

# Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Utförare: Din Dag Omsorg och Service 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 459/2021 samt Sov 452/2021. 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.

## Din Dag Omvårdnad och Service AB

Din Dag omvårdnad och service AB utför omvårdnads- och serviceinsatser i Örebro kommun. Verksamheten startades sommaren 2017, ägare samt verksamhetschef är Katarina Persson. Verksamheten har tre vårdlag och har fördelat samordnare för dessa utifrån språkkompetens hos samordnare, personal och kunder. Verksamheten har en personalgrupp på ca 40 medarbetare och 118 kunder, en veckodag utför de runt 230–250 besök och en helgdag runt 170. De använder planeringsverktyget Care Fox. Din Dag har sitt kontor i ett kontorshotell där lokalerna består av 2 kontor, lunchrum, samtalsrum och tillgång till konferensrum.

## Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Din Dag 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. Din Dag ska senast den 24 januari 2022 skicka in åtgärdsplanen till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@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
  - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet
- Uppdraget
- Dokumentation
- Läkemedelshantering

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

- Ny kompetensinventering över utbildningarna IBIC, Mat och nutrition, MCSS, Avvikelsehantering, Manuell förflyttning samt Vardagsrehabilitering
- Komplettering av rutin för hantering och besvarande av trygghetslarm så att tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framkommer
- Ny kompetensinventering över hur stor andel av personal som gått omvårdnadsutbildning eller motsvarande
- Komplettering av extern rutin för samverkan avseende hur personal ska agera vid behov av tillfälligt utökade insatser nattetid
- Komplettering av intern rutin för samverkan så det framgår hur teamträffar ska dokumenteras
- Redogörelse för om ytterligare riskanalyser genomförts efter 2021-11-17, samt om så är fallet skicka in de genomförda riskanalyserna.
- Komplettering av rutin för egenkontroll så att det framgår att egenkontroll av följsamhet till avvikelseprocess ska göras. Det ska också framgå när egenkontroll av avvikelseprocessen ska utföras, samt hur och vilka som är ansvariga.
- Komplettering av rutin för egenkontroller så att den har en tydlig beskrivning och instruktion av utförandet för de aktuella egenkontrollerna, det ska även framkomma när egenkontrollerna ska genomföras. Eventuella lokala egenkontroller som görs ska också finnas beskrivna i rutinen
- En redovisning över hur åtgärder som satts in vid genomförda egenkontroller i oktober 2021 har följts upp, samt beskrivning av åtgärdernas effekter
- Komplettering av era rutiner för att ta emot, planera, samt genomföra uppdrag enligt SOL och HSL. Rutinerna ska även beskriva hur mottagande och hantering av larmsinsats ska ske.
- Komplettering av rutin för läkemedelshantering avseende hur läkemedel ska förvaras på ett betryggande sätt vid transport

Handlingarna ska vara inskickade till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se) senast den 28 februari 2022

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 28 februari 2022. Detta innebär att vi kommer granska inkomna rutiner och övriga underlag, genomföra en dokumentationsgranskning, granskning av trygghetslarm samt 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.

#### Hygien och förbrukningsmaterial

Enligt avtal 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*.

Verksamheten beskriver vid digitalt möte att de har hygienombud. Personal uppger även att det finns tillräckligt med arbetskläder och både över- och underdel att tillgå. Rena kläder förvaras i skåp med dörr, och smutsig tvätt i tvättpåsar. Verksamheten använder cirkulationstvätt, men har möjlighet vid behov att tvätta på arbetsplatsen. Engångsförkläden och material för god handhygien finns att tillgå.

Verksamheten beskriver också att de har en checklista och nya rutiner som de använder utifrån pandemin. Delar av nya arbetssätt utifrån detta är snabbtester, munskydd, visir, extramaterial med hygienutrustning hos kund samt dokumentation vid misstanke om smitta.

Vår bedömning utifrån vad som redovisats vid digitalt möte är att Din Dag tillhandahåller skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen för basal hygien och därmed uppfyller ställda krav enligt avtal.

### Brister i kvalitetskrav

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

#### 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 utbildningarna ombads ni att inkomma med en ifylld kompetensinventering.

I er kompetensinventering framkommer det vilka av de obligatoriska utbildningarna som personal genomfört. Det totala antalet personal uppgår till 40 personer, varav 1 person arbetar enbart med ledning och administration.

Ytterligare två personer innehar tjänster med delad ledning, administration och omvårdnad.

Granskning av er inventering visar att när det gäller utbildningarna IBIC, Mat och nutrition, MCSS, Avvikelsehantering, Manuell förflyttning samt Vardagsrehabilitering är det för få personal som har genomgått dessa utbildningar för att verksamheten ska bedömas uppnå krav ställda i avtal.

För de övriga utbildningarna bedöms att det är en tillräcklig omfattning personal som genomgått utbildningarna för att krav enligt avtal ska vara uppfyllt. Detta även om grundkravet är att samtliga ska ha genomgått utbildningarna. Det bör förtydligas att Enheten för uppföljning inte räknat med utbildningarna Ett fall för teamet och Våld mot äldre i bedömningen då dessa utbildningar är inaktuella och ska omarbetas.

Bedömningen är att Din Dag brister i punkten lagar, förordningar, riktlinjer och lagar då det är för få personal som genomgått 6 av utbildningarna, detta medför att kunskapsnivån inom dessa utbildningar inte kan anses vara säkerställd. Ni ska därför inkomma med en åtgärdsplan som ska beskriva hur ni planerar att säkerställa kompetensen. I åtgärdsplanen ska ni redovisa en plan för respektive utbildning där kompetenskraven inte uppnådda.

Ny kompetensinventering kommer att begäras in och granskas i en ny resultatuppföljning

### **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 verksamhetsjournal i Treserva. I dokumentationen ska finnas orsak till larvet samt vidtagna åtgärder. I de fall kontakt tagits med sjuksköterska ska även detta dokumenteras"*

Inför uppföljningen ombads ni att inkomma med er lokala rutin för hur hantering och besvarande av insatsen trygghetslarm sker utifrån aktuell riktlinje. Er rutin beskriver att verksamheten ansvarar för att ta emot larm mellan klockan 07:00 och 22:00. Vidare beskriver rutinen vilken kompetens som behövs hos medarbetare samt vilken personal som ansvarar för kvittering och planering av kundbesök. Samverkan beskrivs ske vid behov med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik och hemsjukvården och då via telefon eller treservabrevlådan. Skyddad identitet nämns och att det då kommer sms med endast larmkod.

Bedömningen är dock att rutinen inte uppfyller ställda krav då den saknar beskrivning av tillvägagångssätt och ansvarsfördelning. Det framkommer inte vem på verksamheten som ansvarar för att dokumentera larm, vid vilka tillfällen samverkan ska ske med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik och hemsjukvården. Det framkommer inte heller var uppgifter om personer med

skyddad identitet förvaras. Rutinen behöver på ett tydligt sätt beskriva hur medarbetare ska agera vid olika moment och vem som ansvarar för vad i rutinen.

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 118 larm mellan perioden augusti till och med oktober 2021. Av dessa 118 har 18 slumpmässigt utvalda larmloggar granskats i verkställighetsjournalen (15% av det totala antalet). Endast 9 av de granskade larmen finns dokumenterade, och av dessa 9 har endast 7 larm dokumenterade åtgärder beskrivna.

För att uppfylla krav ställt i avtal ska den omvårdnadspersonal som har besvarat ett larm, alltid efter åtgärdat larm dokumentera larminsatser i kundens verkställighetsjournal.

Din Dag uppfyller inte kraven inom denna punkt i avtalet då verksamhetens rutin för hantering och besvarande av trygghetslarm inte bedöms beskriva tillvägagångssätt och ansvarsfördelning. Ytterligare brist inom punkten är att ni i otillräcklig omfattning har dokumenterat hanterade larm enligt riktlinje, då endast 50% av de granskade larmen är dokumenterade, och av dessa har inte alla en åtgärd dokumenterad.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska åtgärda de två nämnda bristerna. Ni ska även inkomma med komplettering av rutin för hantering och besvarande av trygghetslarm så att tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framkommer.

Ny granskning av trygghetslarm kommer ske vid resultatuppföljning.

### **Krav på verksamhet och ledning – omvårdnadspersonal**

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

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med en ifylld kompetensinventeringsmall över tillsvidareanställd samt timanställd personal.

Kompetensinventeringen visa att verksamheten totalt har 40 anställda varav 1 person arbetar enbart med ledning och administration. Ytterligare två personer innehar tjänster med delad ledning, administration och omvårdnad.

Verksamheten har redovisat att en medarbetare utan omvårdnadsutbildning blir färdig med undersköterskeutbildning till sommaren 2022.

Granskning visar att 9 av 12 tillsvidareanställd omvårdnadspersonal har gått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande. När det gäller timanställda är motsvarande siffra 15 av 27. Av de totalt 39 anställda som jobbar med omvårdnad har 24 adekvat utbildningsnivå. Procentuellt sett innebär det att 63% av omvårdnadspersonalen har utbildning motsvarande omvårdnadsprogrammet.

Bedömningen är att Din Dag inte når upp till kravet i överenskommelsen gällande att 85% av personalen har gått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande utbildning. Ni ska därför inkomma med åtgärdsplan som redogör

er plan för att åtgärda bristen. Det ska även framgå tidsplan och vem som är ansvarig för de beskrivna åtgärderna.

Ny kompetensinventering kommer att begäras in och granskas vid en ny resultatuppföljning.

## **Ledningssystem för kvalitet**

### **- Samverkan**

Enligt avtal 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 inom vilka forum som samverkan sker. 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 uppföljning 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 ombads även inkomma med rutin som beskriver hur samverkan sker med kommunens nattorganisation och med kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation.

Ni har skickat in en rutin för intern samverkan som beskriver hur samverkan och informationsöverlämning mellan personal och övriga funktioner inom den egna verksamheten sker. Det framgår i vilka processer samverkan sker samt ansvarsfördelning och beskrivning av utförandet.

Det finns dock ett stycke i rutinen som beskriver hur teamträffar ska dokumenteras. I detta stycke fattas text så att beskrivningen inte går att läsa i sin helhet. Texten behöver därför kompletteras.

Ni har även inkommit med tre externa rutiner för samverkan. En av dem beskriver samverkan med kommunen genom dialogträffar samt kommunens nattgrupper som besvarar larm och utför insatser nattetid. Det framgår av rutinen i vilka processer samverkan sker, samt ansvarsfördelning och beskrivning av utförandet.

Det saknas dock i rutinen beskrivning av hur personal ska agera om de bedömer att tillfälligt utökade insatser behövs nattetid.

De andra två rutinerna beskriver samverkan med kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation. Det framgår av rutinerna vad som ska göras, hur det ska göras och vem som är ansvarig.

Bedömningen är att Din Dag brister i punkten samverkan då rutin för extern samverkan inte beskriver hur personal ska agera vid bedömning att tillfälliga insatser nattetid behövs sättas in. Ni ska därför åtgärda detta och se till att beskrivning av hur personal ska agera i sådan situation finns i rutinen. Ni ska

även komplettera den interna rutinen för samverkan så att det till fullo framgår hur teamträffar ska dokumenteras.

## **Ledningssystem för kvalitet**

### **- Riskanalyser**

Enligt avtalet och SOSFS 2011:9 ska ni fortlöpande genomföra riskanalyser. 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.

Inför uppföljningen ombads Din Dag att inkomma med rutin för riskanalyser och en sammanställning över vilka riskanalyser som genomförts det senaste året. Sammanställningen skulle beskriva anledning till att riskanalyserna genomfördes, vilka risker som identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån riskerna samt hur verksamheten följt upp åtgärderna och dess effekt.

Vi har granskat verksamhetens rutin och sammanställning.

Rutinen beskriver hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra verksamheten. Det framgår vad som ska göras, hur det ska göras och vem som är ansvarig för att det utförs.

Vi har också granskat er inskickade sammanställning över utförda riskanalyser. Sammanställningen visar vilka riskanalyser som gjorts, dock framgår inga datum för när riskanalyserna utförts. Riskanalyser har gjorts gällande förändring av förvaring av förbrukningsmaterial, vaccination mot Covid-19 samt sjukskriven verksamhetschef. Det framkommer även i sammanställningen att åtgärder för de identifierade riskerna är uppföljda.

Vi det digitala mötet med Din Dag påtalade vi att det i sammanställningen till viss del framkommer om risk bedömts eller ej, men att detta inte var tydligt i samtliga redovisade riskanalyser. Verksamhetschef informerade då om att riskanalyserna genomförts i en särskild mall, och att det i denna mall framkommer om risk bedömts eller inte, men att det inte kommit med i sammanställningen. Utifrån detta begärde vi in att få ta del av de dokumenterade riskanalyserna, och Din Dag inkom med dessa efter det digitala mötet.

Granskning av de inskickade genomförda riskanalyserna visar att sammanställningen och de dokumenterade riskanalyserna inte riktigt stämmer överens med varandra. Det som beskrivs i sammanställningen angående bakgrund, analys samt resultat framkommer inte i de dokumenterade riskanalyserna. Dokumentationen i dessa är överlag mycket sparsam och medför att det inte går att följa processen kring genomförda riskanalyser.

I er sammanställning har ni bland annat beskrivit risk gällande sjukskriven verksamhetschef. Det framkommer anledning till att riskanalys görs, samt varför bedömning görs att ingen risk bedöms eller åtgärder sätts in. Nämligen att det finns gruppleddare i verksamheten som har lång erfarenhet av att följa upp respektive personalgrupp. Det framkom dock vid det digitala mötet med verksamhetschef att dokumentationen kring kunderna blivit eftersatt på grund av verksamhetschefs sjukdom, och att nu när chef mår bättre har arbetet kring dokumentationen tagits tag i igen. Vi kan konstatera att trots detta har risk



gällande sjukskriven verksamhetschef blivit avslutad utan att någon risk konstaterats, blivit analyserad eller bedömd. Detta påvisar enligt vår bedömning att verksamheten inte har jobbat systematiskt med att kartlägga, bedöma, förebygga och åtgärda risker i verksamheten.

Den sammantagna bedömningen utifrån ovanstående är att Din Dag brister i punkten riskanalyser. Ni ska därför inkomma med åtgärdsplan som beskriver hur ni ämnar säkerställa att en tydlig dokumentation sker när riskanalyser genomförs. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska säkerställa att verksamheten systematiskt arbetar med riskanalyser för att kunna göra förbättringar.

Ni ska även inkomma med en redovisning av om ytterligare riskanalyser genomförts efter 2021-11-17, som är det datum ni redovisade genomförda riskanalyser till Enheten för uppföljning. Om så är fallet ska ni skicka in de genomförda riskanalyserna. Det ska då också framgå datum för när riskanalyserna genomförts.

### **Ledningssystem för kvalitet**

#### **- Egenkontroller**

Enligt avtal ska ni regelbundet genomföra egenkontroller inom den egna verksamheten. De egenkontroller som genomförs ska dokumenteras. Avtalet gör också gällande att ni ska genomföra årliga egenkontroller av verksamhetens följsamhet till hygienriktlinjer, avvikelseprocessen och de krav som enligt avtal ställs på dokumentation. Ni ska även ha en rutin för hur dessa egenkontroller genomförs.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med er rutin samt en sammanställning av de egenkontroller ni genomfört under de senaste 12 månaderna. Av sammanställningen skulle 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 inkommit med rutin och en sammanställning över vilka egenkontroller som genomförts de senaste 12 månaderna. Rutinen beskriver syfte och hur verksamheten arbetar med egenkontroller. Ansvarsfördelning framkommer, samt att egenkontroller genomförs minst en gång per år. Rutinen beskriver att handlingsplan för identifierade brister ska upprättas, den beskriver även var genomförda egenkontroller förvaras.

Det framgår dock inte hur egenkontrollerna genomförs, rutinen hänvisar endast till kommunens riktlinjer, rutiner och mallar för utförandet. Ni beskriver även att era rutiner för uppföljning bland annat innehåller egenkontroller lokalt, men det framkommer inte i rutinen vilka dessa lokala egenkontroller är, samt hur och när de genomförs. Det saknas också beskrivning i rutinen att egenkontroll av följsamhet till avvikelseprocess genomförs i verksamheten.

Dock framgår det av sammanställningen av utförda egenkontroller att egenkontroll av följsamhet till avvikelseprocessen har genomförts.

Sammanställning av utförda egenkontroller under året har skickats in. Där redovisas att egenkontroller av dokumentation, hygien samt avvikelshantering

har genomförts. Det framkommer inte datum för när egenkontrollerna gjorts, men vid digitalt möte beskriver ni att samtliga egenkontroller genomförts i oktober 2021 i samband med patientsäkerhetsberättelsen, och att det medfört att de åtgärder som satts in inte har hunnit bli uppföljda ännu.

Sammantaget framkommer det för samtliga redovisade egenkontroller att utförare vidtagit åtgärder utifrån brister, samt skapat åtgärdsplan. I sammanställningen redovisas dock inte om åtgärderna och dess effekt har följts upp för någon av de utförda egenkontrollerna.

Den sammantagna bedömningen är att Din Dag brister i punkten egenkontroller då er rutin för egenkontroller inte beskriver hur egenkontrollerna utförs, samt vilka lokala egenkontroller som ni genomför i verksamheten. Det saknas även beskrivning om att egenkontroll av avvikelseprocess görs. Ni ska därför uppdatera er rutin för egenkontroller så att den har en tydlig beskrivning av utförandet för de aktuella egenkontrollerna, det ska även framkomma när egenkontrollerna ska genomföras. Om lokala egenkontroller genomförs ska de också finnas beskrivna i rutinen.

Ni ska även komplettera rutinen med beskrivning om att egenkontroll för avvikelseprocessen ska genomföras, det ska även framgå när och hur egenkontrollen görs.

Då egenkontrollerna som redovisats blivit genomförda i oktober 2021 kan inte verksamheten redogöra för hur åtgärderna följts upp och effekterna av dessa. Enheten för uppföljning begär därför in en beskrivning av hur respektive åtgärd följts upp och vad dess effekter är.

### **Ledningssystem för kvalitet**

#### **- Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet**

I avtalet framgår att samtliga medarbetare har en skyldighet att rapportera händelser inom den egna verksamheten. Alla typer av händelser ska rapporteras, registreras, utredas och följas upp. Oavsett typ av händelse ska verksamheten följa riktlinjen *Avvikelser, klagomål och synpunkter*.

I samband med uppföljningen har vi genomfört en granskning av avvikelser i Treserva mellan perioden 2020-10-22 och 2021-10-22.

Det totala antalet rapporterade avvikelser i Treserva under den aktuella perioden var 31. När vi granskar följsamheten till processen ser vi att 26 rapporterade avvikelser är utredda och av dessa är 18 bedömda. Antalet avvikelser som är åtgärdade är 15, och antalet uppföljda avvikelser är 8. Det innebär att i 31 registrerade avvikelser följer endast 25 % alla stegen i avvikelseprocessen. Det vill säga att utreda, bedöma, åtgärda och följa upp de registrerade avvikelserna.

Inom ramen för denna punkt i avtalet har vi även granskat verksamhetens rapporterade klagomål och synpunkter för perioden 2020-10-22 till och med 2021-10-22. Vår granskning visar att ni har rapporterat 4 klagomål och synpunkter. Vi har också granskat klagomål och synpunkter som finns

registrerade i kommunens ärendehanteringssystem W3D3. Granskning visar att det finns 7 registrerade klagomål och synpunkter som berör kunder, och som blivit överlämnade till Din Dag av Örebro kommun. Endast 1 av dessa klagomål och synpunkter finns inrapporterad som en avvikelse i avvikelsemodulen. Då det sammantaget endast är 5 inrapporterade klagomål och synpunkter kan vi inte bedöma följsamheten till avvikelseprocessen gällande dessa då underlaget är för litet.

I samband med granskningen av följsamhet till avvikelseprocessen begärde vi in verksamhetens rutin som beskriver hur kund och anhöriga ges möjlighet att lämna synpunkter och klagomål direkt till kommunen både skriftligt och muntligt. Bedömningen är att rutinen uppfyller kraven.

Den sammantagna bedömningen är att Din Dag brister i avtalspunkten utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet då ni inte visar följsamhet till samtliga steg i avvikelseprocessen, det vill säga utreda, bedöma, åtgärda och följa upp de avvikelser som rapporterats in. Ni brister även i punkten då granskning visar att ni inte registrerat merparten av de klagomål och synpunkter som delgivits er av Örebro kommun.

Din Dag ska därför inkomma med åtgärdsplan med beskrivning av hur ni ska säkerställa följsamhet till avvikelseprocessen så att avvikelser rapporteras, utreds, bedöms, åtgärdas och följs upp enligt riktlinje.

I samband med resultatuppföljning kommer en ny granskning av följsamhet till avvikelseprocessen att genomföras av Enheten för uppföljning.

### **Uppdraget**

Enligt avtal ska verksamheten ha en rutin för att dagligen kunna ta emot, planera, samt genomföra uppdrag enligt SOL. Verksamheten ska även ha en rutin för att ta emot och planera, genomföra fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser. För dessa processer ska upprättade rutiner finnas.

Inför 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.

Vi har granskat de rutiner som verksamheten har inkommit med. Dessa är *Rutin för säkerställande av beviljande insatser* och *Rutin för treservabrevlåda*.

Rutinen för hantering av Treservabrevlådan beskriver hantering och ansvar för att se över inkomna uppdrag i Treserva, hur meddelanden bevakas, hanteras och åtgärdas, vid nytt eller förändrat uppdrag, och vid ny vårdplan från arbetsterapeut eller sjuksköterska.

Rutinen för säkerställande av beviljande insatser innehåller arbetssätt och ansvarsfördelning från att beslut fattas av biståndshandläggare, till hur uppdrag kommer via Treserva och verkställs. Vidare beskriver rutinen hur verksamheten

planerar uppdraget, samt hur kontaktman utses och genomförandeplan upprättas eller uppdateras. Det framkommer också hur medarbetarna får information om planeringen av insats, hur förändringar kommuniceras och hanteras, administratörens roll i planering och utförande och när avvikelser skrivs om kund inte får planerad insats.

Båda rutinerna bedöms ha en tydlig ansvarsfördelning och beskrivning av utförande. Dock saknas i dessa för övrigt detaljerade rutiner en beskrivning av mottagande och hantering av uppdrag som gäller larminsats.

Ni ska därför inkomma med uppdaterad rutin som beskriver hur mottagande och hantering av larminsats ska ske.

### **Dokumentation**

Enligt avtal ska utföraren följa Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2014:5 gällande dokumentation. Genomförandeplaner ska upprättas och färdigställas senast 30 dagar efter emottaget uppdrag och uppdateras vid behov eller minst var 6 månad. I journal ska händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid dokumenteras, och den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas.

Som en del i uppföljningen gjordes en granskning av totalt 30 slumpmässigt utvalda kunders genomförandeplaner och verkställighetsjournaler i Treserva under perioden 2020-11-15 till och med 2021-11-15.

Vår granskning av genomförandeplaner visar att 14 av 15 genomförandeplaner är aktuella. Delaktighet, samt hur och när uppdraget ska genomföras framgår i 11 av de 14 aktuella planerna.

Vår granskning av verkställighetsjournaler visar att det i 9 av 30 granskade journaler framgår händelser av betydelse. I 3 av 22 journaler framgår inte den individuella omvårdnadsprocessen, det vill säga vad som faktiskt utförs hos aktuell kund, och på vilket sätt. Vi uppmärksammar vid granskning flera långa uppehåll i dokumentationen, varav många uppehåll är månadsvisa. Vi har även vid granskning sett att personal vid flertal tillfällen inte beskriver utförligt vad som skett och vilka åtgärder som vidtagits då kund till exempel åker in till sjukhuset akut med ambulans, eller blir försämrad i sitt hälsotillstånd i övrigt.

Den sammantagna bedömningen är att Din Dag uppfyller delar av krav inom punkten dokumentation då ni har merparten aktuella genomförandeplaner, samt att det går att se delaktighet, det framkommer även hur och när uppdraget ska genomföras.

Din Dag brister i krav inom punkten då granskning visar att det inte framgår händelser av betydelse, samt vad som utförs hos kund och på vilket sätt.

Ni ska därför inkomma med åtgärdsplan med beskrivning av hur ni ska säkerställa att ni följer krav ställda i avtal, nämligen att händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid dokumenteras, och att den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas.

I samband med resultatuppföljning kommer en ny granskning av verkställighetsjournaler genomföras.

### **Läkemedelshantering**

Enligt avtalet ska utföraren följa kommunens riktlinjer och rutiner för läkemedelshantering. 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 för läkemedelshantering*. Granskning visar att det framgår vad rutinen avser samt att ansvarsfördelning finns beskrivet. När det gäller säker transportering och förvaring av läkemedel framkommer att personal som hämtar läkemedel som huvudregel åker direkt till kund för leverans. Om leverans direkt inte kan ske ska läkemedel förvaras i låst skåp på kontor i avsedd låda. Vid digitalt möte framkommer från verksamhetschef att all personal som vistas på verksamhetens kontor har tillgång till det låsta skåpet. Verksamheten uppger att de aldrig haft problem med stöld av läkemedel, och varje medarbetare har ett personligt kort för att komma in i verksamheten så det går att se vilka som varit inne i lokalen i händelse av att medicin skulle försvinna.

Riktlinjen för läkemedelshantering i kommunal hälso- och sjukvård i Örebro län beskriver dock att det endast är personal med delegering att hantera läkemedel, som utöver sjuksköterska får ha tillgång till läkemedel som tillfälligt förvaras i hemtjänstlokal inför utdelning till den enskilde.

Vidare beskriver rutinen att läkemedel vid transport aldrig ska lämnas utan uppsikt utan förvaras på betryggande sätt. Dock går inte rutinen in närmare på vad som avses med ett betryggande sätt.

Bedömningen är att Din Dag brister i punkten läkemedelshantering då verksamheten inte säkerställer att endast behörig personal har tillgång till läkemedel som tillfälligt förvaras i lokalen.

Ni brister även i punkten då er rutin för läkemedelshantering inte beskriver vad som avses med att läkemedel förvaras på ett betryggande sätt.

Ni ska därför inkomma med åtgärdsplan som beskriver hur ni ska säkerställa att endast behörig personal har tillgång till läkemedel som förvaras tillfälligt i lokalen inför utdelning till den enskilde.

Ni ska även komplettera er rutin för läkemedelshantering så att den tydligt beskriver vad ett betryggande sätt vid transportering av läkemedel innebär.

## 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 digitalt möte med utföraren.

### Underlag för bedömning:

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

Sandra Månstierna  
Avtalscontroller  
Enheten för uppföljning  
Myndighetsverksamheten  
Örebro kommun