

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Utförare: A-omsorg AB



Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i de avtal verksamheten tecknat med Örebro kommun, för omvårdnadstjänster Voo 1889/2023 samt för servicetjänster Voo 1898/2023. 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.

A-Omsorg AB

A-omsorg AB utför servicetjänster i Örebro kommun sedan 2009- 09-25 och omvårdnadstjänster sedan 2014-05-08. A-Omsorg AB har ett 40 tal kunder. Verksamheten består av enhetschef samt två personer i ledning/ administration, åtta tillsvidareanställda omvårdnadspersonal samt timanställda. A-omsorg har sina lokaler på Ladugårdsängen.

Vi har genomfört uppföljningar av kvalitetskrav i verksamheten tidigare. Senaste uppföljningen genomfördes 2021, Sov 757/2021.

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
Riskanalys	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 avvikelshantering. Som en del i uppföljningen har också ett platsbesök genomförts som innefattade samtal med personal samt observation av vissa av verksamhetens utrymmen.

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 tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska **senast den 27 juni 2024** skicka in åtgärdsplanen till eggetval@orebro.se

Bedömningen är att A-omsorg brister inom följande kvalitetskrav:

- Trygghetslarm
- Krav på verksamhet och ledning- obligatoriska utbildningar**
- Krav på verksamhet och ledning - omvårdnadspersonal**
- Ledningssystem för kvalitet - Samverkan**
- Ledningssystem för kvalitet - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet**
- Läkemedelshantering**

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

- Uppdaterad rutin för hantering och besvarandet av insatsen trygghetslarm.
- Kompetensinventering
- Uppdaterad rutin för hur samverkan sker med biståndshandläggare, kommunens nattorganisation och legitimerad personal inom Regionen och kommunen, välfärdsteknik, andra utförare, korttidsenheter och eventuellt andra aktörer.
- Uppdaterad 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.

Handlingarna ska vara inskickade till eggetval@orebro.se **senast den 1 oktober 2024**.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning

kommer genomföras efter den 1 oktober 2024. Detta innebär att vi kommer att granska inkomna handlingar samt verkställighetsjournaler i samband med besvarandet av insatsen trygghetslarm. Vi kommer även att granska rapporterade händelser i avvikelsemodulen i Treserva.

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 A-omsorg uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Ledningssystem för kvalitet - Riskanalyser

Krav som följs upp

Utföraren ska ha en rutin som beskriver:

- Hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet

Underlag till bedömning

Verksamhetens rutin ”Rutin för riskanalys 1.3”

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller kraven. Er rutin för riskanalys beskriver ansvarig, när riskanalyser ska genomföras samt tillvägagångssätt, vilken metod ni använder. Rutinen beskriver även hur handlingsplaner upprättas och hur dokumentationen sker. Vid platsbesök beskrev ni exempel på situationer där ni senaste året genomfört riskanalyser.

Ledningssystem för kvalitet - Egenkontroller

Krav som följs upp

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*

Underlag till bedömning

Inskickad sammanställning

Verksamhetens rutin ”Rutin egenkontroll dokumentation 1.3, Rutin egenkontroll basal hygien 1.3, Rutin egenkontroll avvikelshantering 1.3”

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller kraven. Ni har inkommit med tre rutiner som beskriver ansvarig, tillvägagångssätt samt hur dokumentation av de tre kravställda egenkontrollerna sker.

Av er sammanställning över genomförda egenkontroller framgår att ni har genomfört de tre kravställda egenkontrollerna under det senaste året, att ni om brister identifierats har vidtagit åtgärder och följt upp dess effekt. Vid platsbesök visade ni hur ni dagligen, veckovis och månadsvis genomför olika typer av egenkontroller utöver de tre kravställda.

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 ”Rutin för hantering av förändrade och nya uppdrag 1.3”</p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller kraven. Er rutin beskriver hantering när nya och förändrade uppdrag samt hälso- och sjukvårdsinsatser inkommer samt vem som gör vad och vilka kontakter som tas. Rutinen beskriver även dokumentation samt hur eventuella avvikelser hanteras.

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>	<p>Granskning av 20 slumpmässigt utvalda kunders verkställighetsjournal för 12 månader tillbaka, samt 10 slumpmässigt utvalda kunders genomförandeplaner i Treserva.</p> <p>Observation vid platsbesök</p>

- 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

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller kraven. Granskning i Treserva visade att 90 % av de granskade kunderna hade en aktuell genomförandeplan med innehåll som uppfyller kraven. Granskning av verkställighetsjournaler visade att det för 75 % av de granskade kunderna 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. Ni beskrev att ni har inlästa kundpärlor, all annan dokumentation sker via verksamhetssystem och digitalt.

Hygien och förbrukningsmaterial

Krav som följs upp

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

Underlag till bedömning

Observation vid platsbesök

Kompetensinventering

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller kraven. Av er kompetensinventering framgår att ni har tre hygienombud. Vid rundvandring i lokalen vid platsbesök observerades att ni tillhandahåller arbetskläder och möjliggör för ett dagligt ombyte. Ni har även god tillgång av engångsmaterial, handskar och material för god handhygien.

Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att A-omsorg 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 ”Rutin för hantering av trygghetslarm 1.3” • Granskning i verksamhetssystem Treserva gällande dokumentation vid besvarande av larm för 15 slumpmässigt utvalda larmtillfällen. • Larmloggar för de tre senaste månaderna, januari, februari och mars 2024.

Bedömning

Er rutin beskriver tillvägagångssätt och ansvarig vid mottagande av larm, driftavbrott, samverkan med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik och hemsjukvården vilket alla är kravställda delar. Rutinen saknar beskrivning av hantering av kunder med skyddad identitet.

Granskning av dokumentation i verkställighetsjournal vid besvarande av larm visade att endast 40 % av de granskade larmtillfällena var dokumenterade i kundens journal. Granskningen visade att händelser av betydelse i form av larmbesvarande inte dokumenterats i tillräcklig omfattning. På platsbesök beskrev ni att bristen är känd, trots samtal och uppmaningar kvarstår problemet att dokumentation inte sker vid hantering av larm.

Enheten för uppföljnings bedömning är ni inte uppfyller kraven. Ni ska uppdatera er rutin så den även innehåller kravställd del om hur ni behandlar kunder med skyddad identitet. Ni ska säkerställa att samtliga larm dokumenteras i kunds journal. Vi vill även ta del av er åtgärdsplan där ni ska beskriva hur ni ska åtgärda bristerna, tidplan och vem som är ansvarig. Vid resultatuppföljning kommer en ny granskning att genomföras av dokumentation i verkställighetsjournal i samband med besvarande av larm.

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

Bedömning

Er kompetensinventering visar andel personal som genomfört obligatoriska utbildningar. Er personal har för samtliga obligatoriska utbildningar i tillräcklig omfattning genomgått dessa förutom manuell förflyttning/ lyftkörkort praktisk utbildning som endast 38 % av omvårdnadspersonalen har genomgått. Vid platsbesök beskrev ni att det är svårt att få tag på platser till utbildningen.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller kraven. Ni ska säkerställa att all omvårdnadspersonal inklusive timanställda genomgår samtliga obligatoriska utbildningar. Vi vill ta del av er åtgärdsplan som ska beskriva hur ni ska åtgärda bristen, tidplan och vem som är ansvarig. I samband med resultatuppföljning vill vi ta del av 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	Kompetensinventering

Bedömning

Enligt er kompetensinventering har endast 58 % av all personal som arbetar med omvårdnad gått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Vid platsbesök beskrev ni problem med att både rekrytera och behålla utbildad personal. Ni har skickat medarbetare till Äldreomsorgslyftet som lämnat er verksamhet i anslutning till att de blev klara.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller kraven. Vi vill ta del av er åtgärdsplan som ska beskriva hur ni ska åtgärda bristen, tidplan och vem som är ansvarig. I samband med resultatuppföljning vill vi ta del av en ny kompetensinventering.

Ledningssystem för kvalitet - Samverkan

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utföraren ska ha en rutin som beskriver: <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. 	Verksamhetens rutiner ”Rutin intern samverkan 1.3” samt <i>Rutin extern samverkan 1.3</i> .

- Hur samverkan sker med biståndshandläggare, kommunens nattorganisation och legitimerad personal inom Regionen och kommunen, välfärdsteknik, andra utförare, korttidsenheter och eventuellt andra aktörer.

Bedömning

Er rutin för intern samverkan beskriver hur daglig samverkan och informationsöverföring sker, vilka funktioner som ansvarar samt vilka forum ni har för intern samverkan. Er rutin för extern samverkan beskriver vilken funktion som ansvarar samt hur samverkan med nattorganisation och legitimerad personal inom kommunen sker. Samverkan med biståndshandläggare, legitimerad personal inom Regionen, välfärdsteknik eller korttidsenheter saknas. Andra utförare, andra vårdgivare är endast nämnda men det saknas beskrivning av vem som ansvarar och tillvägagångssätt.

Vid platsbesök beskrev ni arbetssätt för samverkan, på vilket sätt ni kontaktar de olika funktionerna och att det för tex fysioterapeut från Regionen sker utanför verksamhetssystem, manuellt via papper.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller kraven för intern samverkan. Bedömning är att ni inte uppfyller kraven för extern samverkan då kravställda samverkansaktörer saknas i er rutin enligt ovan. Vi vill ta del av er åtgärdsplan som ska beskriva hur ni ska åtgärda bristen, tidplan och vem som är ansvarig Ni ska inför resultatuppföljning inkomma med en uppdaterad rutin för extern samverkan som innehåller samtliga kravställda delar.

Ledningssystem för kvalitet - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Krav som följs upp

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 avvikelshantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredningen av en händelse.

Utföraren ska även:

- 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

Underlag till bedömning

Granskning av 9 rapporterade händelser i Treserva för perioden 2023-04-01 till 2024-04-01.

Verksamhetens rutin ”Rutin för hantering av avvikelser 1.3” som begärdes vid platsbesök

Information från IVO, förfrågan om perioden 2021-11-04 till 2024-04-29. Inga registrerade ärenden fanns för perioden.

Klagomål/synpunkter i W3D3(kommunens ärendehanteringssystem) samt Treserva för perioden 2021-11-04 till 2024-04-29.

Socialstyrelsens undersökning
 ” Vad tycker de äldre om
 äldreomsorgen, 2023” Frågan
*Vet du vart du ska vända dig om du
 vill framföra synpunkter eller
 klagomål på hemtjänsten?*
 Andel positiva svar för A- omsorg
 var 69%, i jämförelse med Örebro
 (64) och riket (61).

Avvikelser

Granskning av era rapporterade händelser i avvikelsemodul visade 9 händelser varav 7 var bedömda som avvikelser. Samtliga var hanterade i steg utreda, 78% var hanterade i steg utreda, bedöma och åtgärda, endast 22 % var hanterade i steg följa upp.

Klagomål, synpunkter samt Lex Sarah

Granskning av registrerade klagomål eller synpunkter i avvikelsemodul sedan hösten 2021 visade fyra händelser varav två var bedömda som avvikelser. De två var hanterade i steg utreda, bedöma och åtgärda, endast 50 % var hanterade i steg följa upp.

I kommunens diariesystem W3D3 fanns sedan hösten 2021 fem ärenden som berörde klagomål och synpunkter. Ni hade i samtliga ärenden redogjort till kommunen hur hantering skett och ärendena har därefter avslutats. Av information från IVO framgick att inga klagomål, synpunkter eller Lex Sarah förekommit där för tidsperioden. Vid platsbesök beskrev ni att vid mottagande av nya kunder förser ni dem med en hemmapärm som innehåller information om hur kund eller anhörig kan vända sig till utföraren, eller direkt till kommunen med klagomål eller synpunkter.

Rapporteringskyldigheten

Enligt riktlinjen ska ni informera och utbilda personal om rapporteringskyldigheten vid nyanställning och minst en gång om året. Vid platsbesök beskrev ni att på varje APT upprepas information om rapporteringskyldigheten och avvikelshantering. Vid platsbesök begärdes rutin för hur ni tillämpar Örebro kommuns riktlinje gällande avvikelser, klagomål och synpunkter samt hur samverkan sker. Vi har tagit del av rutinen som bedöms uppfylla kraven.

Bedömning

Enheten för uppföljnings sammantagna bedömning är att ni inte uppfyller kraven då ni inte i avvikelsemodulen i Treserva hanterat händelser i enlighet med stegen som beskrivs i riktlinjen. Ni ska säkerställa att samtliga händelser rapporteras, utreds, bedöms, åtgärdas och följs upp. Vi vill ta del av er åtgärdsplan som ska beskriva hur ni ska åtgärda dessa brister, tidplan och vem som är ansvarig. Vi kommer vid resultatuppföljning att genomföra en ny granskning av följsamhet till avvikelseprocessen genom rapporterade händelser i Treserva.

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 ”Rutin vid hantering av läkemedel reviderad 1.3”</p> <p>Observation vid platsbesök</p>

Bedömning

Er rutin beskriver hämtning och transport av läkemedel samt ansvarsfördelning. Rutinen beskriver även mottagande av uppdrag och signering. Rutinen saknar beskrivning av mellanlagring, hur ni kan låsa in och förvara läkemedel som inte kan lämnas ut till kund direkt efter att de har hämtats ut. Vid platsbesök beskrev ni att läkemedel oftast kan levereras samma tillfälle som det hämtas ut, direkt till kund. Om kund inte skulle vara hemma kan ni förvara det i låst skåp med kodlås, de enda som har tillgång är ledningen och alla i ledningen är delegerade. Vid rundvandring i lokalen observerades inga läkemedel som förvaras synligt eller åtkomligt för obehöriga.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller kraven. Ni behöver säkerställa att rutinen innehåller beskrivning av hur ni förvarar läkemedel som inte direkt kan lämnas ut till kund. Vi vill ta del av er åtgärdsplan som ska beskriva hur ni ska åtgärda dessa brister, tidplan och vem som är ansvarig. Ni ska inför resultatuppföljning inkomma med en uppdaterad rutin som uppfyller kraven.

Malin Paulsson
 Avtalscontroller
 Enheten för uppföljning
 Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
 Örebro kommun