

Uppföljning av kvalitetskrav

Daglig verksamhet, Dialog DV

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i avtal som verksamheten tecknat med Programnämnd social välfärd Örebro kommun Sov 442/2021. 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.

Dialog DV

Dialog DV har varit godkänd utförare av daglig verksamhet i Örebro kommun sedan april 2020. Lokalerna finns på Nygatan 38 och verksamheten består av en personalgrupp på tio medarbetare och 40 deltagare. Aktiviteter som erbjuds i verksamheten är kopplat till dans, gympa, musikal, teater, estet, trädgård, natur & samhälle, musik, eller it/media. Deltagarna formar tillsammans med fadder sitt schema och innehåll utifrån erbjudna aktiviteter. Verksamheten erbjuder stöd i aktiviteter utifrån deltagarens förutsättningar kopplat till bland annat kommunikation och målsättning. Veckosammanfattningar från verksamheten publiceras löpande på Facebook och Youtube.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Dialog DV ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla åtgärdsaktiviteter, tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Dialog DV ska senast den 12 november 2021 skicka in åtgärdsplanen till eggetval@orebro.se Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

Avtalspunkter

- **Hygien**

Åtgärdsplanen ska vara inskickade till eggetval@orebro.se senast 12 november 2021. Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierad brist är åtgärdad i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 15 januari 2022.

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

Påpekande

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

Mindre omfattande brister har identifierats inom följande kvalitetskrav:

Avtalspunkter

- **Ledningssystem för kvalitet**
 - Riskanalyser
- **Utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter**

De brister som är mindre omfattning ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Dialog DV ska enligt avtal 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 (punkt 3.10) ska ni ha en rutin för samverkan och uppfylla krav på samverkan med deltagare och/eller företrädare, initiera och delta vid samordnad individuell planering, följa rutinen *Försämrat hälsotillstånd* och samverka med legitimerad personal vid förändrat behov. Ni ska delta i riskbedömningar och kartläggningar när detta initieras eller efterfrågas av legitimerad personal. Utföraren ska även samverka med samtliga aktörer som är relevanta utifrån deltagarens behov.

I inskickad rutin för samverkan redogörs för hur verksamheten genom att identifiera processer för samverkan, vidare beskriver varför, hur och vem som ansvarar för aktiviteter i samverkansprocesser.

Inskickad rutin redogör för samverkansforum och informationsöverföring internt och externt. I rutinen finns beskrivning av samverkan med deltagare och/eller företrädare, samordnad individuell plan, försämrat hälsotillstånd och samverkan med legitimerad personal inom kommunen och Region Örebro län.

På digitala mötet framkom att samverkan med deltagares boenden fungerar väl och sker i olika stor omfattning. Dialog DV beskriver tydligt och återkommande under mötet hur all samverkan sker utifrån deltagares samtycke och Enheten för uppföljning får en bild av att det genomsyrar hela verksamheten. Personal uppger att de vet hur de ska agera om deltagare får försämrat hälsotillstånd och att samverkan med legitimerad personal numera fungerar efter att det initialt varit lite

otydigheter gällande vem som var områdesansvarig sjuksköterska för verksamheten. Enheten för uppföljning tänker att samverkansrutinen skulle kunna utvecklas kring delarna som rör legitimerad personal nu när samverkan fungerar och ansvarområden är utredda.

Bedömning

Utifrån granskning av inskickat material och inhämtade uppgifter görs bedömningen att ni uppfyller kravet gällande samverkan.

Egenkontroller

Enligt avtal (punkt 3.5) ska utförare ha ett ledningssystem som uppfyller de krav som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOF 2011:9) som innebär att ni som utförare ska arbeta med egenkontroller som en del av ert kvalitetsarbete för att utvärdera arbetets resultat. Egenkontroller ska utföras med den frekvens som krävs för att säkerställa kvalitet, de ska dokumenteras och innehålla vilka förbättrade åtgärder som egenkontrollen resulterat i.

Enligt avtal ska ni som utförare även ha en fungerande egenkontroll för hygien (punkt 3.21) samt ha en rutin för egenkontroll kring dokumentation (punkt 3.8). Ni som utförare ska även följa Örebro kommuns riktlinje *Avvikelse, klagomål och synpunkter* och enligt denna ska egenkontroll av följsamheten till denna riktlinje genomföras (punkt 3.20).

I inskickade dokument beskriver ni att ni arbetar med egenkontroller för att säkra kvalitet och att dessa utförs med bestämd frekvens och utifrån olika områden i verksamheten. Internkontrollplanen beskriver övergripande vilka kontroller som genomförs i hela verksamheten, hur ofta och ansvar för de olika kontrollerna. Inskickad sammanställning redogör för de kontroller som utförts det senaste året och att inga brister har identifierats under områdena administration, ekonomi, personal och i verksamhet.

Vi har även tagit del av er rutin och underlag för genomförande av egenkontroll kopplat till dokumentation. Dokumenten redogör för hur verksamheten arbetar med egenkontroll kopplat till dokumentation, den beskriver syfte, ansvar och genomförande och delarna utförs årligen och verksamhetschef sammanställer resultatet. Sammanställning och patientsäkerhetsberättelse visar att egenkontroller gällande dokumentation, avvikelseprocessen och basal hygien är genomförda senaste året. Inga brister uppges ha identifierats i genomförda egenkontroller.

Bedömning

Utifrån granskning av inskickat material kan vi se att ni som utförare arbetar löpande och systematiskt arbetar med egenkontroller som en del i ert kvalitetsarbete och har utfört de kontroller ni enligt avtal är ålagda att genomföra. Ingen av de utförda egenkontrollerna beskrivs ha resulterat i någon brist och Enheten för uppföljning kan därför inte bedöma hur ni arbetar med åtgärder med brister och uppföljning av dessa, men bedömer att Dialog DV uppfyller kravet gällande egenkontroller.

Rapporteringskyldighet

Enligt avtalet (punkt 3.20) ska utförare ha en rutin för utbildning, rapportering och anmälan enligt Lex Sarah. Ni ska följa Örebro kommuns riktlinje *Avvikelse, klagomål och synpunkter*.

I inskickad rutin för avvikelsehantering finns en redogörelse för missförhållande och allvarligt (eller risk för allvarligt) missförhållande, skyldigheten att rapportera samt ansvarsfördelning gällande Lex Sarah och Lex Maria. I rutinen framgår att utbildnings ges i Lex Sarah och i vilka forum men inte hur ofta. IVO har inte mottagit någon Lex Sarah anmälan under de senaste 12 månaderna.

På det digitala mötet framkommer att verksamheten har erfarenhet av ett Lex Maria ärende och vet vikten av att rapportera händelser. Ni uppger att personal utbildas vid nyanställning och informeras om rapporteringskyldighet löpande utifrån stående punkt på arbetsplatsträffar.

Bedömning

Utifrån granskning av inskickat material och inhämtade uppgifter görs bedömningen att ni uppfyller kravet gällande rapporteringskyldighet.

Uppdraget

Enligt avtalet (punkt 3.7) ska ni upprätta, utifrån uppdraget, en genomförandeplan tillsammans med deltagaren. I genomförandeplanen ska synpunkter, önskemål och delaktighet av insatsen framgå. Enligt riktlinjen för *dokumentationskyldighet enligt SOL och LSS* ska genomförandeplanen följas upp minst var sjätte månad.

Vi har granskat tio slumpmässigt utvalda genomförandeplaner under perioden september 2020 till september 2021. Granskningen visar att alla genomförandeplaner utom en är uppföljd inom sex månader. I alla planer framgår att deltagaren varit delaktig och på vilket sätt.

På digitala mötet framgick att faddern ansvarar för att månadsvis stämma av hur deltagarens arbete mot mål går och om behov finns att uppdatera genomförandeplan.

Bedömning

Utifrån inhämtade uppgifter och granskning av genomförandeplaner är bedömningen att ni uppfyller kravet kring uppdraget.

Dokumentation

Enligt avtal (punkt 3.8) ska de lagkrav som finns gällande dokumentation följas. Dokumentationen ska utföras med respekt, händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid ska antecknas och deltagarens utveckling ska synas. Det ska framgå att personal som utfört insatsen har antecknat, deltagarens delaktighet ska synas och dokumentation som förvaras utanför journalsystem ska försvaras enligt lagkrav.

Vi har granskat tio slumpmässigt utvalda verkställighetsjournaler under det senaste året. Granskningen visar att det finns kontinuerliga anteckningar med händelser av betydelse och med respekt för den enskilde. Dokumentationen är tydlig och det framgår vem som dokumenterat, den är utformad med respekt för deltagarnas integritet och vi kan följa utveckling, behov av omsorg och stöd över tid. Dokumentationen bedöms se bättre ut under våren 2021 än hösten 2020 då det tidigare förekom många samlade anteckningar benämnda som "veckoanteckningar". Verksamheten dokumenterar väl kring närvaro och frånvaro och på digitala mötet framkom att ni arbetar med att bli bättre på att anteckna måluppfyllelse i verkställighetsjournalen löpande utifrån de månadsvisa målavstämningarna mellan fadder och deltagare.

Bedömning

Utifrån granskning av verkställighetsjournalen är bedömningen att ni uppfyller kravet kring dokumentation.

Fadder

Enligt avtal (punkt 3.11) ska alla deltagare ha en utsedd fadder med fördjupad kunskap om deltagaren. Faddern ansvarar för att kontakt sker med legal företrädare och andra aktörer och deltagaren ska kunna byta fadder vid önskemål.

På digitala mötet beskrevs fadderskapet bygga på samtal och dialog och avstämning mellan fadder och deltagare sker dagligen. Fadder ansvarar för att ha uppföljningsmöte med anhöriga eller företrädare och har ett övergripande ansvar för samverkan, schema och att informera övriga medarbetare om deltagaren. Vid anställning undertecknar personal en uppdragsbeskrivning om vad som ingår i fadderskapet. Deltagare kan byta fadder om det önskar och det har nyligen skett i verksamheten.

Bedömning

Genom inhämtande av uppgifter under det digitala mötet gör vi bedömningen att ni uppfyller kravet kring fadder.

Bemötande

Enligt avtal (punkt 3.12) ska alla deltagare få stöd i att kommunicera utifrån sina behov, alla deltagare ska bli jämlikt bemötta utifrån förutsättningar, livsåskådningar och med respekt för självbestämmande och integritet. Utförare ska även ha ett aktivt värdegrundsarbete och bemötandekod i sin verksamhet

På digitala mötet beskrev ni hur verksamheten arbetar med stöd i kommunikationen utifrån deltagarnas behov, all personal kan stödtecken, alla datorer har symwriter och bildstöd samt schemahjälpmiddel används i arbetet. Verksamheten beskriver även hur de använder kroppsminne, rörelseminnen och att forma nya bilder i för bildstöd i aktiviteter, någon deltagare arbetar även med en docka som kommunikationsstöd.

I dialogen om bemötande beskrev ni på digitala mötet hur ni arbetar för att bemöta alla med respekt, alla ska vara delaktiga och bemötandet ska ske på ett tryggt sätt i kommunikation. Dels genom tydlighet i kommunikation, dels genom deltagarens delaktighet i allt som rör dennes planering och insats. Ni uppgav att bemötandet resulterar i att deltagarna vill ta ansvar, känner sig sedda och behandlas som ”vuxna”. I dagsläget har verksamheten väldigt nöjda deltagare som har svårt att stanna hemma vid tex förkylningssymptom. Ni beskrev även att ni aktivt arbetar med bemötande och värdegrund och att brukarrådet även tagit fram rutiner för hur deltagare ska vara mot varandra i gruppen.

Bedömning

Utifrån inhämtad information på digitala mötet görs bedömningen att ni uppfyller kravet i överenskommelsen kring bemötande.

Delaktighet

Enligt avtalet (punkt 3.14) ska utformandet av insatsen göra tillsammans med deltagaren. Deltagaren ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatsen som ges. Detta innebär att deltagaren ska kunna påverka hur insatsen ska utformas. Deltagarens delaktighet i planeringen ska framgå av genomförandeplanen, vid uppföljning av insatsen och i journalen.

Granskning av genomförandeplaner visar att deltagaren är delaktig i att utforma sin sysselsättning. På digitala mötet framkom att deltagaren har möjlighet att påverka sin dag genom dagliga avstämningar. Verksamheten har ett brukarråd varje månad där deltagaren har möjlighet att inkomma med synpunkter och förslag på aktiviteter.

Bedömning

Utifrån inhämtade uppgifter och granskning av genomförandeplaner är bedömningen att ni uppfyller kravet kring delaktighet.

Öppettider

Enligt avtal (punkt 3.15) ska den dagliga verksamheten vara öppen kl. 8-16 med möjlighet att erbjuda deltagaren andra tider. Deltagaren kan välja att närvara halv eller heltid. Deltagaren ska ha möjlighet att ta semester och vid önskemål att arbeta under sommaren ska utföraren kunna erbjuda sysselsättning.

I inskickat material framkommer att ni har öppet mellan 8–16 för gruppaktiviteter. På digitala mötet framgår att inga deltagare har önskat att arbeta andra tider.

Bedömning

Utifrån inhämtade uppgifter är bedömningen att ni uppfyller kravet kring öppettider.

Måltider

Enligt avtalet (punkt 3.17) ska deltagare ha möjlighet att inta lunch inom eller i anslutning till verksamheten. Möjlighet ska finnas att förvara, värma och äta medhavd lunch i lokalerna. Utförare ska även underlätta för deltagarna att äta lunch tex. äta på närbelägen restaurang eller beställa till verksamheten.

I inskickad handling och på digitala mötet framgår att måltid ligger på den enskilde deltagarens ansvar att ordna under tiden för daglig verksamhet. Ni möjliggör plats för förvaring, uppvärmning och förtätning av egen mat samt erbjuder stöd vid matsituation om behov finns. Lunch från närliggande restaurang kan även beställas.

Bedömning

Utifrån inhämtade uppgifter är bedömningen att ni uppfyller kravet kring måltider.

Anhöriganställningar

Enligt avtal (punkt 3.27 Personal och kompetens-anhöriganställningar) får ingen anställd utföra insatser till egen närstående eller anhörig och med anhörig menas make, maka, sambo, barn, syskon, föräldrar, barnbarn, gode män, förvaltare och svärdöttrar/söner, familjemedlemmars partners, men också andra släktingar och personer där en beroendeställning/jävsituation kan uppstå.

I granskning av verkställighetsjournal framkommer att samordnare i verksamheten är företrädare till en av deltagarna och har journalfört i deltagarens verkställighetsjournal.

På digitala mötet uppgavs att dessa anteckningar tillkommit då samordnare varit ansvarig för att anteckna frånvaro och närvaro vilket personalen turas om att ansvara för, men att företrädare aldrig är handledare åt deltagaren eller deltar vid aktiviteter.

Enheten för uppföljning bad verksamheten att inkomma med komplettering efter digitala mötet med en redogörelse för hur samordnare arbetar och hur verksamheten själva ser på beroendeställning/jävsituation kring detta.

Inkommen beskrivning hänvisar till rutiner som redogör för hur ni arbetar med avtalspunkten och vad ”utföra insats” avser betyda i er verksamhet; ”*Ingen anställd (anhörig*) får utföra insatser till egen närstående. Detta innebär att en anställd som anhörig inte får hålla i och ansvara för aktiviteter och sysselsättning i vilken en närstående deltar i.*”

I er beskrivning kan vi även ta del av hur ni arbetar i andra situationer som uppstår i verksamheten som inte tydligt ingår i ”*hålla i och ansvara för aktiviteter och sysselsättning i vilken en närstående deltar i*” så som dokumentation, planering, uppföljning, avvikelser och samverkansmöten.

Bedömning

Utifrån inhämtade uppgifter och komplettering är bedömningen att ni uppfyller kravet kring personal och kompetens- anhöriganställningar.

Brister i kvalitetskrav

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

Hygien

Enligt avtal (punkt 3.21) ska utförare följa Riktlinjer för *basal hygien inom kommunal hälso- och sjukvård i Örebro län*. Det ska finnas skyddsutrustning på plats och utföraren ska ha en fungerande egenkontroll för hygien. Enligt riktlinjen ska arbetskläder bytas dagligen, tvättas i cirkulationstvätt eller på arbetsplatsen i minst 60°C och torkas torra i torkskåp eller i torktumlare och detta gäller oavsett om arbetsgivaren tillhandahåller arbetskläder eller inte.

På digitala mötet framkom att verksamheten har tillgång till skyddsutrustning, har hygienombud och egenkontroll kopplat till hygien är genomförd. Det framkom att personalen använder egna arbetskläder som tvättas hemma i 60°C av personalen själva.

Bedömning:

Ni brister i avtalspunkten då de kläder som personalen använder i arbetet inte tvättas på arbetsplatsen eller i cirkulationstvätt. Basal hygien syftar till att förhindra smitta från deltagare till personal och från personal till deltagare och omfattar flera olika delar, varav tvätt av arbetskläder är en av dessa åtgärder.

Åtgärd

I åtgärdsplanen ska ni beskriva vilka åtgärder som ska säkerställa att ni uppfyller kravet i avtalet gällande hygien. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter, tidsplan och ansvarsfördelning och skickas till egetval@orebro.se senast den 12 november 2021.

Påpekande

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

Ledningssystem för kvalitet

- Riskanalyser

Enligt avtal (punkt 3.5) ska utförare ha ett ledningssystem som uppfyller de krav som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOF 2011:9) vilket innefattar att ni fortlöpande ska genomföra riskanalyser och arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.

In skickade dokument beskrivs verksamhetens arbete med riskanalyser, alla medarbetare har ansvar för att identifiera risker kontinuerligt i det dagliga arbetet och riskanalyser tas upp som stående punkt på arbetsplatsträff.

Verksamhetsansvarig leder arbetet och ansvarar för riskanalysen och att utformad handlingsplan (kopplat till risker) är ett levande dokument där det framgår vad,

hur, vem som ansvarar, när det ska ske samt att uppföljning sker kontinuerligt på arbetsplatsträff. Arbetet avser både risker som kan påverka verksamhetens kvalitet samt risker som kan påverka personalens arbetsmiljö.

I sammanställning över de riskanalyser som genomförts under året beskrivs dessa dels ha utförts utifrån Covid-19, förändring i verksamhet och utifrån det systematiska arbetsmiljöarbetet. Både personal och deltagarperspektiv har beaktats i utförda riskanalyser och i det inskickade materialet kan vi se vilka risker som identifierats, vilka åtgärder som genomförts och om de är pågående eller klara, men dokumentationen saknar hur effekterna av åtgärderna följs upp.

På digitala mötet framkommer att effekter av åtgärder alltid ligger till grund för om en åtgärd i handlingsplanen ska avslutas eller inte. Om inte effekten blivit positiv avslutas inte åtgärden utan ligger fortsatt med i handlingsplanen. Det framkommer även att ni planerar att börja utföra riskanalyser när nya deltagare kommer till verksamheten. Ett kvalitetsombud har utsetts och kommer ansvara för denna planering och utveckling framöver.

Bedömning

Sammantaget uppfyller ni delvis kravet kring riskanalyser. Vi kan se att verksamheten arbetar systematiskt med riskanalyser, det finns en tydlig ansvarsfördelning och riskanalyserna följs upp löpande på arbetsplatsträffar. Vi kan se både deltagar- och personalperspektiv i era riskanalyser och ni har själva identifierat ett förbättringsområde gällande att utföra riskanalyser på individnivå och då inledningsvis vid uppstart.

Ni beskriver att ni följer upp era åtgärder och dess effekt på arbetsplatsträffar och avslutar en åtgärd först när den gett god effekt, men i er dokumentation kan vi inte följa bedömningen av åtgärdens effekt. Alla delar i ert arbete att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.

Åtgärd

Bedömningen är att ni till stor del uppfyller kravet i överenskommelsen. Ni ska arbeta vidare med och säkerställa att dokumentationen för riskanalyser även innehåller bedömning av åtgärdernas effekt vilket ni ska åtgärda inom ert eget kvalitetsarbete.

Utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

Enligt avtal (punkt 3.20, 3.9) ska ni ha rutiner som beskriver hur avvikelser tas emot, utreds, åtgärdas, sammanställs, analyseras och riskbedöms enligt SOFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ni ska ha en rutin som beskriver hur synpunkter och klagomål tas emot, utreds, åtgärdas, analyseras och sammanställs, hur deltagaren och anhöriga ska ges möjlighet att lämna klagomål och synpunkter direkt till kommunen muntligt och skriftligt.

I inskickad rutin för avvikelshantering framgår det hur ni hanterar avvikelser och ansvarsfördelning i arbetet, i er rutin för synpunkter och klagomål framgår det hur ni hanterar klagomål och synpunkter, ansvarsfördelning och att klagomål kan lämnas till direkt kommunen. I er sammanställning som återfinns i patientsäkerhetsberättelsen framgår att ni under 2021 har registrerat tre

avvikelser, av dessa är endast en bedömd som en avvikelse och avser läkemedelshantering. Ni uppger att inga klagomål eller synpunkter har kommit till verksamheten under 2021 och en granskning i kommunens diariesystem visar att det inte heller inkommit klagomål eller synpunkter till kommunen gällande Dialog DV de senaste 12 månaderna.

Vi har granskat rapporterade händelser i avvikelsemodulen i Treserva för att bedöma följsamheten till avvikelseprocessen i riktlinje för *avvikelse, klagomål och synpunkter*. Granskningsperioden är från september 2020 till september 2021. Det framgår att ni har rapporterat fem händelser, varav två är bedömda som ingen avvikelse. I de tre händelser som är bedömda som avvikelser ser vi att alla händelser är utredda, två är bedömda och åtgärdade samt en är uppföljd.

På digitala mötet uppger personalen inledningsvis att de rapporterar det som avviker och att de vet vad som ska rapporteras. Verksamheten uppger att antalet rapporterade händelser under det senaste året speglas av att verksamheten arbetar förebyggande. Vidare nämns att det kan komma fler rapporterade avvikelser när personal känner sig säkrare. I samtal om klagomål och synpunkter finns en viss osäkerhet kring hur dessa rapporteras och hanteras.

Bedömning:

Sammantaget uppfyller ni delvis kraven i avtalet gällande avvikelser, synpunkter och klagomål, era rutiner beskriver hantering av dessa och innehåller alla kravställda delar. Genom att granska era rapporterade och utredda händelser kan vi ser att ni följer avvikelseprocessen.

På digitala mötet framkom en viss otydlighet/osäkerhet hos personal gällande vad som ska rapporteras, vad som registreras vart och vad personal är skyldiga att göra. Detta kan dels bero på att ni har få antal rapporterade avvikelser och inga inkomna klagomål eller synpunkter, dels att ni har ny personal i verksamheten. Verksamheten behöver säkerställa att personalen känner sig trygg med vad som är deras skyldighet och vad som ska rapporteras/registreras och vart.

Åtgärd

Bedömningen är att ni till stor del uppfyller kraven i avtalet. Ni ska arbeta vidare med och säkerställa att personalen känner sig trygg med vad som ska rapporteras och vart, vilket ni ska åtgärda inom ert eget kvalitetsarbete.

Metod

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

Underlag för bedömning:

- Intervju
- Synpunkter och klagomål
- Avvikelser
- Journal
- Dokumentation
- Myndighetsinformation
- Rutiner

Hanna Hernebring
Avtalscontroller
Enheten för Uppföljning
Myndighetsverksamheten
Örebro kommun