

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	Uppföljning	RU
Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar		
Trygghetslarm		
Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal		
Samverkan		
Riskanalys		
Egenkontroller		
Utredning av avvikelser och synpunkter		
Uppdraget		
Dokumentation		
Hygien och förbrukningsmaterial		
Läkemedelshantering		

RU - resultatuppföljning

Bedömningskriterier

Uppfyller kravet

Uppfyller inte kravet

Beslut

Enheten för uppföljning bedömer att ni ökat er följsamhet till basuppdraget, men att det finns brister kvarstå inom nedanstående delar:

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

Med anledning av beslutet ovan ska ni senast den 1 november 2024 skicka in till egetval@orebro.se en uppdaterad kompetensinventeringsmall med uppgifter om er personal som arbetar med omvårdnad har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Enheten för uppföljning kommer genomföra en andra resultatuppföljning efter den 1 november 2024. Vilket innebär att vi kommer att granska inkommen kompetensinventering samt genomföra en granskning gällande registrerade händelser i avvikelsemodulen i Treserva samt i W3D3.

Bedömning

Åtgärdade brister

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"> • Granskning i verksamhetssystem Treserva gällande dokumentation av larminsats för perioden mars-maj 2024.

Bedömning

Granskningen vid uppföljning av er följsamhet till Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm när det gäller dokumentation vid besvarande av larm visade att endast 35% av de 26 granskade larm dokumenterades enligt riktlinjen.

En ny granskning visar att 83% av 23 slumpmässigt granskade larminsatser är dokumenterade enligt riktlinjen, vilket är en förbättring mot förra gången.

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller krav i denna punkt av basuppdraget.

Krav på verksamhet och ledning - obligatoriska utbildningar

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: Demens ABC – 98% Palliativ utbildning – 95% SBAR – 100% Avvikelsehantering – 100% Vardagsrehabilitering – 95%

Bedömning

Vid uppföljning av kvalitetskrav konstaterades att er personal inte hade genomgått ovannämnda utbildningar i tillräcklig omfattning. Nu ser vi att er åtgärdsplan har gett resultat och lett till en förbättring. Andel personal som har genomgått de ovannämnda utbildningarna har ökat.

Vi bedömer att bristen avseende följande kvalitetskrav har åtgärdats och därmed uppfyller ni krav i denna punkt av basuppdraget.

Kvarstående brister

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

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

Vid uppföljning av kvalitetskrav bedömde vi att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i basuppdraget då kompetensinventeringen visade att

endast 62% av er personal som arbetar med omvårdnad har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. Ni ombads att inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur ni planerar för att uppnå kravet. Ni ombads även att inkomma med en ny kompetensinventering inför den kommande resultatuppföljningen.

Den inskickad kompetensinventering visar att det är fortfarande 62% av er personal som arbetar med omvårdnad har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. Det framgår att 3 medarbetare får sin validering under hösten 2024 och att några personer inte är aktiva i arbete, utan de studerar eller arbetar på annat håll.

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	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. Informera och utbilda personal om rapporteringsskyldigheten 	<p>Granskning av rapporterade händelser i Treserva under perioden 24-01-01 – 24-06-22</p> <p>Klagomål/synpunkter i W3D3(kommunens ärendehanteringssystem)</p>

Bedömning

Granskningen av avvikelser i Treserva visade vid uppföljning att endast 2 händelser av 39 följde samtliga steg i avvikelseprocessen. Resterande 37 händelser var ohanterade.

Sökningen av klagomål och synpunkter i Treserva under samma period gav inga träffar.

En ny granskning av avvikelser i Treserva visar att det registrerades totalt 14 händelser, varav 6 avvikelser, 8 synpunkter/klagomål och tre som inte har blivit kategoriserade.

11 av dessa händelser bedömdes senare som ingen avvikelse, det vill säga att inga händelser kategoriserades som avvikelser, vilket innebär att vi saknar underlag för att kunna se hur ni hanterar avvikelser i processens alla steg.

Granskningen visar däremot en stor förbättring gällande ohanterade händelser. Antalet ohanterade händelser har blivit betydligt färre jämfört mot tidigare och samtliga registrerade händelser (100 %) är utredda.

En förbättring ser vi även i W3D3. Sökningen där visar att ni har registrerat tre avvikelser efter platsbesöket vi genomförde den 7 februari 2024.

Bedömningen utifrån ovanstående är att ni har förbättrat er följsamhet men bristen kvarstår.

Ni ska fortsätta vidta åtgärder utifrån er åtgärdsplan för att komma till rätta med bristen.

Yuri Yanez
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun