

## Resultatuppföljning av kvalitetskrav

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskraven i er verksamhet. I samband med uppföljningen upptäcktes brister inom några av kvalitetskraven.

Vi har nu, utifrån de brister som tidigare identifierats, genomfört en resultatuppföljning där vi har tagit del av den åtgärdsplan som ni har skickat in samt följt upp de åtgärder som verksamheten beskrivit i åtgärdsplanen och vidtagit för att komma till rätta med bristerna.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att det fortfarande finns brister i verksamheten.

### Bedömningsöversikt

Kvalitetskrav					
	KU	RU		KU	RU
Krav på verksamhet och ledning-obligatoriska 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

## Beslut

Enheten för uppföljning bedömer att nedanstående brister inte är åtgärdade i tillräcklig omfattning. Dessa brister finns inom följande avtalspunkter:

### Trygghetslarm

#### Krav på verksamhet och ledning

- obligatoriska utbildningar
- omvårdnadspersonal

#### Ledningssystem för kvalitet

- utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

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. Ni ansvarar själva för att genomföra en resultatuppföljning för att säkerställa att identifierade brister är åtgärdade. Vid begäran ska ni presentera resultatuppföljningen i ansvarig nämnd.

## Bedömning

### Åtgärdade brister

Resultatuppföljningen visar att bristen avseende följande kvalitetskrav har åtgärdats.

### Uppdraget

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hur utföraren dagligen tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade uppdrag</li> <li>• Hur utföraren dagligen tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsinsatser</li> </ul>	<p>Verksamhetens rutin:</p> <p>"Rapportering gällande planerade ärenden/insatser på Wadköping hemvård"</p>

### Bedömning

Vid uppföljning av kvalitetskrav skickade ni in följande rutiner för uppdraget: "Lokal rutin ny kund HSL" samt "Lokal rutin ny kund". Dessa rutiner saknade information om verksamhetens beredskap för om nytt uppdrag eller förändrat behov skulle uppstå under en helg eller röda dagar, då administratören som i vanliga fall ansvarar för att ta emot och hantera nya uppdrag inte är i tjänst. Bedömningen var att ni inte uppfyller kraven enligt denna punkt i basuppdraget.

### Resultatuppföljning

Ovannämnda rutinerna har kompletterats med dokumentet "Rapportering gällande planerade ärenden/insatser på Wadköping hemvård". I det framgår att det är helgansvariges ansvar att kolla Treservabrevlådan kontinuerligt under helgtid och/eller planera åtgärder och rapportera till administrationen nästkommande vardag.

Vår bedömning är att bristen har åtgärdats och ni uppfyller kraven inom denna punkt i basuppdraget.

## Kvarstående brister

Resultatuppföljning visar att följande brister kvarstår och ska hanteras enligt beslut ovan.

## 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"> <li>• Tillvägagångssätt och ansvarig för hantering av larmbesvarandet mellan kl. 07.00-22.00.</li> <li>• Hur samverkan ska ske med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik och hemsjukvården.</li> <li>• Hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder samtidigt.</li> <li>• Hur utförare behandlar kunder med skyddad identitet.</li> </ul> <p>Utföraren ska även uppfylla följande krav:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verksamhetens rutin: ”Hantering och besvarande av trygghetslarm – Wadköping hemvård”</li> <li>• Larmloggar för perioden maj – juli 2024</li> <li>• Granskning av dokumentation gällande 75 larm i Treserva.</li> </ul>

## Bedömning

Vid uppföljning av kvalitetskrav skickade ni in era rutiner för hantering och besvarandet av trygghetslarm som saknade information om hur ni hanterar avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder samtidigt och hanteringen kring kunder med skyddad identitet. Rutinerna saknade även information om samverkan med nattorganisationen, välfärdsteknik och hemsjukvården.

Granskningen av er följsamhet till Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm när det gäller dokumentation vid besvarande av larm visade då att endast 55% av de 75 granskade larminsatser var dokumenterade enligt riktlinjen. Den sammantagna bedömningen var att ni hade brister i denna punkt i basuppdraget.

## Resultatuppföljning

Den inskickade rutinen har uppdaterats och innehåller samtliga kravställda delar. Därmed bedömer vi att denna brist har åtgärdats.

Granskningen av er följsamhet till Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm när det gäller dokumentation vid besvarande av larm visar att endast 61% av granskade larminsatser är dokumenterade enligt riktlinjen. Det är en viss förbättring jämfört mot tidigare, men fortfarande inte tillräckligt.

Bedömningen utifrån ovanstående är att bristen kvarstår och ni ska fortsätta vidta åtgärder utifrån er åtgärdsplan för att komma till rätta med bristen.

## Krav på verksamhet och ledning

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            Andel personal som genomgått utbildningarna:            Basala hygienrutiner i vård och omsorg: 24%            IBIC: 65%            Mat, måltid och nutrition: 62%            Palliativ utbildning: 51%            SBAR: 57%            Vardagsrehabilitering: 8%</p>

### Bedömning

Vid uppföljningen bedömde vi att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i basuppdraget. De utbildningar som er personal inte genomfört i tillräcklig omfattning var: Basal hygien (25 %), IBIC (43%), Mat, måltid och nutrition (48%), Palliativ utbildning (43%), SBAR (45%) och Vardagsrehabilitering (5%).

### Resultatuppföljning

I samband med resultatuppföljning har ni fyllt i och skickat in en ny kompetensinventering.

Bedömningen utifrån resultatet som finns under "Underlag till bedömning" är att bristen kvarstår och ni ska fortsätta vidta åtgärder utifrån er åtgärdsplan för att uppnå kravet.

## Krav på verksamhet och ledning - omvårdnadspersonal

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Minst 85 % av all omvårdnadspersonal ska ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande</p>	<p>Kompetensinventering            Andel utbildad omvårdnadspersonal: 60%</p>

### Bedömning

Vid uppföljningen visade inventeringen att endast 55% av samtlig personal som arbetar med omvårdnad har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. Bedömningen var att ni inte uppfyller kraven enligt denna punkt i basuppdraget.

### Resultatuppföljning

I samband med resultatuppföljning har ni fyllt i och skickat in en ny kompetensinventering som visar att andel personal som genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande har ökat till 60%.

Bedömningen utifrån ovanstående är att bristen kvarstår och ni ska fortsätta vidta åtgärder utifrån er åtgärdsplan för att uppnå kravet på 85%.

## 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 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 rapporterade avvikelser i Treserva under perioden **maj – augusti 2024**

Granskning av klagomål och synpunkter i Treserva under perioden **maj – augusti 2024**

### Bedömning

Vid uppföljningen visade granskning av rapporterade händelser i Treserva att 60% av registrerade avvikelser följer hela avvikelseprocessen som beskrivs i Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter. Gällande klagomål och synpunkter var det ingen av de två registrerade klagomål och synpunkter som följer samtliga steg i avvikelseprocessen. Den sammantagna bedömningen var att ni inte uppfyller kraven i denna punkt i basuppdraget.

### Resultatuppföljning

I samband med resultatuppföljning har vi gjort en ny granskning som visar att endast 40% av de registrerade avvikelser följer hela avvikelseprocessen som beskrivs i Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter.

Gällande klagomål och synpunkter har ni mottagit och registrerat fyra i avvikelsemodulen. Ni har utrett samtliga och bedömt alla som ingen avvikelse.

Bedömningen utifrån ovanstående är att bristen kvarstår och ni behöver fortsätta vidta åtgärder utifrån er åtgärdsplan för att komma till rätta med bristen.

Yuri Yanez  
Avtalscontroller  
Enheten för uppföljning  
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet  
Örebro kommun