

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Aspen Partner 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 204/2022 omvårdnad och Sov 215/2022 servicetjänster. 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.

Aspen Partner AB

Aspen Partner har funnits sedan 2012. Företaget blev omvårdnadsutförare våren 2021, innan dess har de varit utförare av servicetjänster. Aspen Partner ligger på Aspholmen och är verksamma inom City norr, City söder, Öster, Söder och Väster. Företaget har totalt ca 40 medarbetare, 42 omvårdnadskunder och 200 servicekunder. Aspen Partner är även utförare av RUT-tjänster och företags-städ, företaget håller på att omorganisera sig mot att en mindre grupp enbart ska arbeta med biståndsservice.

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 21 juni 2022 skicka in åtgärdsplanen till eggetval@orebro.se. Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

- Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar
- Trygghetslarm
- Krav på verksamhet och ledning omvårdnadspersonal
- Ledningssystem för kvalitet
 - Samverkan
 - Riskanalyser
 - Egenkontroller
- Dokumentation

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

- Uppdaterad rutin för hantering och besvarande av trygghetslarm så att den innehåller kravställda delar enligt riktlinjen.
- Uppdaterad rutin för samverkan så att den innehåller alla kravställda delar.
- Sammanställning av egenkontroller för avvikelser samt datum för redan utförda egenkontroller

- En dokumentation av de utförda riskanalysernas åtgärder och dess effekt.

Handlingarna ska vara inskickade till eggetval@orebro.se senast den 31 augusti 2022.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer påbörjas september 2022. Detta innebär att vi kommer granska inkomna rutiner samt genomföra en dokumentationsgranskning gällande verkställhetsjournalen

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.

Påpekande

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:

- Ledningssystem för kvalitet
 - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

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 ni uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Uppdraget

Enligt avtal ska verksamheten ha en rutin för att dagligen ta emot och planera för nya och förändrade uppdrag samt hälso- och sjukvårdsåtgärder. I samband med uppföljning har vi begärt in denna rutin.

Ni har skickat in *Rutin för att ta emot nya och förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder*. Rutinen beskriver på vilket sätt ni tar emot åtgärderna, att verksamhetschef, larmansvarig eller annan som utses av verksamhetschef tar emot och hanterar uppdraget, hur ofta det görs samt vad den som tar emot uppdraget ska göra i verksamhetssystemet. Ni beskriver även vem som ska skapa genomförandeplan

och besöksplan. Ni har även skickat in rutin *Nytt uppdrag SOL* som beskriver samma tillvägagångssätt som för hälso- och sjukvård, med tillägget att välkomstbesök ska bokas in. Ni har även bifogat beskrivning av välkomstsamtal som beskriver hur samtalet går till samt vilken information ni lämnar då, vem som deltar samt att det är då upprättandet av genomförandeplan påbörjas.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att de rutiner ni har skickat in gällande hantering av att ta emot nya och förändrade uppdrag samt nya och förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder motsvarar de krav som ställs i avtalet.

Hygien och förbrukningsmaterial

Enligt avtal ska verksamheten följa arbetsmiljöverkets föreskrift om *Smittrisker AFS 2018:4* samt de riktlinjer och föreskrifter som finns inom *Basal hygien inom vård och omsorg*. Utföraren ska tillhandahålla arbetskläder, skyddsutrustning och engångsmaterial så att riktlinjer och föreskrifter följs.

För att följa upp denna punkt i avtalet genomfördes en rundvandring med tillhörande observation i verksamhetens lokaler.

Lokalerna innehåller kontor, mötesrum, lunchrum, tvättstuga med tvättmaskiner, dam- och herromklädningsrum, dusch samt rum för arbetskläder. Arbetskläder fanns vid observation i tillräcklig omfattning och förvarades torrt och dammfritt, arbetskläderna tvättas på plats eller skickas på tvätt varannan vecka vid behov. Engångsförkläden, handskar, tvål och handsprit fanns också och förvarades lättåtkomligt. Personalen har alltid med sig ett eget "covidkit" med skyddsutrustning och förbrukningsmaterial när de jobbar.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller kravet i avtalet då ni kan visa på hur ni arbetar med att följa de föreskrifter och riktlinjer som finns för basal hygien och förbrukningsmaterial.

Läkemedelshantering

Enligt avtal ska utföraren ha en rutin för hur läkemedel transporteras och förvaras oåtkomligt för obehöriga innan de lämnas till patient.

I samband med uppföljningen begärde vi in er Rutin för läkemedelshantering vilket ni skickat in.

Det framgår i rutinen vad som ska göras, på vilket sätt samt vem som är ansvarig. I rutinen framkommer att läkemedel transporteras i ryggsäck/tygpåse direkt till berörd kund efter att de hämtats ut och att läkemedlen inte får lämnas utan tillsyn. Det framgår även att de återlämnas till sjuksköterska om de inte kan lämnas ut eller förvaras i låst medicinskåp i verksamheten efter samråd med sjuksköterska. Rutinen beskriver att samtliga moment ska dokumenteras i journal. Vid platsbesök observerades ett låst läkemedelsskåp med kodlås som enbart behörig personal har tillgång till.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att verksamhetens rutin uppfyller kraven för transport och säker förvaring av läkemedel. Vid platsbesöket observerades också ett låsbart läkemedelsskåp som enbart behörig personal har tillgång till.

Brister i kvalitetskrav

Resultatet av uppföljningen visar att utföraren brister inom vissa kvalitetskrav. Nedan redovisas de brister som föranlett beslut om åtgärdsplan.

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Enligt avtal ska utföraren säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningar som kommunen tillhandahåller.

I samband med uppföljningen ombads ni att fylla i och skicka in en kompetensinventeringsmall där det framgår vilka obligatoriska utbildningar personalen har genomgått, detta har ni gjort.

På platsbesöket berättade ni att verksamheten jobbar för att all personal ska genomgå de obligatoriska utbildningarna, ni är också medvetna om behovet av att fler personal behöver genomgå dem. Ni berättar också att ni håller på med en utbildningssatsning gällande IBIC där utbildningsmaterial är inköpt.

Några exempel på andel personal som genomgått de obligatoriska utbildningarna: IBIC 18%, Mat, måltid och nutrition 30%, Treserva 50%. Tes 55%, Efter platsbesöket skickades en uppdaterad kompetensinventeringslista in, utifrån den nya listan framkommer att fler i personalen har genomgått de obligatoriska utbildningarna än tidigare men fortfarande inte i tillräckligt hög uträckning.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet i avtalet då all personal ska genomgå alla obligatoriska utbildningar.

Åtgärd

Ni behöver i åtgärdsplan beskriva ert arbete för att säkerställa att samtlig personal genomgått de obligatoriska utbildningarna. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidsplan samt vem som är ansvarig.

Trygghetslarm

Enligt avtal ska utföraren följa *Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm*. Av riktlinjen framgår att utföraren ska ha en rutin som beskriver tillvägagångssätt och ansvarig för larmbesvarandet mellan kl. 7-22, hur samverkan sker med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik samt hemsjukvården. Rutinen ska även beskriva hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan, driftstörning samt hur de behandlar kunder med skyddad identitet. Enligt riktlinjen ska även samtliga larm dokumenteras, orsak till larmet och vidtagna åtgärder ska framkomma i dokumentationen.

I samband med uppföljningen ombads ni skicka in ovan nämnda rutin som används i verksamheten, vilket ni gjort. Ni har inkommit med en rutin som är avskriven från *Riktlinje för utförandet av insatsen trygghetslarm*. Er rutin beskriver inte ert arbete och saknar även hur ni hanterar personer med skyddad identitet, driftstörning, avbrott i larmkedjan, samverkan med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik samt hemsjukvården.

Förutom begärd rutin har ni även skickat in dokumentet *Uppföljning av kvalitetskrav*, där ni beskriver vem som är ansvarig för larmen, vad de ansvariga gör, tider, samt hur ni prioriterar larm. Ni beskriver också åtgärder ni genomfört så som utbildning i hur akutlyft används samt kartläggning av risker som kan uppstå vid larmbesvarande. Ni beskriver även larmansvarigs schema i planeringen och hur frånvaro av larmansvarig planeras.

För att se er följsamhet till riktlinjen gällande dokumentation av larm, har vi granskat era verkställighetsjournaler. Vi har utgått från inkomna larm för tiden januari– mars 2022. Er verksamhet tog emot 62 larm under perioden. Av dessa har 15 slumpmässiga larm granskats, för 9 larm (60%) finns orsak och vidtagna åtgärder dokumenterade.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni inte lever upp till kraven i avtalet då er rutin saknar kravställda delar, samt att alla larm inte dokumenteras i verkställighetsjournalen.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en ny rutin för trygghetslarm som beskriver de kravställda delarna utifrån avtalet. Ni behöver också inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni jobbar med att de inkomna larmen dokumenteras i verkställighetsjournalen. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidsplan samt vem som är ansvarig.

Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal

Enligt avtal ska 85% av den personal som jobbar med omvårdnad ha genomgått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med en ifylld kompetensinventeringsmall vilket ni gjort. Av kompetensinventeringen framgår att ni har 40 personal varav 3 jobbar inom ledning/administration. 17 jobbar med service och 12 med omvårdnad. För 8 medarbetare framgår det inte vad de jobbar med. Vi har tittat närmare på de 12 personal som jobbar med omvårdnad och vilken utbildning de har, 8 har gått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande och 4 saknar den utbildningen. Detta motsvarar att 67 % av de som jobbar med omvårdnad har rätt utbildningsnivå. Efter platsbesöket inkom ni med en uppdaterad kompetensinventeringsmall, ingen förändring kring personal som gått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande framkom i den nya kompetensinventeringsmallen.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni inte uppfyller kraven i avtalet då för få personal som jobbar med omvårdnad har rätt utbildning, ni når inte upp till kravet på att 85 % av personalen som jobbar med omvårdnad ska ha gått omvårdnadsprogrammet eller liknande.

Åtgärd

Ni behöver i åtgärdsplan beskriva hur ni ska jobba för att säkra kompetensen för personal som jobbar med omvårdnad så att de så att de når upp till kravet i avtalet. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidsplan samt vem som är ansvarig.

Ledningssystem för kvalitet**-Samverkan**

Enligt avtal: (Sov 204/2022 och Sov 215/2022) som började gälla 1/4 2022 så ska verksamheten ha en rutin som beskriver daglig samverkan och informationsöverföring inom den egna verksamheten samt i vilka forum detta sker. Rutinen ska också beskriva samverkan med kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation samt Region Örebro län. Samverkan med Örebro kommuns nattorganisation, biståndshandläggare, kommunens grupp för välfärdsteknik, korttidsenheter samt andra utförare behöver också beskrivas i rutinen.

I samband med uppföljningen ombads ni skicka in er rutin för samverkan. Följande rutiner har inkommit *Rutin för samverkan Aspen Partner, Ledningssystem Aspen Partner AB, Dagverksamheter – samverkan internt och externt* samt Örebro kommuns rutin *Nyckelhantering dag- och nattpersonal*.

Vi har granskat era inskickade rutiner utifrån dess innehåll. I rutinerna framkommer hur daglig informationsöverföring sker genom att medarbetarna tar del av information skriftligen genom treserva samt att dagliga avstämningar mellan personalen sker. Det framgår också i vilka forum information överlämnas genom att verksamhetschef vid behov sammankallar till team-träffar, rutinen beskriver också hur ni samverkar med kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni inte uppfyller kraven i avtalet. Er insända rutin saknar beskrivning om samverkan med Region Örebro län, Örebro kommuns nattorganisation, biståndshandläggare, gruppen för välfärdsteknik, korttidsenheter samt med andra utförare.

Åtgärd

Ni ska inkomma med en ny rutin för samverkan som beskriver samtliga kravställda delar utifrån nuvarande avtal. Ni behöver också inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur rutinen implementeras i verksamheten.

Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidsplan samt vem som är ansvarig.

Ledningssystem för kvalitet

-Riskanalyser

Enligt avtal så ska utföraren ha en rutin gällande riskanalyser. Rutinen ska innehålla en beskrivning av hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet.

Inför kvalitetsuppföljningen begärde vi in er rutin samt en sammanställning över genomförda riskanalyser från de senaste 12 månaderna. Vi har granskat er rutin och de insända riskanalyserna. Er rutin beskriver när ni ska göra riskanalyser, vem som är ansvarig, att alla kan rapportera in en risk och att verksamhetschef är ansvarig för att följa processen för riskanalys. Rutinen visar också vem som ska delta. Ni beskriver att ni använder er av arbetsmiljöverkets checklistor i arbetet med riskanalyser, ni beskriver i er rutin att ni använder er av ett årshjul samt har månadsvisa avstämningar.

Ni har skickat in de riskanalyser ni genomfört under året som handlar om snöväder, chefsbemanning, bilar, larmbesvarande, av riskanalyserna framgår att ni hittat källor till riskerna, bedömt riskens allvarlighetsgrad och genomfört åtgärder. Riskanalyserna redovisar även vem som är ansvarig och att alla utom den som berör larmbesvarandet har följts upp. Utifrån er uppföljning av riskanalyserna kan vi inte utläsa om åtgärderna varit rätt eller om de haft en effekt som ansetts.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kraven i avtalet då det i riskanalyserna eller i begärd sammanställning inte går att utläsa någon dokumentation om åtgärdernas effekt.

Åtgärd

Ni ska skicka in er dokumentation av åtgärder från de utförda riskanalyserna, det behöver framgå om åtgärderna haft den effekt som avsetts. Ni behöver också i en åtgärdsplan beskriva hur ni i fortsättningen ska dokumentera uppföljningen av genomförda riskanalyser och på så sätt ta lärdom av tidigare risker i det systematiska kvalitetsarbetet. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidsplan samt vem som är ansvarig.

Ledningssystem för kvalitet

-Egenkontroller

Enligt avtal har ni som utförare ansvar för att regelbundet utföra egenkontroller i er verksamhet. Det innebär att ni systematiskt behöver följa upp och utvärdera det arbete ni utför. Enligt avtal ska ni årligen genomföra egenkontroller kring följsamhet till riktlinje *Avvikelse, klagomål och synpunkter, Riktlinje för basal hygien*, samt följsamhet till avsnittet Dokumentation i avtalet. Ni ska också ha rutiner som beskriver hur ni jobbar med egenkontroller.

Ni har inkommit med rutinerna: *Egenkontroll avvikelshantering*, *Egenkontroll dokumentation*, *Egenkontroll basalhygien* samt *Aspens kvalitetsledningssystem*. I dokumentet *uppföljning av kvalitetskrav* finns sammanställningar av egenkontroller för basal hygien samt dokumentation, datum när egenkontrollerna genomfördes saknas.

Dokumentation: I rutinerna som ni har skickat in beskrivs hur ni arbetar med uppföljning av dokumentation kontinuerligt under året utifrån årshjulet, bl.a. genom stickkontroller. Det framgår också hur de görs samt vem som är ansvarig.

Basal hygien: I rutinerna ni har skickat in beskrivs att egenkontroll av basal hygien görs kontinuerligt minst en gång per år utifrån årshjulet, eller oftare vid behov, samt vem som är ansvarig.

Avvikelsehantering: I rutinerna ni skickat in framgår det hur ni arbetar med avvikelshantering, det sker genom att verksamhetschef ansvarar för att sammanställa inkomna avvikelser, synpunkter och klagomål samt vid behov upprätta handlingsplaner, detta sker kontinuerligt utifrån ett årshjul. I dokumentet *uppföljning av kvalitetskrav* samt vid platsbesöket beskriver ni att ni har ambitionen att genomföra avvikelseträffar en gång i veckan, men att dessa inte genomförts systematiskt den senaste tiden

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni inte uppfyller kraven i avtalet då utförda egenkontroller för avvikelser saknas, vi kan heller inte avläsa när egenkontroll av basal hygien och dokumentation är utförda.

Åtgärd

Ni behöver skicka in en sammanställning av utförda egenkontroller för avvikelser, samt datum då egenkontrollerna för basal hygien och dokumentation genomfördes. Ni behöver också inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni kommer att jobba med egenkontroller av avvikelser. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidsplan samt vem som är ansvarig.

Dokumentation

Enligt avtalet ska utföraren se till att en upprättad genomförandeplan finns för varje kund senast 30 dagar efter mottaget uppdrag, genomförandeplanen ska uppdateras vid behov eller minst var sjätte månad. Det ska framgå hur och när uppdraget ska utföras det ska också framgå om individen varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen. Verkställighetsjournalen ska innehålla händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid ska kunna följas. Dokumentationen ska vara utformad med respekt för kunden och den individuella vård och omsorgsprocessen ska kunna följas.

För att granska er följsamhet till kraven i avtalet har vi granskat genomförandeplaner och verkställighetsjournaler. Vi har granskat 21

slumpmässigt utvalda genomförandeplaner hos både omvårdnads- och servicekunder. Granskningen visar att samtliga 21 genomförandeplaner är aktuella, d.v.s. genomförandeplanerna är inte äldre än 6 månader. Det framgår också att kunderna varit delaktiga vid upprättandet och det framgår hur och när uppdraget ska utföras. Här har en utveckling skett sedan den tidigare uppföljningen som genomfördes i maj 2020, där ett stort antal kunder saknade aktuell genomförandeplan.

Vi har även granskat 42 verkställhetsjournaler sedan ett år tillbaka för att se om det finns dokumenterade händelser av betydelse och om det går att följa vård- och omsorgsprocessen i journalföringen. Vid granskningen framkommer att händelser av betydelse och omständigheter över tid har dokumenterats i 26 journaler men saknas i 16 journaler. Vi har identifierat en skillnad på om kunden har insatsen omvårdnad eller service, för samtliga kunder med omvårdnadsinsatser finns kravställd dokumentation i verkställighetsjournalen, hos kunder med enbart serviceinsatser finns få eller inga anteckningar i verkställighetsjournalen. Vid tidigare uppföljning i maj 2020 konstaterades en brist av dokumentation i verkställighetsjournal, som ni åtgärdade vid dåvarande resultatuppföljning, nuvarande granskning visar att bristen har återkommit.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni delvis uppfyller kraven då de granskade genomförandeplanerna var aktuella, visar att kunden varit delaktig vid upprättandet, samt beskriver hur och när uppdraget ska utföras. Ni brister dock i avtalspunkten då verkställighetsjournalen inte innehåller händelser av betydelse i tillräcklig stor utsträckning samt att faktiska omständigheter över tid inte går att följa.

Åtgärd

Ni behöver inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska åtgärda den bristande dokumentationen i verkställighetsjournalen. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidsplan samt vem som är ansvarig. En ny granskning av verkställighetsjournalen kommer att ske vid resultatuppföljning.

Påpekande

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

Ledningssystem för kvalitet

-Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Enligt avtal ska utföraren ha en rutin för hur avvikelser i form av händelser klagomål och synpunkter hanteras i verksamheten, rutinen ska följa Kommunens riktlinje *Riktlinjeför avvikelser, synpunkter och klagomål*.

För att granska er följsamhet till riktlinjen har vi genomfört en granskning av era avvikelser, klagomål och synpunkter som finns registrerade i Treserva från april

2021 till april 2022. Ni har registrerat 32 avvikelser och 13 klagomål och synpunkter i avvikelssystemet.

Vi har haft kontakt med IVO och ställt frågan om de mottagit några klagomål eller Lex Sarahanmälningar för er verksamhet de senaste 36 månaderna, inga anmälningar eller klagomål har inkommit till IVO.

Granskningen på en övergripande nivå visar att ni utreder och bedömer både avvikelser samt klagomål och synpunkter på ett systematiskt sätt. Det är dock svårare att följa vilka åtgärder ni vidtagit. I steget åtgärda väljer ni en förvald åtgärd, men det saknas dokumentation om vad just era åtgärder består i. Samma brist finns kring dokumentation av steget uppföljning (dokumentation sker genom att välja ”pennan” i avvikelsemodulem och sedan skriva en anteckning) Vi uppmärksammade också att rapporterade avvikelser som är färdigutredda inte avslutas utan ligger kvar som oavslutade.

Enligt riktlinjen ska avvikelser dokumenteras i verkställhetsjournalen. Vid granskningen framkom att samtliga granskade avvikelser fanns dokumenterade i verkställhetsjournalen.

Vid platsbesöket berättade ni att alla nyanställda får en mapp där rapporteringsskyldigheten förklaras samt att det sker en regelbunden kontakt mellan verksamhetsansvarig och personalen kring avvikelser där speciella händelser dryftas och följs upp. Personalen kontaktar verksamhetsansvarig om något avviker och skriver sedan vid behov en avvikelse i avvikelssystemet, som verksamhetsansvarig sedan utreder. I dokumentet *uppföljning av kvalitetskrav* och *Aspens kvalitetsledningssystem* framkommer att personalen informeras om rapporteringsskyldigheten kontinuerligt under året utifrån årshjulet.

Bedömning

Ni tilldelas ett påpekande vilket innebär att ni behöver fortsätta jobba med hela processen från rapportering till avslut. Med fokus på att dokumentera åtgärder, följa upp, samt avsluta avvikelser. Att tilldelas ett påpekande innebär att bristen är av mindre omfattning och att ni får åtgärda bristen inom ert eget kvalitetsarbete.

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
- Myndighetsinformation
- Rutiner
- Tidigare uppföljningar

Per Lindqvist
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun