

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Utförare: Örebro Omsorg

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i det avtal Sov 444/2021 servicetjänster och Sov 464/2021 omvårdnadstjänster ni tecknat med Programnämnd social välfärd Örebro kommun. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång var tredje år på uppdrag av Programnämnd Social välfärd samt ett år efter uppstart.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

Örebro Omsorg

Örebro Omsorg har varit verksamma i Örebro kommun sedan april 2021. Örebro Omsorg uppger att de kunnat växa i lagom takt under de månader de varit verksamma och har i dagsläget 37 anställda samt 40 kunder. Deras lokaler ligger centralt i Örebro och de har kunder utspritt över hela Örebro kommun.

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 tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska senast den **3 maj 2022** skicka in åtgärdsplanen till eggetval@orebro.se Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

- Krav på verksamhet och ledning - omvårdnadspersonal
- Läkemedelshantering

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den **15 juni 2022**. Detta innebär att vi kommer följa upp era åtgärder utifrån kompetens och läkemedel.

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.

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 avvikelser och rapporteringsskyldighet

Identifierade brister ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Ni ska dokumentera hur verksamheten åtgärdat de brister vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett. Dokumentationen kan komma att begäras in.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar
Enligt avtalet ska utföraren säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningarna som kommunen tillhandahåller.

I samband med uppföljningen ombads ni att skicka in en ifylld kompetensinventeringsmall där det ska framgå vilka av de obligatoriska utbildningar som personalen genomgått, vilket ni gjort. Av kompetensinventeringen framgår att ni har totalt 37 personal varav 4 jobbar inom ledning- och administration. Av de 12 utbildningarna som är obligatoriska framgår att samtlig personal har genomfört alla utbildningar även ledningen. Vid platsbesöket berättar ni att det är en del av introduktionen att genomgå utbildningarna, de återfinns i en checklista hos er för att säkerställa att alla går. På platsbesöket framkommer även att ni jobbar med kompetensutveckling enligt ett århjul, där ni varje år ser över vilket utbildningsbehov som finns för gruppen men även för enskilda medarbetare. Ni ger ett exempel att viss personal har genomgått webbutbildningen Demens ABC plus då de jobbat mycket med personer med demensproblematik.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att Örebro Omsorg uppfyller avtalets krav på att all personal ska ha genomgått de obligatoriska utbildningarna.

Trygghetslarm

Enligt avtal ska utföraren följa *Riktlinjen för utförande av insatsen trygghetslarm*. Utföraren ska ha en rutin som beskriver tillvägagångssätt och hantering av trygghetslarm mellan 07.00-22.00. Rutinen ska beskriva hur informationsöverföring med nattorganisationen sker, hur larm från personer med skyddad identitet behandlas samt hur större brott i larmkedjan hanteras. Samarbete med kommunens grupp för välfärdsteknik och hemsjukvården ska också beskrivas i rutinen. Enligt riktlinjen ska alla åtgärdade/besvarade larm dokumenteras i kundens verkställhetsjournal.

I samband med uppföljningen ombads ni skicka in er rutin, vilket ni har gjort. Vid granskning av er rutin för hantering och besvarande av trygghetslarm framkommer en tydlig arbetsfördelning med instruktioner kring arbetsuppgifter

och arbetsgång. Ansvarsfördelningen kring besvarande av larmen framkommer också i rutinen, då det finns en ansvarig larmgrupp med en arbetsledare som är utsedd av verksamhetens ledning. Rutinen beskriver tillvägagångssätt av hur larmen besvaras och dokumenteras mellan 07.00 och 22.00. Rutinen tar också upp hur samverkan med nattorganisationen fungerar, hur man agerar vid driftstörningar, samverkan med välfärdsteknik och hemsjukvården samt hur personer med skyddad identitet hanteras. Vid platsbesök berättar ni att larmhantering alltid är en utmaning då det alltid är oplanerat, ni uppger även att ni inte har någon specifik larmgrupp i dagsläget utan att larmtelefonen bemannas av någon på kontoret som åker ut på larmet eller delegerar vidare till övrig personal utifrån vad som fungerar bäst för verksamheten.

Utöver rutinen har vi även granskat följsamheten till riktlinjen utifrån om samtliga mottagna larm dokumenteras i verkställighetsjournal. Vi har utgått från larmloggar för perioden december 2021 till februari 2022 där totalt 32 larm har larmats ut till er för åtgärd. Av dessa har vi slumpmässigt valt ut 10 larm hos 8 individer och genomfört en dokumentationsgranskning. Granskningen visar att 8 av de 10 larmen finns dokumenterade där det både framgår orsak till larmet samt vidtagna åtgärder.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att Örebro Omsorg uppfyller de krav som ställs i avtalet då er rutin innehåller krävda delar samt att dokumentation av utförd larminsats finns i tillräckligt stor omfattning.

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan

Enligt avtal ska det finnas rutin för daglig samverkan och informationsöverföring i den egna verksamheten, forum för samverkan i den egna verksamheten, samverkan med nattorganisationen för planering över dygnet och samverkan med hälso- och sjukvårdsorganisationen.

I samband med uppföljningen ombads ni skicka in er rutin, vilket ni har gjort.

Följande rutiner har inkommit:

- Rutin intern samverkan
- Rutin extern samverkan
- Rutin samverkan med andra utförare
- Rutin samverkan med hälso- och sjukvårdsorganisationen
- Rutin samverkan med nattorganisationen

Vi har granskat de insända rutinerna utifrån dess innehåll, det framgår vad rutinen avser, det finns ansvarsfördelning dels för själva rutinen, dels vem i organisationen som gör vad samt hur det ska göras. Rutinen för intern samverkan beskriver olika mötesformer samt hur ni får och ger information internt. Rutinen för extern samverkan ger exempel på aktörer ni samverkar med samt på vilka sätt samverkan kan ske, ni lyfter även vikten av samtycke från den enskilde. Rutinen för samverkan med andra utförare, hälso- och sjukvårdsorganisationen samt nattorganisationen beskriver även de hur ni tar kontakt, företrädesvis via verksamhetssystem, dels vad ni gör om ni uppfattar att mottagaren inte tagit emot

meddelande. Rutinerna beskriver även när vissa saker ska göras samt viktiga kontaktvägar och vad som ska förmedlas och när.

Vid platsbesök berättar ni att all personal börjar varje arbetspass med en rapport och genomgång med vad man behöver veta. Ni berättar även att ni genomför teamträffar utifrån kundens behov vilket innebär att ibland sker de i mindre grupper där inte alla medverkar.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att de insända rutiner motsvarar de krav som finns i avtalet och ger förutsättningar för att samverkan ska fungera både i er egen verksamhet och med samarbetspartners och andra aktörer.

Ledningssystem för kvalitet - **Riskanalyser**

Enligt avtal så ska utföraren ha en rutin gällande riskanalyser. Rutinen ska innehålla en beskrivning av hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet.

Inför kvalitetsuppföljningen begärde vi in er rutin samt en sammanställning över genomförda riskanalyser från de senaste 12 månaderna. Vi har granskat er rutin och de två insända riskanalyserna.

I er rutin för riskanalys beskriver ni vad en riskanalys är, varför den görs, hur den ska göras, när den ska göras och vem som är ansvarig. Rutinen tar också upp vilka praktiska steg som ska göras vid en riskanalys och när det är befogat att göra en riskanalys. En processkarta som beskriver analysprocessen finns också.

Två riskanalyser gjordes under 2021 som ni har skickat in. Riskanalyserna berörde covidsmitta och oro för ny personal (vikarie). Av riskanalyserna framkommer anledningen till att riskanalyserna gjordes, vilka risker som har identifierats och vilka åtgärder som har vidtagits. Riskanalyserna har också följts upp.

Vid platsbesöket lyfts frågan om verksamheten använder mer än en metod för riskanalyser då de genomförda och metoden som beskrivs inte helt stämmer överens när det gäller konsekvens och sannolikhet. Ni uppger att ni använder en metod för riskanalyser, men ska titta på varför de dokumenterade riskanalyserna inte använder samma begrepp. På fråga framkommer att vem som helst i verksamheten kan initiera ett behov av riskanalys. Enhetschef och verksamhetschef för en dialog kring om och när det ska genomföras utifrån uppkomna situationer. Ni berättar att riskanalyser lyfts på APT eller på teamträffar då det för er innebär ett sätt att förbättra verksamheten och driva den framåt.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att er rutin och de insända riskanalyserna motsvarar de krav som ställs i avtalet.

Ledningssystem för kvalitet

- Egenkontroller

Enligt avtal ska utföraren regelbundet genomföra egenkontroller i den egna verksamheten. Med egenkontroll menas att på ett systematiskt sätt följa upp och utvärdera den egna verksamheten. Egenkontroller ska vara dokumenterade. Avtalet krävställer att ni ska ha rutiner för och årligen genomföra egenkontroller av verksamhetens följsamhet till Riktlinjen för basal hygien, följsamhet till punkt 3.7 Dokumentation samt följsamhet till Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter.

I samband med uppföljningen har vi begärt in er rutin för hur ni arbetar med egenkontroller samt en sammanställning över de egenkontroller ni genomfört under året. Ni har inkommit med:

- Egenkontroll av dokumentation - Blankett
- Egenkontroll av följsamhet till Basala hygienrutiner
- Rutin för egenkontroll - Avvikelser
- Rutin för egenkontroll - Dokumentation och avvikelser
- Sammanställning av genomförda 2021

Vi har granskat era insända rutiner, *Egenkontroll av följsamhet till Basala hygienrutiner*, *Rutin för egenkontroll – Avvikelser*, *Rutin för egenkontroll - Dokumentation och avvikelser* samt blankett och sammanställning. Rutinerna har lite olika uppbyggnad då en av rutinerna även innehåller granskningsblankett medan en annan har den separat. Rutiner och bifogade blanketter beskriver tillsammans vem som har det övergripande ansvaret, hur och hur ofta ni ska göra egenkontroller, vem som ska göra vad, vad som ska göras samt vad sammanställningar och analyser ska innehålla. Er insända sammanställning beskriver när ni genomfört de olika egenkontrollerna vilka framgångsfaktorer och utvecklingsområden ni sett samt vilka åtgärder ni har vidtagit.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller kraven i avtalet då ni har en rutin för egenkontroller samt att ni genomfört de tre krävställda egenkontrollerna och beskriver hur ni jobbat med resultatet.

Uppdraget

Enligt avtalet ska utföraren ha en rutin som beskriver hur ni dagligen tar emot och planerar genomförandet av nya samt förändrade uppdrag. Det ska också finnas en rutin som redogör för mottagande, planering och genomförande av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

I samband med uppföljningen ombads ni skicka in er rutin, vilket ni gjort. Vi har granskat er rutin utifrån dess innehåll. Er rutin innehåller en beskrivning av hur ni dagligen tar emot och planerar för genomförande av nya och förändrade uppdrag. Rutinen beskriver att verksamhetsansvarig utser en ansvarig person som alltid tar emot, kvitterar, planerar genomförandet av nya och förändrade uppdrag enligt socialtjänstlagen, men också nya och förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder. En beskrivning finns som berör kontakten med kund och vem som ansvarar och dokumenterar mottagande av uppdrag/åtgärder och uppföljning.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller kraven i avtalet då er rutin beskriver vem som är ansvarig och hur ni dagligen tar emot och planerar genomförandet av nya och förändrade uppdrag/åtgärder enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen.

Dokumentation

Enligt avtalet ska en genomförandeplan påbörjas omgående och vara färdigställd senast 30 dagar efter mottaget uppdrag. Genomförandeplanen ska beskriva hur och när uppdraget ska utföras för att tillgodose kundens behov samt innehålla mål. Genomförandeplanen ska uppdateras vid behov eller minst var sjätte månad. I verkställighetsjournalen ska personal dokumentera när verkställighet påbörjas, händelser av betydelse och faktiska omständigheter. Dokumentationen ska utformas med respekt för kundens integritet, det ska gå att följa vad som faktiskt genomförs och hur situationen ser ut för kunden utifrån behov och genomförandet av beslutade insatser.

Vi har genomfört en granskning av genomförandeplaner och dokumentation i verkställighetsjournal hos 10 slumpmässigt utvalda kunder. Granskningen visar att 8 av 10 har en aktuell genomförandeplan d v s att den är upprättas och inte är äldre än 6 månader samt innehåller mål och delmål. I genomförandeplan går att utläsa vad som ska göras när hos kund samt kundens delaktighet vid upprättandet. Vid granskning av kundens verkställighetsjournal framgår i samtliga (10) journaler händelser av betydelse och det går att följa insatserna och kundens situation över tid.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller kraven i avtalet gällande dokumentation då 8 av 10 har aktuella genomförandeplaner och att det i verkställighetsjournal går att utläsa händelser av betydelse samt följa insatser och kundens behov över tid.

Hygien och förbrukningsmaterial

Enligt avtal ska verksamheten följa arbetsmiljöverkets föreskrift om *Smittrisker* AFS 2018:4 samt de riktlinjer och föreskrifter som finns inom *Basal hygien inom vård och omsorg*. Utföraren ska även tillhandahålla arbetskläder, skyddsutrustning och engångsmaterial så att riktlinjer och föreskrifter följs.

För att följa upp denna punkt i avtalet genomfördes en rundvandring och observation i verksamhetens lokaler.

Ni uppger att arbetskläderna skickas på kemtvätt vid behov eller minst varannan vecka. Det finns kläder för dagligt ombyte, arbetskläderna förvaras i uppmärkta, torra och dammfria skåp i anslutning till ett konferensrum. Toalett med dusch används som omklädningsrum och beskrivs fylla funktionen för omklädningsrum. Skåp för inlåsning av personliga tillhörigheter finns att tillgå. Förbrukningsmaterial såsom, handskar, handsprit och munskydd finns lättillgängligt i lokalerna och fylls på hos kund vid behov. Inköp sker en dag i veckan via Hygienshoppen.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller kravet i avtalet då ni kan visa på hur ni arbetar med att följa de föreskrifter och riktlinjer som finns för basal hygien och förbrukningsmaterial.

Brister i kvalitetskrav

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

Krav på verksamhet och ledning - omvårdnadspersonal

Enligt avtal ska minst 85 % av personalen som jobbar med omvårdnad ha gått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande. I samband med uppföljningen ombads ni att skicka in en ifylld kompetensinventeringsmall vilket ni har gjort. Av kompetensinventeringen framkommer att samtlig personal (ej ledning och administration) 33, jobbar med omvårdnad. Av dessa har 21 genomgått utbildning omvårdnadsprogrammet eller motsvarande. Detta innebär att 64 % av personalen som jobbar med omvårdnad har rätt utbildning.

Vid platsbesök berättar ni att just nu genomgår 5 personal validering som beräknas vara klart v 20, 2022. Denna validering skulle vara genomförd under hösten 2021 men utbildaren hade då inte tillstånd att genomföra valideringen. Ni uppger att det är en utmaning att få tag på bra personal, men har inte haft några större problem med rekrytering. På fråga uppger ni att ni inte tagit del av satsningen inom äldreomsorgslyftet, men att ni tagit del av informationen inför kommande termin.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att Örebro Omsorg inte når upp till kravet i avtalet på att 85 % av personalen som jobbar med omvårdnad ska ha utbildning omvårdnadsprogrammet eller motsvarande vilket bedöms som en brist. Ni gör redan nu en satsning för att höja utbildningsnivå genom validering. Ni ska utöver det i åtgärdsplan beskriva åtgärdsaktiviteter, ansvarig och tidsplan för hur ni ska arbeta för att nå upp till kravet enligt avtalet.

Läkemedelshantering

Enligt avtalet ska verksamheten följa kommunens riktlinjer och rutiner för läkemedelshantering, verksamheten ska även ha en lokal rutin för läkemedelshantering, den ska innehålla en beskrivning av hur utföraren säkerställer en säker läkemedelshantering som beskriver transport och förvaring.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med er lokala rutin vilket ni har gjort. Rutinen innehåller en beskrivning av hur läkemedel hämtas ut och transporteras till kund på ett säkert sätt. Det framgår också hur ni i era lokaler möjliggör att låsa in och förvara läkemedlen som inte lämnas direkt till kund. Det framkommer även en ansvarsfördelning.

Vid platsbesök visas hur läkemedel förvaras, det finns ett mindre låsbart kylskåp för läkemedel som behöver kyla samt ett skåp, som inte är låst, där övriga

läkemedel kan förvaras i väntan på leverans till kund. Verksamheten berättar att det inte är så ofta läkemedel förvaras hos dem utan att de lämnas direkt till kund samt att lokalen kräver behörighet för att komma in i.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att Örebro Omsorgs delvis uppfyller kravet då rutinen för läkemedelshantering uppfyller det som kravställ om transport och förvaring. Däremot framkommer vid observation i lokalerna att läkemedelsskåpet inte är låst. Enligt riktlinje *Ordination och hantering av läkemedel* ska läkemedel förvaras i rum eller skåp som är låsbart och endast behörig personal ska ha tillgång. Nuvarande förvaring kan innebära att personer som inte är behöriga dvs saknar delegering kan komma åt eventuella läkemedel som förvaras där. Ni ska i åtgärdsplan beskriva åtgärdsaktiviteter, ansvarig och tidsplan för att säkerställa att läkemedel som förvaras i er lokal förvaras på ett sådant sätt som följer ovan nämnda riktlinje.

Påpekande

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

Ledningssystem för kvalitet

- Utredning avvikelser och rapporteringsskyldighet

Enligt avtal ska ni ha en rutin för hur avvikelse i form av händelser synpunkter och klagomål hanteras, ni ska följa riktlinjen Avvikelse, Klagomål och synpunkter.

För att se er följsamhet till riktlinjen har vi genomfört en granskning av er hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter i Treserva samt har ställt fråga till IVO om de mottagit några klagomål eller Lex Sarah anmälningar de senaste 12 månaderna.

För att bedöma er följsamhet till riktlinjen har en granskning genomförts av registrerade händelser (avvikelse) i Treserva. Granskningsperioden omfattar april 2021 t o m 2022-03-14. Granskning på en övergripande nivå, visar att ni registrerat 18 händelser i avvikelsemodulen, att 17 av dem är utredda, 5 är bedömda, 3 är åtgärdade och 2 är uppföljda. Två av de registrerade händelserna (avvikelse) är av er bedömda som avvikelser och är de som följt hela processen till avslut.

Vi har tittat djupare på de två avvikelser som följt hela processen dvs är avslutade. Granskningen visar att i dessa två har ni följt processen på ett korrekt sätt och dokumenterat både åtgärder och uppföljning. Vi har även tittat djupare på ytterligare 5 rapporterade händelser där ni bedömt att det inte är en avvikelse, ni har där utrett och dokumenterat så även dessa går att följa. Endast ett fåtal rapporterade händelser är avslutade trots att de bedöms inte vara en avvikelse.

Enligt riktlinjen ska rapporterade händelser (avvikelse) dokumenteras i verkställighetsjournal. Vi har granskat 9 rapporterade händelser, vi kan hitta att 5

av de 9 är dokumenterade i journal men det framgår inte i journalen att det är rapporterade i avvikelsemodulen.

I kontakten med IVO framkommer inga klagomål med koppling till er verksamhet. Ni har själva uppgett att nu tagit emot 8 synpunkter och klagomål under 2021, dessa återfinns inte i avvikelsemodulen och det kan därför inte bedömas om de följt processen utreda, bedöma, åtgärda och följa upp. På platsbesöket framkommer att de klagomål/synpunkter som inkommit lösts direkt och har därför inte registrerats, de har heller inte berört verksamheten i stort eller haft koppling till kund.

Ni har skickat in Rutin för utbildning i Rapporteringsskyldighet samt Rutin för att delge kunden om att lämna synpunkter direkt till kommunen. Rutin för rapporteringsskyldighet beskriver hur ni jobbar med utbildning vid nyanställning och fortlöpande, vilka utbildningar som personal ska gå samt muntlig och skriftlig information. Rutinen beskriver även uppföljning och hur ni följer upp kompetensbehovet. I Rutin för att lämna synpunkter framgår hur och när det informeras, var informationen finns, vilken broschyr som ska användas, hur ni är behjälpliga samt att Örebro Omsorg gärna tar emot synpunkter, idéer och förslag direkt till sig.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att i de fall ni bedömt att det är en avvikelse följer ni processen på ett korrekt sätt. Ni har även dokumenterat i de händelser som inte bedöms som en avvikelse vilket gör att även de kan följas. Vi kan dock se att rapporterade händelser inte alltid journalförs eller att det inte framgår att de är rapporterade som en händelse (avvikelse). Ni tilldelas ett påpekande vilket innebär att ni behöver fortsätta jobba med hela processen från rapportering till avslut. Att tilldelas ett påpekande innebär att bristen är av mindre omfattning och att ni får åtgärda bristen inom ert eget kvalitetsarbete.

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 platsbesök i verksamheten.

Underlag för bedömning:

- Intervju
- Observation
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Journal
- Dokumentation
- Myndighetsinformation
- Rutiner

Jeanette Birgersson
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun