

Uppföljning av kvalitetskrav

Daglig verksamhet

Utförare: INDA Utveckling 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 776/2021. 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.

INDA

INDA är en av Örebro kommuns utförare av daglig verksamhet enligt lagen om valfrihetssystem, LOV. INDAs huvudverksamhet är lagret på Adolfsbergsvägen 4, där utförs arbetsuppgifter som sortering, etikettering, montering och paketering. Verksamheten har även en extern grupp på en gymnasieskola som driver caféverksamhet. Utöver detta har verksamheten nio externa individuella platser som införskaffas utifrån deltagares önskemål. INDA arbetar aktivt för att deltagare ska få möjlighet att utvecklas mot arbete. Omkring en deltagare per år har gått vidare mot anställning.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brist av mindre omfattning i er verksamhet. För denna brist tilldelas ett påpekande.

Mindre omfattande brist har identifierats inom följande kvalitetskrav:

- **Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet**

Identifierad brist ska åtgärdas inom ramen för ert eget kvalitetsarbete. Ni ska dokumentera hur verksamheten åtgärdat bristen vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett. Dokumentationen kan komma att begäras in. Enheten för uppföljning beslutar därmed att avsluta denna uppföljning.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Ledningssystem för kvalitet - Samverkan

Enligt avtalet (3.4) 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 där samverkan är en av de kravställda delarna. Enligt avtalet ska ni ha en rutin för samverkan som beskriver hur daglig 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.

Vi har tagit del av era rutiner för samverkan som beskriver er dagliga samverkan internt och vilka forum ni har för detta så som deltagarråd, morgonmöte och ärendehandledning. Det framgår hur ni löpande samverkar med LSS-vägledare, LSS-handläggare och legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård och Region Örebro län. Andra externa aktörer som är relevanta för deltagarens behov så som externa företag där deltagare arbetar, gruppboenden, boendestödjare och anhöriga finns med i samverkansrutinen. Era inskickade rutiner för samverkan beskriver tydligt vad de avser och hur samverkan ska ske samt vem som är ansvarig för de efterfrågade delarna.

På platsbesöket samtalade vi om ärendedragning som är ett av de beskrivna interna forumen som dels sker på morgonmöten, veckomöten och i samband med APT. Vid behov kan dessa bokas in tidigare och även inbegripa att föreståndare eller extern handledare deltar.

Bedömning:

Genom att ta del av er rutin och genom samtal på platsbesök, gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni uppfyller avtalets krav avseende samverkan. Er rutin innehåller en beskrivning av hur ni samverkar internt och vilka forum och arbetssätt som finns och som även tydliggjordes under platsbesöket. Er rutin beskriver även er externa samverkan med handläggare, legitimerad personal på Örebro kommun och Region Örebro län.

Ledningssystem för kvalitet

- Riskanalyser

Enligt avtalet (3.4) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) ska ni ha ett ledningssystem som uppfyller de krav som finns på ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete där riskanalyser är en av de kravställda delarna. Ni ska fortlöpande genomföra riskanalyser vid förändringar i organisationen och dessa ska dokumenteras. Ni ska även ha en rutin som beskriver hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra verksamheten.

Vi har tagit del av en sammanställning över de riskanalyser ni genomfört de senaste 12 månaderna. Ni har även inkommit med rutin för riskanalys samt er mall som ni från och med i år ska dokumentera riskanalyser i. Rutinen för riskanalys beskrivs gälla för samtliga medarbetare och redogör för ansvarsfördelning. Riskanalys på verksamhetsnivå genomförs minst en gång per år samt vid uppstart av nya deltagare, eller när nya arbetsuppgifter tillkommer under året. De ska dokumenteras i en mall där en beskrivning görs av risken, skattning och en plan som ska innefatta åtgärder samt ansvarig och uppföljning.

I sammanställningen över genomförda riskanalyser samt bifogad dokumentation från riskanalyser framgår att dessa genomförs årligen samt vilka risker som har identifierats, sannolikhet, konsekvens, förebyggande åtgärder som vidtagits samt ansvarig. Riskanalyserna ska följas upp i november 2022. I er rutin framgår att uppföljning av insatta åtgärder ska dokumenteras och att ni ska implementera den nya mallen i år.

På platsbesöket samtalade vi om hur ni gör kring förändringar i verksamheten som inte kan förutses på årsbasis, som till exempel att handledare slutar eller när en vattenskada uppstår. Ni beskrev att detta görs på samma sätt som när det uppstår nya arbetsuppgifter som behöver riskanalyseras, pågående riskanalys kompletteras med ny/nya risker. Ni beskrev även att ni ska följa upp riskanalyserna mer frekvent under året och ska uppmärksamma på nya risker som uppstår runt och i verksamheten.

Bedömning:

Genom att ta del av er rutin, er sammanställning samt genom samtal på platsbesök gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni uppfyller krav avseende riskanalyser. Er rutin innehåller kravställda delar och ni har utfört och dokumenterat verksamhetens analyser, ni har även identifierat risker, vidtagit åtgärder och följt upp åtgärdernas effekt.

Ledningssystem för kvalitet

- Egenkontroller

Enligt avtal (3.4) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska ni löpande genomföra egenkontroller. Dessa ska genomföras inom de områden, med den frekvens och omfattning som ni bedömer krävs för att säkerställa kvaliteten.

Egenkontroller som genomförs ska dokumenteras. Utöver detta ska ni enligt avtalet, minst en gång per år, utföra egenkontroll gällande dokumentation, följsamhet till avvikelprocessen och egenkontroll kopplat till basal hygien.

Vi har tagit del av er rutin för egenkontroller och en sammanställning över de egenkontroller som genomförts de senaste 12 månaderna. Enligt er rutin så genomförs kravställda egenkontroller inom dokumentation, basal hygien och avvikelprocessen vilket även framgår av er sammanställning. Av rutinen framgår hur ofta ni ska genomföra egenkontroller, vem som är ansvarig och hur de ska genomföras tex. genom att använda mallar. Av sammanställningen framgår att ni har uppmärksammat brister och satt in åtgärder och följt upp dessa åtgärder.

På platsbesöket tillfrågades ni om hur åtgärdernas effekt efter identifierad brist i egenkontroller dokumentera: Ni visade då er handlings/åtgärdsplan där det framgick att åtgärdernas effekt dokumenterats vid uppföljning av handlings/åtgärdsplan.

Bedömning:

Genom att ta del av rutin, er sammanställning och genom samtal och observation på platsbesöket gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni uppfyller avtalets krav avseende egenkontroller. Detta för att er rutin innehåller kravställda delar och ni har utfört de egenkontroller ni är ålagda att genomföra. Vi kan även se att ni vid identifierade brister vidtagit åtgärder och följt upp deras effekt i handlings/åtgärdsplan.

Dokumentation

Enligt avtal (3.7) ska ni följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation vid genomförandet av insatser samt Örebro kommuns riktlinjer för dokumentation. Ni ska utifrån uppdraget upprätta en genomförandeplan tillsammans med deltagaren eller dennes företrädare och deltagarens synpunkter, önskemål och delaktighet ska framgå. Genomförandeplanen ska följas upp vid behov och minst en gång var sjätte månad.

Den sociala löpande dokumentationen i verkställighetsjournalen ska utformas med respekt, det ska framgå när verkställighet påbörjas, händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid. Deltagarens delaktighet ska framgå och den personal som utför deltagarens insats är den som ska anteckna i deltagarens verkställighetsjournal. 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.

Som en del i uppföljningen har vi granskat 10 slumpmässigt utvalda genomförandeplaner för INDAs deltagare. Alla 10 är aktuella och därmed

uppföljda de senaste sex månaderna. I alla granskade planer framgår deltagarens delaktighet och mål med insatsen. Det framgår även hur och när uppdraget ska genomföras för att tillgodose deltagarens behov och mål.

Vi har även granskat 10 slumpmässigt utvalda verkställighetsjournaler för era deltagare. I alla dessa är dokumentationen utformad med respekt för deltagaren, i nio framgår händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid. I åtta av dessa journaler finns insatsens utförande beskrivet och deltagarens utveckling mot mål.

Vi har tagit del av tidigare uppföljning från 2019 där brist identifierades kopplat till genomförandeplaner som saknade kravställda delar.

Vid platsbesök observerades att verksamheten har låsbart arkivskåp på ett kontor, där förvaras personakter och uppgifter som rör deltagare som förvaras utanför verksamhetssystem.

Bedömning:

Genom att granska er dokumentation och genom observation på platsbesök gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni uppfyller avtalets krav kring dokumentation. Alla era genomförandeplaner är aktuella, delaktigheten framgår och mål finns dokumenterat. I granskade verkställighetsjournaler ser vi att innehållet är utformat med respekt för deltagaren, i nästintill alla framgår händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid samt beskrivning av insatsen utförande och deltagarens utveckling mot mål.

Bemötande

Enligt avtal (3.10) ska ni ha ett aktivt värdegrundsarbete som överensstämmer med Örebro kommuns värdegrund för målgruppen. Deltagare ska få stöd i att kommunicera vid kognitiv funktionsnedsättning, tal-, syn- och hörselnedsättning och vid annan språktillhörighet. Ni ska skapa kontinuitet för den enskilde genom fadderskap och att individuella genomförandeplaner upprättas och följs. Så få personer som möjligt är inblandade i stödet så att deltagaren får stöd av personal som denne känner igen. Insatserna ska planeras så att de utförs efter deltagarens behov, vanor och rutiner oberoende av vem eller när insatsen utförs. Ni ska även informera deltagaren om den planerade tiden förändras eller om det kommer någon annan personal än vad som planerats.

På platsbesök beskriver ni ert värdegrundsarbete som dels är en del av er introduktion av nya medarbetare, dels en pågående dialog med deltagare om hur alla i verksamheten ska vara gentemot varandra. Deltagare tillfrågas i en deltagarenkät, en gång per år, hur de tycker att de bemöts av handledare i verksamheten. Vid den senaste mätningen skattade deltagare detta till 4,7 av 5. Det framkommer även att ni arbetar med bildstöd, bildtelefoni, stödtecken och teckenspråk som stöd i kommunikationen med deltagare.

INDA har hög personaltäthet och behöver väldigt sällan ta in vikarier i

verksamheten, föreståndare och biträdande föreståndare kan även vara behjälpliga vid behov. De gånger de har behövt ha vikarie ges information till deltagarna så snart som möjligt och desamma gäller vid sommarplanering.

Bedömning:

Genom samtal på platsbesök gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni uppfyller avtalets krav avseende bemötande. Ni har ett aktivt värdegrundsarbete och erbjuder stöd i kommunikation till era deltagare. Ni har en hög personkontinuitet och enkätsvar visar på att era deltagare är nöjda med personalens bemötande.

Hygien och smittskydd

Enligt avtalet (3.15) 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. 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. Verksamheten ska även tillhandahålla skyddsutrustning till personalen.

På platsbesöket observerades att det finns tillgång till arbetskläder vid utförande av HSL-insats. En deltagare har HSL-insats i form av behovsmedicin som aldrig har behövts användas i verksamheten. Det finns tvättmaskin och tillgång till torktumlare i närliggande byggnad. I verksamheten finns skyddsutrustning i form av handskar, handsprit, tvål, pappershanddukar samt engångsförkläden.

Bedömning

Genom observation och samtal på platsbesöket gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni uppfyller avtalets krav kring hygien och smittskydd. Ni har tillgång till arbetskläder vid fördelning av HSL-insats och ni tillhandahåller skyddsutrustning.

Påpekande

Nedanstående brist har föranlett ett påpekande och ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete.

Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Enligt avtalet (3.4) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) framgår att ni har ett ansvar att rapportera, utreda och följa upp händelser (avvikelser), klagomål och synpunkter som inkommer till eller sker i er verksamhet. Ni ska även följa Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter. Ni ska även informera och möjliggöra för deltagaren och anhöriga att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till Örebro kommun. Ni ska även informera och utbilda personal om rapporteringsskyldigheten.

I samband med uppföljningen har vi genomfört en granskning av rapporterade händelser i avvikelsemodulen i verksamhetssystemet Treserva. Under perioden 20211001–20221001 har ni rapporterat 5 händelser varav alla är bedömda som avvikelser. I samband med uppföljning har kontakt tagits med tillsynsmyndigheten IVO med frågan om rapporterade Lex Sarah för INDA de senaste 36 månaderna. En Lex Sarah rapport har inkommit till IVO vilken ni även upplyst/informerat Örebro kommun om.

På platsbesöket och i sammanställningen över genomförda egenkontroller framkommer ett pågående arbete och åtgärder kring en eventuell underrapportering av händelser. Under perioden 20221002 – 20221116 kan vi se att ytterligare 5 händelser har rapporterats. Det framkom även att ni vid nyanställning och löpande årligen utbildar och informerar personalen om rapporteringsskyldigheten.

Synpunkter och klagomål

Av de granskade rapporterade händelserna i Treserva under perioden 20211001–20221001 avser ingen synpunkter eller ett klagomål. Det har inte heller inkommit några till Örebro kommun under de senaste 36 månaderna. IVO har inga inkomna klagomål eller synpunkter att upplysa om.

Vi har tagit del av er rutin för hantering samt er blankett för att lämna klagomål och synpunkter till verksamheten eller till Örebro kommun.

På platsbesöket framkommer att ni inte registrerat synpunkter och klagomål i Treserva, men kommer göra detta fortsättningsvis. Ni informerade även om hur deltagare och anhöriga får vetskap om vart de kan lämna synpunkter och klagomål.

Bedömning avvikelser och rapporteringsskyldighet

Genom att granska era rapporterade händelser och samtal på platsbesöket gör

Enheten för uppföljning bedömningen att ni uppfyller avtalets krav avseende avvikelser och utbildning i rapporteringsskyldighet. Detta då vi kan se att ni rapporterar händelser och har ett pågående förbättringsarbete för att motverka en eventuell underrapportering, vilket vi kan se effekter av.

Bedömning synpunkter och klagomål

Genom att ta del av rutin, granskning i Treserva och genom samtal på platsbesöket gör Enheten för uppföljning bedömningen att ni delvis uppfyller kravet kring synpunkter och klagomål. Er rutin och blankett innehåller kravställda delar, dock rapporterar ni inte synpunkter och klagomål i Treserva. Då ni redan påbörjar förändringsarbete bedöms detta fortsättningsvis kunna åtgärdas inom ramen för ert eget kvalitetsarbete. Ni ska dokumentera hur ni åtgärdat detta och vilka effekter åtgärderna gett. Dokumentationen kan komma att begäras in.

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
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Journal
- Dokumentation
- Rutiner
- Policy
- Tidigare uppföljningar

Hanna Hernebring
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun