

# Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Good service superglans AB



## Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i det avtal verksamheten tecknat med Örebro kommun Voo 1211/2023 En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång var tredje år enligt riktlinje för avtals- och verksamhetsuppföljning, Voo 938/2023.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

## Good service superglans AB

Good service har funnits sedan 2009 och blev omvårdnadsutförare 2014. De har cirka 139 kunder och 40 medarbetare.

## Bedömningsöversikt

Kvalitetskrav			
Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar		Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet	
Trygghetslarm		Uppdraget	
Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal		Dokumentation	
Samverkan		Hygien och förbrukningsmaterial	
Riskanalyser		Läkemedelshantering	
Egenkontroller			

### Bedömningskriterier

Uppfyller kravet

Uppfyller inte kravet

## Metod

I samband med kvalitetsuppföljningen har Avtalscontrollers inom Enheten för uppföljning begärt in och granskat underlag gällande de kvalitetskrav som specificeras i avtal Uppföljningen har även innefattat inhämtade data från berörda myndigheter samt en granskning i verksamhetssystem gällande dokumentation och avvikelshantering. Som en del i uppföljningen har också ett platsbesök genomförts, platsbesöket innefattade observation av vissa av verksamhetens utrymmen samt samtal med personal.

Underlaget ligger till grund för det beslut som Enheten för uppföljning fattat i denna rapport.

## Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att utföraren 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. Utföraren ska senast den 26 juni 2024 skicka in åtgärdsplanen till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se)

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

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

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

- Uppdaterad kompetensinventering
- Uppdaterad rutin för samverkan som innehåller en beskrivning av samverkan med korttidsenheter.

Handlingarna ska vara inskickade till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se) senast den 1 oktober 2024

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter 1 oktober 2024. Detta innebär att vi kommer granska kompetensinventeringen, samt er uppdaterade rutin för samverkan.

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.

### Trygghetslarm

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en lokal rutin för hur hantering och besvarandet av insatsen trygghetslarm ska ske utifrån riktlinje ”utförandet av insatsen trygghetslarm”. Rutinen ska beskriva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tillvägagångssätt och ansvarig för hantering av larmbesvarandet mellan kl. 07.00-22.00.</li> <li>• Hur samverkan ska ske med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik och hemsjukvården.</li> <li>• Hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder samtidigt.</li> <li>• Hur utförare behandlar kunder med skyddad identitet.</li> </ul> <p><b>Utföraren ska även uppfylla följande krav:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Den omvårdnadspersonal som har besvarat ett larm, ska alltid efter åtgärdat larm dokumentera händelsen i kundens verkställighetsjournal i Treserva. I dokumentationen ska det finnas orsak till larmet samt vidtagna åtgärder.</li> </ul>	<p>Verksamhetens rutiner: ”Lokal Rutin Trygghetslarm - Good Service,” ”Lokal rutin för kunder med skyddad identitet”, ”Lokal Rutin Samverkan”</p> <p>Larmloggar för de senaste tre månaderna: februari - april</p> <p>Granskning av dokumentation gällande 10 trygghetslarm i Treserva</p>

### Bedömning

Granskade rutiner beskriver hur ni hanterar och besvarar insatsen trygghetslarm. Rutinerna innehåller samtliga kravställda delar.

Granskningen gällande dokumentation av larm visade att 80% av larmen dokumenterades i Treserva med orsak och åtgärd.

Den sammanlagda bedömningen är att ni uppfyller kraven i avtalet.

### Ledningssystem för kvalitet - Riskanalyser

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet</li> </ul>	<p>Verksamhetens rutin ”Lokal rutin riskanalyser”</p>

### Bedömning

Er rutin beskriver hur, när och i vilka sammanhang riskanalyser genomförs i verksamheten, rutinen tar upp inom vilka forum riskanalyser görs samt att enhetschef ansvarar och kallar till riskanalyser.

Bedömningen är att ni lever upp till kraven enligt denna punkt i avtalet.

### Ledningssystem för kvalitet - Egenkontroller

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin för och årligen genomföra egenkontroll avseende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verksamhetens följsamhet till riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i></li> <li>• Verksamhetens följsamhet till <i>punkt 3.7 dokumentation</i></li> <li>• Verksamhetens följsamhet till avvikelserprocessen som beskrivs i <i>Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter</i></li> </ul>	<p>Inskickad sammanställning av egenkontroller de senaste 12 månaderna</p> <p>Verksamhetens rutiner "Lokal rutin egenkontroller" "Mall egenkontroll avvikelse" "Egenkontroll basal hygien" "Egenkontroll dokumentation social journal" "Egenkontroll genomförandeplan Good service SG AB"</p>

### Bedömning

Er rutin för egenkontroller beskriver att ni genomför de tre kravställda egenkontrollerna utifrån ett årshjul, rutinen tar också upp vem som är ansvarig för genomförandet av egenkontroller. Då rutinen inte beskriver det praktiska utförandet av egenkontrollerna uppmanades ni på platsbesöket att skicka in de mallar ni använder i samband med egenkontrollerna, mallarna har inkommit till enheten för uppföljning. Mallarna i kombination med rutinen bedöms beskriva hur era egenkontroller går till i praktiken.

Av er sammanställning av genomförda egenkontroller går det att utläsa: vilka brister som identifierats, vilka åtgärder ni har vidtagit, samt att ni har följt upp åtgärderna och dess effekt.

Bedömningen är att ni lever upp till kraven enligt denna punkt i avtalet.

### Ledningssystem för kvalitet - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p>	<p>Granskning av 66 rapporterade avvikelser i Treserva från de senaste 12 månaderna (2023-05-10 och 2024-05-10)</p>

- Tillämpning av Örebro kommuns riktlinjer gällande avvikelser, klagomål och synpunkter.
- Hur samverkan sker vid avvikelshantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredningen av en händelse.

Utföraren ska även:

- Informera om och möjliggöra för den enskilde och anhöriga att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till Örebro kommun.
- Informera och utbilda personal om rapporteringsskyldigheten

Avvikelser: 66  
Utredda: 100%  
Bedömda: 100%  
Åtgärdade: 100%  
Uppföljda: 98%

Granskning av 17 klagomål/synpunkter i Tresa från de senaste 36 månaderna (2021-05-10 och 2024-05-10)

Klagomål/synpunkter: 17  
Utredda: 100%  
Bedömda: 100%  
Åtgärdade: 100%  
Uppföljda: 100%

Inga klagomål, synpunkter eller Lex Sarah rapporterats till IVO de senaste 36 månaderna

Tio klagomål/synpunkter registrerade i kommunens ärendehanteringssystem (W3D3) de senaste 36 månaderna

Socialstyrelsens kundundersökning (2023) - Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet? Positiva svar Good service 71 % (riket 61%)

### Bedömning

Granskningen av rapporterade händelser visar att ni har en god följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i ”Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter”.

Flertalet av de klagomål och synpunkter som inkommit till Örebro kommuns ärendehanteringssystem (W3D3) avseende er verksamhet har handlat om bristande bemötande och språkkunskaper hos personal. På platsbesöket framkommer att verksamheten har en ständigt pågående dialog med personalen gällande bemötande och att ett gott bemötande är en förutsättning för att arbeta i verksamheten. Vidare framkommer att viss personal har genomgått kurs i svenska språket.

Bedömningen är att ni lever upp till kraven enligt denna punkt i avtalet.

## Uppdraget

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hur utföraren dagligen tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade uppdrag</li> <li>• Hur utföraren dagligen tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsinsatser</li> </ul>	<p>Verksamhetens rutiner ” Lokal Rutin Mottagande av uppdrag, nya och förändrade” Samt” Lokal rutin samverkan”</p>

### Bedömning

Granskade rutiner beskriver hur ni tar emot och planerar för nya och pågående uppdrag, både inom ramen för SoL och HSL.  
inne

Bedömningen är att ni lever upp till kraven enligt denna punkt i avtalet.

## Hygien och förbrukningsmaterial

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p><b>Utföraren ska även uppfylla följande krav:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tillhandahålla skyddsutrustning till personalen.</li> <li>• Tillhandahålla arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i>.</li> <li>• Ha tillgång till hygienombud i verksamheten</li> </ul>	<p>Observation vid platsbesök</p> <p>Kompetensinventering</p>

### Bedömning

Under rundvandringen observeras att det finns tillräckligt med arbetskläder på arbetsplatsen, arbetskläderna förvaras torrt och dammfritt och tvättas och tumlas på arbetsplatsen i 60 grader. I förråd observeras tillgång till engångsförkläder, handskar, handsprit, tvål och pappershanddukar.

Verksamheten uppger att de har tre hygienombud, dessa återfinns i kompetensinventeringen.

Bedömningen är att ni lever upp till kraven enligt denna punkt i avtalet.

## Läkemedelshantering

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utföraren ska ha en rutin som beskriver: <ul style="list-style-type: none"> <li>Hur läkemedel transporteras på ett säkert sätt och förvaras oåtkomligt för obehöriga efter att de hämtats ut till dess att de lämnas till patient</li> </ul>	”Lokal rutin läkemedelshantering”  Observation vid platsbesök

### Bedömning

Er rutin beskriver hur läkemedel transporteras direkt till kund eller mellanförvaras i ett låst skåp på verksamheten, det framgår också av rutinen att endast behörig och utbildad personal får hantera läkemedel.

Under platsbesöket framkommer att skåpet där läkemedel mellanförvaras låses med en kod, skåpet innehåller också vissa larmnycklar och därmed hade personal vid tiden för platsbesöket som inte är delegerade tillgång till koden. Ett separat skåp för att förvara nycklar finns dock och under platsbesöket flyttas alla nycklar över från skåpet med kodlås till det separata skåpet. Efter överflyttningen av larmnycklar används skåpet med kodlås endast till mellanlagring av medicin och endast delegerad personal har tillgång till koden.

Bedömningen är att ni lever upp till kraven enligt denna punkt i avtalet.

### Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren brister i nedanstående kvalitetskrav.

#### Dokumentation

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<b>Genomförandeplanen ska:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Upprättas omgående och vara färdigställd senast 30 dagar efter mottaget uppdrag</li> <li>Följas upp och upprättas tillsammans med kunden vid behov och minst var sjätte månad</li> <li>Beskriva hur och när uppdraget ska utföras för att tillgodose kundens behov och mål</li> <li>Innehålla information om individens delaktighet</li> <li>Innehålla namngiven kontaktperson</li> <li>Den omvårdnadspersonal som utför insatsen hos kund är den som i första hand ska anteckna i kundens verkställighetsjournal</li> </ul> <b>I dokumentationen som förs i verkställighetsjournalen ska:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Det finnas dokumentation av händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid</li> </ul>	Granskning av 15 slumpmässigt utvalda genomförandeplaner samt 15 slumpmässigt utvalda verkställighetsjournaler i Tresa. Mellan perioden 2023-05-16 och 2024-05-16  Observation vid platsbesök: ingen sekretessinformation ligger framme i grupplokalen tillgängligt för obehöriga.



- Den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas i dokumentationen. Dvs. det ska gå att följa vad som faktiskt genomförs och hur situationen ser ut för kunden utifrån dennes ansökan, behov och genomförandet av beslutade insatser
- Vara utformad med respekt för kundens integritet
- Social dokumentation om kund som finns utanför verksamhetssystemet förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen

### Bedömning

Granskningen av genomförandeplanerna visar att samtliga genomförandeplaner innehåller kravställda delar.

Granskning av verkställighetsjournaler visar att det i 80 % av den sociala dokumentationen innehåller kravställda delar.

Utifrån ett inkommet klagomål från befintlig kund om att utföraren använder WhatsApp för planering och dokumentation har enheten för uppföljning genom samtal och observation på platsbesök granskat detta.

Utföraren uppger att WhatsApp används som ett sätt för personal att kommunicera kring till exempel skjuts, hämtning av förbrukningsmaterial, felanmälningar och annan övrig information. Utföraren uppger vidare att ingen känslig information skrivs om kunder och att verksamhetsansvarig granskar vad som skrivs löpande.

Användningsområdet och syftet med gruppen bekräftas av Enheten för uppföljning genom observation av meddelanden i samband med platsbesök. Samtidigt observeras dock att det förekommer förnamn på kunder.

### Åtgärd

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur ni framåt ska säkerställa att samtlig dokumentation om kund som finns utanför verksamhetssystemet förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen. Ni behöver säkerställa att personuppgifter inte förekommer i WhatsApp, med personuppgifter avses även förnamn på kunder. I åtgärdsplanen ska det framgå tidsplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Vi kommer att följa upp detta i samband med resultatuppföljningen.

### Ledningssystem för kvalitet - Samverkan

#### Krav som följs upp

Utföraren ska ha en rutin som beskriver:

- Hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom egna verksamheten samt vilka forum för samverkan som finns inom den egna verksamheten.
- Hur samverkan sker med biståndshandläggare, kommunens nattorganisation och legitimerad personal inom Regionen

#### Underlag till bedömning

Lokal Rutin Samverkan

och kommunen, välfärdsteknik, andra utförare, korttidsenheter och eventuellt andra aktörer.

### Bedömning

Er rutin beskriver hur intern samverkan går till genom telefonkontakt, sms samt kontinuerliga möten. En beskrivning av samverkan med korttidsboende saknas i rutinen. På platsbesöket beskriver ni att det förekommer kunder som bor på korttidsboenden ibland, samt att samverkan med korttidsboenden upplevs fungera bra och att ni har en löpande dialog.

Bedömningen är att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i avtalet då er rutin inte beskriver hur ni samverkar med korttidsenheter.

### Åtgärd

Ni ska uppdatera er lokala rutin för samverkan med en beskrivning av hur ni samverkar med korttidsenheter. Den uppdaterade rutinen ska skickas in till enheten för uppföljning i samband med resultatuppföljningen.

### Krav på verksamhet och ledning - omvårdnadspersonal

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Minst 85 % av all omvårdnadspersonal ska ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande	Kompetensinventering Andel utbildad omvårdnadspersonal: 70,5%

### Bedömning

Kompetensinventeringen visar att 70,5% av personalen som arbetar med omvårdnad har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. Vid platsbesöket framgår det att verksamheten endast rekryterar utbildad personal samt att några medarbetare just nu genomgår äldreomsorgslyftet och att man kommer att anmäla fler medarbetare i framtiden.

Bedömningen är att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i avtalet då inte 85% av omvårdnadspersonalen genomgått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande.

### Åtgärd

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur ni planerar för att uppnå kravet på att 85 % av personalen ska ha genomgått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande. I åtgärdsplanen ska det framgå tidsplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. I samband med resultatuppföljningen kommer vi att begära in en uppdaterad kompetensinventering.

## Krav på verksamhet och ledning

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utförarens personal ska genomgå de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.	Kompetensinventering Andel personal som genomgått utbildningen Basal hygien 40% det senaste året IBIC 98% Treserva 100% Treserva App 95% TES 100% Avvikelser 98% Vardagsrehabilitering 98% Demens ABC 100% Manuell förflyttning/lyftkörkort 97% Mat måltider nutrition 97% Palliativ utbildning 97% SBAR 100%

### Bedömning

Av kompetensinventeringen kan vi utläsa att verksamheten har en hög andel personal som genomgått de obligatoriska utbildningarna. Det är endast utbildning i Basal hygien som inte genomgått i tillräcklig omfattning.

Vid platsbesöket framkom att det inte fanns en medvetenhet om att personalen behöver genomföra den basala hygienutbildningen utbildningen en gång per år. Verksamheten uttrycker att den aktuella utbildningen kommer att finnas med i årshjulet så att den kontinuerligt genomgås varje år av samtlig personal.

Bedömningen är att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i avtalet då för få i personalen genomgått utbildningen Basal hygien det senaste året

### Åtgärd

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur ni ska säkerställa att samtlig personal ska genomgå utbildningen ”Basala hygienrutiner i vård och omsorg” årligen. I åtgärdsplanen ska det framgå tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. I samband med resultatuppföljningen kommer vi att begära in en uppdaterad kompetensinventering.

Per Lindqvist  
 Avtalscontroller  
 Enheten för uppföljning  
 Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet  
 Örebro kommun