

# Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Cleverex Omsorg AB



## 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.

## Cleverex Omsorg AB

Cleverex Omsorg AB hemtjänst utför omvårdnad och service i Örebro kommun, sedan maj 2021. Mellan hösten 2017 och till och med april 2021 har företaget varit utförare av enbart servicetjänster och gick under namnet 24/7 tillsammans AB.

Cleverex Omsorg AB har idag 104 kunder varav 80 är aktiva kunder och 63 av de har både omsorgs- och serviceinsatser. De flesta kunder har sitt ursprung i Mellanöstern och verksamheten försöker matcha efterfrågat språk och anställer medarbetare utifrån det.

Inom Cleverex Omsorg AB är 43 anställda inklusive administrationen. Det finns tillgång till 12 bilar och 3 el cyklar. I verksamheten pågår ett projekt med fokus på miljöaspekter och effektivisering, där planering av personal sker utifrån geografiskt område. Verksamheten har även en chaufför att tillgå som kör personal som inte har körkort och besöken planeras efter samåkning.

## Beslut

Enheten för uppföljning har i samband med denna uppföljning av kvalitetskrav 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 27 juni 2022 skicka in åtgärdsplanen till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se) Bedömningen är att ni brister inom följande kvalitetskrav:

- **1.3 Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**
- **2.8 Trygghetslarm**
- **2.10 Krav på verksamhet och ledning/omvårdnadspersonal**
- **3.4 Ledningssystem för kvalitet**
  - Riskanalyser
  - Egenkontroller

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

- Uppdaterad rutin för trygghetslarm
- Uppdaterad rutin för egenkontroller avseende avvikelser och dokumentation
- En riskanalys där uppföljning och bedömning av åtgärdens/åtgärdernas effekt ska framgå
- Kompletterande uppgifter avseende rutiner för egenkontroll av avvikelser och dokumentation
- Kompletterande uppgifter avseende de 3 obligatoriska egenkontrollerna
- Dokumentation av en fullständig egenkontroll av genomförandeplaner

Handlingarna ska vara inskickade till [eggetval@orebro.se](mailto:eggetval@orebro.se) senast den 11 juli 2022.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning där vi granskar inkomna handlingar och åtgärdsplaner. Efter 2022-09-30 kommer vi att granska verksamhetens följsamhet till:

- Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar
- Trygghetslarm
- Krav på verksamhet och ledning/omvårdnadspersonal

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.

Enheten för uppföljning har även identifierat brister av mindre omfattning i er verksamhet. För dessa brister tilldelas verksamheten ett påpekande. Mindre omfattande brister har identifierats inom följande kvalitetskrav:

### **3.4 Ledningssystem för kvalitet**

#### **- Utredning av klagomål och synpunkter**

Identifierade brister ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Ni ska dokumentera hur verksamheten åtgärdat de brister vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett. Dokumentationen kan komma att begäras in.

# Bedömning

## Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

### 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. 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. Det framgår i vilka processer och forum som samverkan sker, samt tillvägagångssätt och ansvarsfördelning. Det framgår bland annat att samtliga medarbetare ska ha daglig kontakt med varandra och vara på plats vid dagens start och slut. Möjlighet finns till inhämtande av information dagligen. Ni har avstämningsmöten en gång i veckan och arbetsplatsträff en gång i månaden. Det är omvårdnadspersonalens ansvar att kontakta och informera berörd nattgrupp eller kontakta ansvarig sjuksköterska vid förändringar i tillstånd och insats. Verksamhetsansvarig ansvarar för att kontaktuppgifter finns. Verksamhetsansvarig ansvarar för att kalla till samverkansmöte vid behov.

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller krav i avtal inom punkten Ledningssystem för kvalitet/Samverkan

### 3.6 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.

Rutinen inkom och granskades vidare utifrån innehåll.

Vår granskning visar att ni 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. Rutinerna beskriver hur nya och förändrade uppdrag tas emot. Det framgår en tydlig ansvarsfördelning och tillvägagångssätt.

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller krav i avtal inom punkten Uppdraget.

### **3.7 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 genomförde vi en granskning av totalt 15 slumpmässigt utvalda kunders genomförandeplaner och verkställighetsjournaler i Treserva under den senaste 12-månadersperioden. Vår granskning visar att 14 av 15 granskade kunder har en aktuell genomförandeplan. I samtliga genomförandeplaner framgår tydligt hur och när uppdraget ska genomföras för att tillgodose kundens behov och mål och kunden är delaktig i utformandet av hur insatsen ska utföras. Under det platsbesöket framkommer att verksamhetsansvarig är den person som inte enbart se till att det bli gjort och ansvarar för aktualisering av kunders genomförandeplaner, utan även genomför personligen dessa. Vi noterar detta men samtidigt uppmanar er till att arbeta aktivt med att kunskapen kring genomförandeplaner inte enbart ska vara knutet till en funktion.

Granskningen av dokumentation i verkställighetsjournaler visar att i alla journaler finns kontinuerliga anteckningar där händelser av betydelse och faktiska omständigheter framgår. Insatsen går att följa över tid och hur situationen för kunden ser ut.

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller krav i avtal inom punkten Dokumentation.

### **3.12 Hygien och förbrukningsmaterial**

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*.

Utifrån vår observation under rundvandring samt de frågor ni besvarade vid besöket är vår bedömning att ni tillhandahåller skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen för basal hygien och därmed bedöms ni uppfylla krav enligt avtalet. Ni har ett hygienombud. I lokalen finns både tvättmaskin och torktumlare. Arbetskläderna tvättas på plats varje dag efter avslutat arbetspass. Verksamhetsansvarig eller samordnare ansvarar för det. Det finns skåp för personal att förvara kläder i och det finns möjligheter att byta om och att duscha i verksamhetens lokaler.

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller krav i avtal inom punkten Hygien och förbrukningsmaterial.

### **3.14 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 ombads ni att inkomma med ovan nämnda rutin.

Inkommen rutin granskades vidare utifrån innehåll. I er lokala rutin framgår att läkemedel under transport inte ska lämnas utan uppsikt och läkemedel levereras direkt till kund. Om undantag behöver göras förvaras läkemedel i låst skåp, i enhetschefs kontor. Kontoret är låst och det är verksamhetsansvarig, samordnare och enhetschef som har tillgång till nyckel och kan hjälpa personalen att komma in i skåpet. Dock noteras att detta sker endast vid undantag. Enligt rutinen har den personal som hämtar alla mediciner två timmar på sig att leverera dessa till alla kunder.

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller krav i avtal inom punkten läkemedelshantering.

## **Brister i kvalitetskrav**

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

### **1.3 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 12 obligatoriska utbildningarna är det framför allt manuell förflyttning/lyftkörkort som sticker ut med endast 30% av personalen som har genomgått samt Basala hygienrutiner med 68%, vilket är en brist. Under platsbesöket framkom uppgifter om att anledningen är att det har förekommit avbokningar från utbildaren av manuella förflyttningar. Enligt ledningen är flera anställda inplanerade för att genomföra denna utbildning.

Enheten för uppföljning bedömer att verksamheten inte uppfyller kraven enligt denna punkt i avtalet. För att uppfylla kravet behöver ni säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningarna.

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

## 2.8 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 saknar information om samverkan med Nattorganisationen, gruppen för Valfärdsteknik. Rutinen innehåller inga upplysningar om riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm. Det saknas även information om vem ansvarar vid större avbrott i larmkedjan och vem ansvarar för att rutinen följs.

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 7 larm mellan januari och mars 2022. Av 7 granskade larm är 4 dokumenterade enligt riktlinjen.

Vår bedömning är att ni inte uppfyller kraven inom denna punkt i avtalet då vår granskning visar att er rutin inte innehåller alla efterfrågade delar enligt avtal och endast 4 av de granskade larmen är dokumenterade enligt riktlinjen. Den omvårdnadspersonal som har besvarat ett larm ska alltid efter åtgärdat larm dokumentera larminsatser i kundens verkställighetsjournal.

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

## 2.10 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 endast 54% av er personal som arbetar med omvårdnad har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. I den inskickade kompetensinventeringen framgår att 3 av omvårdnadspersonalen genomgår nu undersköterskautbildning och 8 är anmälda till validering för undersköterska.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kraven enligt denna punkt i avtalet.

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

## 3.4 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. Rutinen för riskanalyser inkom och granskades vidare utifrån innehåll. Rutinen är tydlig vad den avser samt finns en tydlig ansvarsfördelning och beskrivning.

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 inkommit med 6 utförda riskanalyser som avser olycksfall, kvalitetsbrister i verksamheten, för avvikelshantering, för systematiskt säkerhetsarbete, för personal- och organisationsförändringar och införande av nya arbetsmetoder. Dessa innehåller anledning till att de genomförts och identifierade risker, samt vilka åtgärder har ni vidtagit utifrån riskerna. Däremot saknas det information om att ni har följt upp åtgärderna och dess effekt.

Vår bedömning är att ni inte uppfyller kraven som helhet inom denna punkt i avtalet då era riskanalyser inte innehåller alla efterfrågade delar enligt avtal. Ni behöver säkerställa att ni dokumenterar alla delar i riskanalysen inklusive uppföljningar av vidtagna åtgärder samt dess effekt. På så sätt kan ni se vilken metod och/eller arbetssätt är mer framgångsrik att satsa på.



Ni ska inkomma med en åtgärdsplan. I åtgärdsplanen ska framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda ovan nämnda brist samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Ni behöver skicka in er dokumentation av åtminstone en riskanalys där uppföljning och bedömning av åtgärdens/åtgärdernas effekt ska framgå.

#### - 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.

Rutinerna och sammanställningar inkom och granskades vidare utifrån innehåll. Er lokala rutin för egenkontroller saknar tydlig beskrivning av utförandet, den är svårt att följa. Att ha information om riskanalyser, årshjulet samt ledningssystemet i den gör rutinen ännu mer svårbegriplig. Vi konstaterar att rutinen inte överensstämmer med rutin som skickades in i samband med ansökan för att bli omvårdnadsutförare. Den tidigare rutinen innehöll efterfrågade delar enligt avtal.

#### - Rutin egenkontroller

Gällande rutinen för egenkontroll av avvikelser framgår inte hur ni gör rent praktiskt för att bedöma följsamhet till avvikelseprocessen. Det framgår inte urval och hur ofta egenkontrollen ska göras. Vem som ansvarar för att utföra egenkontroll och det behöver förtydligas kring insatser med förbättringsarbete såsom vid identifierade brister. Det framgår under delen årshjulet i samma dokument men bör tydliggöras i rutin.

Enligt rutinen för egenkontroll av basal hygien används verksamheten av en hygienpärm som innehåller all aktuell information gällande hygienriktlinjer, med mera. I rutinen framgår att verksamhetschef tillsammans med hygienombud ska genomföra hygienrond en gång per år. Vid brister tar verksamhetschef det vidare för en eventuell riktad konsultrond med hygiensköterska. Hygienombud ansvarar för att veckovis utföra hygienstickprov men det framgår inte hur det görs och vad som undersöks. Resultatet sammanställs och protokollförs men behöver förtydligas kring insatser med förbättringsarbete såsom vid identifierade brister.

Gällande rutinen för egenkontroll av dokumentation framgår att verksamhetschef ansvarar för att utföra stickkontroller, kontakta berörd person, upprätta åtgärder och handlingsplaner samt följa upp dessa. Enligt rutinen ska granskning av både dokumentation och genomförandeplaner ske två gånger per år. Rutinen innehåller ingen information om hur praktiskt går dessa egenkontroller till, vilket urval, antal kunder och vad som granskas.

Rutinerna för egenkontroll av avvikelser samt för dokumentation behöver kompletteras med delar och/eller information som saknas och nämnds tidigare.

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.

- Sammanställningar av egenkontroller

Av er inskickade sammanställning av egenkontroll avvikelser har ni uppmärksammat att personal skriver få avvikelser trots genomgångna utbildningar. Åtgärd var uppmaning att skriva men det gav inte effekt och ny åtgärd var att gå igenom i grupp hur en avvikelse praktiskt skrivs. Effekten har medfört ökning av rapporterade avvikelser. I sammanställningen framgå inte huruvida ni har granskat klagomål och synpunkter.

Av er inskickade sammanställning av egenkontroll basala hygienrutiner, framgår att medarbetare fyllt i blankett ”lätt att göra rätt”, vilket även ska framgå i er rutin. Några brister identifierades vid observation som genomfördes på plats hos kund. Däremot saknas information om vidtagna åtgärder, uppföljning av åtgärdernas effekt eller om det finns en handlingsplan kopplat till bristerna, vilket saknas även i er rutin. Dessa viktiga delar är nödvändiga för få ett systematiskt förändringsarbete.

Av er inskickade sammanställning av egenkontroll av dokumentation, framgår att ni till en början genomfört kontroll av 10 journaler men urval utökades då personal inte journalförde och den var bristfällig. En utökad veckovis kontroll infördes och åtgärd var att kontakta personal som inte dokumenterat, effekten blev att personal journalförde anteckningar av vikt. Därefter minskades kontroll. Nu har andra brister identifierats och ni planerar för genomgång av IBIC. Enligt er rutin ska egenkontroll av genomförandeplaner genomföras två gånger per år. Eftersom det saknades uppgifter om det i sammanställningen ställde vi frågan under vårt besök. Svaret var att verksamhetsansvarig hade personligen aktualiserat kundernas genomförandeplaner och därför kändes onödigt att kontrollera sitt eget arbete.

Vi vill påminna er om att enligt avtalet ska egenkontroller av dokumentation ska även innefatta kontroll av genomförandeplaner oavsett vem som har genomfört dessa. En sådan kontroll kan exempelvis vara på en övergripande nivå, dvs kunna konstatera att alla kunder har en aktuell plan och de innehåller alla delar enligt IBIC. Detta för att ni ska säkerställa att lagstiftningens och avtalets krav följs.

Ni kan alltid genomföra egenkontroller inom flera områden, men det ställs särskilda krav på er att årligen genomföra egenkontroller avseende hygien, dokumentation och avvikelseprocess.

#### Sammanfattande bedömning

Granskningen av era rutiner och inskickade sammanställningar visar att ni brister i dessa delar och vår bedömning är att ni inte uppfyller kraven inom denna punkt i avtalet. Ni behöver säkerställa att era rutiner för egenkontroll av avvikelser samt

av dokumentation innehåller all nödvändig information och de delar som krävs i avtalet. Detsamma gäller de sammanställningar som vi har granskat. Alla genomförda egenkontroller ska innehålla en beskrivning om vidtagna åtgärder utifrån identifierade brister, samt hur ni har följt upp åtgärderna och dess effekt.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan. I åtgärdsplanen ska framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda ovan nämnda brist samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska även skicka in till oss er dokumentation av en fullständig egenkontroll av genomförandeplaner. Vid eventuella brister ska finnas en beskrivning om vidtagna åtgärder utifrån identifierade brister, samt hur ni har följt upp åtgärderna och dess effekt.

## Påpekande

Nedanstående brister har föranlett ett påpekande och ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete.

### - 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 verksamhetens rapporterade Lex Sarah anmälningar till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Förfrågan till IVO visade inga registrerade Lex Sarah eller klagomål för en period på 36 månader.

I samband med uppföljningen har vi även 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 17 avvikelser i Tresa under den aktuella perioden varav 2 registrerades felaktigt som klagomål. Samtliga 17 avvikelser var utreda, bedömda, åtgärdade och uppföljda, vilket betyder att ni följer *Riktlinjen Avvikelser, Klagomål och synpunkter* gällande avvikelseprocessen.

För att undersöka om avvikelserna var dokumenterade i kundens journal granskade vi även verkställighetsjournaler. Granskningen bestod av 10 slumpmässigt utvalda avvikelser där nio av de var dokumenterade i journal. Den avvikelse som inte var dokumenterad hade av misstag registrerats på Cleverex Omsorg trots att det gällde annan utförare.

Inom ramen för denna punkt i avtalet har vi även granskat verksamhetens rapporterade och registrerade klagomål och synpunkter i enlighet med processens fyra steg. Även denna granskningsperiod omfattar de senaste 12 månaderna, exklusive den senaste månaden.

Vår granskning visar att ni inte har registrerat några klagomål eller synpunkter i Treserva avvikelsemodulen. Under samma period har 4 klagomål och synpunkter gällande er verksamhet inkommit direkt till oss som registrerades i kommunens ärendehanteringssystem (W3D3) samt ett klagomål som IVO hade överlämnat till er. Enligt avtalet ska utföraren följa Örebro kommuns *Riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter*, vilket innebär att ni borde ha registrerat och hanterat dessa klagomål och synpunkter i Treserva avvikelsemodulen.

Under besöket framkom att de klagomål som inkommer från kunder och/eller anhöriga åtgärdas omgående, men utan att registrera de i avvikelsemodulen. Enligt verksamhetschefen kände ni inte till att inkomna klagomål och synpunkter ska registreras i Treserva. I samband med det ombads ni att inkomma med rutin för klagomål och synpunkter. Rutinen inkom och granskades vidare utifrån innehåll. Rutinen är tydlig och innehåller samtliga efterfrågade delar. Det som återstår är att ni ska framåt följa er egen rutin.

Ni uppfyller därför inte kraven som helhet inom denna punkt i avtalet då vår granskning visar att ni inte registrerar inkomna klagomål och synpunkter i Treserva avvikelsemodulen och därmed inte följer *Riktlinjen Avvikelser, Klagomål och synpunkter* gällande hantering av klagomål och synpunkter i enlighet med processens fyra steg.

För dessa brister tilldelas ni ett påpekande och bristerna ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete.

Ni behöver säkerställa att verksamheten följer processens samtliga steg. Det åligger chefen att personalen ges de rätta förutsättningarna för att vara delaktiga i detta arbete och att riktlinjen är känd och följs av samtliga medarbetare.

## 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
- Policy
- Tidigare uppföljningar

Yuri Yanez  
Avtalscontroller  
Enheten för uppföljning  
Myndighetsverksamheten  
Örebro kommun