

# Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Örebro kommun, Haga hemvård

## Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i den överenskommelse omvårdnadstjänster (sov 112/2020) och överenskommelse servicetjänster (sov 366/2020) som verkställande driftsnämnd tecknat med Programnämnd Social välfärd Örebro kommun. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång var tredje år på uppdrag av Programnämnd Social välfärd och utgår från *Riktlinje för avtals- och verksamhetsuppföljning – inom Social välfärd*.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten samt säkra kvalitet för kunden.

## Haga hemvård

Haga hemvård utför omvårdnad och service i Örebro kommun. Haga hemvård jobbar i västra delarna av Örebro, i stadsdelarna Oxhagen och Västhaga. Haga hemvård har ca 70 kunder. Det totala antalet personal uppgår till 29 varav 2 är ledning/administration.

## 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 8 november 2021 skicka in åtgärdsplanen till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se). Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

- Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar
- Trygghetslarm
- Ledningssystem för kvalitet
  - Samverkan
  - Egenkontroller

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

- Rutin för samverkan
- Genomförd egenkontroll dokumentation

Handlingarna ska vara inskickade till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se) senast den 3 januari 2022.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter 3 januari 2022.

Detta innebär att vi kommer: granska er åtgärdsplan, granska inkomna rutiner samt genomföra en dokumentationsgranskning gällande dokumentation av trygghetslarm.

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 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.

### 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:

- Krav på verksamhet och ledning- omvårdnadspersonal
- Ledningssystem för kvalitet
  - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

De brister som är mindre omfattning ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Enligt avtal/överenskommelse 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**

##### **- Riskanalyser**

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

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med er rutin för hur ni arbetar med riskanalyser samt de riskanalyser ni genomfört de senaste 12 månaderna vilket ni har gjort.

Rutinen beskriver när en riskanalys ska göras, vad verksamheten ska göra - enhetschef bjuder in skyddsombud och ibland även andra medarbetare för att tillsammans göra en riskanalys samt vilket material som används. Syftet med riskanalys beskrivs vara att identifiera risker och välgrundat kunna besluta om åtgärder för att minska eller eliminera risken. Vid platsbesök berättar ni att riskanalyser kan göras vid alla typer av förändringar.

Ni har genomfört en riskanalys kopplat till schemaförändringar. Då verksamheten i närtid bytt chef kan några tidigare riskanalyser inte hittas. Riskanalysen är gjord utifrån ett medarbetarperspektiv. Den genomförda riskanalysen visar på risker som identifierats och som medförde åtgärder, uppföljning av åtgärder och åtgärdens effekt kan utläsas men även delar som pausades.

Enheten för uppföljning gör en sammantagen bedömning att verksamheten uppfyller kravet när det gäller riskanalyser då er rutin visar på hur ni ska gå till väga. Även den genomförda riskanalysen visar att ni jobbar med åtgärder och följer upp dess effekt.

### **Uppdraget**

Enligt överenskommelse ska utföraren ha en rutin för att dagligen ta emot nya uppdrag samt fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser.

I samband med uppföljningen ombads ni skicka in ovan nämnda rutin vilket ni gjort.

Vi har granskat rutinen ni skickat in utifrån innehåll. Rutinen beskriver syftet med rutinen, hur nya eller förändrade uppdrag kommer till er gällande både SOL och HSL, vem som ansvarar för att ta emot dessa samt vad den personen ska göra samt vad kontaktpersonens ansvar är när ett nytt/förändrat uppdrag kommit.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller kraven som ställs i överenskommelsen.

### **Dokumentation**

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2014:5 gällande dokumentation. Genomförandeplaner ska upprättas och färdigställas senast 30 dagar efter emottaget uppdrag och uppdateras vid behov eller minsta var 6 månad. I journal ska händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid dokumenteras och den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas.

Vi har slumpmässigt valt ut och granskat 30 genomförandeplaner och 30 verkställighetsjournalen av era samtliga kunder (totalt antal kunder enligt Treserva 210914 är 71st).

När det gäller genomförandeplaner har vi granskat det i två steg dels om planen är uppföljd inom sex månader, dels om det i planen framgår hur och när insatser ska genomföras och om individen har varit delaktig. Av de granskade kunderna

hade 77 % en godkänd genomförandeplan vilket innebär att den är uppföljd inom 6 månader. Samtliga av dessa kunders genomförandeplaner granskades även utifrån innehåll och bedömdes då innehålla relevanta delar. De kunder som inte hade en aktuell genomförandeplan granskades inte vidare.

När det gäller verkställighetsjournalen har en granskning gjorts ett år bakåt i tiden (augusti 2020 t o m augusti 2021) dels om det dokumenteras händelser av betydelse och om det går att följa den individuella vård och omsorgsprocessen. Av de granskade kundernas journaler hade majoriteten (84 %) dokumentation där det går att utläsa händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid, några kunder hade dock relativt få anteckningar.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni upprättar genomförandeplaner och dokumenterar händelser av betydelse som gör att den individuella vård och omsorgsprocessen kan följas i verkställighetsjournal vilket gör att ni uppfyller kravet som ställs i överenskommelsen.

### **Läkemedelshantering**

Enligt överenskommelsen ska utföraren följa uppdragsgivarens riktlinjer och rutiner för läkemedelshantering. Utföraren ska ha en rutin för hur läkemedel transporteras på ett säkert sätt och förvaras oåtkomligt för obehöriga efter att de hämtats ut till dess att de lämnas till patient.

I samband med uppföljningen ombads ni skicka in ovan nämnda rutin.

Ni har skickat in en rutin som beskriver transport och förvaring av läkemedel innan de lämnas över till kund. Rutinen beskriver vem som gör vad, hur det görs, när det görs, förvaring av läkemedel samt samarbete mellan grupper.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att inskickad rutin motsvarar de krav som ställs i överenskommelsen.

### **Hygien och förbrukningsmaterial**

Enligt överenskommelse ska verksamheten tillhandahålla arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som krävs för att följa Riktlinjen för *Basal hygien inom vård och omsorg*.

Vid platsbesök görs intervju och observation på plats i verksamhetens lokaler. Det framkommer att arbetskläder finns i tillräcklig omfattning och att tvätt sker via cirkulationstvätt. Förbrukningsmaterial så kallat engångsmaterial finns även det att tillgå i tillräcklig omfattning.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni lever upp till de krav som ställs i överenskommelsen.

## **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 överenskommelse ska all personal genomgå de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.

Inför uppföljningen ombads ni inkomma med en kompetensinventering, vilket ni har gjort.

I er kompetensinventering framkommer det vilka av de obligatoriska utbildningarna som personal har genomfört. Det totala antalet personal uppgår till 29 varav 2 är ledning/administration.

Det finns en utbildning som alla har gått och det är utbildningen Treserva APP.

När det gäller utbildningarna avvikelshantering och klagomål i Treserva, IBIC, Manuell förflyttning och lyftkörkort, MCSS, Mat, måltid och nutrition, TES, Treserva, Treserva APP så bedöms det vara en tillräcklig omfattning på hur många som har genomgått utbildningen även om kravet är att alla ska ha gått.

När det gäller utbildningarna Demens ABC, Ett fall för teamet, Palliation, SBAR, Vardagsrehabilitering och Våld mot äldre är bedömningen att det är för få personal som har genomgått ovanstående utbildningar för att det ska vara godkänt när kravet är att alla ska ha genomgått utbildningen.

När det gäller utbildningen Basala hygienrutiner i vård och omsorg, är all personal inplanerad att göra den nya utbildningen som utgår från den reviderade riktlinjen, flera har redan hunnit genomföra den. Vid platsbesök framgår att de som inte gått utbildningen nu är på olika sätt frånvarande. Samtlig personal har dock tidigare genomgått utbildning i basala hygienrutiner.

Enheten för uppföljning gör bedömningen att vissa utbildningar har tillräckligt många genomgått men andra utbildningar är det för få som genomgått för att kunskapsnivån ska säkras. Ni behöver inkomma med en åtgärdsplan och planera för hur samtlig personal ska tillförsäkras tillräcklig kompetens. Åtgärdsplanen ska vara på enhetsnivå och beskriva hur ni planerar att säkerställa kompetensen genom en plan för respektive utbildning.

### **Trygghetslarm**

Enligt överenskommelsen ansvarar utföraren för besvarande av trygghetslarm hos kunder med beslut om omvårdnad samt hos kunder som inte har beslut om omvårdnadsinsats mellan kl. 7-22. Utföraren ska följa *Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm*. Av riktlinjen framgår att utföraren ska ha en rutin samt att alla larm ska dokumenteras.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med er lokala rutin för hur hantering och besvarande av insatsen trygghetslarm sker utifrån riktlinjen.

Ni har skickat in en rutin som beskriver arbetet med ansvar, hur och vad man gör vid larm men även vid brådskande larm. Rutinen saknar samverkan med nattorganisationen, välfärdsteknik och hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Inom ramen för denna punkt i överenskommelsen har vi även granskat er följsamhet till *Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm* när det gäller dokumentation. Detta har vi gjort genom att granska verkställighetsjournaler. Enligt riktlinjen ska den omvårdnadspersonal som besvarat ett larm dokumentera händelsen i kundens verkställighetsjournal i Treserva. Av dokumentationen ska orsak till larmet och vidtagna åtgärder framgå.

När vi granskade verkställighetsjournalerna utgick vi från verksamhetens larmrapporter och det totala antalet mottagna larm för de tre senaste månaderna (juni – augusti). Under denna period har mellan 17–30 kunder larmat per månad och ni har totalt för perioden mottagit 295 larm. Vi har granskat 10 % av dessa larm fördelat på 15 slumpmässigt utvalda kunder. Hos dessa 15 kunder är det 4 kunder som har samtliga larm (totalt 7) dokumenterade med orsak och vidtagna åtgärder, övriga kunder saknade dokumentation av larm. Det innebär att 7 av de 29 granskade larmen var dokumenterade vilket motsvarar 24 %.

Enheten för uppföljning gör bedömningen utifrån granskning av rutin samt dokumentationsgranskning att ni behöver uppdatera er rutin så att den även innehåller samverkan. Ni behöver även upprätta en åtgärdsplan för att säkerställa att dokumentation av samtliga mottagna larm sker. Arbetet med rutinen ska framgå av åtgärdsplanen.

## **Ledningssystem för kvalitet**

### **- Samverkan**

Enligt överenskommelsen ska ni ha rutiner för samverkan som beskriver hur daglig samverkan och informationsöverföring sker i den egna verksamheten, vilka forum för samverkan som finns inom den egna verksamheten samt hur samverkan sker med nattorganisationen och hälso- och sjukvårdsorganisationen.

I samband med uppföljningen ombads ni inkomma med er rutin för samverkan vilket ni har gjort.

Ni har i er rutin beskrivit forum som morgonmöte, teamträff samt avvikelseträffar där olika professioner medverkar. Morgonmöte med telefonrapport från sjuksköterska, särskild rutin för helger beskrivs. Kommunikation beskrivs ske i Treserva kring det som är kundrelaterat, vidare beskrivs veckobrev till alla medarbetare och APT. Samverkan med kommunens nattorganisation beskrivs ske företrädesvis via Treserva kring specifika kundärenden. Samverkan med kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation beskrivs när det gäller sjuksköterska. Arbetsterapeut nämns, däremot saknas information om på vilket sätt kommunikation sker med arbetsterapeuter. Teamträff samt avvikelseträff beskrivs, där legitimerad personal deltar.

Vid platsbesök framkommer att morgonmötet sker i storgrupp där alla personal deltar och där sjuksköterska finns med via högtalartelefon. Samverkan med arbetsterapeut beskrivs ske vid teamträffar och avvikelseträffar men även att telefonkontakter sker.

Enheten för uppföljning gör en sammantagen bedömning att verksamheten uppfyller stora delar av kraven för samverkan. Ansvarsfördelningen i er rutin är delvis otydlig om man inte känner till verksamheten tex vem ringer sjuksköterskan till för morgonrapport. Hur samverkan sker med arbetsterapeut saknas förutom vid deltagande vid teamträffar.

Ni behöver uppdatera er rutin kring samverkan så att den blir tydligare och att ansvarsfördelningen tydliggörs samt att även samverkan med arbetsterapeut framkommer. Arbetet med rutinen ska framgå av åtgärdsplanen.

### **Ledningssystem för kvalitet**

#### **- Egenkontroller**

Genom att regelbundet genomföra egenkontroller kan ni på ett systematiskt sätt följa upp och utvärdera er verksamhet och kontrollera att ni följer aktuella lagar, föreskrifter och styrdokument. Egenkontroller som genomförs ska dokumenteras. Enligt överenskommelsen ska ni genomföra årliga egenkontroller av verksamhetens följsamhet till hygienriktlinjer, avvikelseprocessen och överenskommelsens krav på dokumentation. Ni ska även ha en rutin för hur dessa egenkontroller genomförs.

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

Ni har inkommit med rutin och en sammanställning över vilka egenkontroller som genomförts de senaste 12 månaderna. Rutinen beskriver syfte och hur ni gör de olika egenkontrollerna (basal hygien, dokumentation samt avvikelseprocessen) att det är olika dokument som används exempelvis självskattningsblanketter eller mallar samt att olika professioner har olika delar de ska göra. Resultat av egenkontroller dokumenteras i QPR. Samtliga egenkontroller ska göras årligen samt vara genomförda senast 1 oktober varje år.

#### *Hygien*

Sammanställningen visar att ni genomfört egenkontrollen 16 september 2021. Ni har identifierat en brist, där en handlingsplan tagits fram för att se över rutin för rengöring av hjälpmedel. Ni beskriver inte någon effekt av denna översyn av rutin. Övriga egenkontroller inom området hygien beskriver inte några identifierade brister och således inga åtgärder eller uppföljning av ev åtgärders effekt.



### *Avvikelser*

Ni har genomfört egenkontroll av avvikelseprocessen 24 september 2021 tillsammans med sjuksköterska och arbetsterapeut och har i samband med detta identifierat vissa utvecklingsområden, ni kommer fortsätta ert arbete med detta genom att lyfta frågan på kommande APT. Utifrån den insända sammanställningen framgår att det finns brister i stegen åtgärda och följa upp, ni har även sett att sannolikhetsgrad och allvarlighetsgrad eventuellt skulle bedömts annorlunda i 4 av 8 avvikelser om ni hade gjort bedömningen idag. Ni behöver i detta fall inte redovisa åtgärdernas effekt då vi lämnat ett påpekande kring detta vilket innebär att det lämnas över till er för fortsatt arbete inom ert eget kvalitetsarbete.

### *Dokumentation*

Vid platsbesök 13 oktober har någon egenkontroll gällande dokumentation inte genomförts. Ni meddelar att ni kommer genomföra detta 19 oktober 2021 tillsammans med VISA-handledare vilket ni gjort samt skickat in.

Ni har genomfört egenkontroll gällande 5 genomförandeplaner för att se om genomförandeplaner är aktuella, kundens delaktighet, målsättning och om behov är beskrivna över dygnet. Ni har hittat en genomförandeplan som inte är aktuell, att målsättning saknas i en genomförandeplan och att VAD, NÄR, HUR, VEM saknas i två av de granskade genomförandeplanerna.

Det framkommer inte i egenkontrollen att någon egenkontroll gällande den sociala dokumentationen i verkställighetsjournal är genomförd

Enheten för uppföljning gör en sammantagen bedömningen när det gäller egenkontroller att ni till viss del lever upp till kraven i överenskommelsen, då ni har en rutin för hur ni ska genomföra egenkontroller och har genomfört egenkontroller för hygien och avvikelser som där det finns brister även har åtgärder och beskrivet effekten av dessa. Ni har även genomfört en egenkontroll av dokumentation av genomförandeplaner. Vi saknar egenkontroll dokumentation av verkställighetsjournal. Vi vill att ni skickar in den del av egenkontroll dokumentation som saknas för att egenkontrollen ska bli fullständig. Vi vill att ni för båda delarna som ingår i egenkontroll dokumentation även redovisar eventuella brister, eventuella åtgärder och hur nu planerar att följa upp eventuella brister/åtgärder.

### **Påpekande**

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

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

Enligt överenskommelse ska minst 85 % av personalen genomgått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande.

Ni omband skicka in en ifylld kompetensinventeringsmall innehållande tillsviareanställd- och timanställd personal.

Totalt finns 29 anställda varav två är ledning och administration. 19 av 20 tillsvidareanställd personal har gått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande, när det gäller timanställda har 1 av 7 gått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande. Av de totalt 27 anställda som jobbar med omvårdnad har 20 rätt utbildningsnivå, tre personal går just nu äldreomsorgslyftet. Procentuellt sett innebär detta att just nu har 74 % av personalen utbildning motsvarande omvårdnadsprogrammet.

Ni har redan nu redovisat en plan för att 4 anställda ska påbörja utbildning vecka via äldreomsorgslyftet.

Enheten för uppföljning gör en samlad bedömning utifrån hur det faktiskt ser ut nu och er redovisade plan. Ni når just nu inte upp till kravet i överenskommelsen gällande att 85 % av personalen har gått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande utbildning, samtidigt har ni en plan för hur detta ska lösas. Ni tilldelas därför ett påpekande som innebär att ni i kommande årsberättelse behöver redovisa hur detta fallit ut för att påvisa hur ni säkrar kompetensen.

### **Ledningssystem för kvalitet**

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

I överenskommelsen framgår att all personal i verksamheten har en skyldighet att rapportera händelser inom den egna verksamheten. Alla typer av händelser ska rapporteras, registreras, utredas och följas upp. Oavsett typ av händelse ska verksamheten följa *Riktlinjen Avvikelser, klagomål och synpunkter*.

Vi har genomfört en granskning av avvikelser i Treserva från augusti 2020 t o m augusti 2021. Granskningen av avvikelser visar att ni i stort följer processens olika steg utreda, bedöma, åtgärda och följa upp.

Vi har även genomfört en djupare granskning av 10 avslutade avvikelser för att se följsamheten till de olika stegen utreda, bedöma, åtgärda och följa upp. Stegen utreda och bedöma är genomförda i samtliga av dessa. Även stegen åtgärda och följa upp är genomförda, där har ni valt åtgärd och åtgärdens effekt i samtliga fall däremot saknas det anteckning som beskriver åtgärden eller dess i effekt i 9 av 10 granskade avvikelser.

En granskning har även gjorts om de granskade avvikelserna har dokumenterats i verkställighetsjournal, där har 9 avvikelser granskats och ingen av dessa finns dokumenterad i journal.

När det gäller synpunkter och klagomål är granskningen genomförd på avvikelser som registrerats som synpunkt/klagomål från augusti 2020 t o m augusti 2021. Det finns det 5 rapporterade varav 3 är avslutade, även dessa 3 saknar en anteckning som beskriver åtgärden och dess effekt i stegen åtgärda och följa upp.

När det gäller synpunkter och klagomål har en sökning gjorts i W3D3 samt att kontakt är tagen med IVO för att se klagomål de senaste 36 månaderna. Det finns 2 klagomål i W3D3 som är sekretessmarkerade men hanterade. I W3D3 finns även 4 utredningar enligt Lex Sarah, tre av dessa är avslutade och ledde inte

till anmälan till IVO, i en pågående åtgärder. Till IVO inkom ett klagomål i januari 2020, IVO genomförde ingen tillsyn pga. klagomålet utan hänvisade den klagande att själv ta kontakt med verksamheten, detta klagomål återfinns inte i Treserva eller W3D3. Att klagomålet inte återfinns kan bero på att den klagande inte hört av sig till verksamheten.

Enheten för uppföljning bedömer att det inte finns en fullständig följsamhet till alla steg i processen då stegen åtgärda och följa upp saknar anteckningar men även då avvikelser inte dokumenterats i verkställighetsjournal. Detta är något som verksamheten behöver jobba vidare med inom ert eget kvalitetsarbete och ni tilldelas därför ett påpekande som innebär att ni i kommande årsberättelse behöver redovisa hur detta fallit ut för att påvisa hur ni säkrar kompetensen.

## 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 registrerade i Treserva, W3D3 samt hos IVO
- Avvikelser registrerade i Treserva
- Verkställighetsjournaler i Treserva
- Dokumentation i Treserva (Genomförandeplaner)
- Myndighetsinformation
- Rutiner

Jeanette Birgersson  
Avtalscontroller  
Enheten för uppföljning  
Myndighetsverksamheten  
Örebro kommun