

Uppföljning av kvalitetskrav

Daglig verksamhet

Utförare: Daglia 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 774/2021. 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.

Daglia AB

Daglia AB har sina lokaler i Mellringe på Återbruksvägen 9. Daglia har tillstånd för totalt 50 deltagare fördelade, i verksamheten på Återbruksvägen 9, i utegruppen, köksgruppen och innegruppen samt externa grupper som finns på City Gross och Mäjlsta gård.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Daglia AB ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska senast den **19 oktober 2022** skicka in åtgärdsplanen till eggetval@orebro.se. Bedömningen är att ni brister inom följande kvalitetskrav:

Avtalspunkter:

- Ledningssystem för kvalitet
 - Samverkan
 - Riskanalys
 - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet
- Dokumentation

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

- Reviderad rutin för samverkan
- Reviderad rutin för riskanalys
- Reviderad rutin för klagomål och synpunkter

Handlingarna ska vara inskickade till eggetval@orebro.se senast den **8 december 2022**.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras **efter 15 december 2022**. 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 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.

Ledningssystem för kvalitet

- Egenkontroll

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska ni genomföra egenkontroller. Dessa ska genomföras inom de områden, med den frekvens och omfattning som ni bedömer krävs för att säkerställa kvalitet. Egenkontroller som genomförs ska dokumenteras. Utöver detta ska ni enligt avtalet, minst en gång per år, utföra egenkontroll gällande dokumentation, följsamhet till avvikelseprocessen och egenkontroll kopplat till basal hygien.

I samband med uppföljningen ombads ni och inkom med er rutin för egenkontroll och en sammanställning av egenkontroll av dokumentation, avvikelseprocessen och basal hygien för de senaste 12 månaderna. I er rutin för egenkontroll framgår att föreståndare är ansvarig för att egenkontroller genomförs. Det framgår hur ofta egenkontroll ska genomföras inom de olika områdena, det framgår urval och att den ska dokumenteras samt sparas. Åtgärdsplan ska upprättas för identifierade brister. Enligt rutinen genomför ni kravställda egenkontroller inom dokumentation, basal hygien och avvikelseprocessen vilket även framgår av er sammanställning av utförda egenkontroller.

I rutinen hänvisas till mallar som ska användas inom tex. dokumentation. På platsbesöket visades dessa mallar och vilka frågor som ska besvaras i respektive egenkontroll och ni beskrev urvalet för egenkontrollen. I er sammanställning av utförda egenkontroller framgår att ni har identifierat brister, satt in åtgärder och följt upp dessa. Beskrivning av åtgärdernas effekt saknas. På platsbesöket beskrev ni att vid en ny egenkontroll går ni tillbaka och kollar på föregående för att få en helhet. Ni framför att ni kan förbättra att dokumentera effekt av insatta och genomförda åtgärder.

Bedömning:

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller avtalets krav. Ni har genomfört avtalets kravställda egenkontroller. Av er rutin framgår hur ni arbetar med egenkontroller och vem som ansvarar. Ni uppger att ni kan arbeta med

förbättringar gällande dokumentation och analys av insatta åtgärder vilket ni bör fortsätta med i ert kvalitetsarbete för att få ett effektivt förändringsarbete.

Bemötande

Enligt avtalet ska ni ha ett aktivt värdegrundsarbete. Deltagare ska även få stöd i att kommunicera vid kognitiv funktionsnedsättning, tal-, syn- och hörselnedsättning och vid annan språktillhörighet. Ni ska arbeta för kontinuitet genom fadderskap och att så få personer som möjligt är inblandade i stödet. Deltagare ska informeras om den planerade tiden förändras eller om det kommer annan personal än vad som planerats.

På platsbesök och av observation framgår att ni arbetar med bilder och scheman över dagens aktiviteter. I verksamheten finns deltagare som inte vill byta arbetsuppgifter och för dem anpassar ni deras dagar samtidigt som ni motiverar att prova andra arbetsuppgifter. I verksamheten finns trivselregler som deltagarna utformat. De värdeord som ska genomsyra verksamheten har deltagarna varit med och utformat. Vid personalförändringar informeras deltagarna i god tid, när det är möjligt. Ni arbetar för att deltagarna ska känna all personal och på så vis skapa trygghet för deltagaren. Ni beskriver att verksamheten ska vara en neutral plattform där politik och religion undviks att diskuteras men allas livsåskådningar och åsikter respekteras.

Bedömning:

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller avtalets krav. Utifrån observation och er beskrivning bedöms att ni har ett värdegrundsarbete som deltagarna involveras i. Ni informerar om personalförändringar för att skapa trygghet för deltagare och ni använder er av bilder och scheman som stöd.

Hygien och smittskydd

Enligt avtalet ska ni följa Arbetsmiljöverkets föreskrift om smittrisker (AFS 2018:4). De verksamheter som utför fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder till deltagare ska följa Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument för hygien och smittskydd samt följa Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2015:10 om basalhygien i vård och omsorg. I riktlinje och föreskrift framgår att arbetskläder ska bytas dagligen, eller då de blivit våta eller synligt förorenade. De ska förvaras torrt och dammfritt och ska tvättas i 60 grader eller cirkulationstvätt.

Av observation vid platsbesök används arbetskläder för utearbete. Deltagare har ett eget omklädningsrum i en anslutande lokal på gården. Personalens arbetskläder förvaras på en hylla i ett förråd och personal kan byta om på toalett eller på kontoret. Kläderna tvättas och torktumlas på arbetsplatsen. Vid delegerade uppgifter såsom läkemedelshantering finns arbetskläder för personal att använda. De förvaras i anslutning till medicinskåp på kontor.

Material för god handhygien finns att tillgå. Det finns handskar, handsprit, tvål och pappershanddukar samt engångsförkläden. Skyddsutrustning finns att tillgå vid behov.

Bedömning:

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller avtalets krav. Av observation och av er beskrivning framgår att ni har arbetskläder vid moment som läkemedelshantering samt att arbetskläderna tvättas och torktumlas i verksamheten. Ni har även material för en god handhygien och det finns skyddsutrustning att tillgå.

Brister i kvalitetskrav

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

Ledningssystem för kvalitet**- Samverkan**

Enligt avtalet ska ni ha ett ledningssystem som uppfyller de krav som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt Patientsäkerhetslagen (2010:659). Ni ska identifiera processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges och det ska framgå av era processer och rutiner hur samverkan bedrivs.

Enligt avtalet ska ni ha en rutin för samverkan som beskriver hur daglig samverkan och intern samverkan sker. Rutinen ska även beskriva hur samverkan sker med LSS/SoL-handläggare, med legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård och Region Örebro län samt eventuella andra aktörer. Ni ska även samverka med deltagaren och/eller dennes företrädare samt samtliga aktörer som är relevant utifrån deltagarens behov.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med en rutin för samverkan. I er inskickade rutin beskrivs intern och extern samverkan. Det framgår forum för informationsöverföring och hur samverkan sker med olika samverkansparter. Rutinen beskrivs gälla för samtliga medarbetare. I rutinen saknas vem som ansvarar för samverkan med vissa externa samverkanspartners och saknar även till viss del vem som ansvarar för den interna samverkan. Vad gäller beskrivning av tillvägagångssättet vid tex. samverkan med hälso- och sjukvården inom Örebro kommun eller Region Örebro län så framgår på platsbesöket att ni har två andra rutiner som beskriver denna samverkan. I dessa rutiner; rutin för hälso- och sjukvårdsinsatser och rutin delegering framgår hur samverkan sker med legitimerad personal från annan vårdgivare och vem som ansvarar för kontakt med legitimerad personal. I rutin för hälso- och sjukvårdsinsatser framgår det inte tydligt att den även omfattar legitimerade inom Region Örebro län och hur den samverkan sker.

Bedömning:

Enheten för uppföljning bedömer att ni till viss del uppfyller kravet vad gäller samverkan. Det framgår på platsbesök och i er rutin att ni samverkar internt med forum för informationsöverföring som avtalet kräver. Ni har även externa samverkanspartners där det framgår hur ni samverkar. Dock saknar er rutin, till viss del, vem som ansvarar för att samverkan ska ske både internt och externt. Enligt avtalet ska det i er rutin framgå hur samverkan sker med legitimerade inom

Region Örebro län vilket ni behöver förtydliga i rutin för hälso- och sjukvårdsinsatser.

Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen där ansvarig och tidsplan ska framgå. Ni ska även inkomma med en reviderad rutin där ansvarsfördelning framgår i er interna samverkan. I den reviderade rutinen ska det även framgå ansvarsfördelning för tex. SIP, samverkan med kommunen och MAS/MAR. Gällande samverkan med legitimerade inom Region Örebro län ska ni revidera rutin för hälso- och sjukvårdsinsatser så det framgår hur samverkan sker.

- Riskanalys

Enligt avtalet och SOSFS 2011:9 ska riskanalyser genomföras på verksamhetsnivå för att identifiera risker som kan komma att påverka verksamhetens kvalitet. Ni ska fortlöpande genomföra riskanalyser vid förändringar i organisationen och de ska dokumenteras. Ni ska även ha en rutin som beskriver hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra verksamheten.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med en rutin för riskanalys och en sammanställning över de riskanalyser ni genomfört de senaste 12 månaderna. Ni har inkommit med en rutin för riskanalys som beskrivs gälla för samtliga medarbetare. Riskanalys på verksamhetsnivå genomförs minst en gång per år samt vid uppstart av nya deltagare. I rutinen framgår inte vem eller vilka som ansvarar för att genomföra riskanalyserna. Det beskrivs att riskanalyserna dokumenteras och var de sparas. I sammanställningen över genomförda riskanalyser samt bifogad dokumentation från tre riskanalyser framgår vilka risker som har identifierats, sannolikhet, konsekvens, förebyggande åtgärder som vidtagits samt ansvarig. Deltagarperspektivet beskrivs också. Det framgår inte av sammanställningen om uppföljning genomförts.

På platsbesök framgår att ni har ett årshjul. I november och december genomförs riskanalyser samt följs upp. Ni genomför även riskanalyser vid behov, till exempel förändringar i verksamheten såsom en ny extern grupp. Ni dokumenterar utifrån den tidigare riskanalysen när ni startar en ny. Uppföljning av tidigare insatta åtgärder dokumenteras i den nya riskanalysen. Ni involverar personal i arbetet genom att på personalmöte gå igenom aktuella riskanalyser.

Bedömning:

Enheten för uppföljning bedömer att ni delvis uppfyller kravet vad gäller riskanalyser. Ni genomför riskanalyser årligen samt även vid behov. Ni dokumenterar dessa men i er rutin saknas vem som är ansvarig för att genomföra riskanalyser. I sammanställningen av era riskanalyser saknas dokumenterad uppföljning. Er rutin innehåller heller inte att uppföljning av insatta åtgärder ska dokumenteras utan endast datum. Ni ska säkerställa att dokumentation vid uppföljning av insatta åtgärders effekt framgår i er rutin samt att ni dokumenterar åtgärdernas effekt i pågående riskanalys. Ni kan då på ett systematiskt sätt använda er av analysen i ert förändringsarbete och eventuella framtida liknande uppkomna risker.

Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen där ansvarig och tidsplan ska framgå. Ni ska inkomma med en reviderad rutin där ansvarsfördelningen ska framgå. Ni ska även tydliggöra i er rutin var ni dokumenterar uppföljningen och att effekt av åtgärderna dokumenteras.

- **Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet**

Enligt avtalet ska ni följa SOSFS 2011:9 och gällande lagstiftning där det framgår att ni har ett ansvar att rapportera, utreda och följa upp händelser (avvikelser), klagomål och synpunkter som sker i eller kommer till verksamheten. Ni ska genom ett strukturerat kvalitetsarbete förebygga att missförhållanden och vårdskador inträffar. Ni ska följa Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter.

I samband med uppföljningen har vi genomfört en granskning av rapporterade händelser i avvikelsemodulen i verksamhetssystemet Treserva. Under perioden 2021-07-19 till 2022-07-19 har ni rapporterat 13 händelser varav sex är bedömda som avvikelser. Granskningen visar att ni inte har rapporterat någon synpunkt eller klagomål. En granskning har även genomförts om klagomål och synpunkter inkommit till Örebro kommun under de senaste 36 månaderna men inget finns diariefört i kommunens system. Kontakt har även tagits med tillsynsmyndigheten IVO med frågan om det finns inkomna klagomål, synpunkter eller rapporterade Lex Sarah för Daglia AB de senaste 36 månaderna. Inga klagomål eller synpunkter eller lex Sarah finns registrerat hos IVO.

I granskning av dokumentation i verkställighetsjournal uppmärksammades två händelser som inte rapporterats i avvikelsemodulen. På platsbesöket framgår att ni har handlingsplaner kopplade till individer och att ni då valt att inte rapportera händelser utan följt handlingsplan. Ni uppger att ni kan bli bättre på att skriva och rapportera avvikelser i avvikelsemodulen. Vad gäller klagomål och synpunkter har ni uppfattat att dessa inte ska rapporteras i avvikelsemodulen i Treserva. Ni har en egen hantering och dokumentation för inkomna klagomål och synpunkter. Under det senaste året har ni tagit emot en handfull klagomål och synpunkter.

I verksamheten har ni en låda där deltagare kan lämna klagomål och synpunkter samt även på deltagarråd som genomförs fyra gånger om året. Vid platsbesöket begärs er rutin för klagomål och synpunkter. I er rutin framgår att föreståndare ansvarar för hantering och utredning. Rutinen saknar att ni ska rapportera klagomål och synpunkter i avvikelsemodulen i Treserva som framgår i Örebro kommuns riktlinje avvikelser, klagomål och synpunkter. Rutinen saknar även beskrivning hur deltagare och anhöriga kan lämna klagomål och synpunkter direkt till Örebro kommun.

Bedömning:

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet i avtalet. Ni hanterar inte verksamhetens klagomål och synpunkter i enlighet med Örebro kommuns riktlinje avvikelser, klagomål och synpunkter. Er rutin ska enligt avtalet beskriva tillämpningen av riktlinjen men den saknar vissa delar.

Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen där ansvarig och tidsplan ska framgå.

Ni ska även inkomma med en reviderad rutin för klagomål och synpunkter där det ska framgå att inkomna klagomål och synpunkter ska rapporteras i avvikelsemodulen i Treserva och i övrigt överensstämna med hanteringen i riktlinjen. Rutinen ska även innehålla hur deltagare och anhöriga ges möjlighet att lämna synpunkter och klagomål direkt till kommunen både skriftligt och muntligt.

Dokumentation

Enlig avtalet ska ni följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation vid genomförandet av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS samt Örebro kommuns riktlinjer som gäller för dokumentation. Genomförandeplan ska upprättas tillsammans med deltagaren eller dennes företrädare, deltagarens önskemål och synpunkter ska framgå. Den ska följas upp var sjätte månad eller vid behov. Den sociala dokumentationen ska utföras med respekt för den enskilde, händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid ska dokumenteras, deltagarens delaktighet och utveckling ska framgå. Dokumentation om deltagare som finns utanför verksamhetssystemet ska förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen (1990:782) som innebär att arkivet ska skyddas mot förstörelse, skada, tillgrepp och obehörig åtkomst där säker förvaring innebär att fysiska handlingar förvaras i läsbara enheter.

Genomförandeplan

Vid uppföljningen av kvalitetskrav som genomfördes hos Daglia AB år 2019 bedömdes att ni inte uppfyllde krav på dokumentation. Genomförandeplaner innehöll inte kravställda delar och deltagarens delaktighet framgick inte i utformandet av insatsen.

I denna uppföljning av kvalitetskrav har vi 2022-08-19 granskat 20 slumpmässigt utvalda deltagares genomförandeplaner. Endast 8 av 20 deltagare hade en aktuell genomförandeplan. För att en genomförandeplan ska bedömas som aktuell ska den vara upprättad inom två månader efter att utföraren mottagit uppdraget. Genomförandeplanen ska sedan följas upp minst en gång var sjätte månad och vid förändringar av deltagares behov. Genomförandeplaner som vid granskning har upprättats längre tid tillbaka än sex månader bedöms inte vara aktuella. Endast de genomförandeplaner som var aktuella granskades innehållsmässigt. I de planer som var aktuella framgick deltagarens delaktighet och på vilket sätt deltagaren var delaktig.

På platsbesöket framförs att vid er halvårsuppföljning var det inte möjligt att kopiera genomförandeplanen för att skapa en ny. Föreståndare tog beslut om att uppföljning av genomförandeplanen ska dokumenteras i verkställighetsjournal och att en ny plan inte skulle skapas. Personalen har även behövt tid att lära sig det nya arbetssättet kring IBIC. I verksamheten finns stöd att tillgå i arbetet med genomförandeplaner, dels av biträdande föreståndare, dels av en medarbetare som tidigare arbetat som stödpedagog.

Social dokumentation

Vid uppföljningen av kvalitetskrav 2019 bedömdes att den sociala dokumentationen i verkställighetsjournal inte uppfyllde kraven då det varken framgick hur insatsen genomfördes eller deltagarens utveckling.

Gällande social dokumentation i verkställighetsjournal granskades 10 slumpmässigt utvalda deltagares journaler under perioden 2022-01-19 till 2022-08-19. Granskningen visar att 9 av 10 journaler har en kontinuerlig dokumentation där det framgår händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid. Av dokumentationen går det att följa insatsens utförande och deltagarens utveckling mot mål. Det framgår även deltagarens önskemål, upplevelse och egna initiativ. Dokumentationen är även utformad med respekt för deltagarens integritet.

Av observation på platsbesök framgår att ni förvarar dokumentation som sker utanför verksamhetssystem i låsbart arkivskåp i verksamhetens kontor.

Bedömning:

Enheten för uppföljning bedömer att ni delvis uppfyller avtalets krav. Granskningen av deltagarens genomförandeplaner visar att en stor andel av era deltagare saknar en aktuell genomförandeplan, vilket är en brist. I de åtta planer som bedömdes som aktuella framgår deltagarens delaktighet och på vilket sätt. Urvalet är dock för litet för att bedöma om en förbättring skett sedan förra uppföljningen 2019 avseende deltagarens delaktighet i utformandet av insatsen. I december 2022 ska en ny granskning genomföras för att undersöka om era åtgärder gett effekt gällande aktuella genomförandeplaner och dess innehåll.

Vad gäller den sociala dokumentationen i verkställighetsjournal visar granskningen att ni uppfyller avtalets krav. Ni dokumenterar händelser av betydelse, faktiska omständigheter över tid och det går att följa insatsens utförande samt deltagarens utveckling. Sedan förra uppföljningen, år 2019, framgår en förbättring avseende att ni dokumenterar kontinuerligt om insatsens utförande och deltagarens utveckling mot mål.

Vad gäller förvaring av dokumentation utanför verksamhetssystem uppfyller ni avtalets krav då ni förvarar den i en låsbar enhet i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen (1990:782).

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som ska innehålla hur ni ska åtgärda bristen gällande genomförandeplaner. I åtgärdsplanen ska det framgå vilka åtgärder ni planerar för att åtgärda bristen, ansvarig och tidsplan.

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 platsbesök i verksamheten.

Underlag för bedömning:

- Intervju
- Observation
- Avvikelser
- Journal
- Dokumentation
- Rutiner
- Tidigare uppföljningar

Caroline Lindqvist
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Myndighetsverksamheten, Örebro kommun