

# Uppföljning av kvalitetskrav

**Daglig verksamhet**

**Dagteamet**



## Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i det avtal verksamheten tecknat med Örebro kommun Sov 435/2022. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång vart tredje år enligt riktlinje för avtals- och verksamhetsuppföljning, Nf 492/2023.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

## Dagteamet

Dagteamet är en daglig verksamhet som ligger i Mosås en bit utanför Örebro. Verksamheten har utöver teamchef/stödpedagog samt verksamhetschef ytterligare tre medarbetare. I verksamheten finns 13 deltagare, en till deltagare ska starta upp inom kort. Den huvudsakliga uppgiften i verksamheten är att ta emot och hantera kläder som medborgare skänker. De tvättas, torkas och sorteras. Kläderna skänks sedan till behövande. Samarbeten finns med Kvinnohuset och Röda Korset. Deltagarna har även individuella önskemål och idéer där individanpassade aktiviteter som skapande och pyssel erbjuds. Verksamheten genomför utflykter och har en samtalsgrupp för deltagare inriktad mot psykisk ohälsa.

Då Dagteamet tecknade avtal med Örebro kommun 2022-06-30 är detta den första uppföljningen av kvalitet av verksamheten

## Bedömningsöversikt

### Kvalitetskrav

Samverkan	
Riskanalys	
Egenkontroller	
Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet	
Dokumentation	
Bemötande	
Hygien och smittskydd	

### Bedömningskriterier

Uppfyller kravet

Uppfyller inte kravet

## Metod

I samband med kvalitetsuppföljningen har Avtalscontrollers inom Enheten för uppföljning begärt in och granskat underlag gällande de kvalitetskrav som specificeras i avtal. Uppföljningen har även innefattat inhämtade data från berörda myndigheter samt en granskning i verksamhetssystem gällande dokumentation och avvikelshantering. Som en del i uppföljningen har också ett platsbesök genomförts i verksamheten, platsbesöket innefattade observation av vissa av verksamhetens utrymmen samt samtal med personal.

Underlaget ligger till grund för det beslut som Enheten för uppföljning fattat i denna rapport.

## Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Dagteamet ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda de brister som redovisas i denna rapport samt tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Utföraren ska senast den 11 december 2023 skicka in åtgärdsplanen till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se)

Bedömningen är att Dagteamet brister inom följande kvalitetskrav:

- **Ledningssystem för kvalitet**
  - **Samverkan**
  - **Egenkontroller**
  - **Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet**
- **Dokumentation**
- **Hygien och smittskydd**

Med anledning av ovanstående brister ska Dagteamet skicka in följande handlingar:

- reviderad rutin för samverkan
- genomförda och dokumenterade egenkontroller för avvikelser, dokumentation och hygien.
- reviderad rutin för egenkontroll av social dokumentation
- reviderad rutin för egenkontroll av hygien
- reviderad rutin för avvikelser
- reviderad rutin för klagomål och synpunkter

Handlingarna ska vara inskickade till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se) senast 11 mars 2024

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 11 mars 2024. Detta innebär att vi kommer

- granska inkommen åtgärdsplan samt rutiner
- granska er redovisning av egenkontroller
- genomföra en dokumentationsgranskning gällande aktuella genomförandeplaner.
- genomföra en granskning av er följsamhet till avvikelseprocessen

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.

#### Ledningssystem för kvalitet – Riskanalyser

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet</li> </ul>	<p>Dagteamet har inkommit med följande rutin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riskanalys</li> </ul>

#### Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att verksamheten uppfyller krav i punkten riskanalyser. Ni har rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser för att förbättra verksamheten på ett systematiskt vis. Vid intervju på platsbesöket framkommer även att ni systematiskt genomför riskanalyser utifrån årshjul.

#### Bemötande

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha ett aktivt värdegrundsarbete som överensstämmer med Örebro kommuns värdegrund inom Förvaltningen för funktionsstöd.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtal med verksamhet</li> <li>• Observation på platsbesök</li> </ul>

#### Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller kravet. På platsbesöket beskrivs hur ni arbetar med värdegrundsfrågor, ert arbetssätt och bemötande av deltagare i verksamheten. Ni beskriver hur ni ger deltagare stöd i kommunikation, att ni till exempel har teckenspråkig personal, bildstöd och för deltagare med

synsättningsfinns anpassningar i verksamheter. Av observation vid rundvandring i lokalerna bekräftas detta.

## Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren brister i nedanstående kvalitetskrav.

### Ledningssystem för kvalitet – Samverkan

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom egna verksamheten mellan olika professioner och funktioner.</li> <li>• Vilka forum och arbetssätt för samverkan som finns.</li> <li>• Hur samverkan sker med LSS/SoL-handläggare, med legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård och Region Örebro län och eventuella andra aktörer.</li> </ul>	<p>- Intervju vid platsbesök - Dagteamet har inkommit med följande rutin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samverkan</li> </ul>

### Bedömning

Punkten samverkan med hälso- och sjukvårdsenheten saknar beskrivning av hur samverkan sker. Vid intervju framkommer att det oftast är deltagarens boende eller deltagaren själv som tar kontakt med sjuksköterska, men att även Dagteamet vid behov tar kontakt med sjuksköterska. Det framkommer dock inte i rutinen att detta sker eller tillvägagångssätt.

När det gäller samverkan med Örebro Region framkommer vid intervju att verksamheten inte samverkar med regionen i dag, men det finns en beskrivning i rutinen att samverkan ska ske. Om behov av samverkan med regionen uppkommer bör rutinen ses över och vid behov revideras med beskrivning av hur samverkan ska ske.

### Beslut

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet då ni saknar beskrivning av hur samverkan med Hälso- och sjukvårdsenheten sker. Dagteamet ska inkomma med reviderad rutin för samverkan där samverkan med hälso- och sjukvårdsenheten ska framgå. Rutinen ska innehålla tillvägagångssätt samt ansvariga för genomförandet.

### Ledningssystem för kvalitet - Egenkontroller

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin för och årligen genomföra egenkontroll avseende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verksamhetens följsamhet till riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i></li> </ul>	<p>Sammanställning av egenkontroller för avvikelser, dokumentation och hygien för de senaste 12 månaderna</p>

- Verksamhetens följsamhet till *punkt 3.8 dokumentation*
- Verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i *Riktlinje Avvikelse, Klagomål och synpunkter*

Dagteamet har inkommit med följande rutiner:

- Egenkontroll avvikelser
- Egenkontroll av social dokumentation
- Egenkontroll hygien

Dagteamet har inkommit med begärd sammanställning av egenkontroller för avvikelser, dokumentation och hygien där det framgår att egenkontroller för dessa områden inte är genomförda för de senaste 12 månaderna. Det framgår av sammanställningen att egenkontrollerna är inplanerade att genomföras den 19 oktober 2023.

När det gäller rutiner för egenkontroller visar granskning att det i rutinen för avvikelser framgår tillvägagångssätt samt ansvarsfördelning.

I rutinen för egenkontroll av social dokumentation saknas beskrivning av egenkontroll av genomförandeplan.

I rutinen för egenkontroll av hygien saknas beskrivning av hur ofta egenkontroller genomförs.

### Beslut

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet.

Dagteamet ska inkomma med åtgärdsplan för hur ni avser åtgärda bristen gällande att egenkontroller inte genomförts under de senaste 12 månaderna samt hur ni ska säkerställa att ni framöver systematiskt genomför egenkontroller.

Ni ska inkomma med genomförda och dokumenterade egenkontroller för följsamhet till avvikelseprocessen, dokumentation och hygien.

Ni ska revidera era rutiner för social dokumentation och hygien så att det framgår hur egenkontroll av genomförandeplaner genomförs samt ansvarig, och hur ofta egenkontroller för hygien genomförs.

### Ledningssystem för kvalitet - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

#### Krav som följs upp

Utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren ska ha en rutin som beskriver:

- Tillämpning av uppdragsgivarens riktlinjer gällande avvikelser, klagomål och synpunkter.
- Hur samverkan sker vid avvikelshantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredningen av en händelse.

#### Utföraren ska även:

- Informera om och möjliggöra för den enskilde och anhöriga att lämna klagomål och synpunkter muntligt

#### Underlag till bedömning

Granskning av rapporterade händelser i T-reserva för perioden 22-08-26 tom 23-08-26

Verksamhetens rutiner för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter  
”Avvikelshantering” samt  
”Klagomål och synpunkter”

Information från IVO

och skriftligt till verksamheten och direkt till Örebro kommun.	Klagomål/synpunkter i W3D3 (kommunens ärendehanteringssystem)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informera och utbilda personal om rapporteringsskyldigheten</li> </ul>	

### Bedömning

För att bedöma om ni har en följsamhet till Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter har hanteringen av era rapporterade händelser granskats på en övergripande nivå för att se om ni följer processen som beskrivs i riktlinjen.

Under perioden finns 12 rapporterade händelser. Ni har utrett, bedömt och åtgärdat samtliga händelser men endast 50 procent är uppföljda. För den granskade perioden finns inga klagomål eller synpunkter rapporterade. Kontakt med IVO visar att inga inkomna klagomål eller synpunkter samt Lex Sarah finns för perioden 2022-06-30 till 2023-08-26. I W3D3 finns det inga inkomna klagomål eller synpunkter registrerade.

På platsbesöket uppger ni att ni inte vet att klagomål och synpunkter ska rapporteras i avvikelsemodulen i verksamhetssystem. På begäran fick vi på platsbesöket ta del av er rutin för avvikelshantering. Granskning av rutinen visar att det framgår ansvarsfördelning till viss del, men det är otydligt vem som ansvarar för hela utredningen, det vill säga alla steg i avvikelseprocessen som framgår i riktlinjen.

Det framgår inte av er rutin för klagomål och synpunkter var dokumentation av det inkomna klagomålet görs, annat än att det ska ske i Treserva, vilket ni också vid intervju bekräftar att ni inte vet.

### Beslut

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller de krav som följts upp. Ni har en avvikelshantering som inte följer riktlinjen då ni inte följer upp era insatta åtgärder och dess effekt i tillräcklig utsträckning. Dagteamet ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen och hur rutiner ska implementeras i verksamheten, det ska framgå av åtgärdsplanen vem som är ansvarig och tidsplan.

Ni ska revidera er rutin för avvikelshantering så det framgår ansvarsfördelning. Ni ska även revidera er rutin för klagomål och synpunkter så att det framgår att rapportering av klagomål och synpunkter görs i avvikelsemodulen.

I samband med resultatuppföljning kommer en ny granskning av avvikelser att genomföras.

### Dokumentation

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p><b>Genomförandeplanen ska:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Upprättas och vara färdigställd senast 2 månader efter mottaget uppdrag</li> </ul>	Granskning av verkställighetsjournaler samt genomförandeplaner i Treserva.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Följas upp och upprättas tillsammans med deltagaren vid behov och minst var sjätte månad</li> <li>• Beskriva hur och när uppdraget ska utföras för att tillgodose kundens behov och mål</li> <li>• Innehålla information om individens delaktighet</li> </ul> <p><b>Verkställighetsjournalen ska innehålla:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentation av händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid</li> <li>• Deltagarens mål och arbetet mot måluppfyllelse finns dokumenterat dvs. dokumentation av insatsens utförande och deltagarens utveckling mot mål.</li> </ul> <p><b>Dokumentationen i verkställighetsjournal ska:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ska i första hand vara antecknad av den personal som utfört deltagarens insats</li> <li>• vara utformad med respekt för deltagarens integritet</li> <li>• Social dokumentation om deltagare som finns utanför verksamhetssystemet förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen</li> </ul>	<p>Observation vid platsbesök</p>
---	-----------------------------------

För att bedöma om ni har en följsamhet till kravet har granskning av samtliga 13 deltagares genomförandeplaner samt verkställighetsjournaler genomförts.

Granskning av genomförandeplaner visar att 62 procent av dessa är aktuella, de övriga genomförandeplanerna är inte aktuella då de antingen inte är upprättade eller uppföljda minst var sjätte månad enligt riktlinje.

Granskning av verkställighetsjournaler visar att endast 38 procent av journalerna har beskrivning av faktiska omständigheter över tid och händelser av betydelse, samt av utförande och deltagarnas utveckling mot mål.

### Beslut

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller de krav som följts upp. Dagteamet ska inkomma med åtgärdsplan som beskriver hur bristen planeras att åtgärdas. Det ska framgå av åtgärdsplanen vem som är ansvarig och tidsplan.

I samband med resultatuppföljning av bristen kommer en ny granskning av dokumentation att genomföras.

### Hygien och smittskydd

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Verksamheter som utför fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder till deltagare ska följa Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument för hygien och smittskydd. Verksamheten ska även följa Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2015:10 om basallhygien i vård och omsorg.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observation i verksamheten</li> </ul>



Verksamheter som inte utför fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder ska tillhandahålla skyddsutrustning till personalen, arbeta förebyggande med att minska smittspridning och ha en dokumenterad planering för omställning i verksamheten att ta emot HSL-insats.

- Rutin Mottagande av hälso- och sjukvårdsinsatser.

### **Bedömning**

Av inskickad rutin framgår hur verksamheten gör vid fördelade och delegerade insatser såsom läkemedel och hjälpmedel samt ansvarsfördelning framgår.

På platsbesöket framkommer att ni har en individ med fördelad- och delegerad åtgärd; läkemedel samt att verksamhetens personal inte använder arbetskläder.

### **Beslut**

Enheten för uppföljning bedömer att ni brister i krav då verksamhetens personal inte använder arbetskläder vid läkemedelshantering.

Enligt riktlinje basal hygien vid kommunal vård och omsorg ska basal hygien tillämpas i alla vårdsituationer där moment som hantering av läkemedel ingår.

Användning av arbetskläder är en del som innefattas i basal hygien och ska användas av personal vid dessa moment.

Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen. Det ska framgå av åtgärdsplanen vem som är ansvarig och tidsplan.

Sandra Månstierna  
Avtalscontroller  
Enheten för uppföljning  
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet  
Örebro kommun