

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
Lagar, riktlinjer och utbildningar	■	■
Trygghetslarm	■	■
Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal	■	■
Samverkan	■	■
Riskanalyser	■	■
Egenkontroller	■	■
Utredning av avvikelser	■	■
Uppdraget	■	■
Dokumentation	■	■
Hygien och förbrukningsmaterial	■	■
Läkemedelshantering	■	■

KU – kvalitetsuppföljning RU - resultatuppföljning

Bedömningskriterier

Uppfyller kravet

Uppfyller inte kravet

Beslut

Enheten för uppföljning beslutar att avsluta denna uppföljning då vi vid resultatuppföljningen sett en viss förbättring avseende nedanstående brist och har tagit beslut om att denna brist ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Vi vill dock påpeka att bristen kvarstår om än i mindre omfattning inom följande kvalitetskrav: Krav på verksamhet och ledning – omvårdnadspersonal.

Bedömning

Åtgärdade brister

Resultatuppföljningen visar att bristerna avseende följande kvalitetskrav har åtgärdats.

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

Vid uppföljning av kvalitetskrav bedömde vi att ni inte fullt ut lever upp till kraven i basuppdraget då många av personal saknade följande utbildningar: Mat, måltid och nutrition; Palliativ utbildning; SBAR och Vardagsrehabilitering. Ni ombads att åtgärda detta och säkerställa att all personal genomgår dessa utbildningar samt att skicka in en ny kompetensinventering inför den kommande resultatuppföljningen.

Den inskickad kompetensinventering visar på följande resultat: 89% av all personal har nu genomfört Mat och måltid och nutrition; 94% - Palliativ utbildning; 94% - SBAR och 89% - Vardagsrehabilitering.

Bedömningen utifrån ovanstående är att ni uppfyller kraven enligt denna punkt i basuppdraget.

Trygghetslarm

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
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.	Granskning i verksamhetssystem Treserva gällande dokumentation av larminsats för perioden mellan december 2023 och februari 2024.

Bedömning

Vid uppföljning av kvalitetskrav bedömde vi att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i basuppdraget då granskningen av er följsamhet till *Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm* när det gäller dokumentation vid besvarande av larm visade att av 29 slumpmässigt granskade larminsatser var endast 19 dokumenterade enligt riktlinjen. Ni ombads att åtgärda bristen och säkerställa att omvårdnadspersonal som har besvarat ett larm alltid dokumenterar händelsen i kundens verkställighetsjournal i Treserva.

En ny granskning av dokumentation vid besvarande av larm har genomförts och den visar att 41 av 45 slumpmässigt granskade larminsatser är dokumenterade enligt riktlinjen.

Bedömningen är att ni uppfyller kraven enligt denna punkt i basuppdraget.

Ledningssystem för kvalitet - Samverkan

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <p>Hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom egna verksamheten samt vilka forum för samverkan som finns inom den egna verksamheten.</p>	<p>Rutin för samarbete Hjälmarens hv – Kvismarens hv Rutin för tvilling- och trillingsarbete HV 1, 240216</p>

Bedömning

Vid uppföljning av kvalitetskrav inkom ni med en rutin för samverkan som saknade information om samverkan inom egna verksamheten. Ni ombads att åtgärda detta och inkomma med en uppdaterad rutin inför den kommande resultatuppföljningen.

Rutinen har nu kompletterats och innehåller numera information om hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom egna verksamheten samt vilka forum för samverkan som finns inom den egna verksamheten. Det framgår även tillvägagångsätt och ansvarsfördelning.

Bedömningen utifrån ovanstående är att ni uppfyller kraven enligt denna punkt i basuppdraget.

Ledningssystem för kvalitet - Egenkontroller

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska årligen genomföra egenkontroll avseende:</p> <p>Verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i <i>Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter</i></p>	<p>Inskickad egenkontroll gällande följsamhet till avvikelseprocessen</p>

Bedömning

Vid uppföljning av kvalitetskrav bedömde vi att ni inte fullt ut lever upp till kraven då saknades det en redovisning av genomförd egenkontroll gällande följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i *Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter*. Ni ombads att inkomma med handlingar som styrker att ni har genomfört egenkontroll gällande följsamhet till avvikelseprocessen inför den kommande resultatuppföljningen.

Inskickad egenkontroll av avvikelshantering beskriver identifierade brister, vilka åtgärder verksamheten har vidtagit samt hur verksamheten har följt upp dessa åtgärder. Bedömningen är därmed att ni uppfyller kraven enligt denna punkt i basuppdraget.

Ledningssystem för kvalitet - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter.	Granskning av rapporterade händelser i Treserva

Bedömning

Vid uppföljning av kvalitetskrav bedömde vi att ni inte lever upp till kraven då granskade händelserna inte fullt ut följde avvikelseprocessen enligt *Riktlinjen Avvikelser, klagomål och synpunkter*. Ni ombads att inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur ni ska arbeta med att säkerställa att verksamheten registrerar samtliga händelser enligt *Riktlinjen Avvikelser, klagomål och synpunkter*.

I samband med resultatuppföljningen har vi genomfört en ny granskning av rapporterade händelser i avvikelsemodul Treserva för perioden mellan december 2023 och februari 2024.

Granskningen i avvikelsemodulen visar på att ert arbete med avvikelshantering har haft effekt och vi kan se en ökad följsamhet till de olika stegen i riktlinjen (bedöma, utreda, åtgärda samt följa upp) efter att en händelse har rapporterats.

Bedömningen utifrån ovanstående är att ni uppfyller kraven enligt denna punkt i basuppdraget.

Dokumentation

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Social dokumentation om kund som finns utanför verksamhetssystemet förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen	Observation vid oanmält platsbesök

Bedömning

Vid uppföljning av kvalitetskrav bedömde vi att ni inte fullt ut lever upp till kraven då under rundvandringen uppmärksammades sekretessinformation i form av personnummer på kunder, som låg framme på ett bord tillgängliga för obehöriga. Ni ombads att inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur ni ska arbeta med att säkerställa att social dokumentation om kund som finns utanför verksamhetssystemet förvaras i enlighet med gällande lagstiftning.

I samband med resultatuppföljningen har vi genomfört ett oanmält besök hos er. Vi kunde konstatera att ingen sekretessinformation ligger framme i grupplokalen tillgängligt för obehöriga.

Bedömningen är därmed att ni uppfyller kraven enligt denna punkt i basuppdraget.

Läkemedelshantering

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Hur läkemedel förvaras oåtkomligt för obehöriga efter att de hämtats ut till dess att de lämnas till patient	Observation vid oanmält platsbesök

Bedömning

Vid uppföljning av kvalitetskrav bedömde vi att ni inte fullt ut lever upp till kraven då under rundvandringen uppmärksammades att läkemedel till kund finns placerade på ett bord och därmed tillgängliga för obehöriga.

Ni ombads att inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur ni ska arbeta med att säkerställa att kravet av följsamhet till 3.14 Läkemedelshantering i basuppdraget uppfylls till fullo.

I samband med resultatuppföljningen har vi genomfört ett oanmält besök hos er. Vi kunde konstatera att inga läkemedel ligger framme i grupplokalen tillgängligt för obehöriga.

Bedömningen är därmed att ni uppfyller kraven enligt denna punkt i basuppdraget.

Påpekande

Resultatuppföljningen visar att bristerna avseende följande kvalitetskrav har förbättrats men kvarstår om än i mindre omfattning och ska hanteras inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete 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 58% 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 nu att 62% av er personal som arbetar med omvårdnad har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. Bedömningen utifrån ovanstående är att bristen kvarstår och ni ska inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete fortsätta vidta åtgärder utifrån er åtgärdsplan för att uppnå kravet på 85%.

Yuri Yanez
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun