

# Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Cleverex Omsorg AB



## Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i det avtal verksamheten tecknat med Örebro kommun Vov 1888/2024 och Voo 1897/2024. 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.

## Cleverex Omsorg AB

Cleverex Omsorg AB utför omvårdnad- och servicetjänster i Örebro kommun. Omvårdnadstjänster utförs sedan 2021. Servicetjänster har utförts sedan 2017, då under namnet 24/7 Tillsammans AB. Vi har genomfört en uppföljning av kvalitetskrav i verksamheten tidigare. Senaste uppföljningen genomfördes 2022, Sov 305/2022. Cleverex Omsorg har 128 kunder.

## Bedömningsöversikt

### Kvalitetskrav

Krav på verksamhet och ledning		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 avvikelsehantering. 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 Cleverex Omsorg AB 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. Cleverex Omsorg AB ska senast **den 14 oktober 2024** skicka in åtgärdsplanen till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se)

Bedömningen är att Cleverex Omsorg AB brister inom följande kvalitetskrav:

- **Trygghetslarm**
- **Krav på verksamhet och ledning**
- **Krav på verksamhet och ledning – omvårdnadspersonal**
- **Ledningssystem för kvalitet**  
Samverkan

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

- En uppdaterad rutin för hur hantering och besvarande av insatsen trygghetslarm sker utifrån riktlinjen
- En uppdaterad rutin för samverkan
- En ny kompetensinventering där utbildningsnivå samt vilka som genomgått utbildningen Basala hygienrutiner framgår

Handlingarna ska skickas till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se) senast **den 30 januari 2025**.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 30 januari 2025. Detta innebär att vi kommer

- granska inkomna rutiner
- genomföra en dokumentationsgranskning gällande trygghetslarm
- granska kompetensinventering

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

## Bedömning

### Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att Cleverex Omsorg AB uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

#### 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>Rutin för riskanalys</p> <p>Frågor vid platsbesök 25 september 2024</p>

#### Bedömning

Rutinen innehåller kravställda delar, ansvarsfördelning och tillvägagångssätt framgår. Vid platsbesök ges exempel på riskanalyser som genomförts gällande bland annat semester. Beskrivningen överensstämmer med den skriftliga rutinen.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet.

#### 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 avtalspunkt <i>Dokumentation</i></li> <li>• Verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i <i>Riktlinje Avvikelse, Klagomål och synpunkter</i></li> </ul>	<p>Inskickad sammanställning av egenkontroller genomförda under de senaste 12 månaderna</p> <p><i>Rutin för egenkontroll</i></p>

#### Bedömning

Rutinen innehåller kravställda delar, tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgår. Av sammanställningen framgår att samtliga obligatoriska egenkontroller är genomförda under senaste året. Brister har identifierats, åtgärder vidtagits och vidtagna åtgärder och effekter av dessa har följts upp.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet.

## 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.</p> <p>Utföraren ska även:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informera om och möjliggöra för den enskilde och anhöriga att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till Örebro kommun.</li> <li>• Informera och utbilda personal om rapporteringsskyldigheten</li> </ul>	<p>Granskning av 27 rapporterade avvikelser i Treserva från de senaste 12 månaderna</p> <p>Information från IVO</p> <p>8 klagomål/synpunkter i Treserva från 2022-06-13 tom 24-07-20</p> <p>Frågor på platsbesök 24 september 2024</p> <p>4 Klagomål/synpunkter registrerade i W3D3 (kommunens ärendehanteringssystem) från 2022-06-13 tom 24-07-20</p> <p>Socialstyrelsens kundundersökning (ÅR)</p> <p>- Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet? Positiva svar Cleverex Omsorg AB 77 % (riket 61 %)</p>

### Bedömning

#### *Avvikelser*

Granskning av 27 rapporterade avvikelser i Treserva visar att samtliga är utredda, bedömda, åtgärdade samt uppföljda.

#### *Klagomål*

Information från IVO visar att inga klagomål, synpunkter eller Lex Sarah har rapporterats till IVO under de senaste 36 månaderna. Sökning i W3D3 visar att 4 klagomål inkommit till kommunen sedan senaste uppföljningen, den 6 juni 2022. Det framgår i respektive ärende att klagomålen är hanterade enligt riktlinjen.

Ingen granskning av verksamhetens klagomål i Treserva har genomförts då underlaget var för litet för en bedömning. Vid platsbesöket framkommer att verksamheten informerar om och möjliggör för den enskilde och anhöriga att lämna klagomål muntligt och skriftligt. En genomgång sker redan vid det första mötet med anhöriga. Kompetensutveckling gällande avvikelser, klagomål och synpunkter sker kontinuerligt både på APT samt individuellt. I *Socialstyrelsens kundundersökning* ligger verksamhetens resultat över rikets.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet.

## 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><i>Rutin för att ta emot beställning bistånd – Legitimerad personal</i></p>

## Bedömning

Rutinen beskriver hur verksamheten bevakar, tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade uppdrag. Den omfattar alla uppdrag, även hälso- och sjukvårdsinsatser. Tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgår.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet.

## Dokumentation

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p><b>Genomförandeplanen ska:</b></p> <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> </ul> <p><b>I dokumentationen som förs i verkställighetsjournalen ska:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det finnas dokumentation av händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid</li> <li>• 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</li> <li>• Vara utformad med respekt för kundens integritet</li> </ul> <p>Social dokumentation om kund som finns utanför verksamhetssystemet ska förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen.</p>	<p>Granskning av 19 verkställighetsjournaler samt 19 genomförandeplaner i Tresa</p> <p>Observation vid platsbesök 25 september 2024</p>

### Bedömning

Granskning av genomförandeplaner i Treserva visar att 84 % av kunderna har en aktuell genomförandeplan som innehåller efterfrågade delar. Granskning av dokumentation i verkställighetsjournaler visar att 79 % innehåller kravställda delar.

Av observation på platsbesök framgår att dokumentation utanför verksamhetssystem förvaras på låsta kontor.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet.

### 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 25 september 2024</p> <p>Kompetensinventering Antal hygienombud: 1</p>

### Bedömning

Vid platsbesöket observerades att arbetskläder förvaras i förråd och att det finns i tillräcklig omfattning för dagligt ombyte. Kläderna tvättas på arbetsplatsen, tvättmaskin och torktumlare finns i anslutning till omklädningsrum. Engångsmaterial, handskar och material för en god handhygien tillhandahålls. Av kompetensinventeringen framgår att verksamheten har hygienombud.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet.

### Läkemedelshantering

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <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>	<p><i>Lokala rutiner för läkemedelshantering</i></p> <p>Observation vid platsbesök 25 september 2024</p>

### Bedömning

Rutinen beskriver hur läkemedel transporteras på ett säkert sätt samt att de förvaras i läkemedelsskåp som endast behörig personal har koder/nycklar till. Vid platsbesök beskrivs att läkemedel i normala fall transporteras till kund så fort de hämtats ut., om detta ej är möjligt förvaras de i läkemedelsskåp. Med behörig personal menas delegerad personal. Nyckel till läkemedelsskåp förvaras på kontor med kodlås.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet.

## Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att Cleverex Omsorg AB brister i 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>Utföraren ska även uppfylla följande krav:</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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Rutin för trygghetslarm</i></li> <li>• Larmloggar för de senast tre månaderna</li> <li>• Granskning av dokumentation i Treserva gällande 15 larm under perioden maj-juli 2024.</li> </ul>

### Bedömning

Rutinen beskriver tillvägagångssätt och ansvarig för hantering av larmbesvarandet mellan 7-22. Hantering av avbrott i larmkedjan samt behandling av kunder med skyddad identitet beskrivs. Dock saknas en beskrivning av samverkan med nattorganisationen och gruppen för välfärdsteknik.

Granskning visar att endast i 40 % av verkställighetsjournalerna framgår vad som var orsak till larmet samt vilka åtgärder som är vidtagna.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten inte uppfyller kravet eftersom rutinen saknar kravställda delar samt att larminsatser inte är dokumenterade i tillräcklig omfattning. Ni ska beskriva i åtgärdsplan hur ni ska säkerställa att orsak till larm samt vidtagna åtgärder dokumenteras i verkställighetsjournal samt hur ni ska implementera rutinen i verksamheten.

### Krav på verksamhet och ledning

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utförarens personal ska genomgå de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.</p>	<p>Kompetensinventering Andel personal som genomgått utbildningarna: Basala hygienrutiner i vård och omsorg: 35 %</p>



Demens ABC: 96 %  
 IBIC: 96 %  
 Manuell förflyttning/lyftkörkort:  
 96 %  
 Mat, måltid och nutrition: 96 %  
 Palliativ utbildning: 96 %  
 SBAR: 96 %  
 Treserva: 96 %  
 Treserva APP: 96 %  
 TES: 96 %  
 Avvikelsehantering: 96 %  
 Vardagsrehabilitering: 96 %

### Bedömning

Av kompetensinventeringen framgår att inte all personal genomgått utbildningen *Basala hygienrutiner i vård och omsorg* under det senaste året. Vid platsbesöket informerade verksamhetsansvarig om att personal genomgått utbildningen efter att kompetensinventeringen skickats in.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten inte uppfyller kravet eftersom inte all personal genomgått utbildningen *Basala hygienrutiner i vård och omsorg*. Ni ska beskriva i åtgärdsplan hur ni ska säkerställa att all personal årligen genomgår utbildningen samt inkomma med en ny kompetensinventering.

### Krav på verksamhet och ledning - omvårdnadspersonal

#### Krav som följs upp

Minst 85 % av all omvårdnadspersonal ska ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande

#### Underlag till bedömning

Kompetensinventering  
 Andel utbildad  
 omvårdnadspersonal: 48 %

### Bedömning

Av kompetensinventeringen framgår att 48 % av omvårdnadspersonalen genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Vid platsbesöket beskriver verksamhetsansvarig att det är en utmaning att rekrytera personal med rätt kompetenser. Undersköterskor anställs i första hand och medarbetare får möjlighet till äldreomsorgslyftet för att bli undersköterskor. I dagsläget går 3-4 personal äldreomsorgslyftet och de har en förhoppning att fler ska gå.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten inte uppfyller krav på andel utbildad personal. Ni ska beskriva i åtgärdsplan hur ni ska arbeta framåt med rekrytering och kompetensutveckling för att säkerställa att omvårdnadspersonal som lägst ska ha vård- och omsorgsutbildning eller motsvarande. Inför resultatuppföljningen kommer vi begära in en ny kompetensinventering

## Ledningssystem för kvalitet - Samverkan

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom egna verksamheten samt vilka forum för samverkan som finns inom den egna verksamheten.</li></ul>	<p><i>Rutin för samverkan</i></p>

### Bedömning

Rutinen beskriver olika forum för daglig samverkan och informationsöverföring dock saknas beskrivning av hur olika aktiviteter ska genomföras samt vem som ansvarar för vad.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller kravet eftersom inte tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgår i rutinen. Ni ska även beskriva i åtgärdsplan hur ni ska implementera rutinen i verksamheten. Inför resultatuppföljning kommer rutinen att begäras in.

Hanna Näsholm  
Avtalscontroller  
Enheten för uppföljning  
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet  
Örebro kommun