

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Utförare: Good Service Superglans 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 460/2021. 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.

Good Service Superglans AB

Good Service Superglans AB har varit verksamma sedan 2009 och utför omvårdnad och service i Örebro kommun. Verksamheten har sina lokaler i östra Örebro.

Good Service Superglans AB har cirka 120 kunder och 45 anställda.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Good Service Superglans 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.

Good Service Superglans AB ska senast den 30 november 2021 skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se.

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav

Trygghetslarm

Krav på verksamhet och ledning

- Omvårdnadspersonal

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan
- Egenkontroller
- Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Uppdraget

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

- Rutin för samverkan som förutom nuvarande innehåll även beskriver vilka forum och kontaktvägar som verksamheten använder dagligen för den interna samverkan.
- Rutin som beskriver arbetet med egenkontroller. I rutinen ska förutom det ni redan inkommit med finnas beskrivning av hur ni genomför egenkontroll av följsamhet till riktlinjen *Basal hygien inom kommunal vård och*

omsorg, till avtalspunkten Dokumentation samt till riktlinje *Avvikelser, Klagomål och Synpunkter*. I rutinen ska tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgå.

- Rutin för dagligt mottagande av nya och förändrade uppdrag samt förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder. I rutinen ska förutom nuvarande innehåll även finnas beskrivning av hur ledningen informerar övrig personal.

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast den 24 januari 2022.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 24 januari 2022. Detta innebär att vi kommer genomföra en ny granskning av er dokumentation av larm, följsamhet till avvikelseprocessen samt granska de inkomna rutinerna. Vi kommer även be er att fylla i en ny kompetensinventeringsmall där andel omvårdnadspersonal som genomgått omvårdnadsprogram eller liknande framgår.

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 utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Enligt avtalet åligger det verksamheten att säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningar som kommunen tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.

För att kunna bedöma hur stor andel av er personal som genomgått de obligatoriska utbildningarna bad vi er i samband med uppföljningen att inkomma med en ifylld kompetensinventeringsmall.

Vår granskning av denna inventering visar att av de 15 obligatoriska utbildningarna har samtlig personal genomgått 8. Resterade utbildningar har som lägst 90% av personalen genomgått.

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller krav i avtalet.

Ledningssystem för kvalitet

- Riskanalyser

Enligt avtalet är riskanalyser ett verktyg som används för att på en verksamhetsnivå kunna identifiera risker som kan komma att påverka verksamhetens kvalitet. Ni ska fortlöpande genomföra riskanalyser och för varje identifierad händelse ska det i dokumentationen framgå hur ni har följt upp åtgärderna och dess effekt. Ni ska även ha en rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra er verksamhet.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser. Ni skulle även inkomma med en sammanställning över vilka riskanalyser ni genomfört det senaste året. Av sammanställningen ska framgå vilka riskanalyser som genomförts, anledning till att de genomfördes, vilka risker som identifierades samt vilka åtgärder som genomfördes utifrån riskerna samt hur verksamheten följt upp åtgärderna och dess effekt.

Vår granskning visar att det i rutinen framgår att verksamheten genomför riskanalyser vid organisationsförändringar, personalförändringar eller och vid väsentliga förändringar av kompetens och resurser och att det är enhetschef och/eller verksamhetsansvarig som är ansvarig för att riskanalyser genomförs. Ni samlar in fakta, analyserar, dokumenterar, tar fram åtgärdsförslag, följer upp åtgärderna och sammanställer arbetet i en rapport. Sammanställningen över det senaste årets riskanalyser visar att ni delar in riskanalyserna i tre olika områden; risk för kund, risk för personal och samverkan. Ett flertal risker inom respektive område har identifierats, ni tar upp de vanligaste åtgärderna och beskriver hur ni följer upp åtgärderna och dess effekt.

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller krav i avtalet.

Dokumentation

Enligt avtal och riktlinje ska genomförandeplan påbörjas omgående och vara färdigställd senast 30 dagar efter mottaget uppdrag och uppdateras vid behov eller minst var sjätte månad. I genomförandeplanen ska beskrivning av hur och när uppdraget ska utföras för att tillgodose kundens behov och mål finnas. Dokumentation i verkställighetsjournalen ska utformas med respekt för kundens integritet och personalen ska dokumentera när verkställighet påbörjas, händelser av betydelse och faktiska omständigheter.

Som en del i uppföljningen gjordes en granskning av 18 slumpmässigt utvalda kunders genomförandeplan och verkställighetsjournal i Treserva under den senaste 12-månadersperioden. Vår granskning visar att 15 av de granskade kunderna har en aktuell genomförandeplan. Genomförandeplanerna granskades sedan vidare utifrån innehåll och i samtliga aktuella genomförandeplaner framgår hur och när uppdraget ska genomföras för att tillgodose kundens behov och mål och kunden är delaktig i utformandet av hur insatsen ska utföras.

Vår granskning av 18 slumpmässigt utvalda kunders verkställighetsjournaler i Treserva under samma tidsperiod visar att det i 17 av dem framgår när verkställighet påbörjades, händelser av betydelse och faktiska omständigheter

över tid. Det går att följa den individuella vård- och omsorgsprocessen i 16 av dem och i samtliga granskade journaler är dokumentationen utformad med respekt för kundens integritet.

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller krav i avtal.

Hygien och förbrukningsmaterial

Enligt avtalet ska verksamheten följa arbetsmiljöverkets föreskrift om *Smittrisker AFS 2018:4*, Riktlinjen *Basal hygien inom kommunal vård och omsorg* samt Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2015:10) *Basal hygien i vård och omsorg*. Vidare ska utföraren tillhandahålla skyddsutrustning till personalen samt arbetskläder och engångsmaterial i tillräcklig omfattning för att uppfylla krav i enlighet med ovanstående riktlinje.

Vid platsbesöket framkommer att verksamheten täcker behovet av skyddsutrustning och engångsmaterial. Personalen har arbetskläder i form av kortärmad tröja och byxor. Extra arbetskläder förvaras i ett förråd i källaren och det finns möjlighet att tvätta arbetskläderna och att byta om i verksamhetens lokal.

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller krav i avtal.

Läkemedelshantering

Enligt avtalet ska verksamheten följa kommunens riktlinjer och rutiner för läkemedelshantering. Rutin som beskriver hur läkemedel transporteras på ett säkert sätt samt hur läkemedel förvaras på ett säkert sätt innan de lämnas till kunder ska finnas upprättad.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med ovan nämnda rutin.

Vid den förra uppföljningen ombads ni komplettera rutinen med uppgift om hur och var läkemedel förvaras. Detta framgår i den nuvarande rutinen. Vår granskning av den inskickade rutinen visar att delegerad personal hämtar läkemedel, signerar och transporterar läkemedlen i bil. Läkemedel som inte lämnas direkt till kund förvaras i ett låst medicinskåp på kontoret. Rutinen innehåller även beskrivning av vad personal som ska lämna läkemedel till kunden ska kontrollera.

Vid platsbesöket framkommer att det är ledningen och viss utsedd personal som har koden till det låsta medicinskåpet.

Enheten för uppföljning bedömer att rutinen uppfyller krav i avtalet.

Brister i kvalitetskrav

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

Trygghetslarm

Enligt avtalet ansvarar verksamheten för besvarande av trygghetslarm hos kunder med beslut om omvårdnad och trygghetslarm. Hantering och besvarande av trygghetslarm ska ske enligt *Riktlinje för utförandet av insatsen trygghetslarm*.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med er lokala rutin för hur hantering och besvarande av insatsen trygghetslarm sker utifrån riktlinjen. I rutinen framgår tillvägagångssätt och ansvarsfördelning. Rutinen innehåller beskrivning av hur ni hanterar och besvarar larm mellan klockan 07.00 och 22.00 samt vilken prioritetsordning ni använder er av om flera larm inkommer samtidigt. I rutinen framgår även hur ni samverkar kring larm med nattorganisationen, välfärdsteknik och med hemsjukvården samt hur ni hanterar avbrott i larmkedjan och kunder med skyddad identitet. Rutinen innehåller även beskrivning av hur larminsatser ska dokumenteras. Enheten för uppföljning bedömer att rutinen uppfyller krav i avtalet och att ni därmed uppfyller delar av kravet inom denna punkt i avtalet.

Inom ramen för denna punkt i avtalet har vi även granskat er följsamhet till *Riktlinje för utförandet av insatsen trygghetslarm*. Detta har vi gjort genom att granska verkställighetsjournaler. Enligt riktlinjen ska den omvårdnadspersonal som besvarat ett larm dokumentera händelsen i kundens verkställighetsjournal i Treserva. Av dokumentationen ska orsak till larmet och vidtagna åtgärder framgå. När vi granskade verkställighetsjournalerna utgick vi från verksamhetens larmrapporter och det totala antalet mottagna larm för de tre senaste månaderna. Under denna period har mellan 5 till 8 kunder larmat per månad och ni har totalt för perioden mottagit 95 larm. Vi har granskat 15 av dessa larm slumpmässigt fördelat på de som kunder som har larmat.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet som helhet då vår granskning av journalerna visar att 2 av de granskade larmen är dokumenterade enligt riktlinjen.

För att uppfylla kravet behöver ni dokumentera larminsatser i Treserva. Den omvårdnadspersonal som har besvarat ett larm, ska alltid efter åtgärdat larm dokumentera händelsen i kundens verkställighetsjournal. I dokumentationen ska orsak till larmet samt vidtagna åtgärder framgå. I de fall kontakt tagits med sjuksköterska ska även detta dokumenteras.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan. I åtgärdsplanen ska framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda ovan nämnda brist samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal

Enligt avtalet ska minst 85% av omvårdnadspersonalen ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med en ifylld kompetensinventeringsmall.

Vår granskning av denna inventering visar att 70% av omvårdnadspersonalen genomgått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet.

För att uppfylla kravet behöver ni öka andelen av omvårdnadspersonalen som genomgått omvårdnadsprogrammet eller liknande.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan. I åtgärdsplanen ska framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda ovan nämnda brist samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan

Enligt avtalet ska ledningssystem för kvalitet innehålla rutiner för samverkan inom den egna verksamheten och med externa aktörer. Rutin för intern samverkan ska innehålla beskrivning av hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten samt vilka forum för samverkan som finns. Rutin för extern samverkan ska beskriva hur samverkan med kommunens nattorganisation och hälso- och sjukvårdsorganisation sker. I rutinerna ska processer kring samverkan beskrivas och det ska framgå vad som ska göras, hur det ska göras och vem som är ansvarig för att det utförs. Genom processer och rutiner kan verksamheten säkerställa att det finns förutsättningar för bra samverkan.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med rutin som beskriver hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom den egna verksamheten samt vilka forum som finns för den interna samverkan. Ni skulle även inkomma med rutin som beskriver hur samverkan sker med kommunens nattorganisation och med kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation.

Rutin för samverkan inkom och granskades vidare utifrån innehåll. I rutinen framgår hur ni samverkar inom den egna verksamheten och vilka forum som finns för intern samverkan. Ni har kvartalsvisa personalmöten och kommunicerar via Treserva, LifeCare, telefon och e-post. Det finns namngiven personal som ansvarar för att bevaka Treserva flera gånger om dagen. Vilka forum för intern samverkan som finns utöver kvartalsvisa personalmöten framgår dock inte. Rutinen innehåller även beskrivning av samverkan med nattorganisationen som sker via Treserva och det framgår när nattorganisationen ska kontaktas. Samverkan med HSL-organisationen sker via vårdplan, som aktiveras av ledningspersonal och sedan vidarebefordras till berörd personal.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet som helhet då rutinen saknar beskrivning av forum för daglig samverkan inom verksamheten. Vid platsbesöket uppger ni att ni samverkar internt hela tiden, mest genom telefon. Personal och ledning arbetar nära varandra. På morgonen går ledningen

igenom vad som inkommit i Treserva och vad som hänt sedan föregående kväll. En del av personalen är utsedda som ansvariga för olika områden och de har en tät kontakt med ledningen och för sedan informationen vidare till övrig personal. Dessa forum och kontaktvägar för daglig intern samverkan mellan olika funktioner behöver framgå i rutinen.

För att uppfylla kravet behöver rutinen för samverkan förutom nuvarande innehåll även beskriva vilka forum som finns för daglig samverkan och informationsöverföring inom den egna verksamheten.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan. I åtgärdsplanen ska framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda ovan nämnda brist samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska även inkomma med en reviderad rutin.

Ledningssystem för kvalitet

- Egenkontroller

Genom att regelbundet genomföra egenkontroller kan ni på ett systematiskt sätt följa upp och utvärdera er verksamhet och kontrollera att ni följer aktuella lagar, föreskrifter och styrdokument. Egenkontroller som genomförs ska dokumenteras. Enligt avtalet ska ni utöver krav i föreskrifter även genomföra årliga egenkontroller av verksamhetens följsamhet till hygienriktlinjer, avvikelseprocessen och avtalets krav på dokumentation. För arbetet med dessa egenkontroller ska upprättad rutin finnas.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med rutin som beskriver hur ni arbetar med egenkontroller. Ni skulle även inkomma med en sammanställning över de egenkontroller ni genomfört under de senaste 12 månaderna. Av sammanställningen ska det framgå vilka egenkontroller som genomförts, vilka brister som eventuellt identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån bristerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt.

Vid granskning av den inskickade rutinen framgår att ni genomför egenkontroller av verksamhetens interna styrdokument, personalens kunskaps- och utbildningsnivå, Socialstyrelsens kundenkäter och journaler. Rutinen innehåller även en beskrivning av vad syftet med avvikelserapportering är. I rutinen står vidare att ni genomfört egenkontroll gällande basal hygien, avvikelser och utbildning och att ni följt upp utvecklingen av pandemin. Det står även att ni genomfört ett antal stickprov och att dessa följs upp enligt en årskalender. Hur ni genomför egenkontrollerna och vem som ansvarar för dem framgår dock inte vilket gör att Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet som helhet.

Er sammanställning över de 12 senaste månadernas genomförda egenkontroller visar att ni genomfört egenkontroller gällande personalens följsamhet till rutiner, dokumentation i journal, genomförandeplaner, MCSS, hygienriktlinjen och personalens kompetens. Ni har identifierat ett antal förbättringsområden, vidtagit åtgärder för att komma tillrätta med dessa och följt upp åtgärderna. Efter platsbesöket inkom verksamheten med en dokumenterad egenkontroll gällande

avvikelseprocessen. Egenkontrollen är genomförd relativt nyligen och verksamheten har ännu inte hunnit följa upp åtgärderna och dess effekt men det finns beskrivet hur ni planerar att utvärdera effekterna.

För att uppfylla kravet behöver ni inkomma med en reviderad rutin som beskriver hur ni arbetar med egenkontroll av följsamheten till riktlinjen *Basal hygien inom kommunal vård och omsorg*, till avtalspunkten Dokumentation samt till riktlinje *Avvikelse, Klagomål och Synpunkter*. I rutinen ska tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgå.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan. I åtgärdsplanen ska framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda ovan nämnda brist samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska även inkomma med en reviderad rutin.

Ledningssystem för kvalitet

- Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

För att kunna dra lärdom av det som hänt och vidta förebyggande insatser för att förhindra upprepning behöver ni på ett systematiskt sätt rapportera, utreda, analysera, åtgärda och följa upp avvikelser, klagomål och synpunkter. Enligt avtalet ska ni följa Örebro kommuns riktlinje *Avvikelse, Klagomål och Synpunkter*.

Inom ramen för denna uppföljning har vi granskat verksamhetens rapporterade och registrerade avvikelser i Treserva. Granskningsperioden omfattar de senaste 12 månaderna, exklusive den senaste månaden. Vår granskning av avvikelseprocessen genomförs i tre delar. I första delen granskar vi om verksamheten har rapporterat och registrerat några avvikelser. I den andra delen granskar vi följsamheten till processen på en övergripande nivå och slutligen granskar vi följsamheten inom de olika stegen som ingår i processen.

Vår granskning visar att verksamheten har rapporterat och registrerat 57 avvikelser i Treserva under den aktuella perioden. När vi granskar följsamheten till processen på en övergripande nivå ser vi att samtliga rapporterade avvikelser är utredda och 51 är bedömda. Antalet rapporterade avvikelser som är åtgärdade är 33 och antalet uppföljda avvikelser är 31. Den sista delen av granskningen förutsätter att verksamheten följer processen på en övergripande nivå.

Då 26 av 57 rapporterade avvikelser inte följer samtliga steg i processen bedömer Enheten för uppföljning att ni inte uppfyller de krav som ställs i avtal och riktlinje. Vi genomför därför inte granskning av följsamheten inom de olika stegen som ingår i processen

Inom ramen för denna punkt i avtalet har vi även granskat verksamhetens rapporterade och registrerade klagomål och synpunkter. Även denna granskningsperiod omfattar de senaste 12 månaderna, exklusive den senaste månaden. Vår granskning genomförs i två delar. I första delen granskar vi om verksamheten har rapporterat och registrerat några klagomål och synpunkter. I den andra delen granskar vi följsamheten till processen på en övergripande nivå.

Till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har inga synpunkter, klagomål eller Lex Sarah rapporterats gällande verksamheten under de 36 senaste månaderna.

Vår granskning visar att verksamheten har registrerat 10 klagomål och synpunkter i avvikelsemodule under den aktuella perioden. Då 8 av dessa inte följer samtliga steg i processen bedömer Enheten för uppföljning att ni inte uppfyller de krav som ställs i avtal och riktlinje. Vi genomför därför inte granskning av följsamheten inom de olika stegen som ingår i processen.

Vi har även granskat verksamhetens resultat i Socialstyrelsens senaste kundundersökning. Där visar resultatet att 58% av era kunder och dess anhöriga vet var de ska vända sig med klagomål och synpunkter. Det är lägre andel än både för Örebro län och riket.

Vid platsbesöket uppger ni att ni informerar kunderna både vid det första mötet och vid uppföljningar var de kan vända sig med klagomål och synpunkter.

För att uppfylla kravet behöver ni säkerställa att verksamheten följer avvikelseprocessens samtliga steg. Det åligger chefen att personalen ges de rätta förutsättningarna för att vara delaktiga i detta arbete och att riktlinjen är känd och följs av samtliga medarbetare som berörs av den.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan. I åtgärdsplanen ska framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda ovan nämnda brist samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Uppdraget

Enligt avtalet ska verksamheten inom ramen för Socialtjänstlagen (SoL) ta emot och verkställa uppdrag efter beslut av biståndshandläggare. Uppdraget ska påbörjas senast 24 timmar efter mottagandet och vid behov kunna verkställas omgående. Vidare ska verksamheten inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ta emot uppdrag i form av fördelade och delegerade vårdplaner med hälso- och sjukvårdsåtgärder från legitimerade. För dessa processer ska upprättade rutiner finnas.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med rutin som beskriver hur ni dagligen tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade uppdrag samt för genomförandet av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

I den granskade rutinen framgår att SoL-uppdrag kvitteras av ledningspersonal, som kontaktar kunden och skapar en genomförandeplan. Planerare sammanställer en besöksplan. Uppföljning av genomförandeplan sker senast efter 6 månader av kontaktperson, ledningspersonal och om kund önskar en anhörig. Rutinen beskriver även hur ledningen tar kontakt med biståndshandläggare om behovet hos kund ändrats. HSL- uppdrag tas emot via Treserva, ledningspersonal kvitterar och kontrollerar att ny ordinationshandling finns i hemmet samt att uppdraget ligger i MCSS.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet som helhet då rutinen saknar beskrivning av hur ledningen informerar övrig personal om nya och förändrade uppdrag samt hälso- och sjukvårdsåtgärder.

För att uppfylla kravet behöver ni inkomma med en reviderad rutin som förutom nuvarande innehåll även beskriver hur ledningen informerar den övriga personalen.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan. I åtgärdsplanen ska framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda ovan nämnda brist samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska även inkomma med en reviderad rutin.

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 registrerade i Treserva
- Verkställighetsjournaler i Treserva
- Dokumentation (genomförandeplaner) i Treserva
- Socialstyrelsens undersökning- Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2020
- Myndighetsinformation
- Rutiner

Cecilia Hamp
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun