

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Örebro kommun, Almby hemvård

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i basuppdrag Vov 1211/2023. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång var tredje år enligt riktlinje för avtals- och verksamhetsuppföljning, Voo 938/2023.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

Almby hemvård

Almby hemvård utför omvårdnad och service i Ladugårdsängen, Sörby, Sörbyängen, Almby och Ekeby-Almby. Almby hemvård samarbetar i dagsläget med Marka hemvård och har ett bra utbyte av varandra gällande bemanning vilket gynnar båda verksamheterna. Legitimerad personal finns i samma lokaler för ovan nämnda verksamheter. Almby hemvårds arbetsstyrka består av enhetschef, administratör som delas med Marka hemvård, 30 tillsvidareanställda omvårdnadspersonal och mellan 15 – 20 aktiva timvikarier.

Almby hemvård har cirka 270 kunder inklusive kunder med endast larminsats.

Bedömningsöversikt

Kvalitetskrav		
Krav på verksamhet och ledning		Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet
Trygghetslarm		Uppdraget
Krav på verksamhet och ledning-omvårdnadspersonal		Dokumentation
Samverkan		Hygien och förbrukningsmaterial
Riskanalyser		Läkemedelshantering
Egenkontroller		

Bedömningskriterier

Uppfyller kravet

Uppfyller inte kravet

Metod

I samband med kvalitetsuppföljningen har Avtalscontrollers inom Enheten för uppföljning begärt in och granskat underlag gällande de kvalitetskrav som specificeras i basuppdrag. Uppföljningen har även innefattat inhämtade data från berörda myndigheter samt en granskning i verksamhetssystem gällande dokumentation och avvikelshantering. Som en del i uppföljningen har också ett platsbesök genomförts som innefattade observation av vissa av verksamhetens utrymmen samt samtal med personal.

Underlaget ligger till grund för det beslut som Enheten för uppföljning fattat i denna rapport.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet. För att se till att er verksamhet bedrivs enligt mål, riktlinjer, lag och annan författning i enlighet med 6 kap. 6 § KL, ska ni åtgärda dessa brister. Enheten för uppföljning vill ta del av er åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda de brister som redovisas i rapporten samt tidplan och ansvarig för respektive åtgärd, se bifogad mall. Skicka er åtgärdsplan till eggetval@orebro.se senast den **21 oktober 2024**. Denna rapport samt er åtgärdsplan kommer att publiceras på orebro.se

Bedömningen är att ni brister inom följande kvalitetskrav:

2.5 Krav på verksamhet och ledning

- obligatoriska utbildningar
- utbildningskraven för omvårdnadspersonal

2.3 Trygghetslarm

3.4 Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan
- Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

3.7 Dokumentation

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att ni uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Ledningssystem för kvalitet - Riskanalyser

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet 	<p>Verksamhetens rutin: Rutin riskanalys</p> <p>Fråga vid platsbesök: 240918</p>

Bedömning

Den inskickade rutinen innehåller information om bland annat när riskanalyser genomförs i verksamheten samt syftet med dessa. Både tillvägagångsätt och ansvarsfördelning är väl beskrivna i rutinen.

Vid platsbesöket framgick att den senaste riskanalysen gällde förändring av arbetsschema. Riskanalysen gjordes av enhetschefen tillsammans med skyddsombud. Resultatet presenterades sedan på arbetsplatsträffen, med möjlighet för medarbetarna att komma med synpunkter.

Bedömningen utifrån ovanstående är att ni uppfyller kraven enligt denna punkt i basuppdraget.

Ledningssystem för kvalitet - Egenkontroller

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin för och årligen genomföra egenkontroll avseende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verksamhetens följsamhet till riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i> • Verksamhetens följsamhet till avtalspunkt <i>Dokumentation</i> • Verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i <i>Riktlinje Avvikelse, Klagomål och synpunkter</i> 	<p>Inskickad sammanställning av egenkontroller genomförda under de senaste 12 månaderna</p> <p>Verksamhetens rutin: Information om egenkontroller</p>

Bedömning

Verksamhetens rutin ”Information om egenkontroller” är tydlig och beskriver både tillvägagångsätt och ansvarsfördelning. Rutinen innehåller även länkar till olika mallar och metodstöd.

Inskickad sammanställning av genomförda egenkontroller beskriver identifierade brister och vidtagna åtgärder. Uppföljning av åtgärderna och dess effekt har däremot inte hunnits med på grund av hög arbetsbelastning.

Den sammantagna bedömningen utifrån ovanstående är att ni har en fungerande rutin och ett systematiskt arbete kring egenkontroller och därför bedömer vi att ni uppfyller kraven enligt denna punkt i basuppdraget, dock behöver ni genomföra den kvarstående uppföljning av vidtagna åtgärder och dess effekt snarast möjligt.

Uppdraget

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur utföraren dagligen tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade uppdrag 	<p>Verksamhetens rutin: Rutin för mottagande av uppdrag gällande Almby hemvård</p>

- Hur utföraren dagligen tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsinsatser

Bedömning

De inskickade rutinerna innehåller samtliga efterfrågade delar enligt krav. Det framgår ett tydligt tillvägagångssätt och ansvarsfördelning.

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

Läkemedelshantering

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur läkemedel transporteras på ett säkert sätt och förvaras oåtkomligt för obehöriga efter att de hämtats ut till dess att de lämnas till patient 	<p>Verksamhetens rutin: ”Rutin för förvaring och hantering av läkemedel, Almby hemvård”</p> <p>Observation vid platsbesök 2024-09-18</p>

Bedömning

Rutinen är tydlig vad den avser och innehåller samtliga kravställda delar, dvs att det framgår hur läkemedel hämtas ut och transporteras samt förvaras oåtkomligt för obehöriga i låst läkemedelsskåp inne i grupplokalen.

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

Hygien och förbrukningsmaterial

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska även uppfylla följande krav:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tillhandahålla skyddsutrustning till personalen. • Tillhandahålla arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i>. • Ha tillgång till hygienombud i verksamheten 	<p>Observation vid platsbesök 2024-09-18</p> <p>Kompetensinventering Antal hygienombud: 1</p>

Bedömning

Vid rundvandring observerades att det finns arbetskläder för dagligt ombyte och de skickas på cirkulationstvätt. Engångsförkläden och material för en god handhygien förvaras i förråd i anslutning till hemvårdslokalen.

Bedömningen utifrån ovanstående är att ni uppfyller kraven enligt denna punkt i basuppdraget.

Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren brister i nedanstående kvalitetskrav.

Trygghetslarm

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en lokal rutin för hur hantering och besvarandet av insatsen trygghetslarm ska ske utifrån riktlinje ”utförandet av insatsen trygghetslarm”. Rutinen ska beskriva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tillvägagångssätt och ansvarig för hantering av larmbesvarandet mellan kl. 07.00-22.00 • Hur samverkan ska ske med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik och hemsjukvården. • Hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder samtidigt. • Hur utförare behandlar kunder med skyddad identitet. <p>Utföraren ska även uppfylla följande krav:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Den omvårdnadspersonal som har besvarat ett larm, ska alltid efter åtgärdat larm dokumentera händelsen i kundens verkställighetsjournal i Treserva. I dokumentationen ska det finnas orsak till larret samt vidtagna åtgärder. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verksamhetens rutin ”Lokal rutin för larmhantering” och ”Hantering av trygghetslarm inom hemvården” • Larmloggar för de senast tre månaderna: maj – juli 2024 • Granskning av dokumentation gällande 75 larm i Treserva.

Bedömning

De inskickade rutinerna är tydliga vad de avser. Det finns en tydlig ansvarsfördelning och beskrivning av utförandet, men tiden som framgår i rutinen och som ni ansvarar för uttryckning och besvarande av trygghetslarm hos kunder mellan 07.00-21.45 stämmer inte med basuppdraget. Enligt basuppdraget ansvarar utföraren för uttryckning och åtgärder med anledning av larm mellan kl.07.00-22.00.

Granskningen av er följsamhet till Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm när det gäller dokumentation vid besvarande av larm visar att endast 18 av 75 slumpmässigt granskade larminsatser är dokumenterade enligt riktlinjen.

Den sammantagna bedömningen är att ni brister i denna punkt i basuppdraget.

Krav på verksamhet och ledning – obligatoriska utbildningar

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utförarens personal ska genomgå de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.</p>	<p>Kompetensinventering Andel personal som genomgått utbildningarna: Basala hygienrutiner i vård och omsorg: 67 % Manuell förflyttning/lyftkörkort: 67%</p>

Mat, måltid och nutrition: 12%
Palliativ utbildning: 51%

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i basuppdraget. För att uppfylla kravet behöver ni säkerställa att all personal genomgår följande obligatoriska utbildningar: Basal hygienrutiner i vård och omsorg, Manuell förflyttning/lyftkörkort, Mat, måltid och nutrition samt Palliativ utbildning.

Krav på verksamhet och ledning - omvårdnadspersonal

Krav som följs upp

Minst 85 % av all omvårdnadspersonal ska ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande

Underlag till bedömning

Kompetensinventering
Andel utbildad omvårdnadspersonal: 51%

Bedömning

Kompetensinventeringen visar att endast 51% av samtlig personal som arbetar med omvårdnad har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. Bedömningen är därmed att ni inte uppfyller kraven enligt denna punkt i basuppdraget.

Ledningssystem för kvalitet - Samverkan

Krav som följs upp

Utföraren ska ha en rutin som beskriver:

- Hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom egna verksamheten samt vilka forum för samverkan som finns inom den egna verksamheten.

Underlag till bedömning

Verksamhetens rutin: "Rutin för kommunikation Almbym hemvård"

Bedömning

Den inskickade rutinen beskriver hur kommunikationen sker mellan personal samt mellan personal och kunder, dock framgår inte vilka eventuella forum som finns i verksamheten.

Bedömningen är att rutinen behöver kompletteras och därför brister ni i denna punkt i basuppdraget.

Ledningssystem för kvalitet - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Krav som följs upp

Utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter.

Underlag till bedömning

Granskning av rapporterade

Utföraren ska även:

- Informera om och möjliggöra för den enskilde och anhöriga att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till Örebro kommun.
- Informera och utbilda personal om rapporteringsskyldigheten

avvikelser i Treserva från perioden 230708 - 240708

Granskning av klagomål/synpunkter i Treserva från perioden 210708 - 240708

Frågor på platsbesök 240918

En Lex Sarah anmälan som rapporterats till IVO under perioden 210816 - 240816.

29 Klagomål/synpunkter registrerade i W3D3 (kommunens ärendehanteringssystem) från perioden 210708 - 240708

Socialstyrelsens kundundersökning (2023)

- Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet?
Andel positiva svar Almbys hemvård 63% (riket 61%)

Bedömning

Granskning av rapporterade händelser i Treserva visar att av 138 rapporterade händelser är 30 bedömda som ingen avvikelse, 64 är ej hanterade, dvs tomma. Endast 13 av registrerade avvikelser följer hela avvikelseprocessen som beskrivs i Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter.

Gällande klagomål och synpunkter är det bara 7 av 27 registrerade klagomål och synpunkter som följer samtliga steg i avvikelseprocessen.

Den sammantagna bedömningen är att ni inte uppfyller kraven gällande avvikelsehantering då många avvikelser och klagomål inte följer hela processen som beskrivs i Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter.

Dokumentation

Krav som följs upp

Genomförandeplaner ska:

- Upprättas omgående och vara färdigställd senast 30 dagar efter mottaget uppdrag
- Följas upp och upprättas tillsammans med kunden vid behov och minst var sjätte månad
- Beskriva hur och när uppdraget ska utföras för att tillgodose kundens behov och mål
- Innehålla information om individens delaktighet

Underlag till bedömning

Granskning av 37 genomförandeplaner samt 20 verkställighetsjournaler i Treserva

Granskningsperiod: 2023-08-07 och 2024-08-07

- Innehålla namngiven kontaktperson

Observation vid platsbesök
2024-09-18

I dokumentationen som förs i verkställighetsjournalen ska:

- Det finnas dokumentation av händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid
- Den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas i dokumentationen. Dvs. det ska gå att följa vad som faktiskt genomförs och hur situationen ser ut för kunden utifrån dennes ansökan, behov och genomförandet av beslutade insatser
- Vara utformad med respekt för kundens integritet

Social dokumentation om kund som finns utanför verksamhetssystemet ska förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen.

Bedömning

Granskningen av kunders genomförandeplaner i Treserva visar att 20 av de 37 granskade planerna var aktuella och innehöll relevant information utifrån krav.

Granskningen av social dokumentation i verkställighetsjournaler visar att 15 av 20 granskade verkställighetsjournaler uppfyller ställda krav.

Observation vid platsbesök

Ingen information med personuppgifter ligger framme, dock meddelar enhetschef att de brukar ha information på whiteboard. Verksamheten behöver säkerställa att obehöriga inte kan se eller komma in i kontoret. Exempelvis ett lås på dörren skulle vara en lösning på detta.

Den sammantagna bedömningen är att ni brister i denna punkt i basuppdraget.

Yuri Yanez
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun