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.

Bedömningsöversikt

Kvalitetskrav

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			

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:

2.12 Krav på verksamhet och ledning - omvårdnadspersonal

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.

Krav på verksamhet och ledning - omvårdnadspersonal

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Minst 85 % av all omvårdnadspersonal ska ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande	Åtgärdsplan Kompetensinventering Andel utbildad omvårdnadspersonal: 65% (54)

Bedömning
Vid uppföljningen av kvalitetskrav uppfylldes inte kravet då endast 54 % av all omvårdnadspersonal genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. Inför resultatuppföljningen har ni inkommit med en kompetensinventering som visar att 65 % genomgått kravställd utbildning. Enligt er åtgärdsplan har verksamheten ett samarbete med en skola som har tillstånd att utbilda och validera undersköterskor. Befintliga vårdbiträden kartläggs och bedömning görs om de har tillräckliga kunskaper för att kunna genomföra utbildning och validering. Enhetschefen ansvarar för att säkerställa att nyanställd personal har utbildning inom omsorgsprogrammet eller besitter tillräckliga kunskaper för att genomgå utbildning eller validering.

Enheten för uppföljnings bedömning är att bristen kvarstår och att ni, inom ramen för ert eget kvalitetsarbete ska fortsätta arbeta för att uppfylla kravet.

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 Andel personal som genomgått utbildningarna: Basala hygienrutiner i vård och omsorg: 91% Demens ABC: 93% IBIC: 95% Manuell förflyttning/lyftkörkort: 86% Palliativ utbildning: 79%

Bedömning

Vid uppföljningen av kvalitetskrav konstaterades att ni inte fullt ut levde upp till kraven eftersom andel personal som hade genomgått utbildningarna Basala hygienrutiner, Demens ABC, IBIC, Manuell förflyttning och Palliativ utbildning var för låg.

Enheten för uppföljningen har tagit del av er kompetensinventering och gör nu bedömningen att ni uppfyller kravet i denna avtalspunkt.

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.	Verksamhetens rutin: ”5.10 Hantering av larm”

Bedömning
Vid uppföljningen av kvalitetskrav bedömdes att ni delvis brast i denna avtalspunkt. Ni dokumenterar era larm i tillräcklig omfattning men rutinen saknade information om samverkan med gruppen för välfärdsteknik och hemsjukvården. Det saknades även information om hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder samtidigt och hur verksamheten behandlar kunder med skyddad identitet.

Vi har tagit del av inskickade rutin och gör nu bedömningen att den innehåller samtliga kravställda delar.
Enheten för uppföljning gör bedömningen att bristen är åtgärdad.

Ledningssystem för kvalitet - Egenkontroller

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utföraren ska ha en rutin för och årligen genomföra egenkontroll avseende: • Verksamhetens följsamhet till riktlinjen *Basal hygien inom kommunal vård och omsorg* • Verksamhetens följsamhet till avtalspunkt *Dokumentation* • Verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i *Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter*	Inskickad sammanställning av egenkontroller genomförda under de senaste 12 månaderna Verksamhetens rutin: ”7.2 Årshjul för systematiska kvalitetsarbetet” ”7.3 Egenkontroll – Rutin”

Bedömning
Vid uppföljningen av kvalitetskrav konstaterades att ni inte fullt ut levde upp till kraven då rutinen för egenkontroller saknade en beskrivning av tillvägagångsätt och information om med vilken frekvens ni genomför egenkontrollerna.
Ni skulle skicka in en sammanfattning över genomförda egenkontroller gällande dokumentation och avvikelser. Av sammanfattningen skulle det framgå vilka brister som identifierades, vilka åtgärder som vidtagits utifrån identifierade brister och hur ni följt upp åtgärder och dess effekt. Ni skulle även bifoga en beskrivning av uppföljning av åtgärder gällande egenkontroll av basal hygien.

Enheten för uppföljningen har tagit del av inskickade rutin och gör nu bedömningen att den innehåller samtliga kravställda delar.

Enheten för uppföljningen har även tagit del av inskickade egenkontroller och därmed konstaterat att ni har genomfört samtliga kravställda egenkontroller och redogjort för resultatet. Enheten för uppföljnings bedömning är att bristen är åtgärdad.

Läkemedelshantering

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utföraren ska ha en rutin som beskriver: • Hur läkemedel transporteras på ett säkert sätt och förvaras oåtkomligt för obehöriga efter att de hämtats ut till dess att de lämnas till patient	Observation vid platsbesök 2025-11-11

Bedömning
Vid uppföljningen av kvalitetskrav konstaterades att ni inte fullt ut levde upp till kraven. Läkemedel som inte kan lämnas till kund samma dag ska förvaras i ett låst skåp i verksamhetens lokaler. Vid platsbesöket framkom att både delegerad och icke delegerad personal hade tillgång till nyckeln, vilket strider mot riktlinjen.

Verksamheten har idag en separat nyckelförvaring för läkemedelsskåpet som endast delegerad personal har tillgång till. Detta bekräftades genom ett platsbesök.
Enheten för uppföljning gör bedömningen att bristen är åtgärdad.

Yuri Yanez
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun