

Uppföljning av kvalitetskrav

Daglig verksamhet

Örebro kommun, Tullen

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i den överenskommelse som verksamheten tecknat med Programnämnd social välfärd Örebro kommun Sov 877/2019. 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.

Tullen

Arbetet på Tullen genomsyras av individuell anpassning och har stort fokus på individuella upplägg av schema och innehåll. Vissa deltagare har som mål att komma hemifrån och vara del av ett socialt sammanhang, andra har mål som är kopplade till att komma vidare mot ett arbete och få förståelse för vad det innebär. Några utför delar av insatsen på en extern arbetsplats. Behovet av stöd varierar i gruppen och Tullen erbjuder sina deltagare ett brett innehåll som kan passa alla. Verksamheten består av två verksamhetspedagoger och 20 deltagare.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Tullen ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Tullen ska senast den 24 jun 2021 skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

Avtalspunkter

- **Egenkontroller**
- **Utredning av avvikelser**
- **Uppdraget**

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

- Rutin för egenkontroll gällande dokumentation.
- En beskrivning av hur ni arbetar med egenkontroll för hygien, beskrivningen bör innehålla ansvarsfördelning, frekvens och hur arbetet följs upp.

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast den 24 jun 2021.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning

kommer genomföras efter den 17 sep 2021. Vilket innebär att vi kommer granska inkomna rutiner samt genomföra en dokumentationsgranskning gällande aktuella genomförandeplaner.

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

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan

Enligt överenskommelsen (punkt 3.10) ska ni ha en rutin för samverkan. Rutinen ska innehålla delar som beskriver processer för samverkan internt och externt utifrån deltagares behov.

Inför uppföljningen har ni inkommit med en rutin som visar hur ni samverkar internt och beskriver även andra rutiner som styr denna samverkan mellan professioner internt. Rutinen beskriver även hur ni samverkar med hälso- och sjukvård, myndigheter och andra aktörer utifrån deltagares behov. Ni har även inkommit med rutin för samordnad individuell plan (SIP).

Under det digitala mötet framkom att faddern har det primära huvudansvaret för samverkanskontakter runt deltagare och vid behov kontaktar boendepersonal, gode män, mobila boendestödsteamet, föräldrar, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Ni har inte sammankallat till SIP men vet att möjligheten finns och tar hjälp av enhetschef utifall detta blir aktuellt.

Bedömning

Genom att ha tagit del av era rutiner och utifrån inhämtade uppgifter på det digitala mötet gör vi bedömningen att ni uppfyller kravet kring samverkan.

- Riskanalyser

Enligt överenskommelsen (punkt 3.5) ska ni ha ett ledningssystem som uppfyller de krav som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOF 2011:9) vilket innefattar att ni fortlöpande ska genomföra riskanalyser.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med en beskrivning av hur ni arbetar med riskanalyser. Ni skulle även inkomma med en sammanställning av vilka riskanalyser som genomförts det senaste året, anledning till att riskanalyserna genomfördes, vilka risker som identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån riskerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt.

På det digitala mötet framkommer att ni främst arbetar med riskanalyser på individnivå. Riskanalys görs alltid när ny deltagare börjar och därefter uppdateras dessa löpande vid behov eller minst två gånger per år. Utifrån ändringar eller uppdateringar justeras tillhörande handlingsplaner. Ni har det senaste året genomfört riskanalys på enhetsnivå om personal insjuknar i covid-19 samt utifrån en ny deltagare i verksamheten. Enhetschef framför att en riskanalys på enhetsnivå även kan motiveras vid tex ihopslagning av verksamheter eller förändring i lokaler. Inget av detta har skett på Tullen.

Bedömning

Utifrån inskickat och granskat material framgår att ni systematiskt genomför riskanalyser på individnivå samt vid förändringar som påverkar verksamheten. Bedömning görs att ni uppfyller kravet kring riskanalyser.

Rapporteringsskyldighet

Enlig överenskommelsen ska ni uppfylla de krav som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOF 2011:9) gällande rapporteringsskyldighet. Ni som utförare ska ha en rutin för hur rapportering av anmälan om missförhållanden och risker hanteras, samt hur personal utbildas gällande rapporteringsskyldigheten.

Inför uppföljningen har ni inkommit med Örebro kommuns riktlinje kring *avvikelse, klagomål och synpunkter*. Ni beskriver även att ni utbildar personal vid nyanställning, och årligen går igenom riktlinjen på APT, samt har Lex Sarah som stående punkt på varje APT för att lyfta betydelsen av anmälningsplikten.

Under digitala mötet uppger ni att ni pratar om rapporteringsskyldigheten två gånger per år enligt årshjul och att personal undertecknar och intygar att det förstår innebörden av Lex Sarah årligen. Personal lyfter även att de tar hjälp av enhetschef när de känner sig osäkra kring vad som ska rapporteras. Inspektionen för vård och omsorg uppger att inga Lex Sarah anmälningar gällande Tullen har inkommit senaste året.

Bedömning

Utifrån granskning av inskickat material och inhämtade uppgifter görs bedömningen att ni uppfyller kravet gällande rapporteringsskyldighet.

Dokumentation

Enligt överenskommelse (punkt 3.8) ska de lagkrav som finns gällande dokumentation följas. Dokumentationen ska utföras med respekt, händelser av betydelse och faktiska omständigheter övertid ska antecknas och deltagarens utveckling ska framgå. Det ska framgå att personal som utfört insatsen har antecknat, deltagarens delaktighet ska synas och dokumentation som förvaras utanför journalsystem ska försvaras enligt lagkrav.

Granskning har genomförts på tio deltagares verkställighetsjournaler under senaste året. Det finns kontinuerliga anteckningar med händelser av betydelse och

med respekt för den enskilde. Dokumentationen är tydlig och det framgår vem som dokumenterat, den är utformad med respekt för deltagarnas integritet och vi kan följa utveckling, behov av omsorg och stöd över tid. Det framkommer även på digitala mötet att den dokumentation som finns utanför journalen förvaras inlåst på kontoret.

Bedömning

Utifrån inhämtade uppgifter och granskning av verkställighetsjournalen är bedömningen att ni uppfyller kravet kring dokumentation.

Fadder

Enligt överenskommelsen (punkt 3.11) ska alla deltagare ha en utsedd fadder med fördjupad kunskap om deltagaren, faddern ansvarar för att kontakt sker med legal företrädare och andra aktörer. Deltagaren ska även kunna byta fadder vid önskemål.

På det digitala mötet framkommer att alla deltagare har en fadder. Den som är fadder har huvudansvaret för extern samverkan tex. att ha kontakt med företrädare och anhöriga, boende samt ansvarar för att aktuell genomförandeplan finns. Deltagare har möjlighet att byta fadder om önskemål finns.

Bedömning

Genom inhämtande av uppgifter under det digitala mötet gör vi bedömningen att ni uppfyller kravet kring fadder.

Bemötande

Enligt överenskommelsen (punkt 3.12) ska alla deltagare få stöd i att kommunicera utifrån sina behov, alla deltagare ska bli jämlikt bemötta utifrån förutsättningar, livsåskådningar och med respekt för självbestämmande och integritet. Utförare ska även ha ett aktivt värdegrundsarbete och bemötandekod i sin verksamhet.

Under det digitala mötet beskriver ni att flera av de deltagare som har behov av stöd i kommunikationen inte vill ha detta. Ni försöker då hitta anpassningar som kan fungera i schemaupplägg, i datorn eller via kartor. Ni beskriver att värdegrunden är levande genom att respekt och bemötande finns med i arbetet hela tiden. Samtidigt bygger innehållet på stor delaktighet från deltagarna som hela tiden uttrycker vad de tycker och tänker om verksamheten. Tullen har ingen egen bemötandekod men det finns en generell bemötandepolicy inom daglig verksamhet. I deltagarnas rutinmapp kan personal läsa hur de olika deltagarna ska bemötas och det pågår ständigt samtal på Tullen om bemötandet gentemot varandra på arbetsplatsen.

Bedömning

Utifrån inhämtad information på digitala mötet görs bedömningen att ni uppfyller kravet i överenskommelsen kring bemötande.

Delaktighet

Enligt överenskommelsen (punkt 3.14) ska ni utforma insatsen tillsammans med deltagaren. Deltagaren ska ges inflytande och medbestämmande över insatser och kunna påverka hur insatsen utformas. Delaktigheten ska framgå av genomförandeplanen, vid uppföljning samt i verkställighetsjournal.

På det digitala mötet framkommer att deltagarna kan vara med och påverka insatsen på Tullens planeringsmöten. Där kan alla ge önskemål om aktiviteter och deltagarna turas om att vara ordförande på dessa möten. Samtidigt har deltagaren även möjlighet att välja andra aktiviteter som de önskar enskilt under sin arbetsdag. Deltagare kan även medverka på Storråd där frågor och synpunkter tas med från den egna verksamheten och sedan återrapporteras. Utifrån förfrågningar kan även deltagarna vara delaktiga vid upprättande av genomförandeplan.

Bedömning

Vid granskning av de genomförandeplaner som är aktuella syns deltagarens delaktighet i utformandet av insatsen och det framgår med motivering när deltagaren inte kunnat medverka. Utifrån inhämtade uppgifter och granskning av genomförandeplaner är bedömningen att ni uppfyller kravet kring delaktighet.

Öppettider

Enligt överenskommelse (punkt 3.15) ska utförare av daglig verksamhet ha öppet mellan Kl. 8–16,00 och kunna erbjuda andra tider om deltagare önskar. Utförare ska även kunna erbjuda verksamhet alla årets vardagar.

Ni har inkommit med er folder där det framkommer att era öppettider är mellan Kl. 8–16,00. På digitala mötet framkom att ni kan erbjuda deltagare att arbeta i en annan verksamhet under sommarperioden när ni har stängt. Ni kan även tillgodose önskemål om andra öppettider men ingen deltagare har ännu efterfrågat detta.

Bedömning

Utifrån inhämtade uppgifter är bedömningen att ni uppfyller kravet kring öppettider.

Måltider

Enligt överenskommelsen (punkt 3.17) ska deltagare ha möjlighet att äta lunch och mellanmål i anslutning till verksamheten samt värma och förvara lunch i lokalerna. Ni som utförare ska även underlätta för deltagare att beställa mat eller äta på närbelägen lunchservering.

På det digitala mötet framkommer att deltagare har möjlighet till att värma och inta lunch i lokalerna. Deltagarna ges även möjlighet att laga lunch tillsammans i verksamheten och det går att beställa mat om så önskas.

Bedömning

Utifrån inhämtade uppgifter är bedömningen att ni uppfyller kravet kring måltider.

Hygien

Enligt överenskommelsen (punkt 3.21) ska ni som utförare följa *Riktlinjer för basal hygien inom kommunal hälso- och sjukvård i Örebro län* och tillhandahålla arbetskläder till personalen. Det ska även finnas skyddsutrustning på plats och utföraren ska ha en fungerande egenkontroll för hygien.

Under digitala mötet framkom att personalen anser att det finns tillräckligt med arbetskläder och dessa skickas till tvätteri en gång i veckan. Vidare lyfts även att det finns skyddsutrustning att tillgå. Gällande egenkontroll för hygien har ingen sådan utförts under senaste året men verksamheten beskriver att personalen arbetar utifrån Örebro kommuns riktlinje *basal hygien vid kommunal vård och omsorg*, och att alla i personalen har undertecknat ansvarsförbindelsen i denna riktlinje i samband med att pandemin bröt ut under våren 2020.

Bedömning

Utifrån inhämtade uppgifter är bedömningen att ni uppfyller kravet i överenskommelsen gällande hygien.

Brister i kvalitetskrav

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

Ledningssystem för kvalitet

- Egenkontroller

Enligt SOSFS 2011:9 ska utförare arbeta med egenkontroller som en del av ert kvalitetsarbete för att utvärdera arbetets resultat. Egenkontroller ska dokumenteras och utföras med den frekvens som krävs för att säkerställa kvaliteten. Dokumentation ska även innehålla vilka förbättrade åtgärder som egenkontrollen resulterat i. Enligt överenskommelsen ska ni som utförare även ha en fungerande egenkontroll för hygien (punkt 3.21) samt ha en rutin för egenkontroll kring dokumentation (punkt 3.8). Enligt riktlinjen kring *avvikelse, klagomål och synpunkter* ska ni utföra egenkontroll av följsamheten till denna riktlinje.

I ert inskickade material inför uppföljningen beskrivs hur ni arbetar med egenkontroller utifrån ett årshjul i ert kvalitetsledningssystem. Ni har även presenterat en sammanställning av de tre egenkontroller som utförts gällande Tullen det senaste året. Egenkontroll gällande systematisk kvalitetsuppföljning utifrån överenskommelsen, egenkontroller av avvikelser och synpunkter/klagomål samt egenkontroll av riskanalyser. Ni uppger att inga brister upptäckts i dessa egenkontroller.

På det digitala mötet framkommer att ni pratat om, och gått igenom egenkontrollen utifrån överenskommelsen, men inte rent konkret kontrollerat uppgifter eller dokumenterat. Om den använts som en egenkontroll hade som granskningen visar, en brist upptäckts gällande genomförandeplanerna som ej är aktuella.

Egenkontroll kopplat till avvikelseprocessen som ni lyfte i sammanställningen, visade sig gälla egenkontroll på enhetsnivå av synpunkter och klagomål inför kvalitetsrapporten 2020 och avsåg inte specifikt Tullen.

Gällande egenkontroll av riskanalyser uppger ni att ni ser uppföljningen av riskanalyserna två gånger per år som en form av egenkontroll, men ingen dokumentation har förts.

Ni uppger även i det digitala mötet att ni inte gjort egenkontroll gällande hygien och inte heller gällande dokumentation under senaste året.

Bedömning

Ni brister i punkten egenkontroll då det inte framgår att dessa utförts med den frekvens som krävs för att utvärdera arbetet och säkerställa kvalitet i verksamheten. Ni uppger i det inskickade materialet att ni inte upptäckt några brister utifrån utförda egenkontroller, men enheten för uppföljning upptäcker brister som borde ha framkommit om ni utfört och dokumenterat egenkontroller gällande tex dokumentation och följsamhet till avvikelseprocessen. Dels består bristen i att ni inte utfört de egenkontroller ni är ålagda att göra. Dels är de egenkontroller som ni uppger att ni utför ej dokumenterade och kan därför inte bedömas vara egenkontroller enligt SOSFS 2011:9.

Åtgärd

I åtgärdsplanen ska ni beskriva vilka åtgärder som ska säkerställa att ni uppfyller kravet i överenskommelsen gällande egenkontroller.

Ni ska även inkomma med:

- Er rutin för egenkontroll gällande dokumentation.
- En beskrivning av hur ni arbetar med egenkontroll för hygien, beskrivningen bör innehålla ansvarsfördelning, frekvens och hur arbetet följs upp.

Utredning av avvikelser

I överenskommelsen (punkt 3.20) framkommer att utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinje för *avvikelser, klagomål och synpunkter*. Denna riktlinje beskriver att egenkontroll ska göras av följsamhet till riktlinjen för att säkerställa att arbetsätt och processer för avvikelse- och klagomålshantering fungerar utifrån ställda krav. I samma riktlinje regleras att verksamheten ska ha en lokal rutin gällande klagomål och synpunkter som beskriver hur dessa ska hanteras. Inför uppföljningen inkom ni med en beskrivning av de avvikelser som Tullen registrerat i avvikelsemodulen under det senaste året. Den inkomna beskrivningen av avvikelser har granskats. Fyra avvikelser har rapporterats från 1 april 2020 till 30 april 2021 och två av dessa har utretts som avvikelser. Insatta åtgärder har varit att upprätta handlingsplan och uppdatera riskanalys. Effekterna av insatta åtgärder uppges som förbättrade då incidenterna inte upprepats.

Enheten för uppföljning kan inte göra någon bedömning kring följsamhet till avvikelseprocessen då endast två avvikelser utretts under senaste året. Men i båda avvikelserna saknas anteckning under uppföljning om hur ni kommit fram till åtgärdens effekt. På digitala mötet framfördes vad som observerats till enhetschef som då uppgav att detta även framkommit i tidigare uppföljningar gällande annan verksamhet.

På digitala mötet framkom att egenkontroll av följsamhet till avvikelseprocessen har inte genomförts. Enhetschef uppger att hon bevakar avvikelser och regelbundet går in och kollar i avvikelsemodulen och att det kan ses som egenkontroll. Enheten för uppföljning bedömer inte detta som en egenkontroll då det inte framgår i dokumentation vad som framkommit, vad som behöver åtgärdas, uppföljning etcetera.

Synpunkter och klagomål

Gällande synpunkter och klagomål har ni inför uppföljningen inkommit med rutinen Klagomål- och synpunktshantering. Utifrån sökning i ärendesystem och information från digitala mötet framkommer att inga klagomål och synpunkter har inkommit eller registrerats under senaste året. Personalen uppger på mötet att de tror att företrädare och anhöriga vet vart de kan lämna klagomål och synpunkter, och att de annars informerar om att de kan lämna dessa via servicecenter om de inte vill lyfta synpunkter med personalen. Vidare uppges att det är svårt att bedöma vad som ska registreras då uppkomna situationer ofta löses direkt. Eftersom personal och enhetschef uttrycker en viss osäkerhet kring vad som ska rapporteras bedömer enheten för uppföljning att verksamheten behöver säkerställa att alla känner sig trygga i detta framåt.

Bedömning

Sammantaget uppfyller ni delvis kravet kring avvikelser, missförhållanden och vårdskador. Er rutin bedöms innehålla de delar som efterfrågas i överenskommelsen och uppfyller kravet, men det framkommer att ni inte har inte genomfört egenkontroll av följsamhet till avvikelseprocessen.

Er rutin gällande synpunkter och klagomål bedömer vi innehålla efterfrågade delar men ni behöver även säkerställa att medarbetare känner sig trygga och säkra i vad som är klagomål och synpunkt och hur dessa ska registreras för att ni ska kunna bedriva ett förändringsarbete och säkra verksamhetens kvalitet.

Åtgärd

Ni ska beskriva i åtgärdsplanen vilka åtgärder ni ska vidta för att säkerställa att ni uppfyller kravet i överenskommelsen gällande avvikelser, missförhållanden och vårdskador och delen som avser egenkontroll utifrån följsamhet till avvikelseprocessen. Åtgärdsplanen ska även innehålla åtgärdsaktiviteter kring hur ni ska arbeta med synpunkter och klagomål med målet att alla i verksamheten ska känna sig trygga med vad som ska rapporteras.

Uppdraget

Enligt överenskommelsen (punkt 3.7) ska utförare upprätta, utifrån uppdraget, en genomförandeplan tillsammans med deltagaren. I genomförandeplanen ska synpunkter, önskemål och delaktighet av insatsen framgå. Enligt *riktlinjen för dokumentationsskyldighet enligt SOL och LSS* ska genomförandeplanen följas upp minst var sjätte månad.

Vid granskning av tjugo slumpmässigt utvalda genomförandeplaner framgår att endast sex av 20 genomförandeplaner är aktuella. På digitala mötet uppgav Tullen att anledningen till att majoriteten av deltagarna saknar en aktuell genomförandeplan är för att de inväntar mallar och metodstöd gällande IBIC för att sedan uppdatera genomförandeplanerna med hjälp av dessa.

Bedömning

I de sex aktuella genomförandeplanerna som granskats kan vi tyda att deltagarna varit delaktiga i utformande av insatsen och på vilket sätt. Dock är bedömningen att ni brister i kravet kring uppdraget då endast sex av de 20 granskade genomförandeplanerna är uppdaterade de senaste 6 månaderna, vilket inte är förenligt med krav enligt dokumentationsskyldigheten.

Åtgärd

I åtgärdsplanen ska ni beskriva vilka åtgärder som ska säkerställa att ni uppfyller kravet i överenskommelsen gällande uppdraget. Vi kommer följa upp resultatet efter den 17 september genom att göra en ny granskning av genomförandeplaner.

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
- Myndighetsinformation
- Rutiner

Hanna Hernebring
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun