

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Avancerad Omsorg Vård AB - AOV



Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i de avtal verksamheten tecknat med Örebro kommun Voo 1891/2024 och 1899/2024. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång vart tredje år enligt riktlinje för avtals- och verksamhetsuppföljning, Voo 938/2023.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

Avancerad Omsorg Vård AB - AOV

Avancerad Omsorg Vård AB (AOV) utför omvårdnad- och servicetjänster i Örebro kommun och har varit utförare sedan 2018. Vi har genomfört en uppföljning av kvalitetskrav i verksamheten tidigare. Föregående uppföljning genomfördes 2021, Sov 617/2021. AOV har 162 kunder.

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 ni ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda de brister som redovisas i denna rapport samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska **senast den 5 juli 2024** skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se

Bedömningen är att Avancerad Omsorg Vård - AOV brister inom följande kvalitetskrav:

- **Trygghetslarm**
- **Krav på verksamhet och ledning**
- **Krav på verksamhet och ledning – omvårdnadspersonal**
- **Ledningssystem för kvalitet**
Egenkontroller
Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet
- **Dokumentation**
- **Läkemedelshantering**

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

- **En uppdaterad rutin för hur hantering och besvarandet av insatsen trygghetslarm sker utifrån riktlinjen**
- **En ny kompetensinventering och underlag som styrker anställning, undersköterskekompetens samt att obligatoriska utbildningar genomförts**
- **En uppdaterad rutin som beskriver hur ni genomför egenkontroller inom de områden som kravställs - basal hygien, dokumentation och avvikelseprocessen**
- **En rutin som beskriver tillämpning av Örebro kommuns riktlinje gällande avvikelser, klagomål och synpunkter**
- **En uppdaterad rutin som beskriver hur läkemedel transporteras på ett säkert sätt och förvaras oåtkomligt för obehöriga efter att de hämtats ut tills att de lämnas till kund**

Handlingarna ska skickas till egetval@orebro.se senast den 20 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 20 september 2024. Detta innebär att vi kommer granska inkomna rutiner samt genomföra en dokumentationsgranskning gällande aktuella genomförandeplaner och social dokumentation i verkställighetsjournal.

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:	Rutin för intern samverkan
<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. 	Rutin för extern samverkan

Bedömning

Rutin för intern samverkan beskriver hur daglig samverkan och informationsöverföring sker, samt vilka forum för samverkan som finns i verksamheten. Rutin för extern samverkan beskriver hur samverkan sker med biståndshandläggare, välfärdsteknik, kommunens nattorganisation och legitimerad personal inom Region Örebro län och Örebro kommun.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller kravet då rutinerna innehåller kravställda delar, ansvarsfördelning och tillvägagångssätt framgår.

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>Rutin för riskanalys</p> <p>Frågor vid platsbesök den 29 maj 2024</p>

Bedömning

Rutinen beskriver syfte, när riskanalyser ska genomföras samt vem som är ansvarig. Vidare framgår hur riskanalyser löpande följs upp i årshjul och förmedlas till personal. Vid platsbesök ger ni exempel på riskanalyser ni genomfört gällande semester och större förändringar. Senast har ni genomfört en riskanalys gällande att verksamhetsansvarig gick på föräldraledighet.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller kravet då rutinen innehåller kravställda delar, ansvarsfördelning och tillvägagångssätt framgår.

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>Rutin ta emot och planera uppdrag</p>

Bedömning

Rutinen beskriver hur verksamheten dagligen bevakar och tar emot nya och förändrade uppdrag. Den omfattar alla beslut, även HSL-insatser. Det framgår moment som besök, upprättande och uppföljning av genomförandeplaner, planering och dokumentation. Vid förändring av uppdrag framgår vad som behöver genomföras och vem som är ansvarig.

Enheten för uppföljning bedömning är att ni uppfyller kravet då rutinen innehåller kravställda delar, ansvarsfördelning tillvägagångssätt och framgår.

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 den 29 maj 2024</p> <p>Kompetensinventering</p>

Bedömning

Vid observation konstateras att skyddsutrustning, engångsmaterial och arbetskläder finns i tillräcklig omfattning. Vidare observeras att arbetskläder förvaras i omklädningsrum och det framgår att cirkulationstvätt tillämpas. I kompetensinventeringen framgår att verksamheten har två hygienombud.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller kravet då skyddsutrustning, engångsmaterial och arbetskläder finns i tillräcklig omfattning samt att ni har två hygienombud.

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 larmet samt vidtagna åtgärder. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rutin trygghetslarm • Granskning i verksamhetssystem Treserva gällande dokumentation av 37 larminsatser under perioden januari till mars 2024 • Larmloggar för de senaste tre månaderna

Bedömning

Rutinen beskriver tillvägagångssätt och ansvarig gällande hantering av larmbesvarandet kl. 7-22 samt hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder samtidigt, dock saknas hur samverkan sker med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik och hemsjukvården. Även hur utföraren behandlar kunder med skyddad identitet saknas. Granskning av dokumentation visar att endast 55% av granskade larm finns dokumenterade.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni brister då rutinen inte innehåller kravställda delar samt att larminsatser inte är dokumenterade i tillräcklig omfattning. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni kommer arbeta framåt för att larminsatser ska bli dokumenterade. Inför resultatuppföljning ska ni inkomma med en uppdaterad rutin och en ny granskning kommer genomföras i verksamhetssystem.

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.	Kompetensinventering Granskning i TES Anställningsavtal Lönespecifikationer

Bedömning

Kompetensinventeringen visar att personal genomfört obligatoriska utbildningar i stor utsträckning, dock har granskning i TES, anställningsavtal samt lönespecifikationer visat att samtlig personal som arbetar i verksamheten, som borde ha funnits med i kompetensinventeringen, inte finns med. Enheten för uppföljning kan inte göra en bedömning då informationen i kompetensinventeringen inte är korrekt. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni kommer arbeta framåt för att säkerställa administrationen kring anställda i verksamheten. Inför resultatuppföljning ska ni inkomma med en ny kompetensinventering. Ni ska även inkomma med underlag som styrker anställning, undersköterskekompetens samt att obligatoriska utbildningar genomförts.

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 Granskning i TES Anställningsavtal Lönespecifikationer

Bedömning

Kompetensinventeringen visar att 88% av omvårdnadspersonalen genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande, dock har granskning i TES, anställningsavtal samt lönespecifikationer visat att samtlig personal som arbetar i verksamheten, som borde ha funnits med i kompetensinventeringen, inte finns med. Enheten för uppföljning kan inte göra en bedömning då informationen i kompetensinventeringen inte är korrekt. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni kommer arbeta framåt för att säkerställa administrationen kring anställda i verksamheten. Inför resultatuppföljning ska ni inkomma med en ny kompetensinventering och underlag som styrker undersköterskekompetens.

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>Rutin för egenkontroll basal hygien</p> <p>Rutin egenkontroll dokumentation avvikelser</p>

Bedömning

Rutin för egenkontroll basal hygien innehåller beskrivning av hur ofta egenkontroller genomförs, syfte och vem som är ansvarig. Rutinen innehåller även en checklista över vilka delar som granskas och planering för genomförande finns i årshjul. Rutin för egenkontroll av dokumentation och avvikelser beskriver när egenkontroller ska genomföras, med hänvisning till årshjul. Vidare framgår vem som är ansvarig, dock saknas beskrivning av hur egenkontrollerna praktiskt genomförs. I sammanställning av genomförda egenkontroller framgår att alla egenkontroller är genomförda, att det finns identifierade brister samt beskrivna åtgärder.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni brister då rutinen gällande dokumentation och avvikelser inte beskriver tillvägagångssätt. Inför resultatuppföljning ska ni inkomma med en uppdaterad rutin.

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. Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tillämpning av Örebro kommuns riktlinjer gällande avvikelser, klagomål och synpunkter. • Hur samverkan sker vid avvikelshantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredningen av en händelse. <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. 	<p>Granskning av rapporterade händelser i Treserva 2021-09-04 – 2024-03-29</p> <p>Information från IVO</p> <p>Klagomål/synpunkter i W3D3(kommunens ärendehanteringssystem)</p> <p>Socialstyrelsens kundundersökning</p>

Bedömning

Granskning visar att avvikelser är utredda, bedömda, åtgärdade och uppföljda i tillräcklig omfattning. Gällande klagomål och synpunkter är de utredda, bedömda och åtgärdade i tillräcklig omfattning, dock är endast 63% uppföljda. Vidare visar granskning att det finns 7 klagomål i W3D3 som är hanterade och svar från IVO inväntas. Resultat från Socialstyrelsens kundundersökning (2023) visar att AOV ligger högre än rikssnittet i frågan om kunder vet vart de ska vända sig om de har synpunkter eller klagomål. 74% av svarande kunder anger att de vet vart de ska vända sig (riket 61%).

Vid platsbesöket begärdes rutin gällande tillämpning av Örebro kommuns riktlinje gällande avvikelser, klagomål och synpunkter in.

Enheten för uppföljning bedömning är att ni brister då klagomål och synpunkter inte följer hela processen i tillräcklig omfattning. Inför resultatuppföljning ska ni inkomma med en rutin som beskriver tillämpning av Örebro kommuns riktlinje gällande avvikelser, klagomål och synpunkter. Vidare kommer en ny granskning genomföras.

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 66 verkställighetsjournaler och genomförandeplaner i Treserva.</p> <p>Observation vid platsbesök</p>

Bedömning

Granskning visar att endast 58% av genomförandeplaner är aktuella. Vidare visar granskning att endast 71% av verkställighetsjournaler innehåller händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid. På grund av långa glapp är det även svårt att följa den individuella omsorgsprocessen i dokumentationen. Vid platsbesök beskriver ni att resultatet kan bero på att omvårdnadspersonal behövt prioritera annat. Enheten för uppföljning lyfter att det kan finnas ett syfte att genomföra egenkontroller på ett annat sätt, vilket arbetsledare håller med om.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni brister då genomförandeplaner inte är aktuella i tillräcklig omfattning. Vidare saknas händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid och det är svårt att följa den individuella omsorgsprocessen i verkställighetsjournal. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta framåt för att

säkerställa att genomförandeplaner är aktuella samt att den individuella vård- och omsorgsprocessen kan följas i den sociala dokumentationen. Inför resultatuppföljning kommer en ny granskning genomföras.

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>Rutin transport av läkemedel</p> <p>Observation vid platsbesök den 29 maj 2024</p>

Bedömning

Rutinen beskriver hur läkemedel transporteras och mellanlagras, dock framgår inte att läkemedel ska vara oåtkomliga för obehöriga, det vill säga ej delegerad personal. Vid platsbesök låg läkemedel som skulle kasseras utanför läkemedelsskåpet.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni brister då rutinen inte innehåller kravställda delar samt att läkemedel inte förvaras oåtkomligt för obehöriga. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta framåt för att förvara läkemedel oåtkomligt för obehöriga. Inför resultatuppföljning ska ni inkomma med en uppdaterad rutin.

Karolina Fritzson
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun