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 i verksamheten.

Bedömningsöversikt

Kvalitetskrav			
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			

Bedömningskriterier
Uppfyller kravet
Uppfyller inte kravet

Beslut

Enheten för uppföljning bedömer att nedanstående brister inte är åtgärdade i tillräcklig omfattning.

- Trygghetslarm
- Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar
- Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal
- Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan
- Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Vi vill ta del av en uppdaterad åtgärdsplan som innehåller aktiviteter för att åtgärda de brister som redovisas under punkterna:
- Trygghetslarm.
- Ledningssystem för kvalitet- Samverkan.

Tidplan och ansvarig för respektive åtgärd behöver framgå i den uppdaterade åtgärdsplanen. Vi vill att ni skickar den uppdaterade åtgärdsplanen till egetval@orebro.se senast den 2 augusti 2024.

Med anledning av beslutet ovan ska ni även skicka in följande handlingar:

- Uppdaterad rutin för trygghetslarm
- Uppdaterad rutin för samverkan
- Aktuell kompetensinventering

Ni ska senast den 1:a november 2024 mån år skicka in begärda handlingar till egetval@orebro.se som styrker att de brister som kvarstår är åtgärdade i tillräcklig omfattning.

Enheten för uppföljning kommer genomföra en ny resultatuppföljning efter den 1:a november 2024.

Bedömning

Åtgärdade brister

Resultatuppföljningen visar att bristerna avseende följande kvalitetskrav har åtgärdats.

Dokumentation

Krav som följs upp	**Underlag till bedömning**
Genomförandeplanen ska: • 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 **I dokumentationen som förs i verkställighetsjournalen ska:** • Det finnas dokumentation av händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid	Granskning av 15 slumpmässigt utvalda verkställighetsjournaler i Treserva. Mellan perioden 2024-03-15 och 2024-06-14

• 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 uppföljningen konstaterades en brist då granskningen visade att det endast gick att gick att följa faktiska omständigheter över tid i 53% av verkställighetsjournalerna.

Vid resultatuppföljningen visar granskningen av verkställighetsjournaler att det i 80 % av den sociala dokumentationen går att följa faktiska omständigheter över tid. Åtgärdsplanen bedöms ha haft effekt då en positiv förflyttning gällande dokumentationen i verkställighetsjournalen har skett.

Bedömningen är att ni lever upp till kraven enligt denna punkt i basuppdraget.

Uppdraget

Krav som följs upp	**Underlag till bedömning**
Utföraren ska ha en rutin som beskriver: • 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	Kvismarens rutin" Lokal rutin HSL uppdrag" Kvismarens rutin " Mottagande av uppdrag SoL - Lokal rutin"

Bedömning
Vid uppföljningen konstaterades en brist då er rutin för mottagande av uppdrag saknade en beskrivning om hur förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder hanteras i verksamheten samt inom vilken tidsram det sker. En brist konstaterades och ni ålades arbeta med att komplettera er rutin med dessa uppgifter.

Inskickade rutiner innehåller en beskrivning av hur förändrade hälso- och sjukvårdsuppdrag hanteras i verksamheten somt inom vilken tidsram det sker.

Bedömningen är att ni lever upp till kraven enligt denna punkt i basuppdraget.

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

Trygghetslarm

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
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. **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.	• Kvismarens rutin ”Trygghetslarm, lokal rutin Kvismaren och Hjälmaren hemvård” • Granskning i verksamhetssystem Treserva gällande dokumentation av larminsats. • Larmloggar för mars, april, och maj 2024 • Granskning av dokumentation gällande 33 trygghetslarm i Treserva

Bedömning

Vid uppföljningen konstaterades en brist då er lokala larmrutin saknade information om hur samarbete med nattorganisationen, hemsjukvården och gruppen för välfärdsteknik fungerar. Det framgick inte heller hur ni hanterar avbrott i larmkedjan samt kunder med skyddad identitet. Granskningen av dokumenterade larm i Treserva visade att 44% larmen dokumenterades med orsak och åtgärd.

Rutinen som skickades in till resultatuppföljningen innehåller information om samverkan med nattorganisationen men saknar fortfarande övriga kravställda delar som påpekats. En ny granskning av dokumenterade larm till resultatuppföljningen har gjorts, granskningen visar att 53% av larmen dokumenterades med orsak och åtgärd vilket fortsatt är en brist.

Åtgärd

Ni ska skicka in en uppdaterad lokal rutin för trygghetslarm som innehåller samtliga kravställda delar, (se punkterna i rutan ovan) Ni ska också fortsätta följa er åtgärdsplan så att samtliga larm dokumenteras i Treserva med orsak och åtgärd. Ni behöver också komplettera er åtgärdsplan så den innefattar information om revidering av er rutin för trygghetslarm så den innehåller kravställda delar.

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
	Följande utbildningar har för få personal genomgått.

Utförarens personal ska genomgå de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.	**Kompetensinventering Till uppföljning** **47 personal** IBIC 57%, Mat måltid och nutrition 2%, Palliativ utbildning 38%, SBAR 20% Vardagsrehabilitering 16%. **Kompetensinventering Till resultatuppföljning** **41 personal** IBIC 73% Mat måltid och nutrition 2% Palliativ utbildning 42% SBAR 49% Vardagsrehabilitering 18%

Bedömning
Informationsrutorna ovan visar de obligatoriska utbildningar som personalen inte genomgått i tillräcklig utsträckning vid uppföljningstillfället samt vid resultatuppföljningen.

Innan resultatuppföljningen påbörjades efterfrågades en ny aktuell kompetensinventering. Då ingen ny kompetensinventering inkommit bedöms punkten utifrån den senast inskickade kompetensinventeringen.

Bedömningen är att ni inte uppfyller kraven i basuppdraget då samtlig personal inte genomgått de obligatoriska utbildningarna.

Åtgärd
Ni ska fortsätta arbeta utifrån er åtgärdsplan för att säkerställa att samtlig personal har genomgått de obligatoriska utbildningarna. Till nästa resultatuppföljning kommer vi att begära in en ny kompetensinventering.

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 Till uppföljningen** 55% av personalen hade relevant utbildning. **Kompetensinventering Till resultatuppföljningen** 62% av personalen hade relevant utbildning.

Bedömning
Informationsrutorna ovan visar de hur många procent av personalen som arbetar med omvårdnad som har genomgått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande.

Innan resultatuppföljningen påbörjades efterfrågades en ny aktuell kompetensinventering. Då ingen ny kompetensinventering inkommit bedöms punkten utifrån den senast inskickade kompetensinventeringen.

Åtgärd
Ni ska fortsätta arbeta utifrån er åtgärdsplan för att säkerställa att samtlig personal som arbetar med omvårdnad ska ha genomgått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande. Till nästa resultatuppföljning kommer vi att begära in en ny kompetensinventering.

Ledningssystem för kvalitet - Samverkan

Krav som följs upp	**Underlag till bedömning**
Utföraren ska ha en rutin som beskriver: • 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.	Kvismarens rutin ”Rutin för teamträffar”

Bedömning
Vid uppföljningen konstaterades en brist då er rutin för samverkan saknade information om hur daglig informationsöverföring sker på verksamheten samt inom vilka forum det sker. Rutinerna saknade också information om extern samverkan som beskrivs i rutan ovan. En brist konstaterades och ni ålades att uppdatera er rutin med kravställda delar.

Inskickad rutin till resultatuppföljningen innehåller information om teamträffar där möten sker en gång i veckan för att samverka kring aktuella ärenden i verksamheten. Det saknas dock fortfarande information om hur daglig samverkan och informationsöverföring sker på verksamheten. En beskrivning av hur extern samverkan går till saknas också.

Åtgärd
Ni behöver komplettera er samverkansrutin med en beskrivning av hur daglig samverkan och informationsöverföring på den egna verksamheten. Ni behöver också beskriva ert samarbete med biståndshandläggare, kommunens nattorganisation och legitimerad personal inom Regionen och kommunen, välfärdsteknik, andra utförare, korttidsenheter och eventuellt andra aktörer. Ni behöver säkerställa att er åtgärdsplan innehåller åtgärder för att komplettera rutinen med information om extern samverkan.

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. Utföraren ska ha en rutin som beskriver: • Tillämpning av Örebro kommuns riktlinjer gällande avvikelser, klagomål och synpunkter. • Hur samverkan sker vid avvikelsehantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredningen av en händelse.	**Till uppföljningen** Granskning av rapporterade händelser i Treserva mellan 2023-01-22 och 2024-01-22 Avvikelser 44 Utredda: 98% Bedömda:70% Åtgärdade: 68% Uppföljda:36%
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	**Till resultatuppföljningen** Granskning av rapporterade händelser i Treserva mellan 2024-03-15 och 2023-06-14 Avvikelser 32 st Utredda: 22% Bedömda:13% Åtgärdade: 13% Uppföljda:13% Kvismarens rutin **”** Lokal rutin hantering av klagomål och avvikelser”

Bedömning

Vid uppföljningen konstaterades en brist då hanteringen avvikelser inte skedde i enlighet med kommunens riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter.

Inskickad rutin till resultatuppföljningen innehåller information om hur verksamheten tillämpar riktlinjen för klagomål och synpunkter, rutinen beskriver tillvägagångssätt, hur ni samverkar med andra samt att enhetschef ansvarar för verksamhetens avvikelsehantering. Rutinen bedöms uppfylla kraven i basuppdraget.

Granskningen av avvikelser till resultatuppföljningen visar att antalet korrekt hanterade avvikelser i Treservamodulen har minskat sedan uppföljningen och är vid granskningstillfället på en lägre nivå än tidigare. Granskningen visar att ni har rapporterat händelser men ni har sedan inte hanterat dessa vidare Detta indikerar att ni inte följer er lokala rutin.

Bedömningen är att ni inte uppfyller kraven i basuppdraget.

Åtgärd
Ni behöver fortsätta arbeta med er åtgärdsplan samt säkerställa att ni jobbar med avvikelser utefter er lokala rutin samt riktlinjen för avvikelser, klagomål och synpunkter, detta innefattar att enhetschef har det övergripande ansvaret att utreda bedöma, åtgärda och följa upp avvikelser. En ny granskning av registrerade avvikelser kommer att göras i Treserva till nästa resultatuppföljning.

Per Lindqvist
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun