

# Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Hagagården, Örebro kommun

## Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i den överenskommelse verksamheten tecknat med Örebro kommun Sov 278/2021. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång var tredje år enligt riktlinje för avtals- och verksamhetsuppföljning, Sov 215/2020.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

## Örebro kommun - Hagagården

Hagagården är ett vård-och omsorgsboende beläget i Glanshammar, 1,5 mil norr om Örebro. Boendet har tre avdelningar, en med inriktning somatik och två med demensinriktning, samt tre korttidsplatser. På Hagagården bor 32 hyresgäster och personalgruppen består av drygt 50 personer.

## Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Hagagården ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd. Hagagården ska senast den **21 juni 2023** skicka in åtgärdsplanen till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se)

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

- **Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**
- **Kompetens omvårdnadspersonal**
- **Ledningssystem för kvalitet**
  - Samverkan
  - Riskanalyser
  - Egenkontroller
  - Rapportering av avvikelser, klagomål och synpunkter
- **Dokumentation**
- **Mat, måltid och nutrition**
- **Anhörigstöd**

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

- Rutin som beskriver hur samverkan och informationsöverföring sker internt mellan olika professioner och funktioner. Vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används samt hur samverkan sker med regionen.

- Rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser.
- Rutin för hantering av avvikelser.
- Rutin för mat, måltid och nutrition som beskriver när och hur en patients näringstillstånd ska utredas sam hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas.
- Rutin som beskriver hur ni arbetar för att göra anhöriga delaktiga i vården och omsorgen.

Handlingarna ska vara inskickade till [eggetval@orebro.se](mailto:eggetval@orebro.se) senast den **6 september 2023**.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den **6 september 2023**, vilket innebär att vi kommer granska inkomna rutiner, genomföra en dokumentationsgranskning i verkställighetsjournal samt granska avvikelser i Treserva.

## Bedömning

### Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att Hagagården uppfyller nedanstående kvalitetskrav:

#### Dokumentation i IT-system

##### *Senior Alert*

Enligt överenskommelsen och Örebro kommuns riktlinje för vårdprevention ska utföraren genomföra riskbedömning enligt Senior Alert. De områden som ska riskbedömas är trycksår, undernäring, fall, blåsdysfunktion och munhälsa. Utifrån identifierade risker ska åtgärder genomföras och följas upp. Utföraren ska vidta adekvata åtgärder för att förebygga eller åtgärda de risker som identifieras. För att bedöma om ni uppfyller kravet i avtalspunkten begärdes ett registeruttag från Senior Alert in. Uttaget visar att riskbedömningar är genomförda inom samtliga områden.

##### *BPSD*

Enligt krav ska boenden med demensinriktning registrera i BPSD-registret och använda det arbetssätt som beskrivs där. Detta innebär bland annat att ni ska ha en eller flera BPSD-administratörer. Ni har skickat in begärd kompetensinventering och där framkommer att ni har elva BPSD-administratörer.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller krav i avtalspunkten då ni har BPSD-administratörer samt att ni registrerar riskbedömningar inom samtliga riskområden i Senior Alert.

### **Skydds- och begränsningsåtgärder**

Enligt Länsövergripande Riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder i Örebro läns kommuner ska samtycke inhämtas från den enskilde för att det ska vara tillåtet att använda skydds- och begränsningsåtgärder. Syftet med åtgärden ska vara att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera den enskilde. Åtgärder som syftar till att utöva tvång eller mot den enskildes vilja begränsa hans rörelsefrihet är inte tillåtna. Syftet med åtgärden får inte heller vara att kompensera för brister i verksamheten. I dokumentation ska kartläggning, riskanalys och de etiska överväganden som varit aktuella framkomma. Skydds- och begränsningsåtgärder ska följas upp två gånger per år. För att bedöma om ni uppfyller kravet i avtalspunkten fick ni göra en inventering av verksamhetens skydds- och begränsningsåtgärder i form av rullstolsbord, positioneringsbälte och/eller uppfällda sänggrindar. Vi kan utifrån den se att ni har 14 skydds- och begränsningsåtgärder som i tillräcklig omfattning har dokumenterat samtycke och syfte samt dokumenterad riskbedömning och uppföljning.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni lever upp till kraven då ni arbetar enligt Riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder.

### **Hygien och smittskydd**

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och rutiner gällande hygien och smittskydd som finns publicerade på kommunens och Regionens hemsidor. Utföraren ska även följa Arbetsmiljöverkets (AFS 2018:4) och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) inom området. Vidare ska utföraren tillhandahålla skyddsutrustning och arbetskläder till personalen samt engångsmaterial i den utsträckning som behövs. Verksamheten ska även ha minst ett hygienombud. För att bedöma denna avtalspunkt gjordes en observation vid platsbesöket, en rundvandring där frågor ställdes om arbetskläder och skyddsutrustning. Arbetskläder förvaras torrt och dammfritt i förråd, i anslutning till omklädningsrum. Det finns kläder så att personalen kan byta varje dag. Kläderna tvättas via cirkulationstvätt. Engångsförkläden, handskar och handsprit finns i förråd. I kompetensinventering framgår att Hagagården har tre hygienombud.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller krav i avtalspunkt Hygien och smittskydd.

### **Hälso- och sjukvård**

Utföraren ska följa gällande lagar och föreskrifter för hälso- och sjukvård samt Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument för hälso- och sjukvård. Enligt överenskommelsen ska utföraren ha en rutin som beskriver hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts från utförarens legitimerade personal till omvårdnadspersonal. Rutinen ska även beskriva hur omvårdnadspersonal praktiskt tar emot och planerar för fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder så att de blir kända och finns tillgängliga för den personal som ska utföra dem. Rutinen ska även omfatta den hälso- och sjukvård som överläts av regionens legitimerade personal till utförarens omvårdnadspersonal. För att bedöma om ni uppfyller kravet i avtalspunkten begärde vi in er rutin för överlätna hälso- och sjukvårdsåtgärder. Ni har skickat in en rutin som beskriver hur hälso- och sjukvårdsåtgärder överläts

från verksamhetens legitimerade personal till omvårdnadspersonal, samt beskrivning av överlåtande från Region Örebro Län.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller kravet i avtalspunkten då ni har en rutin för överlåtna hälso- och sjukvårdsåtgärder.

### **Palliativ vård**

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument för palliativ vård. Enligt Riktlinje palliativ vård ska alla verksamheter som bedriver palliativ vård ha utsedda palliativa ombud som ska förmedla kunskap samt ge stöd till övriga medarbetare. Även palliativa ombudssamordnare ska finnas i verksamheten. De ska tillsammans med palliativa vårdssamordnare samverka med palliativa ombud på arbetsplatsen och ombudssamordnare från andra områden, i syfte att utveckla den palliativa vården. För att bedöma om ni uppfyller krav i avtalspunkten Palliativ vård begärdes en kompetensinventering in. I den framgår att ni har 5 palliativa ombud och 2 palliativa ombudssamordnare.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller krav i avtalspunkten.

### **Brister i kvalitetskrav**

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

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

Enligt överenskommelsen ska personal genomgått de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession. Inför uppföljning ombads ni inkomma med en kompetensinventering. I den framkommer att det arbetar 56 personer på Hagagården, varav 52 omvårdnadspersonal, 1 sjuksköterska, 1 arbetsterapeut och 2 personer som arbetar med ledning/administration. Av kompetensinventeringen går att utläsa att flera i personalen inte genomgått de utbildningar som enligt avtal är obligatoriska. Följande utbildningar är obligatoriska och inom parentes framgår hur stor andel som genomgått dem:

Manuell förflyttning och lyftkörkort, (82%) Demens ABC (64%), Mat, måltid och nutrition (54%) Palliativ utbildning (29%), Vardagsrehabilitering (1 %), SBAR (0%), Basala hygienrutiner i vård- och omsorg (43%), Treserva (38%), IBIC (41 %). Utbildningen i basala hygienrutiner ska genomföras årligen.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller kravet inom avtalspunkten, då samtlig personal inte genomgått de obligatoriska utbildningarna. Ni ska inkomma med åtgärdsplan där ni beskriver hur ni ska arbeta framåt för att säkerställa att all personal, oavsett anställningsform, genomför obligatoriska utbildningar.

### **Kompetens omvårdnadspersonal**

Enligt överenskommelsen ska minst 85 % av all omvårdnadspersonal, oavsett anställningsform, ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. För att

bedöma om ni uppfyller krav i avtalspunkten begärdes en kompetensinventering in. I den framgår att 34 av 52 (65%) omvårdnadspersonal har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller kravet. Ni ska inkomma med åtgärdsplan som beskriver hur ni framåt ska arbeta med kompetensutveckling, rekrytering och hur ni ska behålla utbildad personal.

### **Ledningssystem för kvalitet**

Enligt överenskommelsen ska utföraren ha ett ledningssystem som uppfyller de krav som finns i lagar och föreskrifter, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) samt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Kvalitetsledningssystemet är uppbyggt av flera delar och Enheten för uppföljning har identifierat brister inom följande:

### **Samverkan**

Enligt överenskommelsen ska utföraren ha rutiner för hur daglig samverkan och informationsöverföring sker i verksamheten mellan olika professioner och funktioner. Rutinen ska utgå ifrån de behov av samverkan verksamheten identifierat i sina processer. Den ska innehålla en beskrivning av vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används för att möta behoven. Hur samverkan och informationsöverföring sker mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal ska finnas särskilt beskriven. Med legitimerad personal menas utförarens arbetsterapeut och sjuksköterska samt regionens sjukgymnast/fysioterapeut, läkare och tandhygienist.

För att bedöma gällande avtalspunkt har vi begärt in er rutin för samverkan, dock saknar ni rutin för detta. Vid platsbesök beskriver ni forum för samverkan så som dagliga rapporter, omvårdnadskonferenser, APT och teamträffar. Ni beskriver vidare att avstämning kan göras under dagen genom telefonkontakt eller att aktuell profession söks upp på plats. Hagagården samverkar även med civilsamhället genom ett äldreåd som träffas tillsammans med enhetschef och arbetsterapeut två gånger per termin för att planera aktiviteter.

Omvårdnadspersonal beskriver att samverkan med Region Örebro län, vårdcentral, är ett utvecklingsområde som börjar fungera bättre efter att samverkansmöten genomförts. Gällande samverkan med tandhygienist tar sjuksköterska kontakt för nyinflyttade och för de som redan bor på Hagagården kommer tandhygienist en gång per år.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet inom avtalspunkten då ni saknar ovan nämnda rutin. Ni ska inkomma med rutin för samverkan, utifrån det ni beskrivit vid platsbesök, samt i åtgärdsplan ange åtgärdsaktiviteter och ansvarig för att upprätta och implementera rutinen. Det ska framgå i rutinen hur daglig samverkan och informationsöverföring sker mellan olika professioner och funktioner, vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används. Hur samverkan och informationsöverföring sker mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal ska finnas särskilt beskrivet. I rutinen ska tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgå.

## Risicanalyser

Risicanalyser är ett förebyggande verktyg som ska användas på verksamhetsnivå för att identifiera risker som kan komma att påverka verksamhetens kvalitet. Enligt överenskommelsen ska risicanalyser genomföras inför förändringar i organisationen som skulle kunna innebära att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar, föreskrifter och styrdokument. För varje risk som identifieras ska utföraren uppskatta sannolikheten att risken inträffar och vilka konsekvenser som risken skulle kunna innebära. Handlingsplaner ska upprättas och åtgärder vidtas för de risker som identifierats. Risicanalyser och det förbättringsarbete som genomförs ska dokumenteras. För att bedöma avtalspunkten begärde vi in er rutin för hur ni arbetar med risicanalyser samt en sammanställning av de risicanalyser ni genomfört under de senaste 12 månaderna. Ni meddelar att risicanalyser är genomförda under tidsperioden men att ni inte hittar dem, ni inkommer inte heller med någon rutin. På platsbesöket framkom att ni genomfört två risicanalyser, en gällande förändring i ledning samt en när BPSD-boendet övergick till demensboende. Enheten för uppföljning fick ta del av risicanalysen gällande förändring av ledning samt en gällande utökat HSL-samarbete som verksamhetschef gjort. Ni har identifierat risker och vidtagit åtgärder utifrån riskerna, men det framgår ej vem som är ansvarig för åtgärderna samt om och hur uppföljning skett.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni inte uppfyller kravet då ni saknar rutin som beskriver hur ni arbetar med risicanalyser och att ni inte genomfört samtliga delar i de risicanalyser Enheten för uppföljning tagit del av. I arbetet med risicanalyser är uppföljning av åtgärder en nödvändig del för att kunna utvärdera och förbättra den egna verksamhetens kvalitet. Ni ska inkomma med en rutin som beskriver hur ni arbetar med risicanalyser samt i åtgärdsplan ange hur ni framåt ska arbeta för att genomföra samtliga delar i risicanalyser. I åtgärdsplan ska även framgå hur rutinen ska implementeras och vem som är ansvarig för detta.

## Egenkontroller

För att säkerställa att verksamheten arbetar enligt de processer och rutiner som ingår i kvalitetsledningssystemet ska ni systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamheten, detta innefattar att utföra egenkontroller. Enligt överenskommelsen ska egenkontroll av verksamhetens följsamhet till riktlinjen inom området basal hygien, dokumentation (SoL och HSL) samt följsamhet till avvikelseprocessen genomföras vid behov eller minst en gång per år. Ni ombads skicka in en sammanställning av egenkontroller genomförda de senaste 12 månaderna. Ni har skickat in en sammanställning av kravställda egenkontroller. Sammanställningen visar att egenkontroller gällande basal hygien, avvikelseprocess och hälso- och sjukvårdsdokumentation är genomförda med identifierade brister. Egenkontroll gällande social dokumentation är delvis genomförd. Genomförandeplaner är genomförd, dock saknas egenkontroll för verkställighetsjournal.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller kravet gällande egenkontroller. Egenkontroll för social dokumentation är inte genomförd i sin helhet då verkställighetsjournal saknas och ni arbetar inte heller med bristerna. Ni

ska inkomma med en sammanställning av genomförda egenkontroller gällande social dokumentation och verkställighetsjournal. Om ni identifierat brister ska det i sammanställningen framgå vilka åtgärder som genomförts utifrån bristerna samt hur ni planerar att följa upp åtgärderna och dess effekt. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska säkerställa att egenkontroller genomförs minst en gång per år eller vid behov.

### **Rapportering av avvikelser, klagomål och synpunkter**

Genom att systematiskt rapportera, utreda, analysera, åtgärda och följa upp händelser kan verksamheten dra lärdom av det som hänt och genomföra förändringar för att förhindra att en liknande händelse inträffar på nytt. För att uppfylla kravet i överenskommelsen ska ni följa Örebro kommuns riktlinje för Avvikelser, Klagomål och Synpunkter.

#### *Avvikelser*

För att bedöma er följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i ovan nämnda riktlinje har en granskning genomförts i Treservas avvikelsemodul. Perioden som granskats är 20220404-20230325. Totalt fanns 438 rapporterade avvikelser varav 319 är avslutade och följer hela processen – utreda, bedöma, åtgärda och följa upp, dock är 23 av de rapporterade händelserna inte hanterade alls. Vid platsbesök beskriver ni hur ni arbetar med avvikelser, att ni har avvikelseträffar där ni går igenom registrerade händelser samt följer upp åtgärder av utredda och bedömda avvikelser.

#### *Klagomål och synpunkter*

För att bedöma er följsamhet till processen för hantering av klagomål och synpunkter har vi begärt ut de klagomål som rapporterats till IVO, sökt i W3D3 samt i avvikelsemodulen i Treserva för 36 månader bakåt i tiden (perioden 20200424-20230325). Ett klagomål har rapporterats till IVO. Vid platsbesök framkommer att verksamheten inte tagit del av detta. Det finns 15 klagomål registrerade i W3D3 och avvikelsemodulen, varav 12 är hanterade enligt gällande riktlinje.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni delvis uppfyller kravet i denna avtalspunkt då ni på ett systematiskt sätt arbetar med klagomål och synpunkter på ett sådant sätt som riktlinjen föreskriver. Däremot så uppmärksammas att ni inte på samma systematiska sätt jobbar med avvikelser då flera händelser endast är rapporterade och inte hanterade vidare. Ni följer inte heller upp avvikelser i tillräcklig omfattning, vilket innebär att ni inte följer gällande riktlinje. Ni ska inkomma med en rutin som beskriver hur ni ska arbeta för att avvikelser ska följa hela processen och hanteras enligt ovan nämnd riktlinje, samt i åtgärdsplan ange hur rutinen ska implementeras och vem som är ansvarig för detta. Vid resultatuppföljningen kommer en ny granskning av avvikelser i Treserva genomföras.

### **Dokumentation**

Enligt överenskommelsen ska dokumentation ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt följa Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument gällande dokumentation. En genomförandeplan



ska påbörjas omgående, vara färdigställd senast två månader efter mottaget uppdrag samt uppdateras vid behov och minst var sjätte månad. Det ska framgå vilka personer som varit delaktiga vid upprättandet av genomförandeplanen och på vilket sätt den boende varit delaktig. Det praktiska genomförandet av individens stöd ska vara beskrivet i genomförandeplanen. Dokumentation i verkställighetsjournal ska visa åtgärder som vidtas för den enskilde samt faktiska omständigheter över tid och händelser av betydelse för genomförandet av insatser, samt utformas med respekt för den enskildes integritet. Dokumentation om de boende ska förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen. För att följa upp kravet på dokumentation genomfördes en dokumentationsgranskning på slumpmässigt utvalda boende. Granskningen visar att åtta av tio boende har en aktuell genomförandeplan. I samtliga aktuella genomförandeplaner framgår namn på kontaktperson och på vilket sätt den boende varit delaktig vid upprättandet av planen. Hur insatsen ska genomföras under hela dygnet för att uppnå mål enligt uppdraget framgår i samtliga aktuella genomförandeplaner. I de tio verkställighetsjournaler som granskats framgår att den är utformad med respekt för den boendes integritet, dock konstateras brist då händelser av betydelse och faktiska omständigheter saknas över tid. Det är svårt att följa vad som faktiskt genomförts och hur situationen ser ut för den boende utifrån dennes behov, då det förekommer långa glapp där det inte framgår varför. För att säkerställa förvaring av dokumentation innehållande personuppgifter genomfördes en observation vid platsbesök.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni lever upp till delar av kravet gällande dokumentation då genomförandeplaner och förvaring av dokumentation innehållande personuppgifter uppfyller kravet. Ni behöver dock arbeta med kontinuitet av dokumentation i verkställighetsjournaler gällande händelser av betydelse och faktiska omständigheter för att det ska gå att följa vad som genomförts och hur situationen för den boende ser ut utifrån dennes behov. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni kommer arbeta framåt för att säkerställa att händelser av betydelse och faktiska omständigheter dokumenteras över tid och vem som är ansvarig för detta. Vid resultatuppföljning kommer en ny granskning av verkställighetsjournal genomföras.

### **Mat, måltid och nutrition**

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Örebro kommuns riktlinjer för mat, måltid och nutrition. I den beskrivs utförarens ansvar för bland annat mat, måltid, riskbedömning, nutrientsutredning och behandling. För att bedöma om ni uppfyller kravet i denna avtalspunkt begärde vi in er rutin för när och hur en patients näringstillstånd ska utredas, för hur undernäring ska förebyggas och vid behov behandlas. Ni har skickat in riktlinjen som ni upplever är bra och beskriver ert arbetssätt, dock saknas rutin. Vi har genomfört en granskning av tio genomförandeplaner för att bedöma om er planering för mat och måltider är individuellt anpassade. Behov och önskemål kring mat och måltider framgår i samtliga granskade genomförandeplaner. Vid platsbesök beskriver ni att ni arbetar mycket med måltidsmiljön, att den ska vara trivsamt och passa de boende. Det har framkommit synpunkter på maten ibland och då finns alltid alternativ att erbjuda. Vid risk för undernäring finns näringsdryck att tillgå. Vid platsbesök

framkommer att ni haft möte med kostchef för att diskutera synpunkter från de boende och försöka hitta lösningar för dessa.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller krav i avtalspunkten då rutin saknas. Ni ska inkomma med rutin som beskriver när och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt för hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas. I åtgärdsplan ska ni beskriva hur ni ska implementera rutinen och vem som är ansvarig för detta.

### **Anhörigstöd**

Enligt överenskommelsen ska utföraren ha en rutin som beskriver hur de arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen. För att bedöma om ni uppfyller kravet i avtalspunkten begärde vi in er rutin som beskriver hur ni arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen. Ni meddelar att ni inte har någon rutin för detta. Vid platsbesök beskriver ni att ni har anhörigombud som har träffats regelbundet innan pandemin och att dessa träffar ska tas upp igen till hösten. Ni beskriver vidare att anhöriga är delaktiga när genomförandeplaner upprättas och även i kontakter med hälso- och sjukvården.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller krav i avtalspunkten då rutin saknas. Ni ska inkomma med en rutin som beskriver hur ni arbetar för att göra anhöriga delaktiga i vården och omsorgen, samt i åtgärdsplan ange hur den ska implementeras och vem som är ansvarig för detta.

## **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
- Myndighetsinformation
- Rutiner

Karolina Fritzon  
Avtalscontroller  
Enheten för Uppföljning  
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet  
Örebro kommun

