

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Utförare: Avancerad Omsorg Vård

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i det avtal verksamheten tecknat med Programnämnd social välfärd Örebro kommun Sov 112/2021. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång var tredje år på uppdrag av Programnämnd Social välfärd.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

Avancerad Omsorg Vård (AOV)

AOV är ett entreprenörsdrivet företag och en mångkulturell verksamhet med 16 olika nationaliteter inom personalgruppen. AOV har avtal med Örebro kommun som utförare av omvårdnad och service sedan 2014 och har idag ca 40 anställda. Uppagningsområdet för AOV är hela Örebro kommun. Sedan 1 december 2020 har företaget sina lokaler på Kamomillgatan 10 i Örebro.

AOV har för närvarande 87 kunder varav ca 80 aktiva.

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 aktiviteter för att åtgärda de brister som redovisas i denna rapport samt tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska senast den 24 november 2021 skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se. Bedömningen är att ni brister inom följande kvalitetskrav:

2.8 Trygghetslarm

2.9 Krav på verksamhet och ledning, verksamhetsansvarig

3.4 Ledningssystem för kvalitet

Riskanalyser

Egenkontroller

Utredning av avvikelser, klagomål, synpunkter och rapporteringsskyldighet

3.7 Dokumentation

3.14 Läkemedelshantering

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

- En beskrivning för hur ni lever upp till krav vad gäller vem som är verksamhetsansvarig chef och dess tillgänglighet i er verksamhet.
- Kompletterande uppgifter avseende den tidigare insända riskanalysen. Vi vill ha en beskrivning av hur ni har följt upp åtgärderna och dess effekt

- Rutin för egenkontroll av verksamhetens följsamhet till riktlinjen Basal hygien inom kommunal hälso-och sjukvård
- Egenkontroller av verksamhetens följsamhet till:
 - avvikelseprocessen som beskrivs i *Riktlinje Avvikelser, Klagomål och Synpunkter*
 - *Riktlinjen Basal hygien inom kommunal hälso-och sjukvård*
 - punkt 3.7 Dokumentation
- Gällande dokumentation ska ni även inkomma med en beskrivning kring vad är anledningen till att samma brist som ni har haft vid senaste två uppföljningar återuppstår?

Handlingarna ska vara inskickade till eggetval@orebro.se senast den 8 december 2021.

Enheten för uppföljning kommer att följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning där vi granskar inkomna handlingar. Efter 2022-02-06 kommer vi att granska verksamhetens följsamhet till:

- *Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm*
- punkt 3.7 dokumentation inklusive aktuella genomförandeplaner
- *Riktlinjen Basal hygien inom kommunal hälso-och sjukvård*
- avvikelseprocessen som beskrivs i *Riktlinje 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.

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Enligt avtalet åligger det verksamheten att säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningar som kommunen tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.

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 av de 15 obligatoriska utbildningarna är det 8 som samtliga av verksamhetens personal genomgått. För

resterande 7 är det en av verksamhetens personal som inte genomgått dessa utbildningar.

Enheten för uppföljning bedömer därmed att ni uppfyller krav i avtalet.

Krav på verksamhet och ledning

Omvårdnadspersonal

Enligt avtalet ska minst 85% av omvårdnadspersonalen ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med en ifylld kompetensinventeringsmall.

Inventeringen visar att all personal som arbetar med omvårdnad har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Enheten för uppföljning bedömer därmed att ni uppfyller krav i avtalet.

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. Rutin för intern samverkan ska innehålla beskrivning av hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten samt vilka forum för samverkan som finns. Rutin för extern samverkan ska beskriva hur samverkan med kommunens nattorganisation och hälso- och sjukvårdsorganisation sker. I rutinerna ska processer kring samverkan beskrivas och det ska framgå vad som ska göras, hur det ska göras och vem som är ansvarig för att det utförs.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med rutiner som beskriver hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten samt vilka forum som finns för den interna samverkan. Ni skulle även inkomma med rutin som beskriver hur samverkan sker med kommunens nattorganisation och med kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation.

Rutiner för samverkan inkom och granskades vidare utifrån innehåll. Både intern och extern samverkan bedöms som tydligt beskrivet, och det framgår i vilka processer och forum som samverkan sker. Tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgår. Bedömningen utifrån ovanstående granskning är att ni uppfyller kraven för samverkan.

Uppdraget

Enligt avtalet ska verksamheten inom ramen för Socialtjänstlagen (SoL) ta emot och verkställa uppdrag efter beslut av biståndshandläggare. Uppdraget ska påbörjas senast 24 timmar efter mottagandet och vid behov kunna verkställas omgående. Vidare ska verksamheten inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ta emot uppdrag i form av fördelade och delegerade vårdplaner med hälso- och sjukvårdsåtgärder från legitimerade. För dessa processer ska upprättade rutiner finnas.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med rutiner som beskriver hur ni dagligen tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade uppdrag samt för genomförandet av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Vår granskning visar att verksamhet har utarbetade rutiner för att säkerställa att uppdrag inom ramen för SOL och HSL ska kunna tas emot och påbörjas senast 24 timmar efter mottagande, samt för att vid behov kunna verkställa beslut omgående. Ni bedöms därför uppfylla kraven inom punkten Uppdraget.

Hygien och förbrukningsartiklar

Enligt avtalet ska ni tillhandahålla skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa *Riktlinjen för basal hygien inom kommunal hälso- och sjukvård i Örebro läns kommuner*. Ni ska följa *Arbetsmiljöverkets föreskrift om smittrisker (AFS 2018:4)*, *Socialstyrelsens föreskrift basal hygien inom hälso- och sjukvård (SOSFS 2015:10)* samt *Riktlinjen för basal hygien inom hälso- och sjukvård i Örebro läns kommuner*.

På plats kunde vi konstatera att personalen har tillgång till två tvättmaskiner där kläderna tvättas efter varje arbetspass och ett förråd med arbetskläder. Det fanns även engångsförkläden samt gott om material för god handhygien såsom handskar, handsprit och tvål.

Vår bedömning är att verksamheten tillhandahåller skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen för basal hygien och därmed uppfyller de krav enligt avtalet.

Brister i kvalitetskrav

Enheten för uppföljning kan efter kvalitetsuppföljningen konstatera att AOV har ett antal brister i kvalitetskrav som behöver åtgärdas. Vissa av bristerna uppmärksammades redan 2015 och 2019 och återkommer även i denna granskning. Nedan redovisas de brister som föranlett beslut om åtgärdsplan.

Trygghetslarm

Enligt avtalet ansvarar verksamheten för besvarande av trygghetslarm hos kunder med beslut om omvårdnad och trygghetslarm. Hantering och besvarande av trygghetslarm ska ske enligt riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm, som säger att:

”den omvårdnadspersonal som har besvarat ett larm, ska alltid efter åtgärdat larm dokumentera händelsen i kundens verkställighetsjournal i Treserva. I dokumentationen ska finnas orsak till larmet samt vidtagna åtgärder. I de fall kontakt tagits med sjuksköterska ska även detta dokumenteras”

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med er lokala rutin för hur hantering och besvarande av insatsen trygghetslarm sker utifrån riktlinjen.

Rutiner för hantering och besvarande av insatsen trygghetslarm inkom och granskades vidare utifrån innehåll. Rutinen innehåller en detaljerad beskrivning av hur ni bemannar era två larmtelefoner samt ansvarsfördelning, vem gör vad, under såväl normala förhållanden som vid driftstörning. I rutinen framgår även hur ni efter bemanningsschemat hanterar och besvarar larm mellan klockan 07.00 och 22.00 samt information om larmtest som sker en gång per månad.

Inom ramen för denna punkt i avtalet har vi även granskat er följsamhet till *Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm*. Detta har vi gjort genom att granska dokumentation i verkställighetsjournaler efter ett urval av de 3 senaste månadernas rapporterade larm. Enligt larmrapporter från Tunstall har ni besvarat 120 larm mellan juni och augusti 2021. Av 18 granskade larm (15% av det totala antalet) är 9 dokumenterade enligt riktlinjen.

Ni uppfyller inte kraven som helhet inom denna punkt i avtalet då vår granskning visar att endast hälften av de granskade larmen är dokumenterade enligt riktlinjen. För att uppfylla kravet ska den omvårdnadspersonal som har besvarat ett larm, alltid efter åtgärdat larm dokumentera larminsatser i kundens verkställighetsjournal.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska åtgärda ovan nämnda brist. I åtgärdsplanen ska framgå tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Krav på verksamhet och ledning

Verksamhetsansvarig

Enligt avtal 2.9 Krav på verksamhet och ledning ska verksamhetsansvarig finnas tillgänglig för personal, anhöriga, kunder och kommunen dagtid helgfria vardagar mellan kl 8-16. Vid byte av verksamhetsansvarig ska en ansökan om avtalsändring inkomma till kommunen som ska godkänna.

På platsbesöket deltar inte verksamhetschef Tor Nilsson av personliga skäl i stället presenteras Shame Shamhi som biträdande chef. Samtidigt informerar ledningen om att verksamhetschef hyrts ut till andra företag för att hålla i utbildningar.

Utifrån att verksamhetschef inte är närvarande och att ny biträdande verksamhetschef presenteras på platsbesöket samt brister i Ledningssystemet för kvalitet bedömer vi att det inte är klarlagt hur ni lever upp till krav gällande punkt 2.9.

Ni ska därför inkomma med en beskrivning för hur ni lever upp till krav angående vem som är verksamhetsansvarig chef och dess tillgänglighet i er verksamhet

Ledningssystem för kvalitet

- Riskanalyser

Enligt avtalet och SOSFS 2011:9 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. Den inskickade rutinen beskriver syfte och tillvägagångssätt. Det framgår även ansvarsfördelning samt när riskanalyser ska göras. Rutinen beskriver vilken blankett ska användas för själva genomförandet och var hittar man mer information.

Ni skulle även inkomma med en sammanställning över vilka riskanalyser ni genomfört det senaste året. Av sammanställningen ska framgå vilka riskanalyser som genomförts, anledning till att de genomfördes, vilka risker som identifierades samt vilka åtgärder som genomfördes utifrån riskerna samt hur verksamheten följt upp åtgärderna och dess effekt.

Ni har skickat in en sammanställning av en riskanalys som gäller ledsagning. Under platsbesöket berättar ni att riskanalyser genomförs löpande i verksamheten men dokumentationen görs inte alltid. Detta trots att enligt avtalet ska riskanalyser som genomförs dokumenteras.

I den inskickad sammanställning av riskanalysen framgår anledningen till att den genomfördes, identifierade risker, vidtagna åtgärder samt ansvarsfördelning. Det som saknas är information om ni har följt upp åtgärderna och effekterna av dessa.

Vår granskning av rutinen och inskickad sammanställning visar att ni uppfyller delar av kraven inom denna punkt i avtalet. Vi kan konstatera att ni har en välformulerad rutin för riskanalyser men som verksamheten inte lever upp till den då ni inte dokumenterar riskanalyser ni genomför.

Ni ska inkomma med en komplettering av ovannämnda uppgifter som saknas på den inskickad riskanalysen som gäller ledsagning.

Ni behöver säkerställa att dokumentation av genomförda riskanalyser alltid görs. Av den anledningen ska ni inkomma även med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska åtgärda denna brist.

- 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*
- punkt 3.7 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.

Rutinen och sammanställningar inkom och granskades vidare utifrån innehåll. I den inskickade rutinen framgår information om egenkontroller gällande avvikelser/synpunkter samt dokumentation, tillvägagångsätt och med vilken frekvens dessa egenkontroller görs. Det framgår även ansvarsfördelning samt hänvisning till årshjulet, vilket ni skickade in till oss vid ett senare tillfälle. Rutinen saknar däremot information om egenkontroll av följsamhet till hygienriktlinjen.

Enheten för uppföljning bedömer att rutinen måste kompletteras med uppgifter om verksamhetens följsamhet till *Riktlinjen Basal hygien inom kommunal hälso-och sjukvård*.

Ni skulle även inkomma med en sammanställning över de egenkontroller ni genomfört under de senaste 12 månaderna. Av sammanställningen ska det framgå vilka egenkontroller som genomförts, vilka brister som eventuellt identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån bristerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt.

Ni har skickat in en sammanställning för egenkontroll av basal hygien, ett exempel för avvikelshantering av en kund samt en granskning av en av era kunders genomförandeplan. De inskickade exemplet för avvikelshantering samt granskning av en kunds genomförandeplan kan inte betraktas som systematiska egenkontroller, utan är snarare att betrakta som enstaka stickprov. Vi vill uppmärksamma er på att liknande stickprov har använts av er, och redovisats som egenkontroller av dokumentation vid tidigare uppföljningar av kvalitetskrav under 2015 samt under 2019.

I den inskickade sammanställningen för egenkontroll av basal hygien framgår information om vad som ingick i egenkontroll, vilka åtgärder som vidtogs samt uppföljning av åtgärdernas effekt, men ingen information om vilka brister som identifierades.

Med anledning av att de inkomna egenkontrollerna inte lever upp till krav i enlighet med avtal ska ni inkomma med tre fullständiga egenkontroller av dokumentation, avvikelseprocessen som beskrivs i *Riktlinje Avvikelser, Klagomål och*

Synpunkter samt Basal hygien inom kommunal hälso-och sjukvård. Dessa egenkontroller ska innehålla en beskrivning om vidtagna åtgärder utifrån identifierade brister, samt hur ni har följt upp åtgärderna och dess effekt eller hur ni planerar att följa upp åtgärderna.

Ni ska även inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska säkerställa framöver följsamheten till de obligatoriska egenkontrollerna:

- *Riktlinjen Basal hygien inom kommunal hälso-och sjukvård*
- avvikelseprocessen som beskrivs i *Riktlinje Avvikelser, Klagomål och Synpunkter*
- punkt 3.7 dokumentation

Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) har all personal i utförarens verksamhet en rapporteringsskyldighet av händelser inom den egna verksamheten. Alla typer av händelser ska rapporteras, registreras, utredas och följas upp. Detta oavsett om det är ett klagomål, en synpunkt eller händelse som har lett till eller kunnat leda till något oönskat, ett missförhållande eller en vårdskada.

Inom ramen för denna punkt i avtalet har vi granskat andel positiva svar i Socialstyrelsens kundundersökning gällande om kunden vet vart hen ska vända sig för att framföra klagomål/synpunkter. Andel positiva svar ligger på 87%, vilket är mycket högre än hos både riket och Örebro kommun.

I samband med uppföljningen har vi granskat verksamhetens rapporterade och registrerade avvikelser. Granskningsperioden omfattar de senaste 12 månaderna, exklusive den senaste månaden.

Vår granskning visar att verksamheten har rapporterat och registrerat 47 avvikelser i Treserva under den aktuella perioden. När vi granskar följsamheten till processen ser vi att 28 rapporterade avvikelser är utredda och bara 16 är bedömda. Antalet rapporterade avvikelser som är åtgärdade är 6 och antalet uppföljda avvikelser är 1.

Då endast 1 av 47 rapporterade avvikelser följer samtliga steg i processen bedömer Enheten för uppföljning att ni inte uppfyller de krav som ställs i avtalet och riktlinje.

Inom ramen för denna punkt i avtalet har vi även granskat verksamhetens rapporterade och registrerade klagomål och synpunkter. Även denna granskningsperiod omfattar de senaste 12 månaderna, exklusive den senaste månaden. Vår granskning visar att verksamheten har rapporterat och registrerat 11 klagomål och synpunkter, av dessa är 7 utredda och 6 bedömda. Antalet rapporterade klagomål och synpunkter som är åtgärdade är 4 och antalet uppföljda är 0.

Ni har redovisat att enligt årshjul ska företagens ledningsgrupp se över samtliga avvikelser en gång i månaden. Utifrån årshjulet ser det ut som att ni på detta vis arbetar systematiskt med avvikelser. Resultatet av vår granskning visar däremot

att ni inte följer avvikelseprocessens samtliga steg, då 1 av 47 rapporterade avvikelser följer samtliga steg i processen. Vid intervju erkänner ni också att ni inte följer ert årshjul när det gäller att se över samtliga avvikelser en gång i månaden.

Enheten för uppföljning bedömer utifrån ovanstående att ni inte uppfyller det krav som ställs i avtal gällande följsamhet till avvikelseprocessen. Ni ska därför inkomma med en åtgärdsplan där ni ska beskriva hur ni ska säkerställa följsamhet till avvikelseprocessen.

Dokumentation

Enligt avtalet ska dokumentationen ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation vid genomförande av insatser enligt SoL. Dokumentation ska 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 gjordes en granskning av totalt 60 slumpmässigt utvalda kunders genomförandeplaner och verkställighetsjournaler i Treserva under den senaste 12-månadersperioden. Vår granskning visar att 29 av 60 kunder saknar en aktuell genomförandeplan. Vid platsbesök informerar ni om att ni har en dokumentationsansvarig som ska stötta personalen med dokumentationen. Det framkommer att det finns flera genomförandeplaner i Treserva som inte är skrivskyddade. I Treserva är en genomförandeplan upprättad eller aktualiserad först när den är skrivskyddad, innan dess betraktas den som ett arbetsdokument. Det innebär att de genomförandeplanerna i nuläget inte kan bedömas av avtalscontrollers.

Ni berättar att den nya mallen för genomförandeplaner blivit mer avancerad och därför tar det längre tid för personal att bli klara med planerna.

Gällande den sociala dokumentationen är det 36 av 60 granskade verkställighetsjournaler som inte uppfyller ställda krav. Granskning visar att det saknas noteringar om när verkställighet påbörjas, händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid samt brist i svenska språket. En del av verkställighetsjournaler har långa uppehåll mellan anteckningar trots dagliga besök enligt TES, vilket är omöjligt att följa vad som faktiskt genomförs och hur utvecklas situationen för kunden.

Ni informerar vid platsbesök att en anledning till att det saknas notering om händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid i verkställighetsjournalerna kan vara att personal dokumenterar i programmet CareFox som finns i mobiltelefonerna och att personal sedan glömmer att föra över dessa anteckningar till Treserva.

Vår bedömning är att ni inte lever upp till de krav som framgår i avtalen med Örebro kommun gällande dokumentation.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan. I åtgärdsplanen ska framgå vilka konkreta aktiviteter avser ni att genomföra för att åtgärda ovan nämnda brister samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Samma brister i dokumentation uppmärksammades vid tidigare uppföljningar av kvalitetskrav redan 2015 samt 2019 och återkommer även i denna uppföljning. Därför ska ni även inkomma med en beskrivning kring vad är anledningen till att samma brist som ni har haft vid senaste två uppföljningar återuppstår.

Läkemedelshantering

Enligt avtalet ska utföraren följa kommunens riktlinjer och rutiner för läkemedelshantering. Utföraren har ett ansvar för utredning när det saknas narkotikaklassade- eller övriga särskilda läkemedel vilket finns reglerat i riktlinje/rutin. Utföraren ska ha en rutin för hur läkemedel transporteras på ett säkert sätt och förvaras oåtkomligt för obehöriga efter att de hämtats ut till dess att de lämnas till patient.

I samband med uppföljningen inkom ni med rutin ”Transport av läkemedel”. Rutinen beskriver att det ska vara fast personal inplanerad som under en avsatt tid hämtar läkemedel samt att leverans ska ske samma dag som det hämtas. Kan det inte levereras samma dag förvaras läkemedlet i ett låst skåp i era lokaler. Det framkommer dock inte hur ni säkerställer att läkemedlet hanteras säkert vid transport.

Ni ska därför komplettera rutinen så att det framgår hur ni säkerställer att läkemedel hanteras säkert vid transport.

Påpekande

Enheten för uppföljning har även identifierat brist av mindre omfattning i er verksamhet. För denna brist tilldelas verksamheten ett påpekande.

Mindre omfattande brist har identifierats inom följande kvalitetskrav:

Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Inom ramen för denna punkt i avtalet har vi även granskat verksamhetens rapporterade Lex Sarah anmälningar till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Enligt avtalet 3.4 Ledningssystem för kvalitet/Anmälningsskyldighet ska ni delge kommunen anmälningar som gjorts enligt Lex Sarah.

I samband med uppföljningen har vi av IVO begärt en Lex Sarah anmälning (21999/2021) från 20 oktober 2020. Eftersom det saknas uppgifter om att ni har delgett kommunens ansvarig nämnd denna anmälning bad vi er att inkomma med bekräftelse på det efter platsbesöket. Någon bekräftelse inkom inte och vi betraktar detta som att ni inte har delgett kommunen information om denna anmälning.

Detta bedöms som en brist och ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Ni ska dokumentera hur verksamheten åtgärdat bristen vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett. Dokumentationen kan komma att begäras in.

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 fysiskt möte med utföraren.

Underlag för bedömning:

- Intervju
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Journal
- Dokumentation
- Kundundersökning
- Myndighetsinformation
- Rutiner
- Verksamhetens årshjul
- Tidigare uppföljningar

Yuri Yanez
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun