Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Örebro kommun, Karlslund hemvård

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i basuppdrag Voo 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.

Karlslund hemvård

Karlslund hemvård utför omvårdnad och servicetjänster i Vintrosa och Karlslund. Verksamheten har runt 147 kunder varav en del endast har insatsen trygghetslarm. Personalstyrkan består av ca 30 medarbetare. Verksamheten beskriver personalgruppen som en av styrkorna och deras förmåga att se och bemöta de olika kundernas behov. Utmaningen under våren 2024 är rekrytering till vakanta schemarader. Enheten för uppföljning har senast följt upp kvalitetskrav i verksamheten i slutet av 2020, Sov 740/2020.

Bedömningsöversikt

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar		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 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. 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 som innehåller aktiviteter för att åtgärda de brister som redovisas i denna rapport samt tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Senast **den 15 maj 2024** ska ni 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**
- **Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet**

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

- Uppdaterad rutin för hantering av trygghetslarm
- En rutin som beskriver ert arbete med avvikelser, klagomål och synpunkter. I rutinen ska det även framgå hur ni samverkar när flera yrkeskategorier är inblandade i utredningen.

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast den **30 september 2024.**

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den **30 september 2024**. Detta innebär att vi kommer granska era inkomna handlingar, dokumentation av larm och uppdaterad kompetensinventering.

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. • Hur samverkan sker med biståndshandläggare, kommunens nattorganisation och legitimerad personal inom Regionen och kommunen, välfärdsteknik, andra utförare, korttidsenheter och eventuellt andra aktörer.	*Rutin intern och extern samverkan,* *Rutin rapport mellan dag och kvällspersonal* *Rutin för teamträffar, rev 230512*

Bedömning
Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller kravet. Era rutiner beskriver den interna samverkan och informationsöverföring. Rutiner beskriver även er externa samverkan och innehåller de aktörer som kravställs.

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	*Riskanalys på Karlslund hemvård* Samtal på platsbesök

Bedömning
Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller kravet. Era rutiner beskriver hur ni arbetat med riskanalyser för att systematisk förbättra verksamheten, vid samtal på platsbesöket beskrevs sommarbemanning och schemaändring och som exempel på några av de senaste analyserna som genomförts. Arbetet med riskanalyser lyfts både i den lokala arbetsmiljögruppen och vidare på arbetsplatsträffar för att inte missa eventuella risker.

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 *punkt 3.7 dokumentation* • Verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i *Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter*	*Sammanställning underlag inför kvalitetsuppföljning Omvårdnad.* *Rutin egenkontroll avvikelse,* *Rutin egenkontroll basal hygien,* *Rutin genomförandeplan och dokumentation*

Bedömning
Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller kravet. Ni har rutiner för att årligen genomföra de kravställda egenkontrollerna. Ni har genomfört dessa tre det senaste året och har då identifierat brister, planerat åtgärder och följt upp åtgärdernas effekt.

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	*Rutin mottagande uppdrag*

Bedömning
Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller kravet. Er rutin beskriver hur verksamheten tar emot nya och förändrade uppdrag. Den beskriver även planering och genomförande av dessa uppdrag.

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 • Den omvårdnadspersonal som utför insatsen hos kund är den som i första hand ska anteckna i kundens verkställighetsjournal **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	Granskning av 30 verkställighetsjournaler under perioden 230325-240326 samt 30 genomförandeplaner i Treserva. Observation vid platsbesök

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 förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen	

Bedömning
Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni har följsamhet till kravet. Granskningen av genomförandeplaner visar att 86% är aktuella och har information om hur stödet praktiskt ska genomföras under hela dygnet, de boendes delaktighet framgår och alla har en namngiven kontaktperson. Granskning av verkställighetsjournaler visar att det i 77 % framgår händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid. Det går att följa hur situationen ser ut för individen och vad som genomförts.
Vid rundvandring i lokalen observeras ingen social dokumentation utanför verksamhetssystemet som inte förvaras i enlighet med gällande lagstiftning.

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 *Sammanställning underlag inför kvalitetsuppföljning Omvårdnad*

Bedömning
Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller kravet då det dels under observation i lokaler framgår att verksamheten tillhandahåller skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial till personalen i tillräcklig omfattning enligt riktlinjen för basal hygien. Dels framgår det i sammanställning att verksamheten har hygienombud.

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	*Rutin Läkemedelshantering Karlslund hemvård.docx* Observation vid platsbesök

Bedömning
Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller kravet. Er rutin beskriver hur läkemedel hämtas och transporteras till lokalen och till och från kund på ett säkert sätt. Det framgår även hur mediciner förvaras oåtkomligt i verksamhetens lokaler och att endast delegerad personal får hantera läkemedel. Under platsbesök styrks detta genom observation av medicinskåp och beskrivning av hantering. Personal använder Siths-kort för att öppna skåpet.

Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren brister i nedanstående kvalitetskrav.

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.	• *Rutin trygghetslarm, rutin larmhantering bilaga* • Granskning i verksamhetssystem Treserva gällande dokumentation av larminsats. • Larmloggar för januari, februari och mars då 383 larmloggar mottagits, av dessa har 39 slumpmässigt utvalda granskats.

Bedömning
Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni brister i kravet, dels saknar er ruin en beskrivning av hur verksamheten samverkar med nattorganisationen, hur ni hanterar större avbrott i larmkedjan som påverkar flera kunder samtidigt, och innehåller endast hantering av mottagande till kl. 21,45. Dels visar granskning av larmloggar att endas 36 % av mottagna larm finns dokumenterade.

- Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen gällande rutinen, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. I samband med resultatuppföljningen kommer vi att granska er uppdaterade rutin.

- Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen avseende dokumentation av larm, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. I samband med resultatuppföljningen kommer vi återigen att granska mottagna larm och dokumentation av dessa.

Krav på verksamhet och ledning

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utförarens personal ska genomgå de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.	*Sammanställning underlag inför kvalitetsuppföljning Omvårdnad.xlsx*

Bedömning
Enheten för uppföljning bedömer att ni brister i kravet då er personal inte genomfört de obligatoriska utbildningarna i tillräcklig omfattning. Utbildningen i basal hygien har 51% genomfört, IBIC 39%, Mat, måltider 58%, Palliativ utbildning 55%, SBAR 55% Treseva app 0%, TES 0%, Avvikelsehantering 0% och vardagshabilitering 46%. Övriga utbildningar har genomförts i tillräcklig omfattning.

- Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. I samband med resultatuppföljningen kommer vi att begära in en ny 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	*Sammanställning underlag inför kvalitetsuppföljning Omvårdnad.xlsx*

Bedömning
Enheten för uppföljning bedömer att ni brister i kravet då endast 53% har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

- Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. I samband med resultatuppföljningen kommer vi att begära in en ny kompetensinventering.

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 ha en rutin som beskriver: • Tillämpning av Örebro kommuns riktlinjer gällande avvikelser, klagomål och synpunkter. • Hur samverkan sker vid avvikelsehantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredningen av en händelse.	Granskning av rapporterade händelser i Treserva under perioden 230215–240214 Granskning av rapporterade klagomål och synpunkter i Treserva under perioden 210215–240214 Information från IVO Klagomål/synpunkter i W3D3 (kommunens ärendehanteringssystem) Socialstyrelsens kundundersökning och frågan ”vet du vart du ska vända dig om du vill framföra klagomål eller synpunkt på din hemtjänst” uppger 48% att de gör detta.

Bedömning
Granskningen visar det under aktuell period rapporterats 156 händelser. Av dessa är 90% utredda, 74 % bedömda, 74 % åtgärdade och 56% uppföljda. Det finns 24 händelser som inte hanterats alls. I samtal på platsbesök framgår att alla registrerade händelser lyfts på teamträffar där både omvårdnad och legitimerad personal deltar. Under träffen diskuteras bedömningar och åtgärder. På platsbesöket ställs frågor kring de ohanterade händelserna och det framgår då att dessa inte uppmärksammats i verksamhetens egenkontroller. Framåt behöver dessa identifieras och hanteras.

Granskningen av rapporterade klagomål och synpunkter visar att det finns 11 rapporterade under granskningsperioden. Av dessa är 100% utredda, 88% bedömda, 88% åtgärdade och 88% uppföljda.

Sammantagen bedömning:
Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni brister i kravet då ni inte hanterar era avvikelser i tillräcklig omfattning. De är i tillräcklig omfattning utredda, men inte bedömda, åtgärdade eller uppföljda. Ni saknar även en rutin för hur ni arbetar med avvikelser, klagomål och synpunkter som följer Örebro kommuns riktlinje. Rutinen ska även beskriva hur samverkan sker vid avvikelsehantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredningen av en händelse.

- Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen gällande er rutin, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. I samband med resultatuppföljningen kommer vi att granska er rutin.

- Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen avseende er hantering av avvikelser i processens olika steg, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. I samband med resultatuppföljningen kommer vi att återigen granska era rapporterade händelser.

Hanna Hernebring
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun