

# Uppföljning av kvalitetskrav

Service

Ren Service i Örebro AB



## Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i det avtal verksamheten tecknat med Örebro kommun Sov 609/2022. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång var tredje år enligt riktlinje för avtals- och verksamhetsuppföljning, Sov 215/2020.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

## Ren Service i Örebro AB

Ren Service i Örebro AB utför service sedan 2010 i Örebro kommun och har sin lokal i området Rosta i Örebro. Utföraren erbjuder följande tjänster till sina kunder: inköp, tvätt, städning, fixartjänster och fönsterputs. Arbetsstyrkan består av en verksamhetsansvarig, 5 tillsvidareanställda, två visstidsanställda och tre timanställda som utför bara fönsterputs.

Ren Service i Örebro AB har idag ca 100 Lov-kunder och ungefär lika många RUT-kunder.

## Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att ni ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska senast **den 8 juni 2023** skicka in åtgärdsplanen till [eggetval@orebro.se](mailto:eggetval@orebro.se). Bedömningen är att ni brister inom följande kvalitetskrav:

### Krav på verksamhet och ledning

#### Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan
- Egenkontroller
- Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet
- Utredning av klagomål och synpunkter

#### Dokumentation

Med anledning av ovanstående brister ska ni även skicka in följande handlingar:

- Uppdaterad rutin för samverkan
- Rutin för egenkontroller
- En fullständig egenkontroll av social dokumentation i verkställighetsjournaler
- Kompletterande uppgifter för uppföljning av åtgärder gällande egenkontroll av genomförandeplaner
- En fullständig egenkontroll av avvikelseprocessen enligt *Riktlinje Avvikelser, Klagomål och Synpunkter*

Handlingarna ska vara inskickade till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se) senast **den 4 september 2023**.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter **den 4 september 2023**. I samband med det kommer vi att granska inkomna rutiner samt genomföra en dokumentationsgranskning gällande aktuella genomförandeplaner, löpande dokumentation i verkställighetsjournaler, samt granska även avvikelser, klagomål och synpunkter.

Om brister kvarstår vid en resultatuppföljning kan Enheten för uppföljning komma att vidta ytterligare sanktioner i enlighet med gällande avtal. Utebliven åtgärd eller åtgärd som inte hanteras inom föreskriven tid kan leda till väsentligt avtalsbrott. Ett väsentligt avtalsbrott föreligger om fel i tjänsten påpekats av Enheten för uppföljning vid två tillfällen men trots det inte åtgärdas inom föreskriven tid.

## Bedömning

### Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

#### 3.4 Ledningssystem för kvalitet

- Riskanalyser

Enligt avtalet ska ni fortlöpande genomföra riskanalyser och för varje identifierad händelse ska det i dokumentationen framgå hur ni har följt upp åtgärderna och dess effekt. Ni ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Ni ska även ha en rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra er verksamhet.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med rutin för riskanalyser och en sammanställning över vilka riskanalyser ni genomfört det senaste året.

Inskickad rutin för riskanalyser beskriver hur ni arbetar med riskanalyser. Det framgår syfte, tillvägagångssätt samt vem som ansvarar vid genomförandet. Sammanställningen av genomförda analyser visar att verksamheten arbetar fortlöpande och systematiskt med riskanalyser. Det framgår anledning till att riskanalyser genomförts, vilka risker som identifierats, samt vilka åtgärder som vidtagits, och hur dessa följts upp.

#### *Bedömning*

Bedömningen utifrån ovanstående är att ni uppfyller kraven i avtalet avseende punkten riskanalyser.

### 3.6 Uppdraget

Enligt avtalet ska utförare ta emot uppdrag efter beställning från Servicecenter eller beslut av biståndshandläggare. Uppdraget ska påbörjas senast 24 timmar efter mottagandet och vid behov kunna verkställas omgående. Uppdrag som utföraren tagit emot kvarstår till dess att uppdrag avslutas. För dessa processer ska upprättade rutiner finnas.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med rutinen som beskriver hur ni dagligen tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade uppdrag. Er rutin är tydligt vad den avser och innehåller en tydlig ansvarsfördelning och beskrivning av hur uppdraget dagligen tas emot via funktionsbrevlåda i Treserva. Rutinen beskriver även hur kontakten tas med biståndshandläggaren vid förändrade behov.

#### *Bedömning*

Bedömningen utifrån ovanstående är att ni uppfyller kraven i avtalet avseende punkten 3.6 Uppdraget.

### 3.12 Hygien och förbrukningsmaterial

Enligt avtalet ska ni tillhandahålla skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial till personalen i den utsträckning som behövs för att följa Riktlinjen för basal hygien inom kommunal hälso- och sjukvård i Örebro läns kommuner.

I samband med platsbesöket tittade vi om ni tillhandahåller skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen för basal hygien.

#### *Bedömning*

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller krav i avtalet inom punkten 3.12 Hygien och förbrukningsmaterial då ni bedöms tillhandahålla skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial till personalen enligt riktlinjen för basal hygien.

## **Brister i kvalitetskrav**

Resultatet visar att ni brister i kvalitetskrav. Nedan redovisas de brister som föranlett beslut om åtgärdsplan.

### 2.7 Krav på verksamhet och ledning

För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Det innebär att den personal som utför uppgifterna ska ha lämplig kunskap och kompetens för att kunna utföra insatserna, tillhörande dokumentation och relaterade arbetsuppgifter på ett fackmannamässigt sätt.

För att kunna bedöma hur stor andel av er personal som genomgått de obligatoriska utbildningarna ombads ni att inkomma med en ifylld kompetensinventeringsmall.

Vår granskning av denna inventering visar att medarbetarna inte gått någon av de obligatoriska utbildningarna i tillräckligt stor utsträckning:

IBIC 55%, Vardagsrehabilitering 18%, Treserva 73%, Treserva App 0%, TES 73%, Avvikelsehantering och klagomål Treserva 0% Basal hygien 64%

#### *Bedömning*

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i avtalet då era medarbetare inte i tillräcklig omfattning har genomfört obligatoriska utbildningar.

#### *Åtgärder*

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska åtgärda bristen kopplat till de obligatoriska utbildningarna. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd.

Vid resultatuppföljningen vill vi ta del av en uppdaterad kompetensinventeringsmall som omfattar alla medarbetare oavsett anställningsform.

### **3.4 Ledningssystem för kvalitet**

#### **- Samverkan**

Samverkan, såväl internt som externt, är en förutsättning för att säkra kvaliteten på de insatser som ges inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Genom processer och rutiner kan verksamheten säkerställa att det finns förutsättningar för bra samverkan. Enligt avtalet ska ledningssystem för kvalitet innehålla rutiner för samverkan inom den egna verksamheten och med externa aktörer.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med rutin för intern och extern samverkan. Inskickad rutin är tydlig vad den avser. Det framgår vilka forum för samverkan som finns inom den egna verksamheten och det finns en tydlig ansvarsfördelning. Rutinen saknar däremot information om hur samverkan sker med gruppen för välfärdsteknik, korttidsenheter, andra utförare och aktörer.

#### *Bedömning*

Då rutinen saknar de ovannämnda uppgifterna bedömer vi att ni brister i följsamhet till krav inom denna punkt i avtalet.

#### *Åtgärd*

Ni ska inkomma med en uppdaterad rutin som beskriver hur ni samverkar med gruppen för välfärdsteknik och andra utförare. Ni ska även inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur rutinen ska implementeras i verksamheten. Åtgärdsplanen ska även innehålla en tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

- Egenkontroller

Enligt avtalet ska ni regelbundet genomföra egenkontroller inom den egna verksamheten. Egenkontroller ska genomföras inom de områden och med den frekvens och omfattning som ni bedömer krävs för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Egenkontroller som genomförs ska dokumenteras.

Utöver SOSFS 2011:9 krav på egenkontroller ska ni ha rutiner för och årligen genomföra egenkontroll av verksamhetens följsamhet till:

- *Riktlinjen Basal hygien inom kommunal hälso-och sjukvård*
- Dokumentation
- Avvikelseprocessen som beskrivs i *Riktlinje Avvikelser, Klagomål och Synpunkter*

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med rutin som beskriver hur ni arbetar med egenkontroller, samt en sammanställning över genomförda egenkontroller de senaste 12 månaderna.

Någon rutin för hur verksamheten arbetar med egenkontroller har inte redovisats. Detsamma gäller sammanställningen av egenkontroll av avvikelser.

Av er inskickade sammanställning av egenkontroll av basal hygien framgår information om identifierade brister, vidtagna åtgärder kopplade till dessa brister samt hur ni har följt upp åtgärderna.

Den inskickade sammanställningen av egenkontroll av dokumentation som förs i verkställighetsjournalen saknar information om hur urvalet har gjorts, antal granskade kunders journaler, kundens situation samt information om det går att följa vad som faktiskt genomförts. Verksamheten har inte identifierat några brister, vilket är motsatsen till vårt granskningsresultat. Se 3.7 Dokumentation.

Av er inskickade sammanställning av egenkontroll av genomförandeplaner framgår identifierade brister, vidtagna åtgärder kopplade till dessa brister samt planerad uppföljning framöver.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i avtalet då ni inte har någon upprättad rutin för egenkontroll.

Sammanställningen av den sociala dokumentationen i verkställighetsjournalerna saknar också uppgifter om urvalet, antal granskade journaler, kundens situation samt information om det går att följa vad som faktiskt genomförts.

Egenkontroll av genomförandeplaner saknar information om uppföljning av åtgärder. Ni har inte heller genomfört någon egenkontroll av avvikelseprocessen som beskrivs i *Riktlinje Avvikelser, Klagomål och Synpunkter*, vilket strider mot avtalet.

#### *Åtgärd*

Ni ska inkomma med en rutin som beskriver hur ni arbetar med egenkontroller. Ni ska även inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur rutinen ska implementeras i verksamheten samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Ni ska också inkomma med en fullständig egenkontroll av social dokumentation samt avvikelser, klagomål och synpunkter, där det ska framgå vilka brister ni identifierat, vilka åtgärder ni vidtagit och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Det ska även framgå hur och när planerar ni att följa upp åtgärderna och vem som är ansvarig för uppföljningen.

- Utredning av avvikelser, rapporteringsskyldighet och klagomål och synpunkter

Enligt avtalet ska alla typer av händelser rapporteras, registreras, utredas och följas upp. Oavsett typ av händelse ska verksamheten följa *Riktlinjen Avvikelser, klagomål och synpunkter*.

Vid platsbesöket framkom att personalen informeras och utbildas i rapporteringsskyldigheten minst en gång per år samt löpande vid behov. Det framkom att alla kunder får utförarens kontaktuppgifter och information om vart man kan vända sig om man vill lämna klagomål och synpunkter till verksamheten och direkt till Örebro kommun. Informationen ges både muntligt och skriftligt.

Vid sökning i avvikelsemodulen i Treserva för perioden 2022-03-14 och 2023-03-14 hittades inga registrerade avvikelser.

Vid sökning i kommunens ärendehanteringssystem W3D3 och hos Inspektionen för vård och omsorg återfanns inte heller några registrerade avvikelser eller Lex Sarah anmälan för perioden 2020-03-14 och 2023-03-14.

Inom ramen för denna punkt i avtalet granskar vi även er följsamhet till *Riktlinjen Avvikelser, klagomål och synpunkter*. Detta gör vi genom att granska registrerade avvikelser, klagomål och synpunkter i avvikelsemodulen i Treserva. Sådan granskning inte gick att genomföra då ni inte registrerat några händelser överhuvudtaget under ett helt år.

#### *Bedömning*

Då det inte fanns något underlag att granska bedömer vi att ni brister i följsamhet till krav inom denna punkt i avtalet.

#### *Åtgärd*

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska åtgärda bristen kopplat till registrering av avvikelser, klagomål och synpunkter och hantering av avvikelseprocessen. I samband med resultatuppföljning kommer vi följa upp att bristen är åtgärdad i tillräcklig omfattning genom en ny granskning av registrerade avvikelser, klagomål och synpunkter i avvikelsemodulen i Treserva.

### **3.7 Dokumentation**

Dokumentationen ska ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation vid genomförande av insatser enligt SoL. Enligt överenskommelsen ska dokumentation utformas med respekt för kundens integritet och personalen ska dokumentera när verkställighet påbörjas, händelser av betydelse och faktiska omständigheter. Den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas i dokumentationen.

Som en del i uppföljningen genomförde vi en granskning av totalt 30 slumpmässigt utvalda kunders genomförandeplaner och verkställighetsjournaler i Treserva mellan perioden 2022-04-14 och 2023-04-14. Granskningen av genomförandeplanerna visar att endast 60 procent av planerna var aktuella.

Granskningen av social dokumentation under samma period visar att samtliga 30 granskade verkställighetsjournalerna inte uppfyller ställda krav då dokumentationen är övervägande sparsam. Det är långa uppehåll i dokumentationen och det saknas information om händelser av betydelse. Det går inte att följa vad som faktiskt genomförts.

### *Bedömning*

Den sammantagna bedömningen är att ni brister i dokumentation och därmed inte lever upp till kraven enligt denna punkt i avtalet.

### *Åtgärd*

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska åtgärda bristen kopplat till genomförandeplaner och löpande dokumentation i verkställighetsjournalerna. I samband med resultatuppföljning kommer vi att följa upp att bristen är åtgärdad i tillräcklig omfattning genom en ny granskning av genomförandeplaner samt den sociala dokumentationen i verkställighetsjournalen.

## **Metod**

Avtalscontrollers inom Enheten för uppföljning har samlat in och granskat nedanstående underlag. Underlaget ligger till grund för det beslut som Enheten för uppföljning fattat i denna rapport. Uppföljningen har även innefattat ett platsbesök i verksamheten.

### **Underlag för bedömning:**

- Intervju
- Observation
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Journal
- Dokumentation
- Rutiner
- Tidigare uppföljningar

Yuri Yanez  
Avtalscontroller  
Enheten för Uppföljning  
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet  
Örebro kommun



