

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 av mindre omfattning i verksamheten som ska hanteras inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete

Bedömningsöversikt

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

2.5 Krav på verksamhet och ledning

- obligatoriska utbildningar
- utbildningskrav för omvårdnadspersonal

Ni ska dokumentera hur verksamheten åtgärdat bristen vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett. Dokumentationen kan komma att begäras in.

Bedömning

Åtgärdade brister

Resultatuppföljningen visar att bristerna avseende följande kvalitetskrav har åtgärdats.

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. 	<p>Verksamhetens rutin: ”Rutin för hantering och besvarande av trygghetslarm”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Larmloggar för perioden juli – september 2024 • Granskning av dokumentation gällande 32 larm i Treserva.

Bedömning

Vid uppföljning av kvalitetskrav skickade ni in era rutiner för hantering och besvarandet av trygghetslarm som saknade information om under vilken tid ni ansvarar för uttryckning och besvarande av trygghetslarm hos kunder.

Granskningen av er följsamhet till Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm när det gäller dokumentation vid besvarande av larm visade då att endast 9 av 25 granskade larminsatser var dokumenterade enligt riktlinjen.

Den sammantagna bedömningen var att ni hade brister i denna punkt i basuppdraget.

Resultatuppföljning

Den inskickade rutinen har uppdaterats och innehåller samtliga kravställda delar.

Granskningen av er följsamhet till Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm när det gäller dokumentation vid besvarande av larm visar att 24 av 32 granskade larminsatser är dokumenterade enligt riktlinjen.

Vår bedömning är att ni uppfyller kraven inom 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

Minst 85 % av all omvårdnadspersonal ska ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande

Underlag till bedömning

Kompetensinventering
Andel utbildad omvårdnadspersonal: 83 %

Bedömning

Vid uppföljningen visade inventeringen att endast 64% av samtlig personal som arbetar med omvårdnad har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. Bedömningen var att ni inte uppfyller kraven enligt denna punkt i basuppdraget.

I samband med resultatuppföljning har ni fyllt i och skickat in en ny kompetensinventering som visar att andel personal som genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande har ökat till 83%. Bedömningen utifrån ovanstående är att bristen kvarstår och ni ska fortsätta vidta åtgärder utifrån er åtgärdsplan för att uppnå kravet på 85%.

Krav på verksamhet och ledning – obligatoriska 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
Andel personal som genomgått utbildningarna:
Basala hygienrutiner i vård och omsorg: 83%
Palliativ utbildning: 70%

Bedömning

Vid uppföljningen bedömde vi att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i basuppdraget. Andel personal som genomgått utbildningarna Basal hygienrutiner och Palliativ utbildning var endast 63%.

I samband med resultatuppföljning har ni fyllt i och skickat in en ny kompetensinventering där det framgår att andel personal som genomgått Basala hygienrutiner har ökat till 83%. Även andel personal som genomfört Palliativ utbildning har ökat men inte tillräckligt och det är fortfarande en brist. Bedömningen utifrån ovanstående är att bristen kvarstår och ni ska fortsätta vidta åtgärder utifrån er åtgärdsplan för att uppnå kravet.

Yuri Yanez
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun