

Haga hemvård, Örebro
kommun

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 och de uppdaterade rutiner som ni har skickat in samt följt upp de åtgärder som verksamheten beskrivit i åtgärdsplanen och vidtagit för att komma tillrätta med bristerna.

Beslut

Enheten för uppföljning beslutar att avsluta denna uppföljning då vi vid resultatuppföljningen sett att bristerna inom; *Ledningssystem för kvalitet – samverkan* och *Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar* är åtgärdade i tillräcklig omfattning.

I två av punkterna tilldelas ni ett påpekande vilket innebär att bristen som kvarstår bedöms vara av mindre omfattning och ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete.

- Trygghetslarm
- Ledningssystem för kvalitet
- egenkontroll-dokumentation

Identifierade brister som bedömts vara av mindre omfattning ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Ni ska dokumentera hur verksamheten åtgärdat de brister vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett. Dokumentationen kan komma att begäras in. Enheten för uppföljning beslutar därmed att avsluta denna uppföljning.

Bedömning

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.

Trygghetslarm

Enligt överenskommelsen ansvarar utföraren för besvarande av trygghetslarm hos kunder med beslut om omvårdnad mellan kl. 7-22 samt hos kunder som inte har beslut om omvårdnadsinsats under hela dygnet. Utföraren ska följa Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm. Av riktlinjen framgår att utföraren ska ha en rutin samt att alla larm ska dokumenteras.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med er lokala rutin för hur hantering och besvarande av insatsen trygghetslarm sker utifrån riktlinjen.

Ni skickade in er rutin som beskrev arbetet med ansvar, hur och vad man gör vid larm. Rutinen saknade samverkan med nattorganisationen, välfärdsteknik och hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Inom ramen för denna punkt i överenskommelsen granskades även er följsamhet till riktlinjen när det gäller dokumentation. Enligt riktlinjen ska den omvårdnadspersonal som besvarat ett larm dokumentera händelsen i kundens verkställighetsjournal i Treserva. Med utgångspunkt från larmloggar för tre månader (juni-augusti) granskades 29 slumpmässigt mottagna larm hos 15 kunder genom journalgranskning för att säkerställa att orsak till larmet och vidtagna åtgärder framgick. Endast 7 av de 29 granskade larmen var dokumenterade vilket motsvarar 24 % vilket bedömdes som en brist.

Resultatuppföljning - rutin

Ni ombads att uppdatera er rutin så den innehöll samtliga kravställda delar. Ni har inkommit med en ny rutin som innehåller samtliga delar som efterfrågas enligt riktlinjen.

Resultatuppföljning dokumentationsgranskning trygghetslarm

En ny granskning har genomförts med utgångspunkt från larmloggar för 2 månader (november och december) granskades 30 slumpmässigt mottagna larm hos 18 kunder genom journalgranskning för att säkerställa att orsak till larmet och vidtagna åtgärder framgick. 17 av de 30 granskade larmen är dokumenterade vilket motsvarar 60 %.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att er rutin motsvarar kraven enligt riktlinjen och därmed avtalet. När det gäller dokumentation görs bedömningen att ni har gjort en förflyttning från att endast 24 % av larmen dokumenterades till att 60 % nu är dokumenterade. Enligt riktlinjen ska samtliga larm dokumenteras vilket ni under en 2 månaders period inte nått. Men av resultatet av granskningen har ni kunnat påvisa att ni är på god väg. Utifrån att samtliga

larm inte är dokumenterade bedöms bristen finnas kvar men dock i mindre omfattning vilket gör att ni tilldelas ett påpekande.

Ett påpekande innebär att bristen kvarstår i mindre omfattning men fortfarande behöver åtgärdas, men att ni får fortsätta det arbetet inom ert eget kvalitetsarbete.

Ledningssystem för kvalitet

- Egenkontroller

Genom att regelbundet genomföra egenkontroller kan ni på ett systematiskt sätt följa upp och utvärdera er verksamhet och kontrollera att ni följer aktuella lagar, föreskrifter och styrdokument. Egenkontroller som genomförs ska dokumenteras. Enligt överenskommelsen ska ni genomföra årliga egenkontroller av verksamhetens följsamhet till hygienriktlinjer, avvikelseprocessen och överenskommelsens krav på dokumentation. Ni ska även ha en rutin för hur dessa egenkontroller genomförs.

Ni inkom med rutin som beskrev syfte, hur ni gör, ansvarig, när det ska göras och var dokumentationen sker. Ni inkom även med en sammanställning över vilka egenkontroller som genomförts de senaste 12 månaderna. Ni hade genomfört kravställda egenkontroller inom områdena avvikelseprocessen och hygienriktlinjen. Ni genomförde sedan även egenkontroll – dokumentation gällande genomförandeplaner för att se om genomförandeplaner är aktuella, kundens delaktighet, målsättning och om behov är beskrivna över dygnet. Ni hade inte genomfört någon egenkontroll gällande den sociala dokumentationen i verkställighetsjournal vilket bedömdes som en brist.

Resultatuppföljning

Att inte ha genomfört egenkontroll både av genomförandeplaner och verkställighetsjournal bedömdes som en brist och ni ombads därför genomföra denna och skicka in.

I kontakter som skedde efter detta med både verksamheten och SAS (socialt ansvarig samordnare), har ni visat på dokumentation som tydliggör att ni som enhet fått till er att just nu inte genomföra egenkontroll - dokumentation i verkställighetsjournal på grund av ett pågående arbete med IBIC.

Att inte genomföra det som kravställs är dock en brist. Bedömningen är att det ni kunnat påvisa via insänt material är att bristen att det inte genomförts inte ligger på er som enhet utan är ett beslut högre upp i organisationen inom Örebro kommun som inte ni kan påverka utan er enhet har följt de direktiv ni fått.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att allt som kravställs i överenskommelse inte genomförts, men kan även se vid dokumentationsgranskning att dokumentation i verkställighetsjournal sker, att

det är händelse av betydelse som dokumenteras och man följa kundernas situation över tid.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ett påpekande ska lämnas då alla kravställda delar inte genomförts men att orsaken till det inte ligger på den enskilda enheten.

Ett påpekande innebär att bristen kvarstår i mindre omfattning men fortfarande behöver åtgärdas, men att ni får fortsätta det arbetet inom ert eget kvalitetsarbete.

Tidigare påpekanden

De påpekanden som finns i rapport daterad 2021-10-25 kvarstår och även dessa behöver verksamheten jobba vidare med inom sitt eget kvalitetsarbete

Åtgärdade brister

Resultatuppföljningen visar att bristerna avseende följande kvalitetskrav har åtgärdats.

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan

Enligt överenskommelsen ska ni ha rutiner för samverkan som beskriver hur daglig samverkan och informationsöverföring sker i den egna verksamheten, vilka forum för samverkan som finns inom den egna verksamheten samt hur samverkan sker med nattorganisationen och hälso-och sjukvårdsorganisationen.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med er rutin för samverkan vilket ni har gjort. Enheten för uppföljning gjorde en sammantagen bedömning att verksamhetens rutin uppfyllde stora delar av kraven för samverkan men att ansvarsfördelningen behövde förtydligas samt även innehålla samverkan med arbetsterapeut.

Resultatuppföljning

Ni beskrev i åtgärdsplan att ni 2021-11-17 genomförde en workshop med deltagande från alla yrkeskategorier med syftet att förtydliga roller och vem som gör vad. Ni har inkommit med en ny rutin som innehåller en tydligare ansvarsfördelning samt att samverkan med arbetsterapeut framgår

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller kraven i överenskommelsen kring samverkan.

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Enligt överenskommelse ska all personal genomgå de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession. Inför uppföljningen ombads ni inkomma med en kompetensinventering, vilket ni gjorde.

När det gäller utbildningarna *avvikelsehantering och klagomål i Treserva, IBIC, Mannell förflyttning och lyftkörkort, MCSS, Mat, måltid och nutrition, TES, Treserva, Treserva APP, Basal hygien* så bedömdes att tillräcklig många genomgått utbildningen även om kravet är att alla ska ha gått.

När det gällde utbildningarna *Demens ABC, Ett fall för teamet, Palliation, SBAR, Vardagsrehabilitering och Våld mot äldre* var det för få som genomgått utbildningen för att säkra kunskapsnivån.

Ni ombads inkomma med en åtgärdsplan på enhetsnivå som visar på planering för hur samtliga medarbetare ska tillförsäkras tillräcklig kompetens.

Resultatuppföljning – obligatoriska utbildningar

Ni inkom med begärd åtgärdsplan där planeringen var att alla ska ha genomgått de obligatoriska utbildningarna senast 2022-01-31. Utbildningarna *Våld mot äldre* och *Ett fall för teamet* kommer ni genomföra i gupp tillsammans på APT i december och januari. Utbildningarna *Demens ABC, Palliation, Vardagsrehabilitering och SBAR* kommer genomföras individuellt och planeras in av driftplanerare för respektive medarbetare. Under december uppmärksammar ni att genomföra utbildningar i grupp inte fungerade optimalt för er och därför måste de planeras in för varje medarbetare. Detta innebär att utbildningarna kommer ta längre tid att genomföra än planerat, men att de är påbörjade. Åtgärdsplanen uppdateras med ett nytt datum (2022-04-30) för när detta ska vara genomfört.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att era aktiviteter i åtgärdsplan säkerställer de krav som ställs i överenskommelsen för att säkerställa kvalitet för kund

Jeanette Birgersson
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun