

Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Utförare: Lycka Omsorg AB

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i de avtal verksamheten tecknat med Programnämnd social välfärd Örebro kommun Sov 448/2021 Servicetjänster och sov 468/2021 Omvårdnadstjänster. 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.

Lycka Omsorg AB hette tidigare Mann Service AB och kvalitetsuppföljningen påbörjades innan namnbytet var genomfört.

Lycka Omsorg AB

Lycka omsorg AB utför omvårdnad och service i Örebro kommun. När uppföljningen påbörjades hade Lycka Omsorg AB ca 30 kunder, verksamheten har fram till att platsbesök genomförs utökats till ca 120 kunder och 80-90 personal. Verksamheten har tidigare haft sina lokaler i Vivalla men har sedan en tid sina lokaler på Skomaskingsgatan i västra Örebro, men söker efter nya lokaler.

Verksamheten Lycka Omsorg AB har verksamhet även i andra städer men denna kvalitetsuppföljning gäller verksamheten som bedrivs i Örebro kommun.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att ni 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. Ni ska senast den 3 januari 2022 skicka in åtgärdsplanen till eggetval@orebro.se. Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

- Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar
- Krav på verksamhet och ledning - omvårdnadspersonal
- Trygghetslarm
- Ledningssystem för kvalitet
 - Egenkontroller
 - Riskanalyser
- Hygien och förbrukningsmaterial

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

- Uppdaterad lokal rutin för hantering och besvarande av trygghetslarm så att den innehåller alla kravställda delar enligt riktlinjen.
- En redogörelse som beskriver på vilket sätt ni jobbat med hot och svagheter utifrån SWOT-analysen övertagande av annan verksamhet samt hur ni följt upp detta.
- En redogörelse där ni beskriver hur ni har följt upp de åtgärder ni genomfört och om åtgärden haft effekt gällande egenkontroll - hygien

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@orebro.se senast den 16 februari 2022.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 16 februari 2022. Detta innebär att vi kommer granska inkomna rutiner och redogörelser samt genomföra en ny dokumentationsgranskning och kompetensgranskning.

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.

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

- Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

De brister som är mindre omfattning ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Enligt avtal ska ni i kommande kvalitetsberättelse beskriva hur verksamheten åtgärdat de brister vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Ledningssystem för kvalitet

- Samverkan

Enligt avtal ska det finnas en rutin för daglig samverkan och informationsöverföring i den egna verksamheten, forum för samverkan i den egna verksamheten samt samverkan med nattorganisationen för planering över dygnet och samverkan med hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Vi har begärt in nämnda rutin vilket ni har inkommit med. Er rutin beskriver olika forum så som avvikelseträffar, APT, ledningsgruppsmöten. Rutinen beskriver även en daglig jourverksamhet som personal kan samverka med samt dagliga kontakter inom verksamheten. Rutinen beskriver vad personal ska göra när de påbörjar sitt arbetspass och när det avslutas, hur kontakten sker med nattorganisationen, hälso- och sjukvårdsorganisationen samt andra parter som samverkan sker med. Rutinen innehåller även ansvarsfördelning.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att er rutin för samverkan inom den egna verksamheten och med aktörer uppfyller de krav som ställs i avtalet då den beskriver hur samverkan ska ske, när det ska ske och vem som ansvarar för att samverkan sker.

Uppdraget

Enligt avtal ska en rutin finnas som beskriver hur utföraren dagligen tar emot och planerar för nya och förändrade uppdrag och nya och förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Vi har begärt in nämnda rutin som ni har skickat in. Rutinen beskriver hur ni gör när ett nytt uppdrag eller en ny hälso- och sjukvårdsåtgärd fördelas till er samt vem som är ansvarig för att ta emot detta. Er rutin innehåller även vad personalchef, samordnare, planerare gör efter att uppdrag är mottaget, med att påbörja uppdrag och boka besök och viken information ni då ger till kunden.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att er rutin för att ta emot nya uppdrag uppfyller de krav som ställs i avtalet.

Dokumentation

Enligt avtalet ska genomförandeplan påbörjas omgående och vara färdigställd senast 30 dagar efter mottaget uppdrag. Genomförandeplanen ska beskriva hur och när uppdraget ska utföras för att tillgodose kundens behov samt innehålla mål. Genomförandeplanen ska uppdateras vid behov eller minst var sjätte månad. I verkställighetsjournalen ska personalen dokumentera när verkställighet påbörjas, händelser av betydelse och faktiska omständigheter. Dokumentationen ska utformas med respekt för kundens integritet och det ska gå att följa vad som

faktiskt genomförs och hur situationen ser ut för kunden utifrån behov och genomförandet av beslutade insatser.

Vi har genomfört en granskning av genomförandeplaner och dokumentation i verkställighetsjournal hos 10 slumpmässigt utvalda kunder. Granskningen visade att 8 av 10 hade en aktuell genomförandeplan dvs inte äldre än 6 månader. Dessa planer granskades vidare utifrån innehåll. Genomförandeplanerna är konkreta och det är tydligt beskrivet hur insatsen hos kund ska genomföras, planerna innehöll både mål och delmål. Kundens delaktighet framkommer i alla aktuella genomförandeplaner. Granskningen av dokumentation i verkställighetsjournal visar att i 9 av 10 journaler finns kontinuerliga anteckningar där händelser av betydelse och faktiska omständigheter framgår. Insatsen går att följa över tid och hur situationen för kunden ser ut.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller kravet i avtalet då en stor del av era kunder har en aktuell genomförandeplan och då dokumentation görs kontinuerligt.

Läkemedelshantering

Enligt avtalet ska utföraren följa kommunens riktlinjer och rutiner för läkemedelshantering. Utföraren ska även ha en rutin som beskriver hur läkemedel transporteras på ett säkert sätt samt hur läkemedel förvaras på ett oåtkomligt för obehöriga innan de lämnas till kunder.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med ovan nämnda rutin, vilket ni har gjort. I rutinen framgår hur läkemedel transporteras och om de inte lämnas till kund direkt förvaras de i låst läkemedelsskåp i verksamhetens lokal. På platsbesöket observeras att läkemedelsskåp finns. Läkemedel till kund hämtas på fredagar och lämnas till kund på lördagar. Ni uppger att detta kommer ändras inom kort och lämnas samma dag som det hämtas.

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller kraven i avtalet då er rutin beskriver kravställda delar.

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 avtalet ska utföraren säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningarna som kommunen tillhandahåller. I samband med uppföljningen ombads ni att skicka in en ifylld kompetensinventeringsmall där det ska framgå vilka obligatoriska utbildningar som personalen genomgått. I den inskickade kompetensmallen framgår att av de 15 obligatoriska utbildningarna är det tre av utbildningarna som all er personal genomgått, Treserva, Treserva app och TES. MCSS har alla utom en personal genomgått. Vissa av utbildningarna har låg andel av personalen genomgått såsom IBIC 6,8 % och Palliation ABC 10,3 %. Ni har även skickat in en handlingsplan där det framkommer att ni har uppmärksammat

att all personal inte genomgått de obligatoriska utbildningarna. I handlingsplanen beskriver ni en tidsplan för att genomgå utbildningarna, vem som är ansvarig och vem som följer upp. På platsbesöket inkommer ni med en ny kompetensinventering utifrån att ni påbörjat ert arbete.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet i avtalet då all personal ska genomgå alla obligatoriska utbildningar vilket ni själva även uppmärksammat och påbörjat ett arbete kring. Enheten för uppföljning kommer att följa upp bristen för att se att era redan planerade åtgärder gett effekt. Ni behöver i åtgärdsplan beskriva ert arbete för att säkerställa att samtlig personal genomgått de obligatoriska utbildningarna.

Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal

Enligt avtal ska minst 85 % av personalen som jobbar med omvårdnad ha gått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande. I samband med uppföljningen ombads ni att skicka in en ifylld kompetensinventeringsmall vilket ni har gjort. När denna fylldes i fanns 29 anställda och alla uppgavs jobba med omvårdnad. 20 av dessa har genomgått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande (nämns USK) vilket motsvarar 69%.

Ni har inkommit med en handlingsplan utifrån att ni själva uppmärksammat att ni inte når upp till kravet i avtalet. Ni har en handlingsplan beskrivit att under oktober 2021 teckna avtal för utbildning och validering för 5 personal samt att all personal som anställs i första hand ska vara undersköterskor och i andra hand ha erfarenhet som möjliggör utbildning och validering.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet i avtalet om utbildningsnivå gällande omvårdnadsprogrammet eller motsvarande. Enheten för uppföljning kommer att följa upp bristen för att se att era redan planerade åtgärder gett effekt. Ni behöver i åtgärdsplan beskriva ert arbete för att säkerställa utbildningsnivån.

Trygghetslarm

Enligt avtalet ansvarar utföraren för besvarande av trygghetslarm hos kunder med beslut om omvårdnad och trygghetslarm mellan kl. 7-22. Hantering och besvarande av larm ska ske enligt *Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm* där det framkommer att verksamheten ska ha en rutin för hur hantering och besvarande av insatsen trygghetslarm sker utifrån riktlinjen. I riktlinjen framkommer vad rutinen ska innehålla.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med er rutin vilket ni har gjort. I rutinen framgår hur ett larm hanteras, vilken prioriteringsordning som finns, vilket ansvar larmansvarig/jour har, samt hantering om kund har skyddad identitet. Det framgår även samverkan med hemsjukvården och välfärdsteknik samt hur rapportering till nattorganisation går till. Enligt riktlinjen ska den lokala rutinen även innefatta hur ni hanterar avbrott i larmkedjan som påverkar flera kunder samtidigt. Er rutin innehåller att kontakt ska tas med verksamhetschef övrig hantering kring avbrott i larmkedjan saknas.

Enligt ovan nämnda riktlinje ska samtliga larm dokumenteras i verkställighetsjournal av den som besvarat larmet. Av dokumentationen ska orsak till larmet samt åtgärd finnas dokumenterat. En granskning av dokumentation i verkställighetsjournal har genomförts för att bedöma följsamheten till riktlinjen.

Granskningen innefattade 15 slumpmässigt utvalda larm hos era kunder under perioden juli-september. Granskningen visade att ni har dokumenterat 4 av 15 larm, där framgår orsak till larmet och vidtagna åtgärder. På platsbesöket framkommer att verksamheten ser att det finns tid att dokumentera samtliga larm då planeringen är att deras jour tar emot larmen.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kravet i avtalet då er rutin inte innehåller samtliga kravställda delar och endast 26 % av era larm är dokumenterade i verkställighetsjournal.

Ni behöver i åtgärdsplan beskriva hur ni ska säkerställa att samtliga larm dokumenteras. Ni behöver även uppdatera er rutin så den innehåller samtliga kravställda delar det vill säga även hur avbrott i larmkedjan hanteras utöver kontakt med verksamhetschef.

Ledningssystem för kvalitet

- Riskanalyser

Enligt avtal så är riskanalyser ett förebyggande verktyg som ska användas på verksamhetsnivå för att identifiera risker som kan komma att påverka verksamhetens kvalitet. Enligt avtal ska ni ha rutin för hur ni arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra er verksamhet.

Inför uppföljningen har er rutin begärts in samt en sammanställning av genomförda riskanalyser de senaste 12 månaderna.

Ni har skickat in en rutin/beskrivning som beskriver när en riskanalys ska göras och varför och att rutiner finns för det. Ni har efter platsbesöket även inkommit med en rutin för hur ni arbetar med SWOT-analyser, när den används och vem som är ansvarig.

Ni har skickat in en beskrivning av genomförda riskanalyser.

Inför sommaren 2021. Ni beskriver ökad samverkan som en effekt men även svårighet då ni samtidigt haft ett nytt bemanningsystem. Flera valde att flytta sin semester varför risken inte uppstod.

Ni har skickat in en *riskbedömning Nytt uppdrag* som beskriver ansvarsfördelning och vad som ska göras och förslag till åtgärder på kundnivå.

Ni har skickat in en *SWOT-analys på övertagande av annan verksamhet* där ni beskriver styrkor, möjligheter, hot och svagheter. Ni beskriver att ni inte sett några allvarliga risker. På platsbesök framkommer att ni jobbat med de hot och svagheter ni sett, men inte på vilket sätt ni gjort det och att ni inte dokumenterat det.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni delvis uppfyller kravet. Ni har en rutin för hur ni använder SWOT-analyser i samband med riskbedömning. Ni har genomfört riskanalyser men där saknas uppföljning då den inte är

dokumenterad. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska säkerställa att riskanalyser framåt även följs upp och att detta dokumenteras. Vi vill även genom en redogörelse ta del av på vilket sätt ni jobbat med hot och svagheter utifrån SWOT-analysen övertagande av annan verksamhet samt hur ni följt upp detta.

Ledningssystem för kvalitet

- Egenkontroller

Enligt avtal ska ni genomföra årliga egenkontroller av verksamhetens följsamhet till hygienriktlinjer, avvikelseprocessen och avtalets krav på dokumentation. Ni ska även ha en rutin för hur dessa egenkontroller genomförs. 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.

Ni har skickat in rutin för egenkontroller gällande dokumentation och avvikelser, där ansvar framkommer och vad man ska granska vid egenkontrollen, ni använder er av PDCA-hjulet i ert arbete. Efter platsbesök har ni även inkommit med en rutin för egenkontroll – hygien som beskriver vad som ska göras, hur och ansvarsfördelning. Ni har skickat in en sammanställning på genomförda egenkontroller, där framgår att ni genomfört de kravställda egenkontrollerna gällande hygien, dokumentation och avvikelser.

Det framgår att ni uppmärksammat brister vid egenkontroll - hygien exempelvis kring kläder, klockor och desinfektion. Ni har haft hygienkampanjer och ska anlita tvättföretag. Ni redogör även för att ni ej har följt upp detta än. När det gäller egenkontroll - dokumentation har ni uppmärksammat vissa brister. Ni har även genomfört en uppföljning och redovisar en sammanfattning av det samt hur ni gått till väga. Ni ser att utbildning i IBIC och införande av schema- och planeringssystemet Carefox är anledning till förbättring. När det gäller egenkontroll - avvikelser har ni sammanställt era avvikelser och tittat på de vanligaste orsakerna och åtgärderna. Ni har även uppmärksammat att flera saknar vidtagna åtgärder och att uppföljning av åtgärder saknas. Ni har skapat en handlingsplan med åtgärder och ansvarig och tidsplan för att komma till rätta med det ni sett.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni delvis uppfyller kravet, då ni genomfört samtliga kravställda egenkontroller. Ni har skickat in rutiner för egenkontroll av dokumentation, avvikelser och hygien.

Vi vill att skickar in en redogörelse gällande egenkontroll - hygien där ni beskriver hur ni har följt upp de åtgärder ni genomfört och om åtgärden haft effekt.

Hygien och förbrukningsmaterial

Enligt avtal ska verksamheten följa Socialstyrelsens föreskrift för *Basal hygien inom hälso- och sjukvård* SOSFS 2015:10, *Riktlinjen för basal hygien inom kommunal hälso- och sjukvård i Örebro läns kommuner* samt föreskriften *Smittrisker* AFS 2018:4. I avtalet framgår även att verksamheten ska ha kontor/lokaler som är tillgängliga och anpassade till verksamheten vilket innebär att det ska finnas förutsättningar för

ombyte, administrativt arbete samt pauser och raster. Arbetsplatsen ska även vara utrustad så den motsvarar arbetsmiljöverkets föreskrift om *Arbetsplatsens utformning* 2009:2

Under platsbesök genomförs rundvandring och observation i verksamhetens lokaler samt att frågor ställs utifrån det som observeras. Ni berättar att ni söker efter nya bättre lokaler för er verksamhet. Delar av lokalen är öppen mellan kl 7-16 där finns företrädesvis kontorsrum samt arkiv för förvaring av kund- och personalakter. I den del av lokalen finns även tvättmaskin som kan användas om behov uppstår. Tvätt av arbetskläder har tidigare skett av medarbetare i hemmet, nytt nu är att tvätt lämnas på cirkulationstvätt 2 gånger i veckan. Arbetskläder finns att tillgå i förråd/omklädningsrum i plastbackar i liten omfattning, arbetskläder tas hem för tre ombyten och sedan åter för tvätt. I förråd/omklädningsrum förvaras en liten del förbrukningsmaterial (7 kartonger handskar, 2 flaskor handsprit och skoskydd). I anslutning finns ett större låst förråd med upppackat förbrukningsmaterial och arbetskläder i kartonger, tanken är att påfyllning ska ske därifrån till förråd/omklädningsrum. Omklädningsrum är samma rum som ovan beskrivs som förråd/omklädningsrum, det är avdelat med draperier där några skåp för förvaring finns. Dusch finns att tillgå i rum bredvid omklädningsrum. I samband med att ni genomfört egenkontroll gällande basala hygienrutiner och klädregler under mars 2021 uppmärksammade ni att ingen hade korrekt arbetsklädsel, att klockor förekom samt att desinfektion före kundkontakt inte utfördes korrekt däremot var den korrekt efter kundkontakt.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni inte uppfyller krav i avtalet då de omklädningsrum som finns inte ger förutsättningar för ombyte för den personal som är i tjänst samtidigt eller förvaring av privata kläder under arbetspasset. De arbetskläder som finns bedöms heller inte räcka för dagligt ombyte på arbetsplatsen. Förvaring av kläder i hemmet bedöms inte uppfylla kravet utifrån aktuella hygienriktlinjer utifrån smittorisk och då arbetskläder endast får användas i arbete och färd mellan kunder och arbetsplatsen. När det gäller förbrukningsmaterial så finns det att tillgå, ni behöver dock säkerställa att alla har tillräcklig tillgång till det under hela arbetsdagen.

Ni behöver i åtgärdsplan beskriva hur ni ska säkerställa tillräcklig tillgång till förbrukningsmaterial och hur ska säkerställer möjlighet till dagligt ombyte på arbetsplatsen med utrymme och tillgång till arbetskläder före, under och vid arbetspasset slut.

Påpekande

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

Ledningssystem för kvalitet

- Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Enligt avtal ska ni ha en rutin för hur avvikelse i form av händelser synpunkter och klagomål hanteras, ni ska följa riktlinjen *Avvikelse, Klagomål och synpunkter*.

Ni berättar vid platsbesöket att ni gått igenom riktlinjen med all personal och informerat om vikten av att skriva avvikelser. Ni beskriver att de har blivit smidigare att dokumentera då det kan ske direkt på plats.

För att se er följsamhet till riktlinjen har vi genomfört en granskning av er hantering av avvikelser klagomål och synpunkter i Treserva samt har ställt fråga till IVO om de mottagit några klagomål eller Lex Sahra anmälningar de senaste 36 månaderna. Vi har även tagit del av Socialstyrelsens senaste kundundersökning.

För att bedöma er följsamhet till riktlinjen har en granskning genomförts av registrerade avvikelser i Treserva. Granskningsperioden omfattar 2020-11-01 t o m 2021-10-31. Granskning på en övergripande nivå, visar att ni registrerat 23 avvikelser, att 19 av dem är utredda och bedömda, 16 är åtgärdade och 12 är uppföljda. Vi har även tittat djupare på 10 av de avvikelser som följt hela processen dvs är uppföljda. Granskningen visar att det saknas anteckningar både i stegen åtgärda och följa upp även om ni valt åtgärd och registrerat att de är uppföljda. Då anteckning saknas är det svårt att se innehållet i åtgärden men även veta vad åtgärden haft för effekt. Ovanstående har ni även själva uppmärksammat i er egenkontroll av följsamhet till avvikelseprocessen.

Enligt riktlinjen ska avvikelser dokumenteras i verkställighetsjournal, av de 10 avvikelser vi tittat djupare på har 6 stycken dokumenterats.

I kontakten med IVO framkommer inga klagomål med koppling till verksamheten i Örebro. Enligt Socialstyrelsens kundundersökning framkommer att 62% av era kunder och dess anhöriga vet var de ska vända sig med klagomål och synpunkter, det är något lägre än riket som har 64 %.

På platsbesöket framkommer att information finns i hemmapärm hos kunden hur man går tillväga och vart man kan vända sig med synpunkter samt att kontaktuppgifter till berörda finns där. I samband med platsbesöket ombads ni skicka in rutin som beskriver hur kund ges möjlighet att lämna klagomål och synpunkter. Ni har inkommit med blankett för Synpunkter där det framgår hur man går tillväga. I rutin *Uppdraget* framgår att kund informeras om möjligheten att lämna synpunkter direkt till verksamheten eller till kommunen vid ett uppstartsmöte/hembesök som sker inom en vecka från att kunden är ny.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni har ökat er följsamhet till riktlinjen sedan 2019, då hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter var en brist vid den kvalitetsuppföljning som genomfördes då. Av den granskning som genomförts framgår att ni även fortsättningsvis behöver jobba vidare med stegen åtgärda och följa upp då det saknas anteckningar för vad ni gjort och hur era åtgärder fungerat.

Ni tilldelas ett påpekande då ni behöver fortsätta jobba med följsamheten till avvikelseprocessen dels i dokumentationen i enskilda avvikelser dels dokumentation i verkställighetsjournal.

Ett påpekande innebär att det är en brist som är av mindre omfattning. Den ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Enligt avtal ska ni i kommande kvalitetsberättelse beskriva hur verksamheten åtgärdat de brister vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett.

Metod

Avtalscontrollers inom Enheten för uppföljning har samlat in och granskat utifrån 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 och observation vid platsbesök 2021-11-17
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Journal
- Dokumentation
- Kundundersökning
- Myndighetsinformation
- Rutiner
- Tidigare uppföljningar

Jeanette Birgersson
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun