

# Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Utförare: A-omsorg AB



## Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i det avtal verksamheten tecknat med Programnämnd social välfärd Örebro kommun Sov 112/2021. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång var tredje år på uppdrag av Programnämnd Social välfärd.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

## A-omsorg

A-omsorg AB finns i Örebro med huvudkontor på Drakenbergsgatan 1C. A-omsorg AB utför omvårdnadstjänster sedan 2014-05-08 och servicetjänster sedan 2009-09-25.

A-omsorg AB i Örebro har för närvarande 74 kunder och 55 anställda. Verksamheten har påbörjat validering av medarbetare genom Äldreomsorgslyftet och planerar att fortsätta med denna kompetensutveckling. I Örebro har verksamheten två bilar, medarbetare kan gå, cykla, åka egen bil eller buss som transportsätt till kunderna.

## Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att ni 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. Ni ska senast den 11 januari 2022 skicka in åtgärdsplanen till [eggetval@orebro.se](mailto:eggetval@orebro.se). Bedömningen är att ni brister inom följande kvalitetskrav:

### 1.3 Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

### 2.8 Trygghetslarm

### 2.10 Krav på verksamhet och ledning/omvårdnadspersonal

### 3.4 Ledningssystem för kvalitet

Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Enheten för uppföljning kommer att följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning där vi granskar inkomna åtgärdsplaner. Efter 2022-03-28 kommer vi att granska verksamhetens följsamhet till:

- Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar
- Trygghetslarm
- Krav på verksamhet och ledning/omvårdnadspersonal
- Ledningssystem för kvalitet (Utredning av avvikelser)

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 ni uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

#### 3.4 Ledningssystem för kvalitet

##### - Samverkan

Samverkan, såväl internt som externt, är en förutsättning för att säkra kvaliteten på de insatser som ges inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Genom processer och rutiner kan verksamheten säkerställa att det finns förutsättningar för bra samverkan. Enligt avtalet ska ledningssystem för kvalitet innehålla rutiner för samverkan inom den egna verksamheten och med externa aktörer. Rutin för intern samverkan ska innehålla beskrivning av hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten samt vilka forum för samverkan som finns. Rutin för extern samverkan ska beskriva hur samverkan med kommunens nattorganisation och hälso- och sjukvårdsorganisation sker. I rutinerna ska processer kring samverkan beskrivas och det ska framgå vad som ska göras, hur det ska göras och vem som är ansvarig för att det utförs.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med rutiner som beskriver hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten samt vilka forum som finns för den interna samverkan. Ni skulle även inkomma med rutin som beskriver hur samverkan sker med kommunens nattorganisation och med kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation.

Rutiner för samverkan inkom och granskades vidare utifrån innehåll. Både intern och extern samverkan bedöms som tydligt beskrivet. Det framgår i vilka processer och forum som samverkan sker, samt tillvägagångssätt och ansvarsfördelning.

Bedömningen utifrån ovanstående granskning är att ni uppfyller krav i avtalet för samverkan.

##### - Riskanalyser

Enligt avtalet och SOSFS 2011:9 ska ni fortlöpande genomföra riskanalyser och för varje identifierad händelse ska det i dokumentationen framgå hur ni har följt upp åtgärderna och dess effekt. Ni ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Ni ska även ha en rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra er verksamhet.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med rutin för riskanalyser. Rutinen för riskanalyser inkom och granskades vidare utifrån innehåll. Rutinen beskriver ansvarsfördelning mellan olika funktioner i verksamheten samt utförandet och att dokumentation ska alltid ske. Ett metodstöd beskrivs som ska användas vid kvalitetsarbete, behov- riskanalys och riskhantering.

Ni skulle även inkomma med en sammanställning över vilka riskanalyser ni genomfört det senaste året. Av sammanställningen ska framgå vilka riskanalyser som genomförts,

anledning till att de genomfördes, vilka risker som identifierades samt vilka åtgärder som genomfördes utifrån riskerna samt hur verksamheten följt upp åtgärderna och dess effekt.

Den inskickade sammanställningen handlar om riskbedömning vid ändring av verksamheten i samband med flytten av kontoret. Vår granskning visar att riskbedömningen innehåller de efterfrågade delar enligt avtal.

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller krav för riskanalyser enligt avtal.

#### - **Egenkontroller**

Enligt avtalet ska ni regelbundet genomföra egenkontroller inom den egna verksamheten. Egenkontroller ska genomföras inom de områden och med den frekvens och omfattning som ni bedömer krävs för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Egenkontroller som genomförs ska dokumenteras.

Utöver SOSFS 2011:9 krav på egenkontroller ska ni ha rutiner för och årligen genomföra egenkontroll av verksamhetens följsamhet till:

- Riktlinjen Basal hygien inom kommunal hälso- och sjukvård
- punkt 3.7 dokumentation
- avvikelseprocessen som beskrivs i *Riktlinje Avvikelser, Klagomål och Synpunkter*

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med rutin som beskriver hur ni arbetar med egenkontroller.

Rutinerna och sammanställningar inkom och granskades vidare utifrån innehåll. Rutinerna beskriver hur ni arbetar med egenkontroller och det är tydligt vad de avser samt innehåller efterfrågade delar enligt krav i avtal. Det framgår även en tydlig ansvarsfördelning.

Ni skulle även inkomma med en sammanställning över de egenkontroller ni genomfört under de senaste 12 månaderna. Av sammanställningen ska det framgå vilka egenkontroller som genomförts, vilka brister som eventuellt identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån bristerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt.

Den inskickade sammanställningen är kortfattad men det framgår vilka egenkontroller som genomförts och den innehåller efterfrågade delar enligt avtal.

Ni bedöms därför uppfylla krav i avtalet inom punkten Egenkontroller.

### **3.6 Uppdraget**

Enligt avtalet ska verksamheten inom ramen för Socialtjänstlagen (SoL) ta emot och verkställa uppdrag efter beslut av biståndshandläggare. Uppdraget ska påbörjas senast 24 timmar efter mottagandet och vid behov kunna verkställas omgående. Vidare ska verksamheten inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ta emot uppdrag i form av fördelade och delegerade vårdplaner med hälso- och sjukvårdsåtgärder från legitimerade. För dessa processer ska upprättade rutiner finnas.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med rutiner som beskriver hur ni dagligen tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade uppdrag samt för genomförandet av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Rutinen inkom och granskades vidare utifrån innehåll.

Vår granskning visar att ni har utarbetade rutiner för att säkerställa att uppdrag inom ramen för SOL och HSL ska kunna tas emot och påbörjas senast 24 timmar efter mottagande, samt för att vid behov kunna verkställa beslut omgående. Rutinerna är tydliga och det framgår en tydlig ansvarsfördelning och tillvägagångssätt.

Ni bedöms därför uppfylla krav i avtal inom punkten Uppdraget.

### **3.7 Dokumentation**

Enligt avtalet ska dokumentationen ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation vid genomförande av insatser enligt SoL. Dokumentation ska utformas med respekt för kundens integritet och personalen ska dokumentera när verkställighet påbörjas, händelser av betydelse och faktiska omständigheter. Den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas i dokumentationen.

Som en del i uppföljningen gjordes en granskning av totalt 15 slumpmässigt utvalda kunders genomförandeplaner och verkställighetsjournaler i Treserva under den senaste 12-månadersperioden. Vår granskning visar att samtliga granskade kunder har en aktuell genomförandeplan. I samtliga genomförandeplaner framgår hur och när uppdraget ska genomföras för att tillgodose kundens behov och mål och kunden är delaktig i utformandet av hur insatsen ska utföras. Vi noterar att samtliga genomförandeplaner utom en upprättades i september 2021 av samma person. Under det digitala mötet framkommer att enhetschefen har detta ansvar, men att personalen alltid är delaktiga. Enligt er är arbets sättet valt medvetet för att säkerställa en god kvalitet på dokumentation av genomförandeplanerna. Vi noterar detta men samtidigt vill uppmana er till att arbeta aktivt med att kunskapen kring genomförandeplaner inte enbart ska vara knutet till en funktion.

Vår granskning av samma kunders verkställighetsjournaler i Treserva och under samma tidsperiod visar att det i samtliga framgår när verkställighet påbörjades, händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid och dokumentationen är utformad med respekt för kundens integritet. I alla utom en går det att följa den individuella vård- och omsorgsprocessen.

Vår granskning av dokumentation visar en brist relaterad till att personal kan ha två arbetsgivare och varit inloggad på annan utförare vid signering. Det är av vikt att ni säkerställer att medarbetare signerar på rätt utförare, i detta fall var det endast en medarbetare och under en begränsad tid. Under det digitala mötet överlämnas namn på berörd medarbetare. Då bristen inte återkom bedömer vi att inte handlar om en systematisk brist som behöver åtgärdas.

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller krav inom punkten Dokumentation.

### **3.12 Hygien och förbrukningsmaterial**

Enligt avtalet ska ni tillhandahålla skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa Riktlinjen för basal hygien inom kommunal hälso- och sjukvård i Örebro läns kommuner. Ni ska följa Arbetsmiljöverkets föreskrift om

smittrisker (AFS 2018:4), Socialstyrelsens föreskrift basal hygien inom hälso- och sjukvård (SOSFS 2015:10) samt Riktlinjen för basal hygien inom hälso- och sjukvård i Örebro läns kommuner.

Under normala förhållanden besöker vi utförarens lokaler och kontrollerar deras tillgång till arbetskläder, skyddsutrustning och hygienartiklar. Pga. rådande situation med Coronarestriktioner får vi numera denna information med hjälp av intervjufrågor till utföraren.

Under det digitala mötet uppgav ni att det finns tillräckligt med arbetskläder och god tillgång till hygienartiklar och skyddsutrustning. Ni beskrev hur ni sköter tvätten.

Utifrån de frågor ni besvarade vid digitala möte är vår bedömning att ni tillhandahåller skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen för basal hygien och därmed bedöms ni uppfylla krav enligt avtalet.

### **3.14 Läkemedelshantering**

Enligt avtalet ska utföraren följa kommunens riktlinjer och rutiner för läkemedelshantering. Utföraren har ett ansvar för utredning när det saknas narkotikaklassade- eller övriga särskilda läkemedel vilket finns reglerat i riktlinje/rutin. Utföraren ska ha en rutin för hur läkemedel transporteras på ett säkert sätt och förvaras oåtkomligt för obehöriga efter att de hämtats ut till dess att de lämnas till patient.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med ovan nämnda rutin.

Inkommen rutin har granskats. Rutinen beskriver vilka olika funktioner inom verksamheten som ansvarar för att hämta läkemedel, att utlämna till kund, samt ansvar för själva rutinens revidering och att rutinen efterföljs. Rutinen beskriver att transport sker direkt från sjuksköterska till kund. Under det digitala mötet förtydligas att läkemedel hämtas hos sjuksköterskan och transporteras i särskild förvaring direkt hem till kund. Inga läkemedel förvaras i era lokaler.

Er rutin för läkemedelshantering bedöms uppfylla krav enligt avtalet.

### **Brister i kvalitetskrav**

Enheten för uppföljning kan efter kvalitetsuppföljningen konstatera att ni har ett antal brister i kvalitetskrav som behöver åtgärdas. Nedan redovisas de brister som föranlett beslut om åtgärdsplan.

### **1.3 Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**

Enligt avtalet åligger det verksamheten att säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningar som kommunen tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.

För att kunna bedöma hur stor andel av er personal som genomgått de obligatoriska utbildningarna ombads ni att inkomma med en ifylld kompetensinventeringsmall.

Vår granskning av denna inventering visar att av de 13 obligatoriska utbildningarna är det två av utbildningarna, manuell förflyttning/lyftkörkort och MCSS som mindre än hälften av personalen har genomgått, vilket är en brist.

Enheten för uppföljning bedömer att verksamheten inte uppfyller kraven enligt denna punkt i avtalet. För att uppfylla kravet behöver ni säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningarna.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan. I åtgärdsplanen ska framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda ovan nämnda brist samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

## 2.8 Trygghetslarm

Enligt avtalet ansvarar verksamheten för besvarande av trygghetslarm hos kunder med beslut om omvårdnad och trygghetslarm. Hantering och besvarande av trygghetslarm ska ske enligt riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm, som säger att:

*”den omvårdnadspersonal som har besvarat ett larm, ska alltid efter åtgärdat larm dokumentera händelsen i kundens verkställighetsjournal i Treserva. I dokumentationen ska finnas orsak till larmet samt vidtagna åtgärder. I de fall kontakt tagits med sjuksköterska ska även detta dokumenteras”*

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med er lokala rutin för hur hantering och besvarande av insatsen trygghetslarm sker utifrån riktlinjen.

Rutiner för hantering och besvarande av insatsen trygghetslarm inkom och granskades vidare utifrån innehåll. Rutinen är tydlig och innehåller beskrivning av hur ni hanterar och besvarar larm mellan klockan 07.00 och 22.00 samt vilken prioritetsordning ni använder er av om flera larm inkommer samtidigt. I rutinen framgår även ansvarsfördelning och hur ni samverkar kring larm med nattorganisationen, välfärdsteknik och med hemsjukvården.

Inom ramen för denna punkt i avtalet har vi även granskat er följsamhet till *Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm*. Detta har vi gjort genom att granska dokumentation i verkställighetsjournaler efter ett urval av de 3 senaste månadernas rapporterade larm. Enligt larmrapporter från Tunstall har ni besvarat 34 larm mellan augusti och oktober 2021. Av 10 granskade larm är endast två dokumenterade enligt riktlinjen.

Ni uppfyller inte kraven som helhet inom denna punkt i avtalet då vår granskning visar att endast två av de granskade larmen är dokumenterade enligt riktlinjen. För att uppfylla kravet ska den omvårdnadspersonal som har besvarat ett larm, alltid efter åtgärdat larm dokumentera larminsatser i kundens verkställighetsjournal.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska åtgärda ovan nämnda brist. I åtgärdsplanen ska framgå tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

## 2.10 Krav på verksamhet och ledning/omvårdnadspersonal

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

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med en ifyllt kompetensinventeringsmall. Inventeringen visar att 68% av er personal som arbetar med omvårdnad har genomgått/genomgår omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kraven enligt denna punkt i avtalet.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan. I åtgärdsplanen ska framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda ovan nämnda brist samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

### 3.4 Ledningssystem för kvalitet

#### - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) har all personal i utförarens verksamhet en rapporteringsskyldighet av händelser inom den egna verksamheten. Alla typer av händelser ska rapporteras, registreras, utredas och följas upp. Detta oavsett om det är ett klagomål, en synpunkt eller händelse som har lett till eller kunnat leda till något oönskat, ett missförhållande eller en vårdskada.

Inom ramen för denna punkt i avtalet har vi granskat andel positiva svar i Socialstyrelsens kundundersökning gällande om kunden vet vart hen ska vända sig för att framföra klagomål/synpunkter. Andel positiva svar ligger på 78%, vilket är högre än hos både riket och Örebro kommun.

Inom ramen för denna punkt i avtalet har vi även granskat verksamhetens rapporterade Lex Sarah anmälningar till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Förfrågan till IVO visade inga registrerade Lex Sarah eller klagomål för en period på 36 månader.

I samband med uppföljningen har vi granskat verksamhetens rapporterade och registrerade avvikelser. Granskningsperioden omfattar de senaste 12 månaderna, exklusive den senaste månaden.

Vår granskning visar att verksamheten har rapporterat och registrerat 33 avvikelser i TRESERA under den aktuella perioden. Tre av dessa är registrerade som klagomål. I enlighet med processens fyra steg som beskrivs i *Riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter* ser vi att 32 rapporterade avvikelser är utredda och bara 24 är bedömda. Antalet rapporterade avvikelser som är åtgärdade är 21 och antalet uppföljda avvikelser är 16. Då endast 16 av 33 rapporterade avvikelser följer samtliga steg i processen bedömer Enheten för uppföljning att ni inte uppfyller de krav som ställs i avtalet och riktlinjen.

Inom ramen för denna punkt i avtalet har vi även granskat verksamhetens rapporterade och registrerade klagomål och synpunkter i enlighet med processens fyra steg. Även denna granskningsperiod omfattar de senaste 12 månaderna, exklusive den senaste månaden.

Vår granskning visar att verksamheten har rapporterat och registrerat tre klagomål och synpunkter, av dessa är samtliga utredda och två bedömda. Antalet rapporterade klagomål och synpunkter som är åtgärdade är ett och antalet uppföljda är ett. Resultatet av vår granskning visar att ni inte följer avvikelseprocessens samtliga steg, då endast 16 av 33 rapporterade avvikelser följer samtliga steg i processen.



Enheten för uppföljning bedömer utifrån ovanstående att ni inte uppfyller det krav som ställs i avtal och riktlinje gällande följsamhet till avvikelseprocessen. Ni ska därför inkomma med en åtgärdsplan där ni ska beskriva hur ni ska säkerställa följsamhet till avvikelseprocessen.

## 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 verksamheten som ersatte fysiskt platsbesök.

### Underlag för bedömning:

- Intervju
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Verkställighetsjournal i Treserva
- Dokumentation
- Socialstyrelsens undersökning- ”Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2020”
- Myndighetsinformation
- Rutiner
- Tidigare uppföljningar

Yuri Yanez  
Avtalscontroller  
Enheten för uppföljning  
Myndighetsverksamheten  
Örebro kommun