

# Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Örebro kommun, Sofia hemvård

## 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 625/2021 omvårdnad och Sov 512/2021 service. 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, Sofia hemvård

Sofia hemvård ligger på norr i Örebro. Antal kunder varierar under året och ligger nu på 156 kunder inklusive larmkunder. Ungefär 15% av alla kunder har endast serviceinsatser. Majoriteten av kunderna bor i det närliggande området, vilket möjliggör att ta sig till kunderna genom en promenad eller på cykel. Personalstyrka består av ca 20 medarbetare inklusive administrationspersonal: en driftplanerare/verksamhetstödjare.

## 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 2023-01-09 skicka in åtgärdsplanen till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se)

Bedömningen är att ni brister inom följande kvalitetskrav:

- Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar
- Trygghetslarm
- Ledningssystem för kvalitet
  - Samverkan
  - Riskanalyser
  - Egenkontroller
  - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet
  - Utredning av klagomål och synpunkter
- Uppdraget
- Dokumentation
- Läkemedelshantering

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

- Ny rutin för hantering och besvarande av trygghetslarm
- Uppdaterad rutin för samverkan

- En rutin samt beskrivning av hur ni arbetar med riskanalyser
- En rutin för hur ni arbetar med egenkontroller
- En sammanställning av genomförd egenkontroll av:
  - social dokumentation
  - komplettering till inskickade egenkontroller gällande basal hygien samt avvikelseprocessen, med uppgifter om hur ni har följt upp åtgärderna och dess effekt.
- Uppdaterad rutin för uppdrag
- Uppdaterad rutin för läkemedelshantering

Handlingarna ska vara inskickade till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se) senast den 2023-03-27

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter 2023-04-01. Detta innebär att vi kommer granska inkomna handlingar samt genomföra en dokumentationsgranskning av verkställighetsjournaler samt granska larmdokumentationen. Vi kommer även att granska verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen.

Om brister kvarstår vid en resultatuppföljning kan Enheten för uppföljning komma att vidta ytterligare sanktioner i enlighet med gällande överenskommelse. Utebliven åtgärd eller åtgärd som inte hanteras inom föreskriven tid kan leda till väsentligt brott mot överenskommelsen. Ett väsentligt brott mot överenskommelsen 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 ni uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

#### **Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal**

Enligt överenskommelsen ska 85% av den personal som jobbar med omvårdnad ha genomgått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande.

I samband med uppföljningen har ni inkommit med en ifylld kompetensinventeringsmall. Av mallen framkommer att 16 av 18 (89%) medarbetare har genomgått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande.

#### **Bedömning**

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller kraven i överenskommelsen då ni når upp till kravet att 85 % av personalen som jobbar med omvårdnad ska ha gått omvårdnadsprogrammet eller liknande.

#### **Hygien och förbrukningsmaterial**

Enligt överenskommelsen ska verksamheten följa arbetsmiljöverkets föreskrift om *Smittrisker AFS 2018:4* samt de riktlinjer och föreskrifter som finns inom *Basal hygien inom vård och omsorg*. Utföraren ska tillhandahålla arbetskläder, skyddsutrustning och engångsmaterial så att riktlinjer och föreskrifter följs.

Utifrån vår observation vid platsbesöket samt de frågor ni besvarade är vår bedömning att ni tillhandahåller skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen för basal hygien.

#### **Bedömning**

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller kravet i överenskommelsen.

### Brister i kvalitetskrav

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

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

Enligt överenskommelsen ska utföraren säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningar som kommunen tillhandahåller.

Inför uppföljningen fyllde ni i och skickade in en kompetensinventeringslista där det framgår vilka obligatoriska utbildningar personalen har genomgått.

Kompetensinventeringslistan visar att en majoritet av personalen har gått de obligatoriska utbildningarna i tillräckligt hög utsträckning. Utbildningen SBAR har dock endast en omvårdnadspersonal genomgått, vilket är en brist.

### **Bedömning**

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller kraven i överenskommelsen då all personal ska ha genomgått samtliga obligatoriska utbildningar.

### **Åtgärd**

Ni ska i en åtgärdsplan beskriva ert arbete med att få samtlig personal att gå kommunens obligatoriska utbildningar. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidsplan samt vem som är ansvarig.

### **Trygghetslarm**

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm. Riktlinjen säger att utföraren ska ha en rutin som beskriver tillvägagångssätt och vem som är ansvarig för besvarandet av larm mellan kl. 7-22, hur samverkan sker med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik samt hemsjukvården. Rutinen ska även beskriva hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan, driftstörning samt hur de behandlar kunder med skyddad identitet. Enligt riktlinjen ska alla åtgärdade/besvarade larm dokumenteras i kundens verkställhetsjournal. I dokumentationen ska orsaken till larmet samt information om vidtagna åtgärder framgå.

I samband med uppföljningen skickade ni in er rutin för trygghetslarm som används i verksamheten. Er rutin beskriver inte ert tillvägagångssätt vid mottagande av larm, den saknar information om hur ni hanterar personer med skyddad identitet, driftstörning, avbrott i larmkedjan, samverkan med nattorganisationen, samverkan med gruppen för välfärdsteknik samt samverkan med hemsjukvården.

Inom ramen för denna punkt i avtalet har vi även granskat era verkställighetsjournaler gällande dokumentation av larm för att se er följsamhet till riktlinjen. Vi har granskat ett slumpmässigt urval av de 3 senaste månadernas rapporterade larm. Av 151 larm är endast 4 larm dokumenterade i verkställighetsjournalen med tillhörande orsak och åtgärder.

### **Bedömning**

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni inte lever upp till kraven i överenskommelsen då er rutin inte följer *Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm*. Rutinen saknar kravställda delar, samt att endast 3% av de granskade larmen är dokumenterade enligt riktlinjen.

### **Åtgärd**

Ni behöver i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta för att de inkomna larmen dokumenteras i verkställighetsjournalen. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidsplan samt vem som är ansvarig.

Ni behöver också skicka in en ny rutin för trygghetslarm som följer *Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm*, rutinen behöver beskriva hur ni hanterar larm mellan 07:00-22:00 samt hur samverkan med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik och hemsjukvården sker. Rutinen behöver också beskriva hur ni hanterar avbrott i larmkedjan, samt kunder med skyddad identitet.

Vi kommer att följa upp att bristen är åtgärdad i tillräcklig omfattning genom en ny granskning av dokumenterade larm i verkställighetsjournaler samt granska att er lokala rutin för trygghetslarm följer *Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm*.

## Ledningssystem för kvalitet

### - Samverkan

Enligt överenskommelse ska verksamheten ha en rutin som beskriver daglig samverkan och informationsöverföring inom den egna verksamheten samt i vilka forum detta sker. Rutinen ska också beskriva samverkan med kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation samt Region Örebro län. Samverkan med Örebro kommuns nattorganisation, biståndshandläggare, kommunens grupp för välfärdsteknik, korttidsenheter samt andra utförare ska också beskrivas i rutinen.

I samband med uppföljningen har ni skickat in *Rutin samverkan Sofia*. Rutinen beskriver er dagliga samverkan och informationsöverföring inom den egna verksamheten samt inom vilka forum samverkan sker. Rutinen tar också upp och beskriver övriga kravställda delar utifrån överenskommelsen. I beskrivningen av er samverkan med externa aktörer, vårdgivare och myndigheter refererar ni att ni använder er av "funktionsbrevlådan". Det framkommer inte vilken funktionsbrevlåda ni avser.

## Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte lever upp till kravet i överenskommelsen då rutinen kan vara otydlig för nya medarbetare som inte vet vilken funktionsbrevlåda handlar det om.

## Åtgärd

Ni behöver skicka in en reviderad rutin kring samverkan där ni specificerar vilken funktionsbrevlåda ni använder i kommunikationen med externa aktörer, vårdgivare och myndigheter.

Ni behöver också inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur rutinen implementeras i verksamheten. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidsplan samt vem som är ansvarig.

### - Riskanalyser

Enligt överenskommelse ska utföraren ha en rutin för riskanalyser. Rutinen ska beskriva hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet. Verksamheten ska också fortlöpande genomföra riskanalyser och för varje identifierad händelse ska det i dokumentationen framgå hur

verksamheten följt upp åtgärderna och dess effekt. Verksamheten ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med rutin för riskanalyser och en sammanställning över vilka riskanalyser ni genomfört det senaste året.

Denna punkt i överenskommelsen gick inte att granska då ni saknar både rutin och sammanställning av genomförda riskanalyser.

Vid platsbesöket framkom att ni jobbar förebyggande inom gruppen och tillsammans tar upp olika situationer som uppkommer samt analyserar konsekvenser av dessa. Detta dokumenterats dock inte, inga riskanalyser finns dokumenterade i verksamheten under överskådlig tid.

### **Bedömning**

Enheten för uppföljning bedömer att ni brister i ovanstående punkt då ni saknar rutin för riskanalyser, ni har heller inte genomfört några dokumenterade riskanalyser i verksamheten under överskådlig tid.

### **Åtgärd**

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan där det ska framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att arbeta med riskanalyser i verksamheten, åtgärdsplanen ska innehålla tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Ni ska även inkomma med en rutin som beskriver hur ni kommer att arbeta med riskanalyser för att systematiskt förbättra er verksamhet.

Ni ska även skicka in en beskrivning av hur ni säkerställer att riskanalyser sker i enlighet med punkt 3.4 Ledningssystem för kvalitet/Riskanalyser. Beskrivningen ska innehålla information om hur ni ska genomföra riskanalyser för förändringar i organisationen som skulle kunna innebära att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar, föreskrifter och styrdokument.

### **- Egenkontroller**

Enligt överenskommelsen har utföraren ansvar för att regelbundet utföra egenkontroller i verksamheten. Verksamheten behöver systematiskt följa upp och utvärdera det arbete verksamheten utför. Utifrån överenskommelsen ska verksamheten årligen genomföra egenkontroller av följande riktlinjer till riktlinjerna *Avvikelse, klagomål och synpunkter*, avsnittet dokumentation i överenskommelsen samt *riktlinje basal hygien*. Verksamheten ska också ha en rutin som beskriver hur arbetet med egenkontroller går till.

Vid uppföljningen ombads ni skicka in en rutin som beskriver hur ni arbetar med egenkontroller. Ingen sådan rutin har inkommit till Enheten för uppföljning. Av de tre egenkontroller som krävs utifrån överenskommelsen har ni inkommit med egenkontroller gällande basal hygien och egenkontroll av avvikelser klagomål och synpunkter. Egenkontroll av dokumentation saknas.

*Basal hygien.* I egenkontrollen kring basal hygien har ni identifierat ett antal utvecklingsområden, ni skriver också att ni utvecklats på samtliga områden. Det saknas dock uppgifter i egenkontrollen om vilka åtgärder som genomförts och vilka effekter de har haft, det går heller inte att utläsa om åtgärderna följts upp.

*Avvikelsehantering.* Egenkontrollen av avvikelsehantering genomfördes i oktober 2022. Den beskriver identifierade brister och vidtagna åtgärder. Uppföljningen av åtgärderna och dess effekt är planerad till januari 2023 det går därför inte att bedöma dessa för tillfället.

### **Bedömning**

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte lever upp till kraven i överenskommelsen då ni inte har en rutin som beskriver hur ni arbetar med egenkontroller, egenkontroll för dokumentation saknas också helt. I egenkontroll av basala hygienriktlinjer och avvikelsehantering saknas uppgifter om vilka åtgärder som vidtagits och dess effekt samt uppgifter om uppföljning.

### **Åtgärd**

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan där det ska framgå vilka aktiviteter ni avser genomföra för att åtgärda ovan nämnda brist, åtgärdsplanen ska innehålla en tidplan samt vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska även inkomma med en lokal rutin som beskriver hur ni arbetar med egenkontroller.

Ni ska också dokumentera och skicka in en egenkontroll av dokumentation, som omfattar både genomförandepå planer och socialdokumentation i verkställighetsjournalen. Av egenkontrollen ska framgå vilka brister som identifierades, vilka åtgärder som genomfördes utifrån bristerna samt hur ni följt upp åtgärderna och dess effekt. Gällande egenkontroller av basal hygien och avvikelsehantering behöver ni endast komplettera med uppgifter om hur ni har följt upp åtgärderna och dess effekt.

### **Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet**

Enligt överenskommelsen ska alla typer av händelser registreras, utredas och följas upp. Detta gäller oavsett om det är ett klagomål, en synpunkt eller händelse som har lett till eller skulle kunna leda till något oönskat, t.ex. ett missförhållande. Verksamheten ska följa *Riktlinje Avvikelser Klagomål och synpunkter* som beskriver hur avvikelser i form av händelser, synpunkter och klagomål tas emot, utredas, åtgärdas, analyseras och följs upp.

I samband med uppföljningen har vi granskat era rapporterade och registrerade avvikelser. Detta med syfte att se om ni följer avvikelseprocessens alla steg: rapportera, utreda, bedöma, åtgärda och följa upp.

Under perioden oktober 2021 till oktober 2022 fanns 79 rapporterade avvikelser i Treserva. Av dessa är endast 2 som följer samtliga steg i avvikelseprocessen, vilket är en brist.



## **Bedömning**

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte lever upp till kraven i överenskommelsen inom denna punkt då granskningen visar att det inte finns en fullständig följsamhet till alla steg i avvikelseprocessen. Endast 2 av 79 registrerade avvikelser följer *Riktlinje Avvikelser, klagomål och synpunkter*.

## **Åtgärd**

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni i framtiden kommer att arbeta med hela avvikelseprocessen, arbetet behöver följa riktlinjen *Riktlinje Avvikelser Klagomål och synpunkter* och innefatta hur ni registrerar, utreder, bedömer, åtgärdar samt följer upp avvikelser i verksamheten.

Vi kommer följa upp att bristen är åtgärdad i tillräcklig omfattning genom en ny granskning av registrerade avvikelser, klagomål och synpunkter i Treservas avvikelsemodul.

### **- Utredning av klagomål och synpunkter**

Inom ramen för denna punkt i överenskommelsen har vi även granskat verksamhetens rapporterade och registrerade klagomål och synpunkter i enlighet med processens alla steg. Under perioden oktober 2021 till oktober 2022 registrerades 2 klagomål/synpunkter i Treservas avvikelsemodul. Vid sökning av rapporterade klagomål och synpunkter i kommunens ärendehanteringssystem W3D3 återfanns 5 ärende som berör Sofia hemvård men ingen av dessa har registrerats i avvikelssystemet, vilket är en brist i sig. Underlaget bedöms vara för litet för att kunna bedöma hur ni arbetar med följsamhet till utredning av klagomål och synpunkter.

Vid platsbesök framkom att verksamhetens ledning inte hade uppfattat att även klagomål och synpunkter ska registreras i Treservas avvikelsemodul.

Vid platsbesöket framkom också att verksamheten informerar kunder och anhöriga kring hur de lämnar klagomål både muntligt och skriftligt till Örebro kommun. Informationen ges muntligt till nya kunder samt finns utskrivet i en pärm hos alla kunder. Efter platsbesöket skickades informationsbladet in till Enheten för uppföljning.

## **Bedömning**

Då endast 2 klagomål/synpunkter är rapporterade och ingen av de rapporterade klagomålen/synpunkterna följer samtliga steg i processen bedömer Enheten för uppföljning att ni inte uppfyller kraven i överenskommelsen.

## **Åtgärd**

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan där ni beskriver hur ni i framtiden kommer att arbeta med att följa upp klagomål och synpunkter, arbetet behöver följa riktlinjen *Riktlinje Avvikelser Klagomål och synpunkter* och innefatta hur ni registrerar, utreder, bedömer, åtgärdar samt följer upp synpunkter och klagomål som inkommer till verksamheten.

## Uppdraget

Enligt överenskommelsen ska verksamheten ha en rutin för att dagligen ta emot och planera för nya och förändrade uppdrag samt hälso- och sjukvårdsåtgärder. I samband med uppföljning har vi begärt in denna rutin.

Ni har skickat in *Rutin för planering och genomförande av uppdrag*. Rutinen beskriver hur ni tar emot och fördelar nya uppdrag, det framgår vem som gör vad samt vem som är ansvarig för genomförandet. Rutinen saknar dock en beskrivning av hur förändrade uppdrag behandlas, samt tillvägagångssätt då ett uppdrag behöver verkställas omgående.

## Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte lever upp till kraven i överenskommelsen då rutinen saknar kravställda delar i överenskommelsen.

## Åtgärd

Ni behöver uppdatera: *Rutin för planering och genomförande av uppdrag* så den beskriver hur ni hanterar förändrade uppdrag som inkommer till er, rutinen behöver också beskriva hur ni hanterar uppdrag som behöver åtgärdas omgående, t.ex. om ett uppdrag behöver verkställas samma dag som det inkommer.

Ni ska också inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur rutinen implementeras i verksamheten. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidsplan samt vem som är ansvarig.

