

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Utförare: Örebro kommun, Marka 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.

Marka hemvård

Utför omvårdnad och service i Örebro kommun och ligger belägen i samma lokaler som Ängens vårdboende och vårdcentral. Det arbetar cirka 27 personal som är uppdelade i tre team. Enheten jobbar mot flera olika områden i Örebro. Marka hemvård har cirka 108 kunder.

Bedömningsöversikt

Kvalitetskrav			
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 avvikelshantering. 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. Vi vill ta del av åtgärdsplanen senast den 20 maj. Skicka den till egetval@orebro.se

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

- **Trygghetslarm**
- **Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**
- **Krav på verksamhet och ledning – omvårdnadspersonal**
- **Ledningssystem för kvalitet - Samverkan**
- **Uppdraget**
- **Dokumentation**
- **Läkemedelshantering**

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

- Komplettera nuvarande rutin för besvarande och hantering av trygghetslarm så att den innehåller samtliga kravställda delar som beskrivs i riktlinje ”utförandet av insatsen trygghetslarm”.
- Komplettera rutin för samverkan så att den överensstämmer med hur den dagliga samverkan och informationsöverföringen sker i verksamheten samt innehåller en tydlig ansvarsfördelning. Rutinen ska även innehålla den samverkan med fysioterapeut som beskrivs på platsbesöket.
- Komplettera rutin för uppdraget så att den beskriver hur verksamheten alla veckans dagar(måndag-söndag) tar emot och planerar för nya och förändrade uppdrag samt vem som ansvarar för detta.
- Komplettera rutin för läkemedel med beskrivning av hur läkemedel förvaras oåtkomligt för obehöriga efter att de hämtats ut till dess att de lämnas till patient.
- Ifylld kompetensinventering

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast 2 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 2 september 2024. Detta innebär att vi kommer:

- Genomföra en granskning i verksamhetssystem Tresa avseende dokumentation av larminsats.
- Genomföra en granskning av genomförandeplaner avseende dokumentation om individens delaktighet.
- Granska kompetensinventering utifrån obligatoriska utbildningar och omvårdnadspersonalens kompetens.
- Granska inkomna rutiner

Bedömning

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, Marka hemvård, Larmhantering” • Larmloggar för de senast tre månaderna (januari-mars) • Granskning i verksamhetssystem Treserva gällande dokumentation av larminsats.

Bedömning

Verksamheten uppfyller inte kravet då granskning i verkställighetsjournal visar att endast 51% av verksamhetens besvarade larm under de senast tre månaderna finns dokumenterad i verkställighetsjournal med orsak och åtgärder. Vidare saknar verksamhetens rutin följande kravställda delar:

- Att larm hanteras mellan kl. 07.00-22.00
- Hur samverkan ska ske med nattorganisationen och gruppen för välfärdsteknik
- Hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder samtidigt
- Hur utförare behandlar kunder med skyddad identitet

Lagar, förordningar, riktlinjer och 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 (% anger antal personal som genomgått utbildningen)</p>

Bedömning

Verksamheten uppfyller inte kravet då följande obligatoriska utbildningar inte genomgått i tillräcklig omfattning av personalen:

- Basala hygienrutiner i vård och omsorg (0 %)
- Individens behov i centrum, IBIC (26 %)
- Vardagsrehabilitering (17%)
- Demens ABC (52 %)
- Manuell förflyttning/lyftkörkort (38 %)
- Mat, måltid och nutrition (14 %)
- Palliativ utbildning (18 %)
- SBAR (34 %)

Utbildning i Treserva, Treserva APP, TES och Avvikelsehantering har samtlig personal genomgått.

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

Bedömning

Verksamheten uppfyller inte kravet då endast 44 % av all omvårdnadspersonal har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. Vid platsbesöket framkommer att verksamheten arbetar aktivt med detta och har för tillfället en personal som validerar och tre som går kompetenslyftet.

Ledningssystem för kvalitet - Samverkan

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	Verksamhetens rutin ” Lokal rutin, Marka hemvård, samverkan

Bedömning

Verksamheten uppfyller inte kravet då deras rutin inte överensstämmer med hur den dagliga samverkan och informationsöverföringen sker i verksamheten. På platsbesöket beskriver personalen hur överrapporteringar/informationsöverföring sker, både planerad och vid behov. De beskriver också vilket ansvar funktion har för informationsöverföring. Inget av detta framgår av verksamhetens rutin. Vidare beskriver verksamheten att samverkan med fysioterapeut sker via e-post och ger varje exempel på när detta sker. Även detta saknas i verksamhetens rutin.

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 • Hur utföraren dagligen tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsinsatser 	<p>Verksamhetens rutin ” Lokal rutin, Marka hemvård, nya och förändrade uppdrag”</p>

Bedömning

Verksamheten uppfyller inte kravet då deras rutin inte beskriver hur de dagligen tar emot nya och förändrade uppdrag. Verksamhetens rutin beskriver bara hanteringen dagtid, måndag till fredag. På platsbesöket framkommer att det kan ske utskrivningar från sjukhus under kvällar och helg men även att de kan få förändrade uppdrag från sjuksköterskan. Hur dessa uppdrag tas emot och planeras för framgår inte av rutinen.

Dokumentation

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Genomförandeplanen ska:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>I dokumentationen som förs i verkställighetsjournalen ska:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen 	<p>Granskning av:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 32 genomförandeplaner • 32 verkställighetsjournaler <p>Observation vid platsbesök</p>

Bedömning

Verksamheten uppfyller inte kravet på dokumentation då granskningen visar att de inte i tillräcklig omfattning dokumenterar information om individens delaktighet i genomförandeplanerna. Detta saknades i 37% av de granskade genomförandeplanerna. Vidare brister verksamheten i den dokumentation som förs i verkställighetsjournalen då det i 32% saknades dokumentation utifrån kravställda delar.

Under platsbesöket observerades att social dokumentation om kund inte förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen. Dokumentationen fanns i ett olåst rum där flera andra verksamheter vistades. Verksamheten behöver säkerställa korrekt förvaring.

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 ” Lokal rutin, Marka hemvård, Läkemedelshantering”</p> <p>Observation vid platsbesök</p>

Bedömning

Verksamhetens rutin beskriver att läkemedel, som inte är narkotikaklassat, förvaras i ett fack tills dess att de lämnas till patienten. På platsbesöket beskriver verksamheten att detta är ett fack som inte är låst, alla som vistas i lokalerna har tillgång till facken. Detta observeras även av Avtalscontrollers på platsbesöket.

Verksamheten uppfyller inte kravet på läkemedelshantering då de inte förvarar läkemedel oåtkomligt för obehöriga efter att de hämtats ut till dess att de lämnas till patient. Verksamheten behöver säkerställa korrekt förvaring av samtliga läkemedel samt att läkemedel endast hanteras av behöriga, detta ska även framgå i verksamhetens rutin.

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren 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 ” Lokal rutin, Marka hemvård, Riskanalyser”</p> <p>Frågor vid platsbesök</p>

Bedömning

Verksamheten uppfyller kravet på riskanalyser då deras rutin innehåller kravställda delar. På platsbesöket berättar Enhetschefen om den senaste riskanalysen som genomfördes vid införande av 11 timmars-dygnsvila och det nya schemat kopplat till den förändringen.

Enhetschef samlade då skyddsombuden och gjorde en riskanalys utifrån arbetsmiljö och verksamheten. Detta dokumenterades digitalt i den kommungemensamma mallen och sparades. Inga risker hittades och därmed vidtogs inga åtgärder.

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 <i>punkt 3.7 dokumentation</i> • Verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i <i>Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter</i> 	<p>Inskickad sammanställning</p> <p>Verksamhetens rutin ”Egenkontroller - information”</p>

Bedömning

Verksamheten uppfyller kravet på egenkontroller då inskickad dokument tydligt beskriver hur egenkontroller ska genomföras och vem som är ansvarig för dessa. I inkommen sammanställning kan vi se att utföraren genomfört samtliga kravställda egenkontroller, identifierat risker och vidtagit åtgärder.

Ledningssystem för kvalitet - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter.</p> <p>Utföraren ska även:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Granskning av rapporterade avvikelser i Treserva 230312–240312</p> <p>Granskning av rapporterade klagomål och synpunkter i Treserva 202103–20230312</p> <p>Information från IVO</p> <p>Klagomål/synpunkter i W3D3(kommunens ärendehanteringssystem)</p> <p>Socialstyrelsens kundundersökning 68% positiva svar på frågan: Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på hemtjänsten?</p>

Bedömning

Verksamheten uppfyller kravet då granskning av rapporterade händelser i treserva, både avvikelser och klagomål och synpunkter, visar att dom har en god följsamhet till Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter. Samtliga rapporterade

händelser är utredda, bedömda och åtgärdade. 72% av vidtagna åtgärder avseende klagomål och synpunkter är uppföljda och 100% avseende åtgärder vid avvikelser är uppföljda.

Av informationen från IVO och via sökning i W3D3 ses inga återkommande klagomål eller Lex Sarah utredningar som skulle indikera på systematiska brister i verksamheten.

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</p> <p>Kompetensinventering</p>

Bedömning

Verksamheten uppfyller kravet då de har ett hygienombud i verksamheten och vid platsbesök observerades att de tillhandahåller skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial i tillräcklig omfattning.

Melisa Hasanbegovic
 Avtalscontroller
 Enheten för uppföljning
 Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
 Örebro kommun