

Uppföljning av kvalitetskrav

Daglig verksamhet

Örebro kommun, enhet 1

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er enhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i den överenskommelse verksamheten tecknat med Programnämnd social välfärd Örebro kommun Sov 476/2020. 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. I samband med uppföljningen har rutiner och sammanställningar begärts in och granskning av dokumentation och avvikelser har genomförts i verksamhetssystem. Uppföljningen har även innefattat platsbesök på tre av verksamheterna i Enhet 1; Haga, Lumen och OP café och kök samt ett uppföljningsmöte med enhetschefer och avdelningschef.

Enhet 1

Enhet 1 består av åtta verksamheter; Haga, Kexen, Lumen, Nova, Opalen, OP Café och kök, Regnbågen och 39:an. Enheten har 75 deltagare och 28 medarbetare. Verksamheterna har olika inriktningar och deltagarna har olika stort behov av struktur och stöd. Till exempel har verksamheten OP café och kök inriktning matlagning och verksamheten Haga har estetiskt inriktning samt en caféverksamhet.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er enhet och beslutar därmed att ni ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd.

Ni ska senast den **3 maj 2022** skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se
Bedömningen är att ni brister inom följande kvalitetskrav:

Ledningssystem för kvalitet

- **Samverkan**
- **Egenkontroller**
- **Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet**

Dokumentation

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

Ni ska inkomma med en eller flera rutiner eller utveckla den beskrivning som finns och den ska innehålla:

- Hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten mellan olika professioner och funktioner där arbetssätt och vilka forum som finns ska framgå.
- Var information finns om individens samverkanspartners och aktörer.

- Hur samverkan sker med legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård och Region län. Det ska framgå när samverkan ska ske och hur och vem som ansvarar för vad. (Denna rutin har ni meddelat att ni har en pågående revidering kring).
- Alla rutiner som avser hälso- och sjukvård som ni hänvisar till i er beskrivning, dvs. Rutiner som styr samverkan hälso- och sjukvård.
- En uppdaterad rutin för egenkontroll.
- Dokumentation från utförd egenkontroll av dokumentation. Om ni inte genomfört någon egenkontroll efter uppföljningsmötet ska ni genomföra den och inkomma med dokumentationen.

Handlingarna ska vara inskickade till eggetval@orebro.se senast **den 24 maj 2022**.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter **22 augusti 2022**. Vilket innebär att vi kommer att följa upp om era åtgärder gett effekt; genomföra en dokumentationsgranskning gällande aktuella genomförandeplaner och granska era inskickade rutiner.

Om brister kvarstår vid en resultatuppföljning kan Enheten för uppföljning komma att vidta ytterligare sanktioner i enlighet med gällande överenskommelse. Utebliven åtgärd eller åtgärd som inte hanteras inom föreskriven tid kan leda till ett väsentligt avvikande från överenskommelsen. Ett väsentligt avvikande från överenskommelsen föreligger om fel i tjänsten påpekats av Enheten för uppföljning vid två tillfällen men trots det inte åtgärdas inom föreskriven tid.

Bedömning

Brister i kvalitetskrav

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

Ledningssystem för kvalitet

- **Samverkan**

Enligt krav i överenskommelsen ska ni ha ett ledningssystem som uppfyller de krav som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt Patientsäkerhetslagen (2010:659). Ni ska identifiera processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på den insatser som ges och det ska framgå av era processer och rutiner hur samverkan bedrivs. Utöver SOSFS 2011:9 ska ni även samverka med deltagaren och/eller dennes företrädare samt samtliga aktörer som är relevant utifrån deltagarens behov såsom legitimerad personal, boende etc.

Ni ska ha en rutin som beskriver hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom egna verksamheten mellan olika professioner och funktioner. Rutinen ska innehålla en beskrivning av vilka forum och arbetssätt för samverkan som finns. Den ska även beskriva hur samverkan sker

med LSS/SoL-handläggare, med legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård och Region Örebro län och eventuella andra aktörer.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med rutin för samverkan och en sammanställning av era samverkansrutiner. I inskickad sammanställning framgår att enhetens alla verksamheter har rutiner som innehåller det som överenskommelsen kräver. Ni skickade även in en handling Beskrivning av samverkan – internt och externt för daglig verksamhet samt sammanställningen. I handlingen framgår beskrivning av intern och extern samverkan samt hänvisning till specifika rutiner. På uppföljningsmötet begärdes komplettering av specifika rutiner som det hänvisas till i beskrivningen.