## Dokumentation

Enligt överenskommelse ska utföraren se till att en upprättad genomförandeplan finns för varje kund senast 30 dagar efter mottaget uppdrag.

Genomförandeplanen ska uppdateras vid behov eller minst var sjätte månad. I genomförandeplanen ska det framgå hur och när upptaget ska utföras och om individen varit delaktig vid skapandet av planen.

I verkställighetsjournalen ska det gå att följa omsorgsprocessen, omständigheter över tid samt händelser av betydelse. Journalanteckningarna ska också vara utformad med respekt för kunden.

För att granska er följsamhet till kraven i överenskommelsen har vi granskat 15 slumpmässigt utvalda genomförandeplaner. I granskningen framgår att samtliga 15 genomförandeplaner beskriver hur och när uppdraget ska utföras, de är också aktuella, d.v.s. ingen genomförandeplan är äldre än 6 månader och kunderna har varit delaktiga i framtagandet av genomförandeplanerna. Ni bedöms därmed leva upp till kraven inom denna punkt i överenskommelsen.

Vi har även granskat er sociala dokumentation i 30 verkställighetsjournaler under perioden oktober 2021 till oktober 2022. I 22 av dessa verkställighetsjournaler förekommer i vissa fall månadslånga glapp i dokumentationen vilket gör det

omöjligt att följa den individuella vård- och omsorgsprocessen. Journalanteckningarna är skrivna med respekt för kunden.

### **Bedömning**

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni delvis uppfyller kraven i överenskommelsen då samtliga granskade genomförandeplanerna varit aktuella. En brist konstateras dock, då verkställighetsjournalen inte innehåller händelser av betydelse i tillräcklig stor utsträckning samt att faktiska omständigheter över tid inte går att följa i majoriteten av journalanteckningarna.

### **Åtgärd**

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska åtgärda den bristande dokumentationen i verkställighetsjournalen. Verkställighetsjournalerna ska kunna följas över tid och innehålla händelser av betydelse. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidsplan samt vem som är ansvarig. En ny granskning av verkställighetsjournalen kommer att ske vid resultatuppföljning.

### **Läkemedelshantering**

Enligt avtal ska utföraren ha en rutin för hur läkemedel transporteras och förvaras oåtkomligt för obehöriga innan de lämnas till patient.

Ni har skickat in: *Rutin för läkemedelshantering Sofia* i samband med uppföljningen. I rutinen framkommer att läkemedel hämtas från ansvarig sjuksköterska en gång i veckan och transporteras till enhetens lokal av administrativ personal/ verksamhetsstödjare. Det framgår också i rutinen att administrativ personal/ verksamhetsstödjare förvarar läkemedlen på enheten. Läkemedlen transporteras till kund genom att de lämnas ut av administrativ personal/verksamhetsstödjare till medarbetare som sedan levererar läkemedlet till kund. Transporten sker samma dag som kunden behöver läkemedlet. Hos kund förvaras läkemedlet i låst skåp.

Vid platsbesöket framkom att verksamhetsstödjare inte har en aktuell delegering samt att läkemedlet förvaras i låst rum med tillhörande kodlås.

### **Bedömning**

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte lever upp till kravet i överenskommelsen då verksamhetsstödjare hos er som ansvarar för läkemedlet inte har en aktuell delegation.

### **Åtgärd**

Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni arbetar med att säkerställa att läkemedel transporteras och hanteras av delegerad personal samt förvaras i ett låst utrymme i väntan på att lämnas ut till kund. Åtgärdsplanen ska innehålla tidsplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

Ni behöver också skicka in en uppdaterad rutin som följer *Riktlinje för Läkemedelshantering i kommunal Hälso- och sjukvård i Örebro län* det behöver framgå

att läkemedlen ska hanteras av delegerad personal, rutinen behöver också beskriva hur läkemedlen är inlåsta.

## Metod

Avtalscontrollers inom Enheten för uppföljning har samlat in och granskat nedanstående underlag. Underlaget ligger till grund för det beslut som Enheten för uppföljning fattat i denna rapport. Uppföljningen har även innefattat ett platsbesök i verksamheten.

### Underlag för bedömning:

- Intervju
- Observation
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Journal
- Dokumentation
- Kundundersökning
- Rutiner
- Tidigare uppföljningar

Per Lindqvist  
Avtalscontroller  
Enheten för uppföljning  
Myndighetsverksamheten  
Örebro kommun