

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 tillrätta med bristerna.

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

Bedömningsöversikt

Kvalitetskrav					
	KU	RU		KU	RU
Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar			Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet		
Trygghetslarm			Uppdraget		
Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal			Dokumentation		
Samverkan			Hygien och förbrukningsmaterial		
Riskanalyser			Läkemedelshantering		
Egenkontroller					

KU- Kvalitetsuppföljning RU - Resultatuppföljning

Bedömningskriterier

Uppfyller kravet

Uppfyller inte kravet

Beslut

Enheten för uppföljning bedömer att utförarens vidtagna åtgärder inte gett önskad effekt och att bristerna inte är åtgärdade i tillräcklig omfattning inom nedanstående avtalspunkter:

- **Trygghetslarm**
- **Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**
- **Krav på verksamhet och ledning – omvårdnadspersonal**
- **Dokumentation**

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 ska presentera resultatuppföljningen i ansvarig nämnd.

Bedömning

Åtgärdade brister

Resultatuppföljningen visar att bristerna avseende följande kvalitetskrav har åtgärdats.

Ledningssystem för kvalitet - Samverkan

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <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. 	<p>Verksamhetens rutin ” Lokal rutin, Marka hemvård, samverkan”</p>

Bedömning

I samband med kvalitetsuppföljningen framkom att er samverkansrutin inte var aktuell, den överensstämde inte med den beskrivning av er samverkan som framkom under platsbesöket. Ni ombads utifrån detta att revidera rutinen samt att inkludera en beskrivning av hur samverkan med fysioterapeut sker.

Inför denna resultatuppföljning har ni inkommit med en reviderad rutin som nu uppfyller de krav som ställts.

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 ” Lokal rutin, Marka hemvård, nya och förändrade uppdrag”</p> <p>Inkommen åtgärdsplan</p>

Bedömning

Vid kvalitetsuppföljningen identifierades brister i er rutin för mottagande av nya och förändrade uppdrag. Ni ombads att revidera rutinen, då den saknade en beskrivning av hur ni hanterar nya och utökade uppdrag under kvällar och helger, såsom utskrivningar från sjukhus.

Inför denna resultatuppföljning har ni inkommit med en reviderad rutin som nu uppfyller de krav som följs upp.

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 ” Lokal rutin, Marka hemvård, Läkemedelshantering”</p> <p>Observation via besök i verksamheten</p> <p>Inkommen åtgärdsplan</p>

Bedömning

I samband med kvalitetsuppföljningen genomfördes ett platsbesök där brister i er läkemedelsförvaring identifierades. Det framkom att läkemedel mellanlagrades i ett olåst fack, till vilket samtliga som vistas i lokalerna hade tillgång. Ni ombads säkerställa korrekt förvaring av läkemedel samt att uppdatera er rutin i enlighet med detta.

För att säkerställa att ni åtgärdat bristen i tillräcklig omfattning genomfördes i samband med denna resultatuppföljning ytterligare ett platsbesök. Vid detta tillfälle konstaterades att verksamheten nu förvarar läkemedel i låsta skåp, och att endast behörig personal har tillgång till nycklarna. Rutinerna har även uppdaterats i enlighet med de nya förvaringsrutinerna.

Verksamheten bedöms nu uppfylla de krav som följs upp avseende läkemedelshantering.

Kvarstående brister

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

Dokumentation

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Genomförandeplanen ska:</p> <ul style="list-style-type: none"> Upprättas omgående och vara färdigställd senast 2 månader 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 	<p>Granskning av:</p> <p>16 genomförandeplaner avseende individens delaktighet</p> <p>16 verkställighetsjournaler</p> <p>Observation vid platsbesök</p> <p>Inkommen åtgärdsplan</p>

- 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
- Social dokumentation om kund som finns utanför verksamhetssystemet förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen

Bedömning

Vid kvalitetsuppföljningen identifierades brister i er dokumentation, både gällande genomförandepjäner och den löpande dokumentationen. Vidare observerades vid platsbesöket brister i er förvaring av dokumentation, den förvarades i ett olåst rum där flera andra verksamheter hade tillträde. Ni ombads att säkerställa korrekt förvaring i enlighet gällande lagstiftning.

Vi har nu genomfört en resultatuppföljning. Som en del i den har vi genomfört en ny granskning av dokumentationen i verksamhetssystemet. Granskningen visade att 81% av den löpande dokumentationen nu innehåller kravställda delar samt att 87% av genomförandepjänerna innehåller information om individens delaktighet. Bedömningen är att verksamhetens vidtagna åtgärder haft god effekt och att dokumentationen i verksamhetssystem innehåller kravställda delar.

Vi genomförde även ett nytt platsbesök för att säkerställa att ni åtgärdat bristen avseende förvaringen av dokumentation. Vid detta tillfälle konstaterades att dörren till rummet fortfarande inte går att låsa, den stod öppen och personuppgifter var synligt exponerade på bordet. Vi har även tagit del av er åtgärdsplan där ni beskrivit att ni ska kontakta fastighetsägaren för att se över möjligheterna till låsinstallation.

Bedömningen är att ni fortsatt inte uppfyller kravet avseende förvaring av dokumentation som finns utanför verksamhetssystem Ni behöver vidta åtgärder för att säkerställa att er förvaring är i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen.

Trygghetslarm

Krav som följs upp

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:

- 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.

Underlag till bedömning

Verksamhetens rutin ”Lokal rutin, Marka hemvård, Larmhantering”

Granskning i verksamhetssystem
Treserva gällande dokumentation av larminsats.

Larmloggar för de senaste tre månaderna (juni-augusti)

Inkommen åtgärdsplan

Utföraren ska även uppfylla följande krav:

- 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.

Bedömning

I samband med kvalitetsuppföljningen identifierades att ni brister i att dokumentera åtgärdade larm samt att er rutin saknade kravställda delar. Ni ombads att revidera er rutin och vidta åtgärder för att komma till rätta med bristen avseende dokumentation.

Vi har nu, genom en resultatuppföljning, följt upp om era vidtagna åtgärder haft effekt. Vi har genomfört en ny granskning i verkställighetsjournal samt tagit del av er reviderade rutin.

Granskningen i journal visar att verksamheten fortsatt brister, av totalt 75 granskade larm, var 28% dokumenterade med orsak och åtgärd. Det identifierades även att er rutin fortsatt saknar följande kravställda delar.

- Att larm hanteras mellan kl. 07.00-22.00
- Hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder samtidigt

Bedömningen är att verksamheten inte åtgärdat bristen och att den kvarstår. Verksamheten behöver fortsätta att vidta åtgärder för att säkerställa att larminsatser dokumenteras med orsak och åtgärd.

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Krav som följs upp

Utförarens personal ska genomgå de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.

Underlag till bedömning

Kompetensinventering
Inkommen åtgärdsplan

Bedömning

I samband med kvalitetsuppföljningen identifierades att flera av de obligatoriska utbildningarna inte genomgåtts i tillräcklig omfattning av personalen. Ni ombads att vidta åtgärder för detta för att säkerställa att samtlig personal genomgår utbildningarna.

Vi har nu, genom en resultatuppföljning, följt upp att era vidtagna åtgärder haft effekt. Vi har tagit del av ny kompetensinventering samt er åtgärdsplan. Verksamheten har gjort en positiv förflyttning avseende samtliga utbildningar, följande utbildningar har personalen nu genomgått i tillräcklig omfattning:

Basala hygienrutiner i vård och omsorg (88,5 %)

Demens ABC (92 %)

SBAR (86 %)

Resultatuppföljningen visar även att följande utbildningar fortsatt inte genomförts i tillräcklig omfattning:

Individens behov i centrum, IBIC (52 %)
 Vardagsrehabilitering (54%)
 Manuell förflyttning/lyftkörkort (59 %)
 Mat, måltid och nutrition (33%)
 Palliativ utbildning (31 %)

Verksamheten behöver fortsätta att arbeta med sin åtgärdsplan för att säkerställa att samtlig personal genomgår de obligatoriska utbildningarna.

*Procentsatsen i parentes är andel personal som genomgått utbildningen.

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 Inkommen åtgärdsplan

Bedömning

I samband med kvalitetsuppföljningen identifierades att endast 44 % av all omvårdnadspersonal har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. Vid platsbesöket framkom att verksamheten arbetar aktivt med detta, för tillfället har de en personal som validerar och tre som går kompetenslyftet.

Vi har nu genomfört en resultatuppföljning som visar en marginell ökning, 45 % av all omvårdnadspersonal har nu genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Bedömningen är att bristen kvarstår och att verksamheten behöver fortsätta att vidta åtgärder för att öka andel personal med utbildning enligt krav.

Melisa Hasanbegovic
 Avtalscontroller
 Enheten för uppföljning
 Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
 Örebro kommun