

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Örebro kommun – Backagården

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i den överenskommelse verksamheten tecknat med Programnämnd social välfärd Örebro kommun Sov 642/2018. 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.

Örebro kommun – Backagården

Backagården ligger i området Ladugårdsängen. På Backagården finns 36 lägenheter fördelade på fyra avdelningar. En avdelning vårdboende, två avdelningar gruppboende demens och en avdelning vårdboende demens.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Backagården ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Backagården ska senast **den 20 januari 2021** skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se. Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

- **Kvalitetsledningssystem**
 - Samverkan
 - Klagomål och synpunkter
 - Rapporteringsskyldighet
- **Dokumentation och förvaring – Social dokumentation**
- **Dokumentation och förvaring – HSL**
- **Hälso-och sjukvård**
- **Läkemedelshantering**
- **Vård i livets slutskede**
- **Skydds- och begränsningsåtgärder**
- **Anhörigstöd**

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

- En uppdaterad rutin för extern samverkan som beskriver samverkan med samtliga aktörer ni samverkar med. Rutinen ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur samverkan ska utföras och dels hur ansvaret för samverkan är fördelat i verksamheten.
- En rutin som innehåller ett bestämt tillvägagångssätt för hur verksamhetschefen informerar de anställda om rapporteringsskyldigheten enligt gällande riktlinje.

- En uppdaterad rutin som innehåller information om hur anhöriga både skriftligt och muntligt kan lämna synpunkter och klagomål direkt till kommunen.
- En beskrivning av hur ni kommer att arbeta med klagomål och synpunkter för att förbättra er följsamhet till riktlinjen för Avvikelser, klagomål och synpunkter.
- En uppdaterad rutin för hur ni tar emot, planerar för, genomför och dokumenterar den hälso- och sjukvård som överläts av legitimerad personal. Det ska av rutinen framgå hur omvårdnadspersonalen möjliggörs att ta del av det som förmedlas i den skriftliga ordinationen vid sina hembesök.
- En uppdaterad rutin för läkemedelshantering som innehåller en beskrivning av hur kontroll av oförutsedda ordinationshandlingar genomförs.
- En uppdaterad rutin för palliativ vård som innehåller en beskrivning av hur ni praktiskt går till väga för att uppnå hög personalkontinuitet vid palliativt vak.
- En beskrivning av hur ni på ett systematiskt sätt ska arbeta med att säkerställa att den sociala dokumentationen sker i enlighet med gällande lagstiftning. Ni ska även inkomma med en utförd egenkontroll för social dokumentation.
- En rutin som beskriver de samlade åtgärder som ni har för att stödja anhöriga. Rutinen ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för anhörigstöd samt hur ansvaret är fördelat i verksamheten.

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast den **19 februari 2021**.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter **19 februari 2021**. Detta innebär att vi kommer granska inkomna handlingar samt genomföra en dokumentationsgranskning gällande de brister i dokumentationen som redovisas i denna rapport.

Om brister kvarstår vid resultatuppföljningen kan Enheten för uppföljning komma att vidta ytterligare sanktioner i enlighet med gällande överenskommelse.

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:

- **Kvalitetsledningssystem**
 - Riskanalyser
 - Egenkontroller
 - Utredning av avvikelser

De brister som är av mindre omfattning ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Enligt överenskommelsen ska Backagården i

kommande kvalitetsberättelse beskriva hur verksamheten åtgärdat de brister vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Hygien

Under det digitala mötet framkommer att personalen byter kläder dagligen och man upplever en god tillgång till arbetskläder, hygienartiklar och skyddsutrustning. Ni har under 2019 och 2020 genomfört egenkontroll för basal hygien där ni identifierat brister och satt in åtgärder för dessa. Bedömningen är att ni har ett systematiskt arbetssätt där ni via egenkontroller säkerställer följsamhet till gällande riktlinje.

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa alla punkter i ” Riktlinjer för basal hygien inom den kommunala hälso- och sjukvården i Örebro läns kommuner”. Det är chefens ansvar att säkerställa att riktlinjen följs.

Bemötande

Resultatet från Socialstyrelsen kundundersökning för 2020 visar att Backagården ligger över rikssnittet inom området bemötande.

Enligt överenskommelsen är ett bra och värdigt bemötande grundläggande för att den enskilde ska känna trygghet.

Individuell planering

I samtliga genomförandeplaner framgår den boendes delaktighet i planeringen av insatserna. Det framgår också på vilket sätt den boende var delaktig i planeringen. En beskrivning av insatsernas utformning över hela dygnet fanns beskrivet i samtliga genomförandeplaner. Resultatet från Socialstyrelsen kundundersökning för 2020 visar att Backagården ligger över rikssnittet inom området hjälpens utförande.

Enligt överenskommelsen ska planeringen av insatserna ske tillsammans med den enskilde och/eller dennes företrädare. Tillsammans med den enskilde utvärderas planerna regelbundet. I samtliga genomförandeplaner ska det finnas information som beskriver den boendes vård- och omsorgsinsatser.

Personlig omvårdnad

Som en del i kvalitetsuppföljningen gjordes en granskning av 20 slumpmässigt utvalda boendes genomförandeplaner. Granskning visade att 15 av dessa var aktuella, dvs uppföljda inom 3 månader. Dessa 15 granskades vidare utifrån dess innehåll.

Vid granskning av er dokumentation, vilken innefattade både verkställighetsjournaler och genomförandeplaner, framkom att den personlig omvårdnaden anpassas efter den enskildes förutsättningar, behov och önskemål. Resultatet från Socialstyrelsen kundundersökning för 2020 visar att Backagården ligger över rikssnittet inom området hjälpen i sin helhet.

Enligt överenskommelsen ska den personlig omvårdnad ha sin utgångspunkt i att den boendes funktioner i den dagliga livsföringen upprätthålls samt att social isolering motverkas. Det får inte förekomma att den boendes behov åsidosätts på grund av schemaläggning och eller personalrutiner. Omvårdnaden ska anpassas efter den enskildes förutsättningar, behov och önskemål.

Kontaktmannaskap

Granskning av genomförandeplaner visade att samtliga innehåller namngiven kontaktperson. Ni skickade även in en rutin för kontaktmannaskap som innehåller en beskrivning av kontaktpersonens särskilda ansvar. Där framgår även att kontaktpersonen ska informera den boende om och hur denne kan byta kontaktperson.

Enligt överenskommelsen ska den enskilde garanteras att få en kontaktperson och kontaktpersonen ska vara känd för den enskilde och dennes anhörig. Den enskilde ska ges möjlighet att byta kontaktperson om den så önskar.

Aktiv och meningsfull tillvaro

Granskningen av genomförandeplaner visade att samtliga innehåller en beskrivning av vad den boende anser vara meningsfullt och vilka individuella intressen denne hade. Resultatet från Socialstyrelsen kundundersökning för 2020 visar att Backagården ligger över rikssnittet inom området sociala aktiviteter, området innefattar även möjligheter till utevistelse.

Enligt överenskommelsen ska den enskilde får stöd i att leva ett så självständigt liv som personen önskar genom rehabilitering, träning och andra aktiviteter. Den enskilde ska få stöd i att behålla och utveckla intressen, sociala relationer och kontakter som är viktiga för personen. Såväl inre som yttre miljö ska ge förutsättningar för en aktiv och meningsfull tillvaro.

Mat, måltid och nutrition

Granskningen av genomförandeplaner visade att samtliga genomförandeplaner innehåller en beskrivning av måltider under hela dygnet. Även måltidsmiljön, och särskilda önskemål kring kost finns beskrivet i samtliga genomförandeplaner. Resultatet från Socialstyrelsen kundundersökning för 2020 visar att Backagården ligger över rikssnittet inom området mat och måltidsmiljö.

Enligt överenskommelsen ska det i genomförandeplanen finnas information om den enskildes önskemål och behov av stöd i samband med alla måltider under dygnet. Verksamheten skall sträva efter att måltiderna blir positiva matupplevelser för varje enskild person och ge förutsättningar för en god livskvalitet.

Brister i kvalitetskrav

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

Kvalitetsledningssystem

- Samverkan

Inför uppföljningen ombads ni att inkomma med rutin för extern och intern samverkan. Båda rutinerna inkom och granskades vidare utifrån innehåll. Rutinen för intern samverkan innehåller en beskrivning av olika forum för samverkan samt hur informationsöverföring och överrapportering sker mellan funktioner inom den egna verksamheten. Av rutinen framgår tillvägagångssätt och ansvarsfördelning.

Er rutin för extern samverkan innehåller en beskrivning av samverkan med slutenvården, primärvården och med MAS/MAR/SAS. Under det digitala platsbesöket nämndes flera samverkanspartners som inte finns med i den granskade rutinen. Exempelvis demensteamet, smittskydd, anhöriga och frivilligorganisationer. Ni behöver utifrån samtliga identifierade samverkansprocesser uppdatera er rutin. Rutinen ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt samt hur ansvaret för samverkan är fördelat i er verksamhet.

Enligt överenskommelsen ska ledningssystemet innehålla rutiner för extern och intern samverkan. Utföraren ska identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Av processerna och rutinerna ska det framgå hur samverkan bedrivs i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter.

- Klagomål och synpunkter

Inför kvalitetsuppföljningen ombads ni att inkomma med en rutin som beskriver hur synpunkter, klagomål, fel och brister tas emot, utreds från såväl den boende och anhöriga men även personal och andra aktörer. I den inskickade rutinen framgår att synpunkter och klagomål ska registreras i Treserva. Det framgår även att den anställda ska informera den boende och anhöriga hur de lämnar klagomål till verksamheten. Rutinen saknar dock en beskrivning av hur ni möjliggör för hyresgäster och anhöriga att lämna klagomål både skriftligt och muntligt direkt till kommunen. Efter det digitala mötet inkom ni med en reviderad rutin där det framgår att man kan kontakta Servicecenter, dock saknas ett tydligt tillvägagångssätt. De olika kontaktvägarna till servicecenter finns inte beskrivna.

Vidare granskades verksamhetens rapporterade klagomål och synpunkter i Treserva. Granskningen visade att ni inte hade några klagomål och synpunkter rapporterade i Treserva. Under det digitala mötet framkom att verksamheten oftast hanterar och åtgärdar inkomna klagomål och synpunkter direkt. Dessa ska hanteras i avvikelsemodulen enligt Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter. Ni behöver fortsättningsvis arbeta med er följsamhet till riktlinjen för att skapa möjlighet till att genomföra sammanställning och analys

av klagomål och synpunkter som i sin tur kan användas som verktyg i verksamhetens systematiska förbättringsarbete.

Enligt överenskommelsen ska ni följa Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter. Det innebär att ni systematiskt ska rapportera, utreda, analysera, åtgärda och följa upp avvikelser, klagomål och synpunkter för att kunna dra lärdom av det som hänt och vidta förebyggande insatser för att förhindra upprepning på systemnivå.

- **Rapporteringskyldighet**

Under det digitala mötet framkom att verksamhetschefen saknar ett strukturerat arbetssätt för att informera de anställda om rapporteringskyldigheten. Informationen om skyldigheten att rapportera ska ges av närmaste chefen när en anställning påbörjas och därefter minst en gång per år. Informationen bör ges både skriftligt och muntligt. Ni behöver upprätta en rutin som innehåller ett bestämt tillvägagångssätt för hur detta ska ske.

Enligt överenskommelsen ska utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinje och rutin för avvikelser, klagomål och synpunkter. Detta innebär att chef ska informera personal muntligt och skriftligt om deras ansvar att rapportera händelser och om gällande riktlinje, vid anställning och minst en gång om året.

Dokumentation och förvaring – SoL

Inför uppföljningen gjordes en granskning av 10 slumpmässigt utvalda boendes verkställighetsjournaler. Granskningen visade att samtliga innehåller dokumentation av händelser av betydelse och faktiska händelser över tid. Granskningen visar också att inträffade händelser som behöver följas upp till stor del följs upp via anteckningar i journalen. Detta innebär att det tydligt går att följa den individuella vård och omsorgsprocessen i samtliga granskade journaler. Vidare kunde vi vid granskningen även se att samtlig dokumentation görs med respekt för den enskilde.

Under det digitala platsbesöket framkommer att enhetschef veckovis gör en egenkontroll av den sociala dokumentationen men detta är inget som dokumenteras. Utöver den veckovisa egenkontrollen har verksamheten under 2019 och 2020 inte utfört någon dokumenterad egenkontroll. Bedömningen är att ni inte har ett systematiskt arbetssätt som säkerställer att dokumentationen sker i enlighet med gällande lagstiftning.

Enligt överenskommelsen ansvarar utföraren för att personalen har sådana kunskaper att dokumentationen sker i enlighet med socialtjänstlagen och patientdatalagen. Här erinras särskilt om utförarens skyldighet att dokumentera faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

Dokumentation och förvaring – HSL

Inom ramen för denna punkt i överenskommelsen granskades i journalen samtycke till informationsöverföring mellan vårdgivare samt den rutin ni ombads att inkomma med som beskriver hur ni tar emot, planerar för, genomför och dokumenterar den hälso- och sjukvård som överläts av legitimerad personal.

En granskning av 15 slumpmässigt utvalda boendes HLS- journaler visade att samtliga boende har ett dokumenterat samtycke till informationsöverföring mellan vårdgivare. Bedömningen är att verksamheten uppfyller kravet.

Inskickad rutin som beskriver hur ni tar emot, planerar för, genomför och dokumenterar den hälso- och sjukvård som överläts av legitimerad personal har granskats. Rutinen beskriver hur verksamheten kvitterar vårdplanen så att den blir tillgänglig att dokumentera i. Dock saknar rutinen en beskrivning av hur ni praktiskt går till väga för att omvårdnadspersonal i det dagliga arbete vet vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder som ska utföras, när de ska utföras, hur de ska utföras och av vem/vilken kompetens. Det ska i er rutin framgå hur omvårdnadspersonalen möjliggörs att ta del av det som förmedlas i den skriftliga ordinationen vid sina hembesök. Bedömningen är att ni behöver förtydliga detta i befintlig rutin så att den som inte är insatt förstår hur det går till.

Hälso- och sjukvård

Som en del i kvalitetsuppföljningen gjordes en granskning av 15 slumpmässigt utvalda boendes HLS- journaler. Följande områden har granskats:

- Hälсотillstånd

Områden som har granskats är; medicinska diagnoser, förflyttning, kommunikation, personlig vård och kroppsfunktioner/strukturer samt mätvärdena vikt, längd, blodtryck och puls. Granskningen visar att 7 av 15 journaler inte har ett tillräckligt omfattande och aktuellt hälsotillstånd dokumenterat. Ni behöver säkerställa att de boende har ett aktuellt och väl beskrivet hälsotillstånd.

- Riskbedömning enligt Senior Alert

Granskningen visar att det finns vårdplaner för samtliga identifierade risker. 14 av 15 boende har flera områden riskbedömda enligt senior alert men bara 3 har samtliga områden bedömda. 6 av 15 saknar helt riskbedömning av blåsdysfunktion och en saknar helt riskbedömning av munhälsa. På 5 boende finns det dokumenterat att blåsdysfunktion är genomförd men det framkommer inte om risk identifierats eller inte. Ni behöver säkerställa att de boende får samtliga riskområden bedömda och att bedömningen och resultatet dokumenteras i journal.

- Hälso- och sjukvårdsprocessen i vårdplan

Granskningen av vårdplaner visar att problem/bedömning, mål och planerad/genomförd åtgärd i de allra flesta fall finns beskriven. Däremot saknade 11 av 15 en dokumenterad uppföljning av insatta hälso- och sjukvårdsåtgärder. Ni behöver säkerställa att samtliga åtgärder följs upp och att detta dokumenteras.

- Fördelad vårdplan

Vid granskning identifierades 40 vårdplaner där hälso- och sjukvårdsåtgärder utförs av omvårdnadspersonal. 80% av dessa var fördelade på ett korrekt sätt i Treserva Vidare granskades 15 journaler, granskningen visar att 6 av dessa saknade tillräcklig information om hur och när hälso- och sjukvårdsåtgärden ska utföras. Ni behöver säkerställa att det i den fördelade vårdplanen inte bara

framkommer vad som ska utföras och vem som ska utföra uppgiften utan också när och hur det ska utföras.

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Patientdatalag (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården ska journalen innehålla aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar.

Läkemedelshantering

Ni har skickat in lokal rutin för läkemedelshantering. Den innehåller samtliga efterfrågade delar förutom en beskrivning av hur kontroll av oförutsedda ordinationshandlingar genomförs. Under rubriken "Hur görs kontroll av ordinationer/dosrullar/helförpackningar inför och vid leverans" och underrubriken "Oförutsedda ordinationsändringar" framkommer bara att det är sjuksköterska som gör detta men det saknas en beskrivning av hur det går till, detta behöver framgå i er rutin.

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2017:37 gällande Läkemedelshantering och det ska finnas enhetliga och säkra arbetsrutiner som följer riktlinjer från Örebro kommun.

Vård i livets slutskede

Ni har skickat in en lokal rutin för palliativ vård. Den innehåller en beskrivning av hur ni arbetar med palliativ vård vilket inkluderar ett stycke om vak. Rutinen saknar dock beskrivning av hur ni praktiskt går till väga för att uppnå hög personalkontinuitet vid palliativt vak. Detta behöver framgå i er rutin.

Enligt överenskommelsen ska det finnas rutiner för vård och omsorg i livets slutskede. Bemanningen måste alltid vara sådan att avtalade åtaganden kan uppfyllas, vilket kan innebära krav på ökad personalstyrka vid ökat vårdbehov, till exempel vid vård i livets slutskede.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Ni har angett att det finns 4 boende med skydds- och begränsningsåtgärder. Dessa boende har totalt 5 hälso- och sjukvårdsåtgärder som också är skydds- och begränsningsåtgärder, i form av sänggrind, rullstolsbord eller positioneringsbälte. Samtliga dessa har granskats, granskningen visar att samtliga skydds- och begränsningsåtgärder har dokumenterat samtycke. För 4 av 5 skydds- och begränsningsåtgärder framgår det att syftet med insatsen är att stödja och skydda den enskilde, inte hindra. Däremot saknas det dokumenterad riskbedömning för samtliga skydds- och begränsningsåtgärder och endast 2 var uppföljda. Bedömningen är att ni brister i följsamheten till aktuell riktlinje då ni inte dokumenterar riskbedömning och uppföljning av insatta åtgärder.

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa länsövergripande riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder i Örebro läns kommuner. Detta innebär att verksamheten ska ha ett arbetssätt som förebygger användandet av skydds- och begränsningsåtgärd och riskbedömning alltid görs innan en skydds- och begränsningsåtgärd ordineras. Enligt patientdatalag (2008:355) och

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården ska journalen innehålla samtycken och återkallade samtycken.

Anhörigstöd

Under det digitala mötet framkommer att ni som en del i ert arbete för att stödja anhöriga har anhörigombud på varje avdelning. Ni beskriver också att ni har en ständig dialog och samverkan med anhöriga. Ni saknar dock en skriftlig rutin som beskriver de samlade åtgärder som ni har för att stödja anhöriga och vem som är ansvarig för vad i den processen.

Enligt överenskommelsen ska utföraren ha en lokal rutin för att stödja anhöriga.

Påpekande

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

Kvalitetsledningssystem

- Riskanalyser

Inför kvalitetsuppföljningen skickade ni in en beskrivning av de tre riskanalyser ni genomfört under 2020. Samtliga riskanalyser innehåller en beskrivning av risker som ni har uppmärksammat, vilka åtgärder ni planerat att genomföra för att eliminera risken eller minska sannolikheten för att den uppstår igen och minska konsekvenserna. Däremot saknas det i samtliga genomförda riskanalyser en beskrivning av hur man planerar/har följt upp de insatta åtgärderna och dess effekt. Bedömningen är att ni inte fullföljer alla delar i era riskanalyser.

Enligt överenskommelsen ska utföraren ha ett ledningssystem som uppfyller de krav som finns i lagar och föreskrifter, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Detta innebär bland annat att verksamheten fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. En riskanalys ska innehålla identifierade risker, åtgärder utifrån riskerna, uppföljning av åtgärder och dess effekt.

- Egenkontroller

Inför kvalitetsuppföljningen skickade ni in de egenkontroller som verksamheten hade utfört under 2019 samt 2020. Dessa var egenkontroll för dokumentation HSL, avvikelser och hygien. Samtliga granskade egenkontroller innehåller en beskrivning av bristerna som identifierats samt vilka åtgärder ni väljer att tillämpa för varje brist. Däremot saknas det i samtliga genomförda egenkontroller en beskrivning av hur man planerar/har följt upp de insatta åtgärderna och dess effekt. Bedömningen är att ni brister i att fullfölja alla delar i era riskanalyser.

Enligt överenskommelsen ska egenkontroller vara en del i utförarens ledningssystem. Egenkontroller ska påvisa att utföraren har systematisk internkontroll. Det innebär att utföraren säkerställer att det finns säkerhet och tillförlitlighet i processer och rutiner i verksamheten. En egenkontroll ska innehåll

identifierade brister, åtgärder utifrån bristerna, uppföljning av åtgärder och dess effekt. Bedömningen är att ni brister i att fullfölja alla delar i era egenkontroller.

Enligt överenskommelsen ska utföraren ha ett ledningssystem som uppfyller de krav som finns i lagar och föreskrifter, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Detta innebär att egenkontroller ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

- **Utredning av avvikelser**

Som en del i uppföljningen granskades verksamhetens rapporterade avvikelser i Treserva, både SoL och HSL- avvikelser. Granskningen visade att ni brister i att hantera dessa på systemnivå på det sätt riktlinjen beskriver. Idag sker er hantering av avvikelserna främst på individnivå. För att kunna åtgärda detta behöver ni förbättra er analys i utredningen av rapporterade händelser och identifiera vilka brister och systemfel i organisationen som gjort att händelsen kunnat inträffa. Utifrån den analys ni gör ska ni tillämpa relevanta åtgärder på systemnivå. Granskningen visade också att ni i uppföljningen av händelser inte dokumenterar på vilket sätt ni gjort bedömning och värdering av de insatta åtgärderna, dvs hur har ni kommit fram till att de haft effekt eller inte haft effekt. Verksamheten behöver fortsättningsvis arbeta med ovannämnda brister för att förbättra sin följsamhet till Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter.

Enligt överenskommelsen ska ni följa Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter. Det innebär att ni systematiskt ska rapportera, utreda, analysera, åtgärda och följa upp avvikelser, klagomål och synpunkter för att dra lärdom av det som hänt och vidta förebyggande insatser för att förhindra upprepning på systemnivå.

Metod

Avtalscontrollers och medicinskt ansvariga 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
- Rutiner
- Tidigare uppföljningar

Melisa Hasanbegovic
Avtalscontroller

Enheten för Uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun