

**Aspen Partner AB****Resultatuppföljning av kvalitetskrav**

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskraven i er verksamhet. I samband med uppföljningen upptäcktes brister som presenterades i rapport daterad 2022-06-01. Aspen Partner ombads inkomma med en åtgärdsplan med åtgärdsaktiviteter, tidsplan samt vem som är ansvarig. Ni ombads också att skicka in dokumentation av genomförda egenkontroller, riskanalyser, uppdaterade rutiner samt en uppdaterad kompetensinventering

Vi har nu, utifrån de brister som tidigare identifierats, genomfört en resultatuppföljning. Vi har tagit del av åtgärdsplan och övriga handlingar ni har skickat in.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att det fortfarande finns brister där vidtagna åtgärder inte gett önskad effekt vilket medför att bristerna inte åtgärdats i tillräcklig omfattning. Resultatuppföljningen visar även att ni har åtgärdat vissa brister.

**Beslut**

Enheten för uppföljning bedömer att nedanstående brister inte är åtgärdade i tillräcklig omfattning.

- Trygghetslarm
- Ledningssystem för kvalitet
  - Egenkontroller avvikelser

Enheten för uppföljning beslutar därmed att Aspen Partner ska fortsätta vidta åtgärder utifrån åtgärdsplanen och fortsätta det pågående arbetet för att åtgärda bristerna.

Med anledning av beslutet ovan ska utföraren även skicka in följande handlingar:

- Uppdaterad rutin för trygghetslarm så den förutom nuvarande innehåll också innefattar hur ni samarbetar med kommunens nattorganisation, hemsjukvården, gruppen för välfärdsteknik, samt hur ni hanterar driftstörningar och avbrott i larmkedjan.
- Sammanställning av utförda egenkontroller av avvikelser.

Ni ska senast den 30/11 2022 skicka in begärda handlingar till [egerval@orebro.se](mailto:egerval@orebro.se) som styrker att de brister som kvarstår är åtgärdade i tillräcklig omfattning.

Enheten för uppföljning kommer genomföra en ny resultatuppföljning i december 2022. Vilket innebär att vi kommer att granska inkomna dokument samt genomföra en dokumentationsgranskning av inkomna larm.

Om brister då kvarstår 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.

## **Bedömning**

### **Åtgärdade brister**

Resultatuppföljningen visar att bristerna avseende följande kvalitetskrav har åtgärdats.

### **Ledningssystem för kvalitet - Samverkan**

Enligt avtal ska utföraren ha en rutin som beskriver daglig samverkan och informationsöverföring inom den egna verksamheten, det ska också framgå i vilka forum samverkan sker. Rutinen ska beskriva samverkan med kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation, Region Örebro län, Örebro kommuns nattorganisation, biståndshandläggare, kommunens grupp för välfärdsteknik, korttidsenheter samt andra utförare.

Vid uppföljningen identifierades en brist inom denna punkt i avtalet eftersom er rutin för intern och extern samverkan saknade beskrivningar av hur ni samverkar med Region Örebro län, Örebro kommuns nattorganisation,

biståndshandläggare, gruppen för välfärdsteknik, korttidsenheter samt hur ni samverkar med andra utförare. Ni ålades att inkomma med en åtgärdsplan samt en reviderad rutin för samverkan som innehåller de kravställda delarna.

**Resultatuppföljning:** Ni har inkommit med en åtgärdsplan och en uppdaterad rutin för samverkan. Åtgärdsplanen beskriver att samverkansrutinen är lättillgänglig för personalen och finns i en pärm samt i verksamhetens ”moln”. En ny samverkansrutin som innehåller samtliga kravställda delar har också inkommit. I rutinen går det att utläsa vad, när och hur samverkan ska ske samt vem som är ansvarig.

**Bedömning:** Då rutinen innehåller kravställda delar bedömer enheten för uppföljning att ni uppfyller kravet i avtalet.

## Dokumentation

Enligt avtalet ansvarar utföraren för att tillsammans med kunden upprätta en genomförandeplan senast 30 dagar efter ett mottaget uppdrag. Genomförandeplanen ska uppdateras minst var sjätte månad, det ska också framgå hur och när uppdraget ska utföras. Vid uppföljningen granskades 21 genomförandeplaner där samtliga uppfyllde kraven och ni bedömdes därmed uppfylla kraven om genomförandeplaner.

Enligt avtal ska dokumentation som sker i verkställighetsjournalen ske med respekt för kundens integritet, händelser av betydelse och faktiska omständigheter samt den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas över tid.

Vid uppföljningen av verkställighetsjournaler identifierades en brist då journalanteckningarna inte innehöll händelser av betydelse i tillräcklig utsträckning samt att faktiska omständigheter över tid inte gick att följa. Vid uppföljningen granskades totalt 42 journaler, det framkom att händelser av betydelse och omständigheter över tid saknades i 16 journaler. Ett mönster som framkom i granskningen var att kunder som enbart hade serviceinsatser hade få eller inga journalanteckningar i verkställighetsjournalen. Ni ålades att i en åtgärdsplan beskriva hur ni skulle åtgärda den bristande dokumentationen.

**Resultatuppföljning:** Ni har inkommit med en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen beskriver ert arbete med dokumentationen i verkställighetsjournal i form av individuell genomgång för personalen samt hur dokumentationen i verkställighetsjournalen ska följas upp.

En ny granskning av verkställighetsjournaler för både service- och omvårdnadskunder har gjorts. Granskningen innefattade 21 st verkställighetsjournaler. Händelser av betydelse och omständigheter över tid fanns i 16 av de granskade journalerna.

**Bedömning:** Enheten för uppföljning bedömer att åtgärderna i åtgärdsplanen

har haft effekt och att ni därigenom uppfyller kravet i avtalet.

### **Ledningssystem för kvalitet - Riskanalyser**

Enligt avtal ska verksamheten ha en rutin för hur ni arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra verksamheten.

Vid uppföljningen skickade ni in er rutin för hur ni arbetar med riskanalyser. Rutinen beskriver när riskanalyser ska göras, vilka som ska delta, vem som är ansvarig samt hur de ska göras. Enheten för uppföljning bedömde att rutinen uppfyllde kravet i avtalet. En sammanställning av genomförda riskanalyserna från de senaste 12 månaderna begärdes också in.

De inskickade riskanalyserna påvisade att ni hittat källor till riskerna, bedömt riskens allvarlighetsgrad, genomfört åtgärder samt redovisat vem som är ansvarig för riskanalysen. Vid uppföljningen konstaterades en brist då det inte gick att utläsa om åtgärderna varit rätt och om de haft någon effekt.

Ni ålades att i en åtgärdsplan beskriva hur ni fortsättningsvis ska dokumentera uppföljningen av genomförda riskanalyser och på så sätt ta lärdom av tidigare risker i det systematiska kvalitetsarbetet. Ni ålades också att skicka in dokumentation från tidigare riskanalyser där det framgår om åtgärderna haft effekt.

**Resultatuppföljning:** Ni har inkommit med en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen beskriver att ni infört nya arbetssätt och rutiner från och med september 2022, ni beskriver att åtgärderna och dess effekt från och med nu alltid kommer att dokumenteras. Ni beskriver också att åtgärderna i de inskickade riskanalyserna har haft önskad effekt samt kunnat anpassas utifrån ändrade behov.

**Bedömning:** Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller kravet i avtalet då ni beskriver att åtgärderna i de genomförda riskanalyserna har haft avsedd effekt. Ni anger också att riskanalysernas åtgärder och effekt från och med nu alltid kommer att dokumenteras så ni kan ta lärdom av tidigare risker i det systematiska kvalitetsarbetet.

## **Kvarstående brister**

Resultatuppföljning visar att följande brister kvarstår och ska hanteras enligt beslut ovan.

## **Ledningssystem för kvalitet**

### **- Egenkontroller**

Enligt avtal ska ni årligen genomföra egenkontroller kring följsamhet till riktlinje Avvikelser, klagomål och synpunkter, Riktlinje för basal hygien, samt följsamhet till avsnittet Dokumentation i avtalet. Ni ska också ha rutiner som beskriver hur ni jobbar med egenkontroller

Vid uppföljningen framkom att ni har rutiner för egenkontroller gällande basal hygien, dokumentation och avvikelshantering. Enheten för uppföljning bedömde att rutinerna uppfyllde kravet i avtalet.

Ni skickade också in sammanställningar av egenkontroller för basal hygien och dokumentation. Ingen genomförd egenkontroll för avvikelshantering inkom och en brist konstaterades.

Egenkontroller avvikelser

Ni ålades att i en åtgärdsplan beskriva hur ni i fortsättningen ska arbeta med egenkontroller av avvikelser, samt skicka in en sammanställning egenkontroller av avvikelser.

**Resultatuppföljning:** Ni har inkommit med en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen beskriver hur ni i framtiden ska arbeta med egenkontroller av avvikelser, ni har förmedlat att ni har uppdaterat er rutin och att ni från och med augusti 2022 ska återuppta avvikelseträffar på regelbunden basis. Ingen sammanställning av egenkontroller av avvikelser har inkommit.

**Bedömning:** Enheten för uppföljning bedömer att ni inte lever upp till avtalet då ingen sammanställning av egenkontroller av avvikelser har inkommit.

Ni behöver skicka in en sammanställning av genomför egenkontroll för avvikelser.

## **Trygghetslarm**

Enligt avtal ska ni följa Riktlinjen för utförande av trygghetslarm. Utifrån riktlinjen ska utföraren ha en rutin som beskriver larmbesvarandet mellan kl 7-22, rutinen ska beskriva hur samverkan med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik, hemsjukvården samt personer med skyddad identitet går till.

Rutinen ska också beskriva hur utföraren hanterar driftstörning samt avbrott i larmkedjan. Samtliga larm ska också dokumenteras, i dokumentationen ska orsak till larmet och vidtagna åtgärder framkomma.

Vid uppföljningen skickade ni in en rutin för trygghetslarm, rutinen saknade beskrivningar av hur ni hanterar personer med skyddad identitet, driftstörning, avbrott i larmkedjan samt samverkan med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik och hemvården. En brist konstaterades då er rutin för trygghetslarm saknade kravställda delar. Ni ålades att skicka in en ny rutin där de kravställda delarna ingår.

Vid uppföljningen gjordes också granskning av dokumenterade larm i verkställighetsjournalen gjordes under perioden januari- mars 2022. Det inkom 62 larm till er, vi granskade 15 av dessa, 9 larm var dokumenterade i verkställighetsjournalen. En brist konstaterades, då inte alla larm dokumenterades och ni ålades att i en åtgärdsplan beskriva hur med att de inkomna larmen ska dokumenteras i verkställighetsjournalen.

**Resultatuppföljning:** Ni har inkommit med en uppdaterad rutin för trygghetslarm. Rutinen innehåller beskrivningar hur just er verksamhet jobbar med att ta emot larm, den beskriver också hur ni säkerställer att era larmtelefoner fungerar och är i drift. Den innehåller också information hur ni hanterar kunder som har skyddad identitet. Rutinen saknar dock en beskrivning av er samverkan med nattorganisationen, hemsjukvården och gruppen för välfärdsteknik. Rutinen saknar också hur ni hanterar ett driftsavbrott, med driftsavbrott menas att larmet till en eller flera kunder inte fungerar.

En åtgärdsplan har inkommit till enheten för uppföljning. I åtgärdsplanen beskriver ni att samtlig personal har haft enskilda samtal kring vikten av att dokumentera inkomna larm, en stående punkt på APT som behandlar dokumentation av larm har också upprättats. Som en del i uppföljningen har 10 larm mellan juni-augusti 2022 granskats, i granskningen framkom att 3 av 10 larm dokumenterades i verkställighetsjournalen.

**Bedömning:** Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet i avtalet då er rutin för trygghetslarm inte innehåller samtliga kravställda delar, mottagna larm har heller inte dokumenteras i tillräcklig utsträckning. Ni behöver fortsätta jobba med aktiviteterna i åtgärdsplanen samt skicka in en uppdaterad rutin för besvarande av larm som innehåller kravställda delar i avtalet.

## Påpekande

Resultatuppföljningen visar att bristerna avseende följande kvalitetskrav har förbättrats men kvarstår om än i mindre omfattning och ska hanteras inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete.

Ni har sedan tidigare fått påpekanden inom följande avtalspunkt:

### Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Enligt avtal ska utföraren säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningar som kommunen tillhandahåller.

Inför och efter platsbesöket inkom en kompetensinventeringsplan. Enheten för uppföljning konstaterade en brist då inte all personal hade gått de obligatoriska utbildningarna. Ni ålades ta fram en åtgärdsplan där ni beskriver ert arbete för att säkerställa att all personal genomgår utbildningarna.

**Resultatuppföljning:** Ni har inkommit med en åtgärdsplan. I åtgärdsplanen beskriver ni att ni gjort en omorganisering av personalen där viss personal enbart jobbar med kommunkunder, samt att de flesta i personalen har gått de obligatoriska utbildningarna eller ska gå dem. Ni beskriver också att kompetensinventeringsplanen gett er en överblick över utbildningsbehovet.

En ny kompetensinventeringsplan har inkommit till enheten för uppföljning. I kompetensinventeringsplanen framkommer att en ökning av antalet personal som gått utbildningarna har skett. Andelen omvårdnadspersonal som genomgått utbildningen för mat måltid och nutrition har ökat från 30% till 70%. Personal som genomgått utbildningen för IBIC har ökat från 18% till 65% och personal som genomgått reservutbildningen har ökat från 50% till 100%. 88% av personalen har genomgått utbildningen för basal hygien, utbildningen ska genomgåas en gång per år, endast 41% av personalen har gått utbildningen det senaste året.

**Bedömning:** Enheten för uppföljning bedömer att ni fortfarande brister i avtalspunkten då all personal inte genomgått de obligatoriska utbildningarna. Kompetensinventeringen visar dock att insatta åtgärder har haft effekt då en ökad andel av personalen har genomgått de obligatoriska utbildningarna. Ni tilldelas ett påpekande vilket innebär att ni inom ert eget kvalitetsarbete ska fortsätta arbeta med att alla ska genomgå alla obligatoriska utbildningar.

### Krav på verksamhet och ledning - omvårdnadspersonal

Enligt avtal ska 85% av personalen som jobbar med omvårdnad ha genomgått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande.

Vid uppföljningen skickade ni in en kompetensinventeringslista där det framkom att 12 personal jobbar med omvårdnad och att 8 av dem hade gått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande utbildning (67%). En brist konstaterades och ni ålades att i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska säkra kompetensen för personal om jobbar med omvårdnad.

**Resultatuppföljning:** Ni har inkommit med en åtgärdsplan och en uppdaterad kompetensinventeringslista har. I åtgärdsplanen beskriver ni att ni från och med nu endast ska rekrytera undersköterskor samt att ni jobbar med validering av befintlig personal.

Den uppdaterade kompetensinventeringslistan visar att 11 av personalen jobbar med omvårdnad, 7 av dessa har utbildning motsvarande omvårdnadsprogrammet eller liknande.

**Bedömning:** Enheten för uppföljning bedömer att bristen kvarstår men att resultatet av de planerade åtgärderna inte ger en omedelbar och synlig effekt. Ni behöver fortsätta att arbeta enligt er åtgärdsplan. Ni tilldelas därför ett påpekande som innebär att bristen kvarstår men att den ska hanteras inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete.

Ni har sedan tidigare fått påpekanden inom nedanstående avtalpunkter.

## **Ledningssystem för kvalitet**

### **-Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet**

Per Lindqvist  
Avtalscontroller  
Enheten för uppföljning  
Myndighetsverksamheten  
Örebro kommun