

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Örebro kommun, Grenadjären hemvård

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i den överenskommelse verksamheten tecknat med Örebro kommun (sov 392/2022). En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång var tredje år enligt riktlinje för avtals- och verksamhetsuppföljning (sov 215/2020).

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

Grenadjären hemvård

Grenadjären hemvård har vid tidpunkten för platsbesöket 86 kunder och 21, 5 årsarbetande medarbetare. Förutom dessa medarbetare finns timvikarier, enhetschef, driftsplanerare och administratör i verksamheten. Grenadjären hemvård har kunder inom gång- och cykelavstånd från lokalerna, samtidigt krävs sju bilar då området geografiskt är stort och många kunder bor på landsbygden. Grenadjären hemvård utgår från Höglundagatan på norr i Örebro.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Grenadjären 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.

Grenadjären ska senast den **22 mars 2023** skicka åtgärdsplanen till egetval@orebro.se

Bedömningen är att Grenadjären brister inom följande kvalitetskrav:

Ledningssystem för kvalitet

- Riskanalyser
- Egenkontroller

Trygghetslarm

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal

Dokumentation

Med anledning av ovanstående brister ska Grenadjären även skicka in följande handlingar:

- Dokumentation av uppföljning av åtgärdernas effekt i den riskanalys ni genomfört avseende schemaförändringar.
- Rutin för hur ni avser arbeta med egenkontroller i er verksamhet.
- En dokumenterad genomförd egenkontroll av social dokumentation.
- Dokumentation av uppföljning av vidtagna åtgärder för egenkontroll i följsamhet till avvikelseprocessen och basal hygien.

- Uppdaterad kompetensinventering avseende alla medarbetare, oavsett anställningsform.

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast den **24 maj 2023**.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning som kommer att genomföras efter den 24 maj 2023. Detta innebär att vi kommer att granska inkomna underlag samt genomföra en dokumentationsgranskning gällande verkställighetsjournaler.

Om brister kvarstår vid en resultatuppföljning kan Enheten för uppföljning komma att vidta ytterligare sanktioner i enlighet med gällande överenskommelse.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att Grenadjären uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Ledningssystem för kvalitet

-Samverkan

Enligt överenskommelsen (punkt 3.4) ska ledningssystem för kvalitet innehålla rutiner för samverkan internt och externt. Rutin för intern samverkan ska innehålla beskrivning av hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten samt vilka forum som finns för samverkan. Rutin för extern samverkan ska beskriva hur samverkan med kommunens nattorganisation och hälso- och sjukvårdsorganisation sker.

Som en del av uppföljningen har vi tagit del av och granskat Grenadjärens rutiner för samverkan som beskriver teamträffar, veckomöten, schemalagda möten mellan dag- och nattorganisation, rapporteringsform mellan dag- och nattpersonal. Samverkansparter som beskrivs är kunder, myndighet/ biståndshandläggare, fysioterapeut, anhörig/ företrädare/ god man, nattorganisation, korttidsvård, växelvårdsplats, dagverksamhet, Region Örebro län, välfärdsteknik, frisör och fotvård samt hörselinstruktör. Samtliga rutiner som beskriver samverkan innehåller efterfrågade delar enligt krav, ansvarsfördelning och en beskrivning av utförandet.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att Grenadjärens rutiner för samverkan uppfyller kraven i överenskommelsen. Rutinerna beskriver vilka forum, samverkansparter, aktörer och funktioner som Grenadjären har för samverkan, både internt och externt.

-Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Enligt överenskommelse (punkt 3.4) ska ni ha rutiner som beskriver hur avvikelser tas emot, utreds, åtgärdas, sammanställs, analyseras och riskbedöms enligt SOFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Alla typer

av händelser ska rapporteras, registreras, utredas och följas upp. Oavsett typ av händelse ska verksamheten följa *Riktlinjen Avvikelser, klagomål och synpunkter*.

Utredning av avvikelser

I samband med uppföljningen har vi granskat Grenadjärens avvikelser i verksamhetssystemet Treserva under det senaste året (perioden 2021-12-01 till 2022-12-01). Det totala antalet var 55 rapporterade händelser varav 54 var kategoriserade som avvikelser. Samtliga 54 var hanterade i alla steg: utreda, bedöma, åtgärda och följa upp.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att Grenadjären uppfyller krav i följsamhet till avvikelseprocessen då ni hanterar registrerade avvikelser i enlighet med riktlinjen.

Utredning av klagomål och synpunkter

Vi har granskat Grenadjärens rapporterade klagomål och synpunkter. Vår sökning visar att ni har nio rapporterade klagomål/synpunkt i verksamhetssystemet Treserva under senaste tre åren (perioden 2020-01-01 till 2022-12-01) varav åtta var kategoriserade som avvikelser. Sju av dessa åtta var hanterade i samtliga steg i avvikelseprocessen; utreda, bedöma, åtgärda och följa upp.

Som en del i granskningen har vi tagit del av Socialstyrelsens undersökning 2022 ”*Vad tycker de äldre om äldreomsorgen*”. Där svarade 70 % av Grenadjärens besvarande kunder att de vet vart de vänder sig med synpunkter och klagomål (siffran för riket var 62 %). I samband med platsbesöket begärde vi er rutin som beskriver hur kund och anhöriga ges möjlighet att lämna synpunkter och klagomål direkt till kommunen både skriftligt och muntligt. Vi har granskat er rutin som innehåller ansvarsfördelning för olika funktioner i er verksamhet, hur ni hanterar klagomål/ synpunkter samt hur ni möjliggör för individ eller anhörig att lämna klagomål/ synpunkter direkt till kommunen.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att Grenadjärens rutin för klagomål och synpunkter uppfyller kraven. Bedömning är att de klagomål/synpunkter som är registrerade i Treserva för de senaste 12 månaderna följer processen i enlighet med riktlinjen.

Uppdraget

Enligt överenskommelse (punkt 3.6) ska utförare ha en rutin som beskriver arbetet med att dagligen ta emot och planera genomförandet av nya och förändrade uppdrag. Utförare ska även ha en rutin som på samma sätt redogör för mottagande, planering och genomförande av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

I samband med uppföljningen begärde vi verksamhetens rutin som beskriver hur ni tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade uppdrag. Vi

har granskat era rutiner som omfattar mottagande av både SoL och HSL uppdrag samt hur ni tar emot förändrade uppdrag.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att Grenadjärens rutiner för mottagande av uppdrag uppfyller krav enligt överenskommelsen. Rutinerna innehåller beskrivning av ansvarsfördelning mellan olika interna funktioner i er verksamhet samt tillvägagångssätt.

Hygien och förbrukningsmaterial

Enligt överenskommelse (punkt 1.12) ska verksamheten tillhandahålla arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som krävs för att följa Riktlinjen för Basal hygien. Utföraren ska följa riktlinje för basal hygien inom kommunal vård och omsorg. Enligt angiven riktlinje ska varje arbetsplats som bedriver patientnära vård ha tillgång till flera hygienombud

Under platsbesöket i er verksamhet framkom vid observation och intervju att det finns arbetskläder i tillräcklig omfattning. Kläderna tvättas i cirkulationstvätt och rena arbetskläder förvaras på arbetsplatsen i särskilt rum avskilt från omklädningsrummen. Under platsbesöket såg vi ert förråd med skyddsutrustning i form av handskar, förkläden och material för god handhygien. Personal uppgav även att all skyddsutrustning finns i tillräcklig omfattning. Vid platsbesök besvarade ni att det finns två utsedda hygienombud.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att Grenadjären uppfyller krav i enlighet med överenskommelsen avseende tillgång på arbetskläder, skyddsutrustning, hygienmateriel samt utsedda hygienombud.

Läkemedelshantering

Enligt överenskommelse (punkt 3.14) ska utförare ha en lokal rutin för läkemedelshantering som ska innehålla en beskrivning av hur utförare säkerställer en säker läkemedelshantering som omfattar transport och förvaring.

I samband med uppföljningen begärdes verksamhetens rutin för lokal läkemedelshantering. Vi har granskat er rutin som beskriver att läkemedel hämtas från sjuksköterska och levereras direkt till kund. På platsbesök beskrev ni att om kund inte är hemma vid leverans har medarbetare möjlighet att lämna tillbaka läkemedel till sjuksköterska då ni delar lokaler. Grenadjärens medarbetare behöver därför aldrig hantera läkemedel i låsta skåp eller i tillfällig förvaring.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att Grenadjären uppfyller krav avseende rutin för läkemedelshantering tillsammans med den beskrivning av hantering som lämnats vid platsbesök.

Brister i kvalitetskrav

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

Ledningssystem för kvalitet

-Riskanalyser

Enligt överenskommelse (punkt 3.4) ska utförare ha ett ledningssystem som uppfyller de krav som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOFS 2011:9) vilket innefattar att ni fortlöpande ska genomföra riskanalyser för att systematiskt förbättra verksamheten, enligt överenskommelse ska ni även ha en lokal rutin för hur ni arbetar med dessa.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med er rutin för hur ni arbetar med riskanalyser samt en sammanställning av de riskanalyser ni genomfört de senaste 12 månaderna. Av sammanställningen skulle det framgå vilka riskanalyser som genomförts, anledning till att riskanalyserna genomfördes, vilka risker som identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån riskerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt.

Vi har granskat er rutin som innehåller ansvarsfördelning, tillvägagångssätt samt forum där ni arbetar med riskanalyser. Rutinen beskriver att ni ska dokumentera i W3D3; kommunens ärende och diariehanteringssystem. Vid platsbesök beskriver ni att åtgärder och uppföljning från den senaste riskanalysen i nuläget endast finns dokumenterat i QPR; vård och omsorgs verksamhetssystem, att ni framåt i tiden kommer kunna ha all dokumentation mer samlad i W3D3. Ni har inkommit med ett exempel på en riskanalys som berörde schemaförändring, vilken beskriver åtgärder ni skulle genomföra utifrån identifierade risker. Riskanalysen ni inkommit med saknar uppföljning av åtgärderna.

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att Grenadjärens rutin för riskanalyser uppfyller kraven. Ni har uppvisat del av dokumentation kring en genomförd riskanalys. Ni kan beskriva ert arbete med åtgärder och uppföljning samt hur ni avser dokumentera detta i framtiden.

Bedömning görs att Grenadjären inte i tillräcklig omfattning uppfyller kraven avseende dokumentation av riskanalysens uppföljning.

Åtgärder

Ni ska inkomma med åtgärdsplan som redogör för hur ni ska säkerställa att riskanalysens samtliga steg dokumenteras. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd.

Ni ska i samband med resultatuppföljningen inkomma med dokumentation av uppföljning för åtgärdernas effekt i den riskanalys ni tidigare genomfört avseende schemaförändringar.

-Egenkontroller

Genom att regelbundet genomföra egenkontroller kan ni på ett systematiskt sätt följa upp och utvärdera er verksamhet och kontrollera att ni följer aktuella lagar, föreskrifter och styrdokument. Egenkontroller som genomförs ska dokumenteras. Enligt överenskommelsen (punkt 3.4) ska ni genomföra årliga egenkontroller av verksamhetens följsamhet till hygienriktlinjer, avvikelseprocessen och överenskommelsens krav på dokumentation. Ni ska även ha en rutin för hur dessa egenkontroller genomförs.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med er rutin samt en sammanställning av de egenkontroller ni genomfört under de senaste 12 månaderna. Av sammanställningen skulle det framgå vilka egenkontroller som genomförts, vilka brister som eventuellt identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån bristerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt.

Ni har inte inkommit med någon rutin som beskriver hur ni arbetar med egenkontroll för basal hygien och dokumentation. Ni har däremot ett avsnitt inom er rutin för klagomål och synpunkter som beskriver hur ni arbetar med egenkontroll av avvikelser som uppfyller kraven. Vid platsbesök beskriver ni att ni följer ett årshjul som beskriver vid vilka tidpunkter som olika egenkontroller ska genomföras. Vi har granskat er sammanställning som visade att ni genomfört flera olika egenkontroller för avvikelseprocessen samt basal hygien. Ni beskriver vid platsbesök att ni arbetat aktivt med åtgärder och uppföljning. Egenkontroll för social dokumentation saknas för de senaste 12 månaderna.

Bedömning

Ni har ett avsnitt inom rutin för klagomål och synpunkter som beskriver hur ni arbetar med egenkontroll av avvikelser vilket uppfyller kraven. Enheten för uppföljning gör bedömningen att Grenadjären inte i tillräcklig omfattning uppfyller kraven då rutin för egenkontroll av basal hygien samt dokumentation saknas.

Ni uppfyller inte i tillräcklig omfattning kraven inom egenkontroll avseende avvikelseprocessen och basal hygien då ni inte kan uppvisa dokumentation från uppföljning av vidtagna åtgärder och dess effekt.

Ni brister i följsamhet till kraven då ni inte genomfört egenkontroll av dokumentation de senaste 12 månaderna.

Åtgärder

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för er plan för att uppnå kravet. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd.

Vid resultatuppföljningen ska ni inkomma med:

- er rutin för hur ni arbetar med egenkontroller i er verksamhet
- dokumentation från en genomförd egenkontroll av social dokumentation och genomförandeplaner

- dokumentation från uppföljning av vidtagna åtgärder och dess effekt vid egenkontroll av följsamhet till avvikelseprocessen och basal hygien.

Trygghetslarm

Enligt överenskommelse (punkt 2.3) ska utförare av trygghetslarm följa *Riktlinjen för utförande av insatsen trygghetslarm*. Enligt riktlinjen ska alla åtgärdade/besvarade larm dokumenteras i verkställighetsjournal tillsammans med en beskrivning av hur larmet åtgärdats. Utförare ska ha en lokal rutin som innehåller tillvägagångssätt för hantering av larm mellan kl. 7,00–22,00. Den lokala rutinen ska även redogöra för hur utföraren hanterar större avbrott i larmkedjan, hur samverkan sker med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik och hemsjukvården. Rutinen ska även beskriva hur verksamheten hanterar larmkunder med skyddad identitet.

Inför uppföljningen ombads ni inkomma med lokala rutiner för hantering och besvarande av trygghetslarm. Vi har granskat er rutin som beskriver tillvägagångssätt och ansvarsfördelning av larmbesvarande mellan kl. 7-22 för medarbetare, driftplanerare och enhetschef. Rutinen beskriver hur samverkan sker via telefon och Treserva med nattorganisation, gruppen för välfärdsteknik och hemsjukvården. Rutinen beskriver hur ni hanterar avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder med manuell hantering och nycklar om Carelock skulle vara ur funktion. Ni genomför eller erbjuder kunderna tätare tillsynsbesök. Rutinen beskriver hur kunder med skyddad identitet behandlas.

I samband med uppföljningen har vi även granskat era larmloggar för perioden 2022-10-01 till 2022-12-31. Vår granskning visar att endast 42% av 35 slumpmässigt utvalda larm har dokumenterats i verkställighetsjournalen enligt riktlinjen för utförande av trygghetslarm.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att Grenadjärens rutin innehåller alla kravställda delar med ansvarsfördelning mellan olika funktioner i er verksamhet samt tillvägagångssätt.

Bedömning görs att Grenadjären inte i tillräcklig omfattning uppvisar följsamhet till *riktlinje för utförande av trygghetslarm* då omvårdnadspersonal som besvarat ett larm inte alltid har dokumenterat händelsen i kundens verkställighetsjournal med orsak och vidtagna åtgärder.

Åtgärder

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för er plan för att uppnå att larm alltid ska dokumenteras. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd.

Vi kommer att genomföra ny granskning av larmloggar vid resultatuppföljning.

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Enligt överenskommelse (punkt 1.3) ska all personal genomgå de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.

Inför uppföljningen ombads ni inkomma med en kompetensinventeringsmall omfattande all personal oavsett anställningsform. Granskning visar att medarbetare inte i tillräcklig omfattning genomgått obligatoriska utbildningar då Grenadjären ligger på ett genomförande under 75% inom samtliga 14 obligatoriska utbildningar. Vid platsbesök beskriver ni att timanställda och vikarier inte noterats i sammanställningen. Ni beskriver att det är en utmaning att kontrollera vilka medarbetare som gått vilka utbildningar då intyg inte alltid kan uppvisas för chef. Ny chef har inte fått någon överlämning från tidigare chefer.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att Grenadjärens medarbetare inte i tillräcklig omfattning har genomfört obligatoriska utbildningar.

Åtgärder

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska åtgärda bristen kopplat till de obligatoriska utbildningarna. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd.

Vid resultatuppföljningen vill vi ta del av en uppdaterad kompetensinventering som omfattar alla medarbetare oavsett anställningsform.

Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal

Enligt överenskommelsen (punkt 2.5) ska minst 85 % av all omvårdnadspersonal ha genomgått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande. Ni ombads skicka in en ifylld kompetensinventeringsmall innehållande all personal oavsett anställningsform.

Kompetensinventeringen visar att endast 2 av 23 tillsvidareanställda som arbetar med omvårdnad har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. Ni beskriver vid platsbesök att ni inte har noterat timanställda och vikarier på kompetensinventeringsmallen.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att Grenadjären inte uppfyller krav enligt överenskommelsen, då ni saknar dokumentation om hur stor andel av medarbetarna som har genomgått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande.

Åtgärder

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för er plan för att uppnå kravet. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd.

I samband med resultatuppföljningen vill vi ta del av en uppdaterad kompetensinventering som omfattar alla medarbetare oavsett anställningsform.

Dokumentation

Enligt överenskommelse (punkt 3.7) ska utföraren följa Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2014:5 gällande dokumentation. Genomförandeplaner ska upprättas och färdigställas senast 30 dagar efter emottaget uppdrag och uppdateras vid behov eller minst var sjätte månad. I verkställighetsjournalen ska händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid dokumenteras, och den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas.

Som en del i uppföljningen gjordes en granskning av slumpmässigt utvalda individers genomförandeplaner (GP) och verkställighetsjournaler i Treserva under ett år (perioden 2022-01-18 till 2023-01-18). Granskning av 40 individers GP genomfördes, varav 75 % hade en aktuell plan som var upprättad inom de senaste 6 månaderna. Granskning av innehållet genomfördes av 30 individers GP, hur uppdraget ska genomföras framgick i 93%. Individens delaktighet framgick i 96%.

Granskning av verkställighetsjournal för 20 slumpmässigt utvalda individer genomfördes. 75% av de granskade journalerna bedöms innehålla händelser av betydelse. Dokumentationen var i samtliga av de granskade journalerna utformad med respekt för individens integritet. Flera av de granskade journalerna hade längre uppehåll i anteckningarna utan någon noterad orsak. Endast i 70 % av de granskade journalerna bedömdes det möjligt att följa den individuella vård- och omsorgsprocessen.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att Grenadjären uppfyller krav i överenskommelsen avseende genomförandeplaner, samtidigt som det finns viss förbättringsmöjlighet då inte samtliga som granskades var aktuella.

Bedömning görs att verkställighetsjournalerna uppfyller krav i att det fanns anteckningar om händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid för merparten av de granskade individerna och dokumentationen var utformad med respekt för individens integritet.

Bedömning görs att verkställighetsjournalerna inte i tillräcklig omfattning uppfyller krav i att kunna följa den individuella vård- och omsorgsprocessen.

Åtgärder

Ni ska inkomma med åtgärdsplan som redogör för er plan för att uppnå kravet att den individuella vård- och omsorgsprocessen går att följa. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd.

Vi kommer att genomföra en ny granskning av verkställighetsjournaler i samband med resultatuppföljning.

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 den 22 februari 2023.

Underlag för bedömning:

- Intervju i samband med platsbesök
- Observation i samband med platsbesök
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Verkställighetsjournal och genomförandeplaner
- Dokumentation
- Socialstyrelsens undersökning, *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2022*
- Rutiner
- Tidigare uppföljning 2019

Malin Paulsson
Avtalscontroller
Socialförvaltningen
Förvaltningskansliet