I inskickad komplettering inkom en reviderad version av handlingen Beskrivning av samverkan – internt och externt för daglig verksamhet och ett meddelande om att det pågår en revidering av rutiner avseende hälso- och sjukvård utifrån ny riktlinje för Hälso- och sjukvårdsprocessen. I er beskrivning framgår samverkan med LSS/SOL handläggare och att enhetschef ansvarar att vid behov kontakta handläggare. Hur daglig samverkan och informationsöverföring sker i verksamheten framgår inte i er beskrivning.

På uppföljningsmötet uppgav ni att ni säkerställer att medarbetarna har kännedom om samverkanrutiner genom att rutinerna lyfts en gång per år på APT samt vid nyanställning. Det finns inga lokala rutiner utan grunden till samverkan sker utifrån individen och finns i deltagarens genomförandeplan samt personkort i verksamhetssystem. Ni uppgav även att det pågår ett arbete i olika teamsgrupper för att nå ut till medarbetarna om förändringar i rutiner. Enhetschefer framförde att alla grupper har planerat veckoavstämning där medarbetare samverkar kring deltagare och arbetsuppgifter. Verksamheterna har även tid på morgonen för att stämma av och ge varandra information.

Bedömning:

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller överenskommelsens krav gällande samverkan. Er inskickade beskrivning saknar delar som överenskommelsen krävställer.

På platsbesöket och uppföljningsmötet framgår att ni samverkar inom verksamheten och enheten samt även med externa aktörer utifrån individens behov. Ni uppgav att ni har arbetssätt och planerade tillfällen för informationsöverföring. Vid granskning av er inskickade beskrivning framgår inte hur ni arbetar med daglig informationsöverföring i verksamheten och tex. vilka möten som finns avsatta. Ni uppgav på uppföljningsmötet att planering finns för daglig överlämning och veckoavstämning vilket ska framgå i er beskrivning. I beskrivningen behöver det även framgå att samverkanspartner kring individen finns att tillgå i genomförandeplan och personkort i verksamhetssystem. I er inskickade sammanställning har ni uppgett att era rutiner innehåller det som överenskommelsen kräver och om det återfinns i andra rutiner ber vi er skicka in dessa.

Ni uppgav på uppföljningsmötet att ni har en pågående revidering av hälso- och sjukvårds rutiner och ni har inte skickat in begärda rutiner. Vi kan inte bedöma om rutiner innehåller efterfrågade delar enligt överenskommelsen och ni ska inkomma med dessa. Vi vill att ni skickar in alla rutiner som ni hänvisar till i er beskrivning: rutiner som styr samverkan med Hälso- och sjukvård.

Ni ska inkomma med en eller flera rutiner eller utveckla den beskrivning som finns och den ska innehålla:

- Hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten mellan olika professioner och funktioner där arbetssätt och vilka forum som finns ska framgå.
- Var information finns om individens samverkanspartners och aktörer.
- Hur samverkan sker med legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård och Region län. Det ska framgå när samverkan ska ske, hur och vem som ansvarar för vad.
- Alla rutiner som avser hälso- och sjukvård som ni hänvisar till i er beskrivning, dvs. Rutiner som styr samverkan hälso- och sjukvård

• Egenkontroller

Enlig SOSFS 2011:9 ska ni som utförare genomföra egenkontroller, dessa ska genomföras inom de områden och med den frekvens och omfattning som ni bedömer krävs för att säkerställa kvalitet. Egenkontroller som genomförs ska dokumenteras. Utöver detta ska ni enligt överenskommelsen minst en gång per år utföra egenkontroll gällande dokumentation, följsamhet till avvikelseprocessen och i de verksamheter som utför delegerad eller fördelad HSL-insats även genomföra egenkontroll kopplat till basal hygien.

I samband med uppföljningen ombads ni, och inkom med er rutin för egenkontroll och en sammanställning av egenkontroll för dokumentation, avvikelseprocessen och basal hygien för de senaste 12 månaderna.

Vi har granskat inskickad rutin som innehåller en beskrivning av hur ni arbetar med egenkontroller som sker på enhetsnivå i ert kvalitetsledningssystem QPR minst två gånger per år. Rutinen redogör för alla de områden som ingår i QPR så som avvikelser, synpunkter och klagomål, riskbedömningar, kompetens, delaktighet och rehabilitering. Egenkontroll basal hygien "lätt att göra rätt" beskrivs genomföras en gång per år och egenkontroll av dokumentation beskrivs utföras löpande genom stickprov i journal och genomförandeplan.

På uppföljningsmötet lyfte Enheten för uppföljning att rutinen saknar delar av genomförandet, vad görs vid brist och vem ansvarar för vad. Ni lyfte då att det finns med i slutet av rutinen, vad enhetschef ska göra vid brist och höll med om att delar kanske behövde förtydligas. I samband med att ni inkom med synpunkter på tjänsteanteckningen skickade ni med en uppdaterad rutin över egenkontroller där ni förtydligat ansvarsfördelningen.

Som en del i granskningen har vi även tagit del av er inskickade sammanställning där ni uppger att ni genomfört de egenkontroller som ni är ålagda att genomföra,

samt en egenkontroll i en av verksamheterna kopplat till läkemedelshantering.

På uppföljningsmötet förklarade ni hur arbetet med egenkontroll av dokumentation fungerar och att de sker genom stickprov löpande av både enhetschef och avdelningschef. Enheten för uppföljning lyfte att stickprov kan vara hjälpsamt och bra i kvalitetsarbetet men kan inte ses som en egenkontroll, dels för att det inte dokumenteras, dels för att det inte sker systematiskt avseende urval eller metod. Ni beskrev i samband med detta att det pågår ett förbättringsarbete avseende egenkontroller i QPR och som ska lanseras under våren 2022. Detta kommer förbättra processen, och ni upplever att när implementeringen av IBIC är färdigt så kommer detta innebära att egenkontrollerna blir lättare att utföra systematiskt. Gällande egenkontroll avvikelseprocessen uppgav ni att den avser alla delar i avvikelseprocessen. På en övergripande nivå ser ni över typer av händelser som rapporteras och försöker se trender och mönster.

Bedömning:

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni brister i följsamhet till krav på egenkontroller. Er rutin behöver förtydligas kring tillvägagångssätt över hur egenkontrollerna i QPR går till, vilken metod används för genomförande och inhämtande av uppgifter till kontrollen. Om detta finns beskrivet i QPR bör det framgå i rutinen. Kanske utförs egenkontrollen avseende avvikelseprocessen genom att söka upp uppgifter i system men ni kunde inte redogöra för hur ni genomför den med tex. urval. Egenkontroll basal hygien har en tydlig beskrivning av hur den genomförs tillsammans med medarbetare på APT och hänvisning till underlag för frågor i kontrollen. Rutinen behöver även uppdateras med en beskrivning av egenkontroll för dokumentation.

Ni brister även i att inte ha utfört egenkontroll avseende dokumentation det senaste året.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan där ni ska beskriva åtgärder, tidsplan och ansvar. Ni ska även inkomma med en uppdaterad rutin för egenkontroll som ska beskriva metoden för egenkontrollerna i QPR, samt innehålla beskrivning av egenkontroll för dokumentation. Ni ska även genomföra och inkomma med en utförd egenkontroll av dokumentation.

Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Enligt överenskommelsen ska ni följa SOSFS 2011:9 och gällande lagstiftning där det framgår att ni har ett ansvar att rapportera, utreda och följa upp händelser (avvikelser), klagomål och synpunkter som sker i eller kommer till verksamheten. Ni ska genom ett strukturerat kvalitetsarbete förebygga att missförhållanden och vårdskador inträffar. Ni ska följa Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter.

Avvikelser

I samband med uppföljningen har vi genomfört en granskning av rapporterade avvikelser i avvikelsemodulen i verksamhetssystemet Treserva. Vi

har granskat era rapporterade avvikelser för att se att alla steg i avvikelseprocessen är genomförda dvs, utreda, bedöma, åtgärda och följa upp. Syftet med granskningen är att bedöma om följsamhet finns till avvikelseprocessen enligt ovannämnda riktlinje.

Enhet 1 har rapporterat 49 händelser under perioden 210114–220114, av dessa är 30 bedömda som avvikelser. Av dessa 30 avvikelser är 28 åtgärdade och 17 av dessa 30 är även uppföljda. Sammantaget innebär det att 13 avvikelser är avslutade utan att en uppföljning av insatta åtgärder och dess effekt genomförts.

På uppföljningsmötet uppgav ni att enhetschefer löpande ser över rapporterade händelser. På en övergripande nivå ser chefsgruppen över rapporterade avvikelser, klagomål och synpunkter två gånger per år i samband med patientsäkerhetsberättelsen och årsrapporten där man även försöker se mönster och trender. Det framkommer av enhetschef att det är osäkert när en egenkontroll av avvikelseprocessen har genomförts och vad den i så fall visade. Ni berättade även att ett förbättringsarbete är startat i en verksamhet utifrån en Lex Sarah anmälan, som består av information om vad en avvikelse är, vad som ska rapporteras. Planen är att fler verksamheter ska beröras av detta arbete.

Klagomål och synpunkter

En granskning har även genomförts av rapporterade klagomål och synpunkter i avvikelsemodulen. Ni har under perioden 210114 till 220114 rapporterat sex klagomål och synpunkter för hela Enhet 1. Av dessa sex är fem bedömda som avvikelser och alla är utredda, åtgärdade och uppföljda.

Kontakt har även tagits med tillsynsmyndigheten IVO med frågan om det finns inkomna klagomål, synpunkter eller rapporterade Lex Sarah för verksamheter i Enhet 1 de senaste 36 månaderna. Inga rapporterade klagomål och synpunkter finns inrapporterade, en Lex Sarah finns rapporterad 2019 där beslut från IVO innebär att den fortsatt ska utredas av utföraren. En granskning har även gjorts i W3D3 men inga registrerade klagomål eller synpunkter finns för verksamheterna i enhet 1.

På uppföljningsmötet fördes en dialog om att det möjligen kan ses som ett lågt antal rapporterade klagomål och synpunkter för åtta verksamheter under ett år. Enligt enhetschefer kan en anledning vara att det beror på att deltagarna är trygga och trivs i sin verksamhet som även daglig verksamhets brukarundersökning visar. Inom hela daglig verksamhet har det tidigare genomförts en informationskampanj om vad som ska rapporteras, och det är numera en stående punkt på APT. Medarbetare kan även åtgärda klagomål direkt och missar att rapportera men enhetschef tror att det har blivit bättre.

Bedömning:

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte har en följsamhet till avvikelseprocessen och uppfyller inte kravet i överenskommelsen. Granskning av 30 avvikelser visar att ni inte följer upp era rapporterade avvikelser systematiskt utan avslutar en stor andel utan att följa upp om åtgärder gett effekt. Det ger inte

förutsättningar till ett förändringsarbete för att liknande händelser inte ska inträffa igen i verksamheterna.

Ni har dock följt upp era rapporterade klagomål och synpunkter och ni behöver ha samma tillvägagångssätt med era avvikelser för att skapa förutsättningar till ett förändringsarbete som kan säkra och förbättra kvalitén i enheten.

Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen för att få en följsamhet till avvikelseprocessen, där planerade åtgärder, tidsplan och ansvarig ska framgå.

Dokumentation

Enlig överenskommelse (3.7) ska ni följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation vid genomförande. Dels genom upprättande av genomförandeplaner, dels genom den sociala dokumentationen. Genomförandeplanen ska upprättas tillsammans med deltagaren eller dennes företrädare, deltagarens önskemål och synpunkter ska framgå och den ska följas upp var sjätte månad eller tidigare vid behov. Den sociala dokumentationen ska utföras med respekt för den enskilde, händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid ska dokumenteras, deltagarens delaktighet och utveckling ska framgå. Dokumentation om deltagare som finns utanför verksamhetssystemet ska förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen (1990:782) som innebär att arkivet ska skyddas mot förstörelse, skada, tillgrepp och obehörig åtkomst där säker förvaring innebär att fysiska handlingar förvaras i läsbara enheter.

I samband med uppföljningen har vi granskat 30 genomförandeplaner under perioden 210217-220216 och endast 8 av dessa 30 har en aktuell genomförandeplan som är upprättad eller uppföljd de senaste sex månaderna. Ni uppgav på uppföljningsmöte att anledningen kan vara att det finns aktuella genomförandeplaner men att dessa inte skrivskyddats och syns därför inte i granskningen. Ni lyfte även arbetet med implementeringen av IBIC och svårigheter med de nya mallarna och arbetet för personalen att flytta över information som tidskrävande. Ni beskrev även pågående insatser av stöd till personalen. Vi har inte bedömt om de aktuella genomförandeplanerna uppfyller ställda krav på delaktighet, målformuleringar eller om det framgår hur insatsen ska utföras, detta granskas i samband med resultatuppföljningen.

Granskning av verkställighetsjournalen under perioden 210217-220216 visar att det i 13 av 15 journaler framgår händelser av betydelse och omständigheter över tid och bedöms vara utförd med respekt för den enskilde. De två journalerna som granskats men inte uppfyllt kraven rörde samma verksamhet och lyftes med berörd personal på platsbesök och på uppföljningsmötet.

På platsbesöken kunde vi se att dokumentation som förvaras utanför dokumentationssystem så som rutinpärmar och information om deltagare för vikarier att läsa, eller lätt komma åt i vardagen förvaras dels i skåp som går att låsa, dels i på kontor som läses när utrymmet lämnas under längre stund. På uppföljningsmötet beskrev ni att dessa pärmar innehåller information som är

utskrivet från dokumentationssystemet, samtycken, genomförandeplaner och signeringslistor för läkemedel om IT-stödet för signering inte fungerar.

Bedömning

Genom att granska er dokumentation, observation på platsbesök gör enheten för uppföljningen bedömningen att ni delvis brister i kravet dokumentation. Ni har följsamhet till kravet avseende verkställighetsjournalerna där det största delen av de som granskats har händelser av betydelse och omständigheter över tid och bedöms vara utförd med respekt för den enskilde. Ni brister dock i följsamheten avseende genomförandeplaner där endast 8 av 30 deltagare har en aktuell genomförandeplan som är upprättad eller uppföljd de senaste sex månaderna.

Gällande dokumentation som förvaras utanför verksamhetssystem såsom era rutinpärmar bedöms ni uppfylla kravet på säker förvaring. Ni förvarar originalhandlingar i verksamhetssystem och handlingar som skrivs ut förvaras så obehöriga inte får tillgång till dessa genom att ha läsbara skåp eller kontor.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan där planerade åtgärder för att åtgärda bristen gällande aktuella genomförandeplaner ska framgå och även innehålla tidsplan och vem som är ansvarig. Vi kommer att följa upp om era åtgärder gett effekt genom en resultatuppföljning.

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Ledningssystem för kvalitet

- **Risikanalyser**

Enligt överenskommelsen och SOSFS 2011:9 ska riskanalyser användas på verksamhetsnivå för att identifiera risker som kan komma att påverka verksamhetens kvalitet. Ni ska fortlöpande genomföra riskanalyser vid förändringar i organisationen och de ska dokumenteras. Ni ska även ha en rutin som beskriver hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra verksamheten.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med en sammanställning över de riskanalyser ni genomfört de senaste 12 månaderna samt er rutin. I den inskickad sammanställning framgår att ni genomfört 13 riskanalyser på enheten. Några riskanalyser är pågående och inte uppföljda. På platsbesöket framkommer att ni planerar in en uppföljning när riskanalysen startas. Ni lyfter riskanalyser på APT samt att ni bokar specifika möten vid behov för att det ska finnas avsatt tid.

På platsbesöket framfördes att er rutin inte överensstämmer med er hantering av diarieföring i w3d3 avseende hur ni döper ärendena. På mötet uppgav ni att ni numera startar ärende årsvis där alla riskanalyser diarieförs. Ni skickade in en

uppdaterad rutin där er hantering finns beskriven. I rutinen framgår hur ni arbetar med riskanalyser och ansvarsfördelning.

Bedömning:

Av er sammanställning, information på platsbesök och uppföljningsmöte bedöms att ni uppfyller kravet gällande riskanalyser. Ni genomför riskanalyser och av sammanställningen och information på uppföljningsmötet uppfattar vi att ni arbetar systematiskt med dessa. Ni har identifierat risker i enheten. På ett platsbesök uppgav personalen en förändring i verksamheten som vi av er sammanställning ser att ni har en pågående riskanalys kring. Rutinen innehåller efterfrågade delar enligt överenskommelsen. Ni bedöms uppfylla överenskommelsens krav gällande riskanalyser.

Bemötande

Ni som utförare ska enligt överenskommelse ha ett aktivt värdegrundsarbete och deltagare ska få stöd i att kommunicera vid kognitiv funktionsnedsättning, tal-, syn- och hörselnedsättning och vid annan språktillhörighet. Ni ska arbeta för kontinuitet genom fadderskap och att individuella genomförandeplaner upprättas och följs och för att så få personer som möjligt är inblandade i stödet. Deltagare ska informeras om den planerade tiden förändras eller om det kommer annan personal än vad som planerats.

På platsbesök framkommer att alla de verksamheter som vi besökt arbetar med bilder och scheman över dagen eller arbetsmoment, kunskap om stödtecken förekommer och används. Verksamheterna har rutiner för hur deltagarna informeras om att personal är sjuka och vem som är vikarie och fadderskapsuppdraget upplevs som tydligt hos tillfrågad personal. Vi kan se att det förekommer bemötandepolicys som deltagare själva varit med och utformat.

Under uppföljningsmötet beskrev ni ert arbete kring värdegrund. Nya medarbetare får en genomgång av värdegrund vid anställning och den finns med som stående punkt på varje APT. Ni lyfte även på vilka sätt värdegrunden genomsyrar ert arbete löpande vid upprättande av genomförandeplan, i det dagliga arbetet och när nya deltagare kommer till verksamheterna samtidigt beskrev ni en större satsning som genomförts i förvaltningen gällande värdegrunden

Bedömning:

Genom observation på platsbesök och information på uppföljningsmötet gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni har följsamhet till kravet avseende bemötande. Vi kan se att verksamheter arbetar med stöd i kommunikation och fadderskap, hur ni informerar om förändring i planering och personal. Ni beskriver ert värdegrundsarbete som fortlöper på både övergripande nivå och i det dagliga arbetet.

Hygien och smittskydd

Enligt överenskommelsen ska ni följa Arbetsmiljöverkets föreskrift om smittrisker (AFS 2018:4). De verksamheter som utför fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder till deltagare ska följa Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument för hygien och smittskydd samt följa Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2015:10 om basalhygien i vård och omsorg. I riktlinje och föreskrift framgår att arbetskläder ska bytas dagligen, eller då de blivit våta eller synligt förorenade. De ska förvaras torrt och dammfritt och ska tvättas i cirkulationstvätt 60 grader eller cirkulationstvätt.

I inskickad handling framgår att alla verksamheter utför fördelade och delegerade åtgärder. Observation har genomförts på platsbesök i de tre utvalda verksamheterna. Samtliga verksamheter använder arbetskläder och uppger att de skickas på cirkulationstvätt en gång i veckan. En verksamhet framför att arbetskläder räcker för dagligt ombyte. I de två andra verksamheterna är upplevelsen olika bland personalen. En del personal uppger att det inte alltid räcker till ett dagligt byte utan att det saknas några dagar per månad medan en personal uppger att dennes storlek alltid finns för dagligt ombyte. Sammantaget kan tillgången variera beroende på storlek eller om det är många vikarier i verksamheten.

I verksamheterna förvaras arbetskläder i öppna hyllor, i omklädningsrum eller inne på kontor. Vid tiden för platsbesök inväntades leverans av arbetskläder från tvätteriet. I två av verksamheterna fanns en säck med levererade och ouppackade arbetskläder. I hyllorna fanns arbetskläder tillgå, i liten omfattning hos två av tre verksamheter.

I samtliga verksamheter fanns material till att ha en god handhygien; handsprit, tvål och pappershanddukar fanns vid tvättställ och i respektive förråd i verksamheterna. Engångsförkläde fanns att tillgå i samtliga verksamheter.

På uppföljningsmötet framkom att beställning av arbetskläder gjordes i 10 uppsättningar per medarbetare men har nu utökats till 12. Att arbetskläder inte alltid räcker kan orsakas av att vikarier varit i verksamheten och det framkommer att det finns ett ombud som ansvarar för att se över det och bistå med hjälp kring ytterligare beställningar. Enhetschefer framför att lokaler där arbetskläder förvaras städas regelbundet men att det ser olika ut om det är deltagare eller personal som städar.

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller överenskommelsens krav utifrån den observation som genomförts på tre av enhetens verksamheter samt information av personal och enhetschefer.

På platsbesöket observerades att arbetskläder användes och fanns att tillgå. Upplevelsen om arbetskläder var tillräckligt för dagligt ombyte, varierade i verksamheterna. På uppföljningsmötet framkom dock att det går att beställa fler uppsättningar om behov finns tex. i verksamheter som har ett större behov av vikarier. Det finns skyddsmateriel och förutsättningar för en god handhygien i

samtliga verksamheter. De dagliga bytena av arbetskläder och att städning av omklädningsrum förekommer bedöms förvaringen av arbetskläder i omklädningsrum vara tillfredställande.

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 avdelningschef och två enhetschefer samt platsbesök i tre verksamheter.

Underlag för bedömning:

- Intervju med chefer och medarbetare
- Observation vid platsbesök
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Verkställighetsjournal och genomförandeplaner
- Rutiner

Caroline Lindqvist
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun