Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Utförare: DreamCare

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet.
Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i det avtal verksamheten tecknat med Örebro kommun Vov 428/2024 och Voo 723/2024. 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.

DreamCare

DreamCare har varit valbara utförare av omvårdnads- och servicetjänster i Örebro kommun sedan sommar 2024. De tog emot sina första kunder i slutet av november samma år. Denna uppföljning är den första som Enheten för uppföljning genomför sedan verksamhetens startade.
Verksamheten har idag 50 medarbetare och ca 100 kunder i dagsläget. Besöken sker med bil men det finns även kunder som bor på cykel- och gångavstånd.

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 avtal. Uppföljningen har även innefattat inhämtade data från berörda myndigheter samt en granskning i verksamhetssystem gällande dokumentation och avvikelsehantering. Som en del i uppföljningen har också ett platsbesök genomförts, platsbesöket 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 och beslutar därmed att utföraren ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda de brister som redovisas i denna rapport samt tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Utföraren ska **senast den 25 juni 2025** skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se

Bedömningen är att ni brister inom följande kvalitetskrav:

- **2.12 Krav på verksamhet och ledning - obligatoriska utbildningar och omvårdnadspersonal**
- **2.7 Trygghetslarm**
- **3.4 Ledningssystem för kvalitet**
  - Egenkontroller
- **3.14 Läkemedelshantering**

Med anledning av ovanstående brister ska ni skicka in följande handlingar:

- Uppdaterad rutin för hur hantering och besvarandet av insatsen trygghetslarm ska ske utifrån *"Riktlinje för utförandet av insatsen trygghetslarm"*
- Uppdaterad rutin som beskriver hur verksamheten arbetar med egenkontroller
- En sammanställning av genomförda egenkontroller av dokumentation och avvikelser, klagomål/synpunkter, samt en beskrivning av uppföljning av åtgärder gällande egenkontroll av basal hygien.
- Uppdaterad kompetensinventeringsmall

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se **senast den 8 september 2025.**

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 8 september 2025. Detta innebär att vi kommer att granska dokumentation av larminsatser och samtliga begärda handlingarna.

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.

Ledningssystem för kvalitet - Samverkan

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
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.	Verksamhetens rutin: ”Samverkan”

Bedömning
Rutinen innehåller information om hur daglig samverkan sker, vilka mötesforum som finns och hur samverkan sker mellan arbetspass och under arbetsdagen.
Rutinen innehåller samtliga kravställda delar i avtalet.
Vår bedömning är att ni uppfyller kraven inom denna punkt i avtalet.

Ledningssystem för kvalitet - Riskanalyser

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utföraren ska ha en rutin som beskriver: • Hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet	Verksamhetens rutin: ”Riskanalys - Rutin”

Bedömning
Rutinen är tydlig vad den avser och innehåller samtliga kravställda delar i avtalet. Vår bedömning är att ni uppfyller kraven inom denna punkt i avtalet.

Ledningssystem för kvalitet - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter. 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.	Granskning av rapporterade avvikelser i Treserva från de senaste 12 månaderna Granskning av klagomål/synpunkter i Treserva från utförarens start (juli 2024).

• Informera och utbilda personal om rapporteringsskyldigheten	Frågor på platsbesök 2025-06-02 Inga klagomål, synpunkter och Lex Sarah som rapporterats till IVO från utförarens start. Inga klagomål/synpunkter registrerade i W3D3 (kommunens ärendehanteringssystem) från utförarens start

Bedömning
Granskningen av avvikelser i Treserva visar att verksamheten registrerat 18 händelser totalt. Alla händelser bedömds som avvikelser och följer samtliga steg i avvikelseprocessen, dvs är utredda, bedömda, åtgärdade och uppföljda. Bedömningen utifrån ovanstående är att ni lever upp till kraven enligt denna punkt i avtalet.

Granskningen av klagomål/synpunkter i Treserva visar att det under samma period inte registrerats några klagomål eller synpunkter. Då det saknas underlag går det inte att bedöma er följsamhet till *Riktlinjen Avvikelser, Klagomål och synpunkter* gällande klagomål och synpunkter. Vid platsbesöket framgick att omvårdnadspersonalen är bättre på att rapportera och registrera avvikelser än klagomål och/eller synpunkter. Enligt ledningen har all personal fått utbildning i rapporteringsskyldigheten. Information till kunder om var de kan vända sig med klagomål och synpunkter ges både muntligt och skriftligt. Utföraren har även ett visselblåsarsystem på hemsidan med möjlighet att rapportera anonymt.

Uppdraget

Krav som följs upp	**Underlag till bedömning**
Utföraren ska ha en rutin som beskriver: • Hur utföraren dagligen tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade uppdrag • Hur utföraren dagligen tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsinsatser	Verksamhetens rutin ”Rutin – Nytt och förändrade uppdrag”

Bedömning
Rutinen beskriver allt från att utföraren får in ett uppdrag via Treserva till planering och genomförande av kundbesöket samt uppföljning. Rutinen innehåller även information om ansvarsfördelning samt tillvägagångsätt. Vår bedömning är att ni uppfyller kraven inom denna punkt i avtalet.

Dokumentation

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Genomförandeplanen 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 • Innehålla namngiven kontaktperson **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.	Granskning av 16 verkställighetsjournaler samt 16 genomförandeplaner i Treserva Observation vid platsbesök 2025-04-14 Granskningsperiod: 240414 - 250414

Bedömning
Granskningen av totalt 16 slumpmässigt utvalda kunders genomförandeplaner och verkställighetsjournaler i Treserva visar att 15 granskade planer är aktuella. Det framgår i dem hur och när uppdraget ska utföras för att tillgodose kundens behov.

Granskningen av social dokumentation i verkställighetsjournaler under samma period visar att samtliga granskade verkställighetsjournalerna uppfyller ställda krav. Vid platsbesöket observerades ingen dokumentation utanför verksamhetssystem, och enligt uppgift från ledningen förekommer ingen sådan dokumentation
Vår sammanlagda bedömning är att ni uppfyller kraven enligt denna punkt i avtalet.

Hygien och förbrukningsmaterial

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utföraren ska även uppfylla följande krav: • Tillhandahålla skyddsutrustning till personalen. • Tillhandahålla arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen *Basal hygien inom kommunal vård och omsorg*. • Ha tillgång till hygienombud i verksamheten	Observation vid platsbesök 2025-06-02 Kompetensinventering Antal hygienombud: 1

Bedömning
Utifrån vår observation på plats bedöms ni tillhandahålla skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial till personalen enligt riktlinjen för basal hygien. Ni har även hygienombud i verksamheten.
Bedömningen utifrån ovanstående är att ni uppfyller kraven enligt denna punkt i avtalet.

Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren brister i nedanstående kvalitetskrav.

Krav på verksamhet och ledning – obligatoriska utbildningar

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utförarens personal ska genomgå de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.	Kompetensinventering Andel personal som genomgått utbildningarna: Basala hygienrutiner i vård och omsorg (årligen): 31% Demens ABC: 69% IBIC: 24% Manuell förflyttning/lyftkörkort: 67% Palliativ utbildning: 41% Mat, måltid och nutrition: 79% SBAR: 87% Treserva: 98% Treserva App: 98% TES: 98% Avvikelsehantering: 98% Vardagsrehabilitering: 93%

Bedömning
Granskningen visar att andel personal som genomgått följande utbildningar: Basal hygienrutiner, Demens ABC, IBIC, Manuell förflyttning och Palliativ utbildning är för låg. Enheten för uppföljning bedömer att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i avtalet. För att uppfylla kravet behöver ni säkerställa att all personal genomgår samtliga obligatoriska utbildningar.

Åtgärd
Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur ni planerar uppnå kravet. I åtgärdsplanen ska det framgå tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. I samband med resultatuppföljningen kommer vi att begära in en uppdaterad kompetensinventering.

Krav på verksamhet och ledning - omvårdnadspersonal

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Minst 85 % av all omvårdnadspersonal ska ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande	Kompetensinventering Andel utbildad omvårdnadspersonal: 54%

Bedömning
Granskningen visar att endast 54% av personal som arbetar med omvårdnad har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten inte uppfyller krav på andel utbildad personal.

Åtgärd
Ni ska inkomma med en åtgärdsplan där ni beskriver hur ni ska arbeta framåt med rekrytering och kompetensutveckling för att säkerställa att omvårdnadspersonal som lägst ska ha vård- och omsorgsutbildning eller motsvarande. Inför resultatuppföljningen kommer vi begära in en ny kompetensinventering.

Trygghetslarm

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
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: • 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. **Utföraren ska även uppfylla följande krav:** • 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 larmet samt vidtagna åtgärder.	• Verksamhetens rutin ”Hantering av lar - rutin” • Larmloggar för januari-mars 2025 • Granskning av dokumentation gällande 30 larm i Treserva.

Bedömning
Den inskickade rutinen saknar information om samverkan med gruppen för välfärdsteknik och hemsjukvården. Det saknas även information om hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder samtidigt och hur utförare behandlar kunder med skyddad identitet. Enligt rutinen ska samverkan med nattorganisation ske bara om kunden inte vistas hemma. Detta ska rapporteras till nattpersonal, men det saknas beskrivning om hur kontakten sker.

Granskningen av er följsamhet till *Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm* när det gäller dokumentation vid besvarande av larm visar att av 30 slumpmässigt granskade larminsatser är 83% dokumenterade enligt riktlinjen.

Den sammantagna bedömningen är att ni delvis brister i denna avtalspunkt. Ni dokumenterar era larm i tillräcklig omfattning men rutinen saknar några av de kravställda delar.

Åtgärd
Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur ni planerar uppnå kravet. I åtgärdsplanen ska det framgå tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. I samband med resultatuppföljningen kommer vi att begära in en uppdaterad rutin för hantering och besvarandet av insatsen trygghetslarm.

Ledningssystem för kvalitet - Egenkontroller

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utföraren ska ha en rutin för och årligen genomföra egenkontroll avseende: • Verksamhetens följsamhet till riktlinjen *Basal hygien inom kommunal vård och omsorg* • Verksamhetens följsamhet till avtalspunkt *Dokumentation* • Verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i *Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter*	Inskickad sammanställning av egenkontroller genomförda under de senaste 12 månaderna Verksamhetens rutin ”Rutin – Egenkontroll avvikelser, dokumentation, basal hygien”

Bedömning
Rutinen innehåller information om ansvarsfördelning samt beskriver vad som ska göras. Däremot saknas det beskrivning av hur egenkontrollerna genomförs, det vill säga vilken metod och vilket urval som används, samt hur ofta de ska genomföras.

Sammanfattning av genomförda egenkontroller:
- **Basal hygien** - identifierades brist, vidtagits åtgärder, uppföljningen saknas
- **Genomförandeplaner** – ingen beskrivning
- **Löpande dokumentation i verkställighetsjournaler** - beskrivningen besvarar inte frågorna i sammanställningen.
- **Avvikelseprocessen** - samma som ovan

Åtgärd
Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur ni planerar uppnå kravet. I åtgärdsplanen ska det framgå tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. I samband med resultatuppföljningen kommer vi att begära in en sammanställning av genomförda egenkontroller av dokumentation och avvikelser. Ni ska beskriva tydligt brister som identifieras, vilka åtgärder som har vidtagits utifrån identifierade brister samt hur ni har följt upp vidtagna åtgärder och dess effekt. Ni ska även bifoga en beskrivning av uppföljning av åtgärder gällande egenkontroll av basal hygien.

Läkemedelshantering

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utföraren ska ha en rutin som beskriver: • Hur läkemedel transporteras på ett säkert sätt och förvaras oåtkomligt för obehöriga efter att de hämtats ut till dess att de lämnas till patient	Verksamhetens rutin ”Läkemedelshantering” Observation vid platsbesök 2025-06-02

Bedömning
Rutinen innehåller en tydlig beskrivning av läkemedelshantering och följer *Riktlinje för läkemedelshantering i kommunal Hälso- och sjukvård i Örebro län*. Vid platsbesöket noterades att läkemedel som inte kan lämnas till kund samma dag ska kunna förvaras i ett låst skåp i verksamhetens lokaler. Det framkom att både delegerad och icke delegerad personal har tillgång till nyckeln, vilket strider mot riktlinjen.

Åtgärd
Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur ni planerar uppnå kravet. I åtgärdsplanen ska det framgå tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. I samband med resultatuppföljningen kommer vi att genomföra ett besök hos er för att se hur ni har åtgärdat bristen.

Yuri Yanez
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun