 procent av de 175 rapporterade avvikelserna i Treserva de senaste 12 månaderna följde samtliga steg i avvikelseprocessen.

Vår bedömning var att ni inte levde upp till kraven inom denna punkt i överenskommelsen, då registreringen av avvikelser inte genomfördes enligt Riktlinjen Avvikelser, klagomål och synpunkter.

Ni ombads att inkomma med en åtgärdsplan som skulle beskriva hur ni planerar uppnå kravet. Ni informerades även om att i samband med resultatuppföljning skulle vi genomföra en ny granskning av registrerade avvikelser, klagomål och synpunkter i Treserva avvikelsemodulen.

Ny granskning för perioden 1 oktober till och med 31 december 2022 visar att det har rapporterats totalt 61 händelser. Av dessa är 14 bedömda som avvikelser och har därefter registrerats enligt riktlinjen, det vill säga följer samtliga steg i avvikelseprocessen.

Gällande registrerade synpunkter och klagomål finns endast två rapporterade sådana under samma period. Ett av de har senare kategoriserats som avvikelse och har behandlats efter det. Det andra klagomålet är utrett, bedömt, åtgärdat och uppföljt enligt Riktlinjen Avvikelser, klagomål och synpunkter.

Underlaget bedöms som vid förra uppföljning vara för litet för att kunna bedöma hur ni arbetar med följsamhet till utredning av klagomål och

synpunkter.

Bedömning

Vår bedömning är att ni uppfyller nu kraven inom denna punkt i överenskommelsen.

3.6 Uppdraget

I samband med uppföljningen inkom ni med er rutin som endast beskrev hur ni tar emot och planerar för uppdrag med hälso- och sjukvårdsinsatser från legitimerade. Det framgick inte hur vårdplaner från hälso- och sjukvårdspersonal tas emot, planeras för, utförs och dokumenteras. Det saknades även information om hur ni tar emot och verkställer uppdrag efter beslut av biståndshandläggare. Vår bedömning var att rutinen behövde kompletteras.

De nya upprättade rutinerna: "Mottagande av vårdplan" och "Rutin för mottagande av uppdrag Sol" beskriver hur verksamheten tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade uppdrag efter beslut av biståndshandläggare samt hur vårdplaner från hälso- och sjukvårdspersonal tas emot, planeras för, utförs och dokumenteras.

Bedömning

Vår bedömning är att ni uppfyller nu kraven inom denna punkt i överenskommelsen.

3.7 Dokumentation

Som en del i uppföljningen genomförde vi en granskning som visade att endast 50 procent av de 30 granskade verkställighetsjournalerna uppfyller ställda krav. Vi uppmärksammade flera långa uppehåll i dokumentationen, vilket gjorde det omöjligt att följa den individuella vård- och omsorgsprocessen. Ni ombads att inkomma med en åtgärdsplan som skulle beskriva hur ni planerar åtgärda bristen kopplat till löpande dokumentation i verkställighetsjournalerna.

I samband med resultatuppföljning har vi genomfört en ny granskning av social dokumentation för perioden 2022-10-01 till 2023-01-23. Granskningen visar att 87 procent av de 15 granskade verkställighetsjournalerna uppfyller krav i överenskommelsen. Det framgår när verkställighet påbörjades, händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid. Dokumentationen är utformad med respekt för kundens integritet samt att det framgår vad som faktiskt genomförs och hur situationen ser ut för kunden.

Bedömning

Vår bedömning är att ni uppfyller nu kraven inom denna punkt i överenskommelsen.

3.14 Läkemedelshantering

I samband med uppföljningen inkom ni med er rutin för läkemedelshantering där det framgick hur läkemedel som inte lämnas ut direkt till kund förvaras så inte obehöriga kommer åt det. Dock framgick det inte av rutinen vilka i verksamheten som anses vara behöriga att få tillgång till medicinerna. Ni ombads att inkomma med en åtgärdsplan samt en uppdaterad rutin.

Rutinen har kompletterats och innehåller numera information om att endast delegerad omvårdnadspersonal får ta hand om läkemedel som tillfälligt förvaras i verksamhetens lokal. Därmed innehåller rutinen för läkemedelshantering alla efterfrågade delar enligt krav.

Bedömning

Vår bedömning är att ni uppfyller nu kraven inom denna punkt i överenskommelsen.

Yuri Yanez
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun