

# Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Vintrosahemmet - Örebro kommun

## 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 642/2018. 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.

## Örebro kommun - Vintrosahemmet

Vintrosahemmet är ett vård- och omsorgsboende bestående av fyra grupper som ligger i markplan, ett vårdboende för personer med demenssjukdom, två gruppboende för personer med demenssjukdom och ett vårdboende för personer med somatisk sjukdom.

## Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Vintrosahemmet ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska senast den 25 mars 2021 skicka in åtgärdsplanen till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se). Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

- **Kvalitetsledningssystem**
  - Rapporteringsskyldighet
- **Dokumentation och förvaring SoL**
- **Dokumentation och förvaring HSL**
- **Hälso- och sjukvård**
- **Läkemedelshantering**
- **Skydds- och begränsningsåtgärder**
- **Individuell planering**
- **Aktiv och meningsfull tillvaro**
- **Mat, måltid och nutrition**

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

- Uppdaterad beskrivning av hur ni arbetar med att ta emot, planera för, genomföra och dokumentera de hälso- och sjukvårdsinsatser som överläts av legitimerad personal. Beskrivningen ska innehålla de efterfrågade delar som beskrivs i denna rapport.
- En uppdaterad rutin för läkemedelshantering som innehåller de efterfrågade delar som beskrivs i denna rapport.

- En beskrivning av hur ni arbetat med resultatet av Socialstyrelsens kundundersökning för 2020.

Handlingarna ska vara inskickade till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se) senast den 5 maj 2021.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 5 maj 2021. Vilket innebär att vi kommer granska inkomna rutiner samt genomföra en dokumentationsgranskning gällande aktuella genomförandeplaner, hälso -och sjukvård samt skydds -och begränsningsåtgärder.

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

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:

#### **Kvalitetsledningssystem**

- Utredning av avvikelser

De brister som är mindre omfattning ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Vintrosahemmet ska enligt överenskommelse 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.

#### **Kvalitetsledningssystem**

- **Samverkan**

Ni har inkommit med efterfrågad rutin som beskriver er interna samt externa samverkan. Rutinerna granskades vidare utifrån dess innehåll. Bedömningen är att er rutin för intern samverkan innehåller en beskrivning av olika mötesformer, när dessa sker och vilka som deltar. Rutinen beskriver även olika yrkeskategorier som berörs av den interna samverkan. När det gäller rutin för extern samverkan beskrivs olika aktörer, hur samverkan sker och vem som är ansvarig för samverkan.

Enligt överenskommelsen ska ledningssystemet innehålla rutiner för extern och intern samverkan. Utföraren ska identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Av processerna

och rutinerna ska det framgå hur samverkan bedrivs i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter.

#### - Riskanalyser

Ni har inkommit med efterfrågad beskrivning av hur ni systematiskt arbetar med riskanalyser. Ni har även skickat in en sammanställning av genomförda riskanalyser där det framgår vilka risker som identifierats, vilka åtgärder som genomförts utifrån riskerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt. Ni har beaktat både kund- och personalperspektivet i riskanalyserna.

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). Detta innebär bland annat att verksamheten fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. En riskanalys ska innehålla identifierade risker, åtgärder utifrån riskerna, uppföljning av åtgärder och dess effekt.

#### - Egenkontroller

Ni har inkommit med efterfrågad beskrivning av hur ni arbetar med egenkontroller samt en sammanställning av de egenkontroller ni har genomfört under året. Sammanställningen innehåller en beskrivning av vilka brister som har identifierats i samband med egenkontroll, vilka åtgärder som genomförts utifrån bristerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt. En analys finns i samtliga inskickade egenkontroller där man analyserar orsaker, åtgärder, effekter och arbetet framåt.

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). Detta innebär att egenkontroller ska göras med den frekvens och i den omfattningen som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

#### Vård i livets slutskede

Ni har inkommit med efterfrågad lokal rutin för palliativ vård. Den innehåller en beskrivning av hur ni arbetar med palliativ vård och hur ni praktiskt går till väga för att uppnå hög personalkontinuitet vid palliativt vak.

Enligt överenskommelsen ska det finns rutiner för vård och omsorg i livets slutskede. Bemanningen måste alltid vara sådan att avtalade åtaganden kan uppfyllas, vilket kan innebära krav på ökad personalstyrka vid ökat vårdbehov, till exempel vid vård i livets slutskede.

#### Bemötande

Som en del i denna uppföljning tittade vi på resultatet från Socialstyrelsens kundundersökning för 2020. Resultatet visar att Vintrosahemmet ligger högre i andel positiva svar än rikssnittet på frågan, ”*Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt?*”.

Enligt överenskommelsen är ett bra och värdigt bemötande grundläggande för att den enskilde ska känna trygghet.

### **Anhörigstöd**

Ni har inkommit med efterfrågad lokal rutin för anhörigstöd, rutinen innehåller en beskrivning av olika insatser som sker i er verksamhet för att ge möjlighet för anhöriga att känna sig delaktiga. Av rutinen framgår att ni har anhörigombud och att ni förmedlar kontakt med kommunens anhörigcentrum vid behov.

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Riktlinjer för stöd till anhöriga och ha en lokal rutin för att stödja anhöriga.

### **Personlig omvårdnad**

Som en del i denna uppföljning tittade vi på resultatet från Socialstyrelsen kundundersökning för 2020. Resultatet visar att Vintrosahemmet ligger i linje med rikssnittet i andel positiva svar på frågan, ”*Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende?*”.

Enligt överenskommelsen ska den personliga omvårdnaden ha sin utgångspunkt i att den boendes funktioner i den dagliga livsföringen upprätthålls samt att social isolering motverkas. Det får inte förekomma att den boendes behov åsidosätts på grund av schemaläggning och eller personalrutiner. Omvårdnaden ska anpassas efter den enskildes förutsättningar, behov och önskemål.

### **Kontaktmannaskap**

Ni har inkommit med efterfrågad beskrivning för kontaktmannaskap som begärdes in då platsbesöket uteblev och inga frågor kunde ställas. Ni inkom med en lokal rutin som beskriver att samtliga boende ges en kontaktperson, att denne är känd för den enskilde samt att det finns möjligheter att byta och hur man då praktiskt går till väga.

Enligt överenskommelsen ska den enskilde garanteras att få en kontaktperson och kontaktpersonen ska vara känd för den enskilde och dennes anhörig. Den enskilde ska ges möjlighet att byta kontaktperson om den så önskar.

### **Brister i kvalitetskrav**

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

### **Kvalitetsledningssystem**

- Rapporteringsskyldighet

Inför kvalitetsuppföljningen skickade ni in Örebro kommuns riktlinje för Avvikelser, klagomål och synpunkter. Av den riktlinjen framgår att ni ska ha en lokal rutin som beskriver hur medarbetare utbildas i rapporteringsskyldighet, hur rapportering går till samt hur anmälan enligt Lex Sarah ska göras. Informationen om skyldigheten att rapportera ska ges av närmaste chefen när en anställning påbörjas och därefter minst en gång per år. Informationen bör ges både skriftligt

och muntligt. Ni behöver upprätta en rutin som innehåller en beskrivning av hur detta ska ske.

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Örebro kommuns riktlinje och rutin för avvikelser, klagomål och synpunkter. Detta innebär att chef ska informera personal muntligt och skriftligt om deras ansvar att rapportera händelser och om gällande riktlinje, vid anställning och minst en gång om året.

### **Dokumentation och förvaring SoL**

Som en del i uppföljningen gjordes en granskning av 10 slumpmässigt utvalda boendes verkställighetsjournaler. Granskningen visade att samtliga innehåller dokumentation av händelser av betydelse och faktiska händelser över tid. Granskningen visar också att inträffade händelser som behöver följas upp till stor del följs upp via anteckningar i journalen. Detta innebär att det tydligt går att följa den individuella vård och omsorgsprocessen i samtliga granskade journaler. Vidare kunde vi vid granskningen även se att samtlig dokumentation görs med respekt för den enskilde. Ni ombads även att inkomma med egenkontroll för social dokumentation, vilket ni gjorde och utifrån denna kunde vi se vilka brister i dokumentationen som identifierats, vilka åtgärder som genomförts utifrån bristerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt. Ni har även genomfört en analys gällande orsaker, åtgärder, effekter och arbetet framåt. Bedömningen är att verksamheten uppfyller kravet gällande dokumentation i verkställighetsjournal.

Vidare granskades ett slumpmässigt urval av 20 genomförandeplaner, endast 5 av dessa var aktuella dvs. planerade insatser hade följts upp inom tre månader. Då genomförandeplanerna inte hade ett aktuellt datum bedömer vi att innehållet i dessa inte är relevant. Ni behöver säkerställa att samtliga boende har aktuella genomförandeplaner.

Enligt överenskommelsen ansvarar utföraren för att personalen har sådana kunskaper att dokumentationen sker i enlighet med socialtjänstlagen och patientdatalagen. Här erinras särskilt om utförarens skyldighet att dokumentera faktiska omständigheter och händelser av betydelse. För att säkra delaktighet och kontinuitet ska en individuell vård och- omsorgsplan formuleras tillsammans med den enskilde eller dennes företrädare. Den hjälp och det stöd som planeras ska följas upp.

### **Dokumentation och förvaring HSL**

Inom ramen för denna punkt i överenskommelsen granskades i journalen samtycke till informationsöverföring mellan vårdgivare samt den rutin ni ombads att inkomma med som beskriver hur ni tar emot, planerar för, genomför och dokumenterar den hälso- och sjukvård som överläts av legitimerad personal.

En granskning av 10 slumpmässigt utvalda boendes HSL- journaler visade att samtliga boende har ett dokumenterat samtycke till informationsöverföring mellan vårdgivare. Bedömningen är att verksamheten uppfyller denna del i kravet.

Ni har även inkommit med efterfrågad rutin som beskriver hur ni tar emot, planerar för, genomför och dokumenterar den hälso- och sjukvård som överläts

av legitimerad personal har granskats. Rutinen har granskats och den beskriver hur ni skapar vårdplaner så att dessa blir tillgängliga att dokumentera i. Rutinen beskriver också att omvårdnadspersonal får muntlig och skriftlig information av legitimerad personal via Treservas mejlfunktion och på teamträff, samt omvårdnadskonferens om syfte och dokumentationsrutin med vårdplan. Dock saknar rutinen en beskrivning av hur ni praktiskt går till väga för att omvårdnadspersonal i det dagliga arbete vet vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder som ska utföras, när de ska utföras, hur de ska utföras och av vem/vilken kompetens. Det ska i er rutin framgå hur omvårdnadspersonalen möjliggörs att ta del av det som förmedlas i den skriftliga ordinationen vid sina hembesök. Bedömningen är att ni behöver förtydliga detta i befintlig rutin så att den som inte är insatt förstår hur det går till.

Enligt patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att säkerställa att kravet på god och säker vårdupprätthålls när en arbetsuppgift överläts till någon annan att utföra.

### **Hälso-och sjukvård**

Som en del i kvalitetsuppföljningen gjordes en granskning av 10 slumpmässigt utvalda boendes HSL- journaler samt ett antal identifierade vårdplaner. Granskningen innefattade följande områden; hälsotillstånd, dokumentation i vårdplan, överlåten hälso- och sjukvård samt riskbedömningar i Senior Alert. Granskningen visade att ni uppfyller kravet inom dessa områden:

#### - Hälsotillstånd

Personens hälsotillstånd finns dokumenterad i journal för 9 av 10 patienter. De områden som bedöms är: medicinska diagnoser, förflyttning, kommunikation, personlig vård, kroppsfunktioner/strukturer, vikt, längd, blodtryck och puls.

#### - Överlåten hälso- och sjukvård

Vid granskning identifierades 40 vårdplaner där hälso- och sjukvårdsåtgärder utförs av omvårdnadspersonal. Granskningen visade att 100% av dessa var korrekt fördelade i Treserva. I 88% av vårdplanerna framkom vad som ska utföras, i 80 % när det ska utföras, i 78% hur det ska utföra och i 75% vem som ska utföra uppgiften.

Granskningen visade att ni brister inom följande områden:

#### - Dokumentation i vårdplan

Vid granskning identifierades 19 vårdplaner. Granskningen visade att 84% av dessa hade dokumenterad problem/bedömning, 100% hade mål dokumenterade och 95% hade dokumenterad åtgärd. Däremot saknade 41% av de granskade vårdplanerna en dokumenterad uppföljning av de åtgärder som satts in. Ni behöver säkerställa att samtliga åtgärder följs upp och att detta dokumenteras.

#### - Riskbedömning enligt Senior Alert

7 av 10 granskade patienter saknar en uppdaterad och korrekt dokumenterad riskbedömning enligt senior alert. I flera av dessa journaler kan man utläsa att senior alert är genomförd men det framkommer inte vilka delar som riskbedömts

vid senior alert vilket är en brist. Det ska framgå att samtliga fem områden är riskbedömda och vilka det framkom risk för och inte. Flera är också för gamla för att kunna bedömas som godkända. Ni behöver säkerställa att de boende får samtliga riskområden bedömda och att bedömningen och resultatet dokumenteras i journal.

Enligt patientdatalag (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården ska journalen innehålla medicinska bedömningar, utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa, ordinationer och ordinationsorsak, resultat av utredande och behandlande åtgärder och slutanteckningar och andra sammanfattningar av genomförd vård. Enligt Örebro kommuns riktlinje vårdprevention ska senior alert göras minst en gång per år på samtliga patienter över 65 år om det inte är uppenbart onödigt och det ska då vara beskrivet i journal.

### **Läkemedelshantering**

Ni har inkommit med efterfrågad lokal rutin för läkemedelshantering. Rutinen är inte uppdaterad den ska uppdateras en gång per år. Ni har även angett att beställare och ersättare till akut- och buffertförrådet är samma person som kontrollräknar narkotikaklassade läkemedel i akut- och buffertförrådet, det måste vara två olika personer. Vidare saknar rutinen en beskrivning av övriga läkemedelsförråd/skåp, dvs förråd/skåp som kompletterar läkemedelsrummet tex pga. att läkemedelssummet är för litet eller att boendet är stort och fler platser behövs. Med detta menas alltså inte läkemedelsskåp inne på de boendes rum vilket ni beskriver i er rutin. Rutinen innehåller även en beskrivning av att beställning av handelsvaror sker via Apoex, detta behöver ändras och beskrivas på rätt sätt dvs, att handelsvaror beställas via Apoteket. Under oförutsedda ordinationsändringar står det i rutinen att sjuksköterska kontrollerar men det saknas en beskrivning av hur denna kontroll sker. Ni behöver uppdatera rutinen med ovan nämnda delar.

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2017:37 gällande Läkemedelshantering och det ska finnas enhetliga och säkra arbetsrutiner som följer riktlinjer från Örebro kommun.

### **Skydds- och begränsningsåtgärder**

Inför uppföljningen ombads ni inkomma med en lista på samtliga boende med skydds- och begränsningsåtgärder. I inskickad lista framgick att 8 boende har skydds- och begränsningsåtgärder. Samtliga dessa har granskats. Granskningen visade att 6 av 8 patienter hade dokumenterat samtycke för skydds- och begränsningsåtgärden. Dock brister ni i att dokumentera syftet med skydds- och begränsningsåtgärden, detta saknades i 5 av de granskade journalerna. I 6 av journalerna saknas dokumenterad riskbedömning för skydds- och begränsningsåtgärder och endast 1 var uppföljd. Bedömningen är att ni brister i följsamheten till aktuell riktlinje då ni inte dokumenterar syfte, riskbedömning och uppföljning av insatta åtgärder.



Enligt överenskommelsen ska utföraren följa länsövergripande riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder i Örebro läns kommuner. Detta innebär att verksamheten ska ha ett arbetssätt som förebygger användandet av skydds- och begränsningsåtgärd och riskbedömning ska alltid göras innan en skydds- och begränsningsåtgärd ordinerar.

### **Individuell planering**

Inom ramen för denna punkt i överenskommelsen granskades 19 slumpmässigt utvalda genomförandeplaner samt resultatet från Socialstyrelsens kundundersökning för 2020. Resultatet från Socialstyrelsen kundundersökning för 2020 visar att Vintrosheppet ligger över rikssnittet inom området hjälpens utförande som innefattar följande två frågor, ”*brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål hur hjälpen ska utformas?*” Samt ”*brukar du kunna påverka vid vilka tider personalen kommer?*”

Granskningen av genomförandeplaner visade att endast 5 av 19 var aktuella, dvs uppföljda inom 3 månader. För att en genomförandeplan ska granskas vidare utifrån dess innehåll ska den vara aktuell. Detta innebär att det inte finns tillräckligt mycket dokumentation avseende individuell planering i 14 av de granskade genomförandeplanerna.

Enligt överenskommelsen ska planeringen av insatserna ske tillsammans med den enskilde och/eller dennes företrädare. Tillsammans med den enskilde utvärderas planerna regelbundet. I samtliga genomförandeplaner ska det finnas information som beskriver den boendes vård- och omsorgsinsatser.

### **Aktiv och meningsfull tillvaro**

Inom ramen för denna punkt i överenskommelsen granskades 19 slumpmässigt utvalda genomförandeplaner samt resultatet från Socialstyrelsens kundundersökning för 2020. Resultatet från Socialstyrelsen kundundersökning för 2020 visar att Vintrosahemmet ligger under rikssnittet inom området sociala aktiviteter som innefattar följande två frågor ”*hur nöjd eller missnöjd är du med de aktiviteter som erbjuds på ditt äldreboende?*” Samt ”*är möjligheterna att komma utombus bra eller dåliga?*”

Granskningen av genomförandeplaner visade att endast 5 av 19 var aktuella, dvs uppföljda inom 3 månader. För att en genomförandeplan ska granskas vidare utifrån dess innehåll ska den vara aktuell. Detta innebär att det inte finns tillräckligt mycket dokumentation avseende aktiv och meningsfull tillvaro i 14 av de granskade genomförandeplanerna

Enligt överenskommelsen ska den enskilde få stöd i att leva ett så självständigt liv som personen önskar genom rehabilitering, träning och andra aktiviteter. Den enskilde ska få stöd i att behålla och utveckla intressen, sociala relationer och kontakter som är viktiga för personen. Såväl inre som yttre miljö ska ge förutsättningar för en aktiv och meningsfull tillvaro.

## Mat, måltid och nutrition

Inom ramen för denna punkt i överenskommelsen granskades 19 slumpmässigt utvalda genomförandeplaner samt resultatet från Socialstyrelsens kundundersökning för 2020. Resultatet från Socialstyrelsens kundundersökning för 2020 visar att Vintrosahemmet ligger under rikssnittet inom området måltider som innefattar följande två frågor, ”*Upplever du att måltiderna på ditt äldreboende är en trevlig stund på dagen?*” samt ”*Hur brukar maten smaka?*”.

Granskningen av genomförandeplaner visade att endast 5 av 19 var aktuella, dvs uppföljda inom 3 månader. För att en genomförandeplan ska granskas vidare utifrån dess innehåll ska den vara aktuell. Detta innebär att det inte finns tillräckligt mycket dokumentation avseende måltider i 14 av de granskade genomförandeplanerna.

Enligt överenskommelsen ska det i genomförandeplanen finnas information om den enskildes önskemål och behov av stöd i samband med alla måltider under dygnet. Verksamheten skall sträva efter att måltiderna blir positiva matupplevelser för varje enskild person och ge förutsättningar för en god livskvalitet.

## Påpekande

### Kvalitetsledningssystem

- Utredning av avvikelser

Som en del i denna uppföljning granskades era rapporterade händelser mellan perioden 200215–210215, detta för att bedöma er följsamhet till Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter. Under den aktuella perioden fanns totalt 12 rapporterade händelser som av er bedömts som en avvikelse. Av dessa 12 var samtliga bedömda och utredda och 4 var även åtgärdade och uppföljda.

10 av dessa 12 avvikelser granskades vidare för att bedöma följsamheten till riktlinjen för avvikelser, klagomål och synpunkter. Under steget utreda har verksamheten god följsamhet till processen, ni beskriver vad som skett på ett detaljerat sätt och ofta är det flera yrkeskategorier som kompletterar med informationen. Ni beskriver också hur händelsen påverkat de enskilde samt vad den troliga avvikelseorsaken tros vara. Ni har alltså en god analys i utredningen av rapporterade händelser och ni identifierar vad som tros ha orsakat händelsen men sedan brister ni i att genomföra nästa steg, dvs tillämpa relevanta åtgärder på systemnivå. Detta behöver ni göra för att sedan också bedöma och värdera de insatta åtgärdernas effekt samt hur ni kommit fram till att de haft effekt eller inte haft effekt.

Vidare granskades klagomål och synpunkter under samma period i avvikelsemodulen i Treserva. Granskningen visade att det inte fanns något klagomål eller synpunkt rapporterad i treserva. I er lokala rutin för klagomål och synpunkter som ni inkommit med framgår att klagomål och synpunkter ska registreras i treserva.

Verksamheten behöver fortsättningsvis arbeta med ovannämnda brister inom ramen för sitt eget kvalitetsarbete för att skapa möjlighet till att genomföra sammanställning och analys av dessa ärenden som i sin tur kan användas som verktyg i verksamhetens systematiska förbättringsarbete. Ni behöver arbeta med att förbättra er följsamhet till Örebro kommuns riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter samt till er lokala rutin för klagomål och synpunkter. Ni ska i kommande årsberättelse beskriva hur ni arbetat med detta.

### **Kvalitetskrav som inte följts upp**

- **Hygien**

Denna punkt i överenskommelsen har inte följts upp inom ramen för denna uppföljning. Detta på grund av det platsbesök som vanligtvis är en del vid uppföljning av kvalitetskrav uteblev och därmed den observation som sker under ett platsbesök. Detta uteblev på grund av rådande Covid-19 pandemi.

## **Metod**

Avtalscontrollers och medicinskt ansvariga 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.

### **Underlag för bedömning:**

- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Journal
- Dokumentation
- Kundundersökning
- Myndighetsinformation
- Rutiner
- Policy
- Årsberättelse, verksamhetsplan
- Tidigare uppföljningar

Melisa Hasanbegovic  
Avtalscontroller  
Enheten för Uppföljning  
Myndighetsverksamheten  
Örebro kommun