

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Jeremiasgården, Örebro kommun,
vård- och omsorgsboende

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i den överenskommelse verksamheten tecknat med Programnämnd social välfärd Örebro kommun Sov 278/2021. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång var tredje år på uppdrag av Programnämnd Social välfärd. Senast en uppföljning av kvalitetskrav genomfördes på Jeremiasgården var 2019.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

Örebro kommun - Jeremiasgården

Jeremiasgården är ett vård- och omsorgsboende beläget på öster i Örebro. Jeremiasgården byggdes 1992 och har 58 lägenheter fördelade på 4 våningsplan och 7 avdelningar. Avdelningarna har två olika inriktningar, somatik och demens. Jeremiasgårdens medarbetare är undersköterskor/vårdbiträden, sjuksköterskor, arbetsterapeut, enhetschef - boendet har även en aktivitetscoach som ordnar aktiviteter i grupp eller individuellt.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Jeremiasgården ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd. Jeremiasgården ska senast den 30 november 2022 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
- Dokumentation i IT-system Senior Alert
- Skydds- och begränsningsåtgärder

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer påbörjas i februari 2023. Vilket innebär att vi kommer granska åtgärdsplan samt dokumentation av Skydds- och begränsningsåtgärder och Senior Alert.

Om brister kvarstår vid en resultatuppföljning kan Enheten för uppföljning komma att vidta ytterligare sanktioner i enlighet med gällande överenskommelse.

Påpekande

Enheten för uppföljning har även identifierat brister av mindre omfattning i er verksamhet. För dessa brister tilldelas verksamheten ett påpekande.

Mindre omfattande brister har identifierats inom följande kvalitetskrav:

- Ledningssystem för kvalitet
 - Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

Identifierade brister ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Jeremiasgården ska dokumentera hur verksamheten åtgärdat de brister vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett. Dokumentationen kan komma att begäras in.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan

Enligt krav ska utföraren ha en rutin som beskriver hur samverkan och information sker internt mellan olika professioner och funktioner, rutinen ska även innehålla vilka forum och verksamhetssystem som används samt hur samverkan sker med regionen.

Ni har inkommit med en kort beskrivning samt följande handlingar;

- Rutin för teamträffar
- Rutin för omvårdnadskonferens
- Lokal rutin för intern och extern samverkan
- Rapporteringsrutin och beställning av HSL insats.
- Lokal rutin för informationsöverföring

Era rutiner beskriver hur ni veckovis, varannan vecka och månadsvis har forum för samverkan i form av teamträffar, avvikelseträffar och omvårdnadskonferens och vilka professioner som medverkar när, men även hur den dagliga rapporteringen sker. Rutinerna beskriver även olika samverkansparter både inom kommunen och samverkan med professioner inom Region Örebro län.

På platsbesöket framkommer att era rutiner regelbundet repeteras, dels när det kommer ny personal, dels för befintlig personal när det uppmärksammas att de inte efterlevs fullt ut. Ni beskriver utmaningen kring samverkan med regionen. Ni berättar också att omställningen till Nära vård förhoppningsvis kommer underlätta och minska ”stuprörstänk” även om det kommer ta tid.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller de krav som ställs i överenskommelsen gällande samverkan i tillräcklig omfattning.

Ledningssystem för kvalitet

- Riskanalyser

Enligt krav ska utföraren fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Utförda

riskanalyser ska innehålla identifierade risker, åtgärder utifrån riskerna, uppföljning av åtgärder och dess effekt.

Ni ombads skicka in en sammanställning över senaste årets genomförda riskanalyser samt er rutin för arbetet med riskanalyser. Ni har inkommit med en sammanställning av en genomförd riskanalys, nytt nattschema (förändrat arbetstidsmätt), där de delar en riskanalys ska innehålla framkommer. Vid platsbesöket berättar ni att den kommer följas upp på nästa APT. Ni har skickat in *Riskanalyser – en metodhandbok* som ni följer i arbetet. Ni har påbörjat arbetet med en rutin under våren 2022 som ni kommer att arbeta vidare med och implementera under hösten 2022.

Ni beskriver att riskanalyser används vid planerade förändringar. Varje år görs en skydds rond där nya behov av riskanalyser tas upp och där tidigare riskanalyser utvärderas. Enhetschef ansvarar för att skriva och följa upp riskanalyserna, de delges på APT och vid uppföljning analyseras om åtgärderna haft avsedd effekt.

På platsbesöket berättar ni att riskanalyser är något som borde göras oftare och mera systematiskt, ni nämner stor personalomsättning av legitimerad personal som ett exempel.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att verksamheten uppfyller de krav som ställs i överenskommelsen gällande riskanalyser i tillräcklig omfattning.

Ledningssystem för kvalitet

- Egenkontroller

Enligt krav ska utföraren genomföra egenkontroller för att systematiskt kunna följa upp och utvärdera verksamhetens kvalitet.

Inför uppföljningen ombads ni inkomma med en sammanställning över genomförda egenkontroller vilket ni har gjort. Det framkommer att ni har hittat brister i samband med genomförda egenkontroller. Exempel på brister ni själva uppmärksammat genom egenkontroller är användning av skyddsmaterial, då rutinen inte följs, dokumentation i samband med att avvikelser skrivs. Det framgår även att ni satt in åtgärder, detta är något som sedan följs upp på APT enligt årsplanering, vid omvårdnadskonferens samt enskilt på utvecklingssamtal.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni når upp till kraven i överenskommelsen i tillräcklig omfattning då ni systematiskt jobbar med egenkontroller.

Dokumentation i IT-system (Nationella register)

BPSD-administratör

Enligt krav ska verksamheter 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 kompetensinventeringsmall där framkommer att ni har två BPSD-administratörer.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller de krav som ställs i överenskommelsen gällande BPSD-administratörer.

Mat, måltid och nutrition

Enligt krav ska utföraren följa Örebro kommuns *Riktlinjer för mat, måltid och nutrition* samt använda den rutin som finns utarbetad centralt.

Genomförandeplan

Enligt krav ska genomförandeplanen innehålla en planering (vad, när, hur) för mat och måltider som är individuellt anpassad om den enskilde har stöd eller hjälp vid måltider. En granskning har genomförts på 15 slumpmässigt utvalda genomförandeplaner, i samtliga av dessa fanns en beskrivning kring måltider.

Socialstyrelsens undersökning

I kundundersökningen har verksamheten fått låga svar på *Hur maten smakar* och *Om måltiden upplevs som en trevlig stund* både i jämförelse med riket och Örebro kommun.

I beskrivningen ni skickat in framkommer att verksamheten har kostombud kopplat till vare avdelning. Genom Senior alert får verksamheten indikationer på de boendes viktnedgång, boende med viktnedgång diskuteras också löpande på teamträffar. Verksamhetens sjuksköterskor ansvarar för att ordinera specialkost och näringsdrycker i dialog med dietist. Under hösten ska sjuksköterskorna gå en utbildning i mat, måltid och nutrition. All personal har ett ansvar att signalera då en boende har förändrade behov kopplade till måltiden.

Vid platsbesöket berättar verksamheten hur ni aktivt jobbar med resultatet bland annat genom dialog med kostverksamheten. När det gäller måltidsmiljön berättar ni att ni gör anpassningar av måltidsmiljön dels för de boende som helhet, dels individuellt kring hur och var man vill äta. Ni berättar även att det ska installeras ljuddämpande gångjärn på dörrar.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller de krav som ställs i överenskommelsen gällande mat och måltider då ni aktivt jobbar med måltiden dels individuellt i genomförandeplaner, dels i grupp där ni anpassar måltidsmiljön utefter de boende samt samverkar med kostverksamheten.

Dokumentation

Genomförandeplan

Enligt krav (2.16 Individuell planering) ska utföraren upprätta en genomförandeplan tillsammans med den boende eller dennes företrädare samt uppdatera/utvärdera den vid behov eller minst var 6 månad. För att se följsamheten till detta har en granskning gjorts av genomförandeplaner i verksamhetssystemet.

15 boendes genomförandeplaner har granskats slumpmässigt och 14 av 15 granskade genomförandeplaner var aktuella. Även innehållet i dessa genomförandeplaner har granskats utifrån kraven att det finns beskrivning av hur och när uppdraget ska utföras under dygnet för att tillgodose behov och mål, individens delaktighet i upprättande samt hur de deltagit men även att det finns en namngiven kontaktperson.

Verkställighetsjournal

Enligt krav (2.8.4 dokumentation) ska utföraren följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2014:5 om dokumentation vid genomförande av insatser. Utföraren ska även följa Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument gällande dokumentation.

Slumpmässigt har 15 verkställighetsjournaler valts ut och granskats utifrån kraven, att det av dokumentationen ska det framgå händelser av betydelse, den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas över tid samt dokumentationen ska vara utformad med respekt för den enskilde.

Platsbesök observation

Under platsbesöket genomförs en rundvandring i verksamheten och i tillhörande personalutrymmen uppmärksamma inga sekretessuppgifter som ligger framme

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att nu uppfyller de krav som ställs i överenskommelsen gällande dokumentation i tillräcklig omfattning.

Anhörigstöd

Enligt krav ska utföraren ha en rutin för hur de arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen.

I insända handlingar uppger ni att ni inte har en tydlig lokal rutin för anhörigstöd. Av andra insända handlingar går det att utläsa att alla hyresgäster tilldelas en kontaktperson, som sedan ska ha en god kontakt med anhöriga utifrån individens önskemål. Dokumentet *Välkomstsamtal* fungerar som en guide där de boende själva får uppge vilka anhöriga de vill att personalen vid behov kontaktar och i vilka sammanhang detta ska ske. Välkomstsamtal hålls med alla nya hyresgäster. Ni beskriver också att ni har anhörigombud i verksamheten, men att i inte kunnat arbeta så organiserat med anhörigombuden som ni velat under pandemin.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör en sammantagen bedömning av insända handlingar att ni uppfyller kraven i överenskommelse om att göra anhöriga delaktiga i vården- och omsorgen om den enskilde så önskar.

Hygien och smittskydd

Enligt krav ska utföraren följa Örebro kommuns och Region Örebro Läns riktlinjer och rutiner gällande smittskydd, men även arbetsmiljöverkets och Socialstyrelsens föreskrifter.

Under platsbesöket genomförs en rundvandring i verksamheten där vi tittar på omklädningsrum, duschmöjligheter, tillgång till arbetskläder för dagligt ombyte, tvättmöjligheter samt tillgång och åtkomst till förbrukningsmaterial. Arbetskläder både rena och smutsiga förvaras i nära anslutning till omklädningsrum. Tvätt sker av företaget Textilia som hämtar smutstvätt och levererar rena kläder varje vecka. När det gäller förbrukningsmaterial så finns förbrukningsmaterial dels på respektive avdelning, dels i förråd där alla har möjlighet att hämta för att fylla på.

Enligt riktlinje för Basal hygien inom kommunal vård och omsorg ska varje arbetsplats som bedriver patientnära vård ha tillgång till hygienombud. Ni har skickat in begärd kompetensinventering där det framkommer att Jeremiasgården har 5 hygienombud.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni lever upp till de krav som ställs kring förbrukningsmaterial, arbetskläder, skyddsutrustning och omklädningsrum.

Hälso- och sjukvård

Enligt krav ska utföraren säkerställa att kravet på god och säker vård upprätthålls när arbetsuppgifter överläts mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal.

Ni har skickat in en kort beskrivning samt följande handlingar;

- Rutin för informationsöverföring
- Checklista vid överlämnande av läkemedel
- Rutin för mottagande av HSL insatser Jeremiasgården

Av inskickade handlingar går att utläsa att legitimerad personal informerar omvårdnadspersonal kring mottagande av HSL-insatser muntligt samt via vårdplaner. Information från fysioterapeut kommuniceras via arbetsterapeut. Kommunikation mellan verksamheten och regionen sker muntligt eller via Life Care. Omvårdnadspersonal ansvarar i sin tur för att vara uppdaterade kring vårdplanerna och kontinuerligt dokumentera i dem. Vårdplaner följs upp vid teamträffar och rapporteringar. Omvårdnadspersonal ska inför varje arbetspass uppdatera sig i Treserva för att se om det finns nya vårdplaner eller uppdrag från legitimerad personal som ska signeras i MCSS. Ni har även en checklista som beskriver hanteringen vid överlämnande av läkemedel.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller de krav som finns i överenskommelsen då ni har rutiner för att säkerställa hanteringen av fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Palliativ vård

Enligt krav ska utföraren följa Örebro kommuns och Region Örebro läns riktlinjer och styrdokument för palliativ vård. Enligt *Riktlinje för palliativ vård* ska verksamheten som bedriver palliativ vård ha palliativa ombud och palliativa ombudssamordnare.

Ni har skickat in begärd kompetensinventering där det framgår att ni har 5 palliativa ombud och 3 palliativa ombudssamordnare.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller de krav som ställs utifrån att verksamheten ska ha ombud och ombudssamordnare.

Brister i kvalitetskrav

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

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Enligt krav ska utföraren säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningarna som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.

Ni har skickat in begärd kompetensinventering där ni själva har fått uppge vilka av de kravställda utbildningarna personalen har genomgått. Ni har fyllt i kompetensinventeringen genom att titta i personakt, Personec och Medvind. Ni beskriver själva att ni har ett utvecklingsområde gällande introduktion av nyanställda, där ni har planer på att vidareutveckla den checklista ni använder samt se över hur introduktionsdagarna läggs upp praktiskt där utbildning ska vara ett första steg.

Vi har gått igenom kompetensinventeringen och granskat den utifrån vilka av de kravställda utbildningar som genomförts och av hur många utifrån kravet att alla ska gå. Det finns ingen utbildning som alla har genomfört men vissa utbildningar har ändå tillräckligt många genomfört.

Utbildningar där bedömningen är att personal i tillräckligt stor utsträckning har genomfört utbildningen är; Demens ABC, Manuella förflyttningar och Basala hygienrutiner inom vård och omsorg.

Utbildningar som för få av personalen genomfört; Vardagsrehabilitering, SBAR, Treserva, IBIC, Palliativ utbildning samt utbildning i Mat, måltid och nutrition.

På platsbesöket beskriver ni att ni har en tidsplan kring utbildningar för befintlig personal samt att det ska bli en del i er egen checklista för introduktion av nyanställda samt timvikarier.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att det finns brister i hur många som genomfört de kravställda utbildningarna som alla ska gå, även om vissa utbildningar uppnår en högre nivå än andra. Ni har vid ifyllandet av kompetensinventeringen uppmärksammat detta själva samt uppger att ni har planer på att utveckla er introduktion.

Ni bedöms inte uppfylla kravet i överenskommelsen utan ska upprätta en åtgärdsplan, där ni beskriver aktiviteter, vem som är ansvarig och tidsplan för att komma till rätta med bristen.

Kompetens - omvårdnadspersonal

Enligt krav (2.22.2) ska minst 85 procent av omvårdnadspersonalen ha genomgått utbildningen omvårdnadsprogrammet eller motsvarande.

Ni har skickat in begärd kompetensinventering, där framgår att 78 personer jobbar med omvårdnad, av dessa saknar 22 personer utbildning motsvarande omvårdnadsprogrammet eller motsvarande. Det innebär att 72 % av de som jobbar med omvårdnad har rätt utbildning.

Ni berättar på platsbesök att ni rekryterar vikarier dels på egen hand, dels tar ni del av vikarier från bemanningenheten. Rekrytering av tillsvidareanställda sker alltid via HR, de som rekryteras av HR har alltid gått omvårdnadsprogrammet eller liknande. Just nu har ni två medarbetare som går äldreomsorgslyftet, utmaningen med detta är att ni efter utförd utbildning ska kunna erbjuda fasta tjänster. Någon personal har även avstått validering.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att verksamheten inte lever upp till kraven i överenskommelsen då utbildning omvårdnadsprogrammet eller motsvarande inte finns hos minst 85 % av personalen som jobbar med omvårdnad.

Ni bedöms inte uppfylla kravet i överenskommelsen utan ska upprätta en åtgärdsplan, där ni beskriver aktiviteter, vem som är ansvarig och tidsplan för att komma till rätta med bristen.

Dokumentation i IT-system (Nationella register)

Senior alert

Utföraren ska enligt krav genomföra riskbedömning enligt Senior Alert i enlighet med Örebro kommuns riktlinjer för vårdprevention. De områden som ska riskbedömas är trycksår, undernäring, fall, munhälsa och blåsdysfunktion.

Ni har inkommit med begärt registerutdrag där det framkommer att 52 unika personer är riskbedömda. När vi tittar vidare på respektive riskområde saknas helt registrerade riskbedömningar för blåsdysfunktion samt att antalet registrerade riskbedömningar kring munhälsa är genomförda i för låg omfattning.

På platsbesök berättar verksamheten att vissa saker görs och bedöms med andra bedömningsinstrument utanför Senior Alert och att det därför inte finns registrerat. Ni berättar att ni känner att ni inte har vårdcentralen med er i arbetet och att bristen på samverkan kan vara ett hinder när det gäller bland annat blåsdysfunktion.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att verksamheten inte helt lever upp till kraven då samtliga fem områden ska vara riskbedömda och registrerade enligt Senior Alert

Ni bedöms inte uppfylla kravet då det helt saknas registrerade riskbedömningar för blåsdysfunktion samt att registreringar kring munhälsa sker i för liten omfattning. Ni ska upprätta en åtgärdsplan, där ni beskriver aktiviteter, ansvarig och tidsplan för att komma till rätta med bristen.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Enligt krav ska utföraren följa riktlinjer och styrdokument för skydds och begränsningsåtgärder.

Ni har skickat in begärd sammanställning av de skydds- och begränsningsåtgärder som finns i er verksamhet gällande ordinerat rullstolsbord, positioneringsbälten och eller uppfällda sänggrindar.

Ni beskriver även att ni ska tydliggöra dokumentationen så att det blir lättare att följa upp skydds och begränsningsåtgärderna samt att det ska vara tydligare för omvårdnadspersonal vilka boende som har en skydds och begränsningsåtgärd. Ni uppger även att rutinen kring riskbedömning och var det ska dokumenteras behöver tydliggöras samt implementeras som en naturlig del i verksamheten

Av sammanställningen framgår att 8 av 10 har ett dokumenterat samtycke och samtliga har ett dokumenterat syfte med åtgärden. När det gäller riskbedömningar saknar samtliga en dokumenterad riskbedömning. När det gäller dokumenterad uppföljning under senaste året så har 6 av 10 detta.

På platsbesök berättar ni att ni uppmärksammat att vissa samtycken har fallit bort då de gått ut. En dialog förs även kring vem som ska dokumentera riskbedömningen.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni till viss del lever upp till kravet då ni i tillräckligt stor utsträckning dokumenterar samtycke, syfte och uppföljning däremot brister ni i att dokumentera riskbedömning.

Ni bedöms som helhet inte uppfylla kravet i överenskommelsen då inte samtliga delar för att efterleva följsamhet till riktlinjen följs. Ni ska upp upprätta en åtgärdsplan, där ni beskriver aktiviteter, vem som är ansvarig och tidsplan för att komma till rätta med bristen gällande avsaknad av dokumenterad riskbedömning.

Påpekande

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

Ledningssystem för kvalitet

- Rapportering och utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

Enligt krav har utföraren ett ansvar att rapportera, utreda och följa upp händelser som sker i eller inkommer till verksamheten. Med händelser menas avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren ska genom ett strukturerat kvalitetsarbete förebygga att missförhållanden och vårdskador inträffar. Utföraren ska följa Örebro kommuns *Riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter*.

För att granska er följsamhet till riktlinjen har vi genomfört en granskning av era avvikelser, klagomål och synpunkter som finns registrerade i T-reserva från augusti 2021 till augusti 2022. Ni har rapporterat 180 händelser varav 77 är bedömda som avvikelser och 7 som klagomål och synpunkter.

Vi har frågat IVO om de mottagit några klagomål eller Lex Sarah anmälningar de senaste 36 månaderna. IVO har tagit emot två klagomål vilket gjorde att de påbörjade en tillsyn som de sedan efter inkomna svar avslutat.

Granskningen av avvikelser på en övergripande nivå, visar att ni utreder, bedömer och åtgärdar på ett systematiskt sätt. Åtgärden återfinns dock inte alltid under steget åtgärda. Det är dock svårare att följa hur ni arbetar med uppföljning, kategori av åtgärdens effekt registreras men dokumentation om hur ni kommit fram till resultatet saknas i de flesta fall.

Enligt riktlinjen ska avvikelser (händelsen) dokumenteras i verkställhetsjournalen. Vid granskningen av 15 slumpmässigt utvalda avvikelser framkommer att endast 7 granskade händelser där avvikelser gjorts fanns dokumenterade i verkställhetsjournalen.

Ni berättar på platsbesöket att ni använder er av och informerar anhöriga om kommunens synpunkts- och klagomålshantering. Ni beskriver även en god kontakt med anhöriga, de hör av sig med synpunkter eller ett klagomål, ni åtgärdar dem oftast direkt och dokumenterar inte alltid dessa klagomål och synpunkter.

Bedömning:

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni inte har fullständig följsamhet till processen då det är svårt att utläsa hur nu kommit fram till åtgärdens effekt samt att alla rapporterade händelser inte är dokumenterade i verkställighetsjournal. Ni tilldelas ett påpekande vilket innebär att ni behöver fortsätta jobba med hela processen från rapportering till avslut både gällande avvikelser men även synpunkter och klagomål. Att tilldelas ett påpekande innebär att bristen är av mindre omfattning och att ni får åtgärda bristen inom ert eget kvalitetsarbete.

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, Synpunkter och klagomål
- Verkställighetsjournaler och genomförandeplaner
- Kundundersökning
- Myndighetsinformation
- Rutiner
- Tidigare uppföljningar

Jeanette Birgersson
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun