

# Uppföljning av kvalitetskrav

Omvårdnad och Service

Örebro kommun, Eyra hemvård

## Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i den överenskommelse verksamheten tecknat med Örebro kommun (Sov 392/2022). En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång var tredje år enligt riktlinje för avtals- och verksamhetsuppföljning, sov 215/2020.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

## Eyra hemvård

Eyra hemvård utför omvårdnad och service i Örebro kommun och har funnits som egen hemvårdsenhet nu i flera år, efter en organisationsförändring av områdesgränser inom Sydost. Vid tidpunkten för platsbesöket har Eyra hemvård 133 kunder med service- och omvårdnadsinsatser. Kunderna bor centralt på gångavstånd från verksamhetens lokaler på Drottninggatan 56 som delas med Gustavsviks hemvård. Eyra hemvård har även kunder på två seniorboende Sveagården och Cederbergiska. Eyra hemvård är uppdelad i två grupper, Eyra 1 och Eyra 2 och arbetsstyrkan består av 33 undersköterskor och två vårdbiträden. Administrationen sköts av enhetschefen, driftsplaneraren samt verksamhetsstöd. Verksamheten har ett tätt samarbete med sjuksköterskor och arbetsterapeuter.

## Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att Eyra hemvård 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 **26 maj 2023** 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

#### Uppdraget

#### Läkemedelshantering

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

- Uppdaterad rutin för hantering och besvarandet av insatsen trygghetslarm
- Uppdaterad rutin för extern samverkan
- Rutin för riskanalyser

- Rutin för egenkontroller
- En fullständig egenkontroll av social dokumentation i verkställighetsjournaler
- Kompletterande uppgifter avseende uppföljningen av vidtagna åtgärder gällande egenkontroll av genomförandeplaner, avvikelser och basal hygien
- Uppdaterad rutin för uppdraget
- Uppdaterad rutin för läkemedelshantering

Handlingarna ska vara inskickade till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se) senast den 25 augusti 2023.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 25 augusti 2023. Detta innebär att vi kommer granska inkomna rutiner och övriga handlingar.

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.

Enheten för uppföljning har även identifierat brist av mindre omfattning i er verksamhet. För denna brist tilldelas verksamheten ett påpekande. Mindre omfattande brist har identifierats inom följande kvalitetskrav:

### **Ledningssystem för kvalitet**

-Utredning av klagomål och synpunkter

Identifierade brist ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Eyra hemvård ska dokumentera hur verksamheten åtgärdat bristen vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett. Dokumentationen kan komma att begäras in.

## **Bedömning**

### **Uppfyllda kvalitetskrav**

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

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

Enligt överenskommelsen ska minst 85 procent av omvårdnadspersonalen ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med en ifylld kompetensinventeringsmall. Inventeringen visar att 94 procent av er personal som arbetar med omvårdnad har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. Bedömningen är därmed att ni uppfyller kraven inom denna punkt i överenskommelsen.

### **Dokumentation**

Dokumentationen ska ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation vid genomförande av insatser enligt SoL. Enligt överenskommelsen ska dokumentation utformas med respekt för kundens integritet och personalen ska dokumentera när verkställighet påbörjas, händelser av betydelse och faktiska omständigheter. Den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas i dokumentationen.

Som en del i uppföljningen genomförde vi en granskning av totalt 15 slumpmässigt utvalda kunders genomförandeplaner och verkställighetsjournaler i Treserva mellan perioden 2022-03-01 och 2023-03-01. Vår granskning visar att 90 procent av de granskade planerna var aktuella och det framgick i dem hur och när uppdraget skulle utföras för att tillgodose kundens behov. Det framgick även individens delaktighet i utformandet av insatser.

Granskningen av social dokumentation i verkställighetsjournaler under samma period visar att 80 procent av de 20 granskade verkställighetsjournalerna uppfyller ställda krav. Generellt förs dokumentationen med respekt och det framgår händelser av betydelse.

#### *Bedömning*

Ni bedöms leva upp till kraven då ni har aktuella genomförandeplaner där det framgår hur och när insatser ska genomföras för att tillgodose kundens behov, samt dokumenterar händelser av betydelse i verkställighetsjournalerna

### **Hygien och förbrukningsmaterial**

Enligt överenskommelsen ska ni tillhandahålla skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial till personalen i den utsträckning som behövs för att följa Riktlinjen för basal hygien inom kommunal hälso- och sjukvård i Örebro läns kommuner.

Under rundvandring vid platsbesöket observerade vi om ni tillhandahåller skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen för basal hygien.

#### *Bedömning*

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller krav i överenskommelse inom punkten Hygien och förbrukningsmaterial då ni bedöms tillhandahålla skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial till personalen enligt riktlinjen för basal hygien

## Ledningssystem för kvalitet

- Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Enligt överenskommelsen ska alla typer av händelser rapporteras, registreras, utredas och följas upp. Oavsett typ av händelse ska verksamheten följa Riktlinjen Avvikelser, klagomål och synpunkter.

I samband med uppföljningen har vi granskat verksamhetens rapporterade och registrerade avvikelser i syfte att se om verksamheten följer avvikelseprocessens alla steg: rapportera, utreda, bedöma, åtgärda och följa upp. Granskningsperioden omfattar de senaste 12 månaderna, exklusive den senaste månaden. Under perioden 2022-02-03 till 2023-02-03 fanns 179 rapporterade händelser i TRESERVA. 92 procent av dessa händelser bedömdes som ingen avvikelse. 87 procent av de handlar om fall. Det är 12 händelser som kategoriserades som avvikelser. 79 procent av de följer samtliga steg i avvikelseprocessen.

Vid platsbesöket framkommer att personalen informeras och utbildas i rapporteringsskyldigheten minst en gång per år samt även löpande vid behov. Utredning, bedömning och kategorisering av händelser sker tillsammans med legitimerad personal varje vecka på Teamträffar.

Enligt ledningen kategoriserar händelser som ingen avvikelse om exempelvis kunden själv avsäger sig medicin eller vid fall som inte orsakats av verksamheten. Kategorisering av varje händelse utvärderas i samband med Teamträffar.

Vid sökning av rapporterade Lex Sarah anmälan i kommunens ärendehanteringssystem W3D3 återfanns 12 anmälan. Samtliga gällande misstänkt ekonomiskt missförhållande. Detta togs upp vid platsbesöket då vi noterade att dessa anmälningar inte finns registrerade i TRESERVAMODULEN.

### *Bedömning*

Den sammantagna bedömningen är att ni uppfyller kraven då vår granskning visar att ni följer samtliga steg i avvikelseprocessen, samt informerar och utbildar personal om rapporteringsskyldigheten enligt krav ställda i riktlinje.

## 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 överenskommelsen åligger det verksamheten att säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningar som kommunen tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.

För att kunna bedöma hur stor andel av er personal som genomgått de obligatoriska utbildningarna ombads ni att inkomma med en ifylld kompetensinventeringsmall.

Vår granskning av denna inventering visar att det inte är någon omvårdnadspersonal som genomgått utbildningen Manuell förflyttning och lyftkörkort (filmer).

### *Bedömning*

Enheten för uppföljning bedömer att verksamheten inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i överenskommelsen. För att uppfylla kravet behöver ni säkerställa att all personal genomgår utbildningen: Manuell förflyttning och lyftkörkort (filmer)

### *Åtgärd*

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som redogör för hur ni planerar uppnå kravet. I åtgärdsplanen ska det framgå tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. I samband med resultatuppföljningen kommer vi att begära in en uppdaterad kompetensinventering.

## **Trygghetslarm**

Enligt överenskommelsen ska hantering och besvarande av trygghetslarm ske enligt gällande riktlinje.

Utföraren ska ha en rutin som beskriver tillvägagångssätt och hantering av trygghetslarm mellan 07.00-22.00. Rutinen ska beskriva hur informationsöverföring med nattorganisationen sker, hur larm från personer med skyddad identitet behandlas samt hur större brott i larmkedjan hanteras. Samarbete med kommunens grupp för välfärdsteknik och hemsjukvården ska också beskrivas i rutinen. Enligt riktlinjen ska alla åtgärdade/besvarade larm dokumenteras i kundens verkställhetsjournal.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med er rutin för utförandet av insatsen trygghetslarm.

Den inskickade rutinen är tydlig vad den avser. Det finns en tydlig ansvarsfördelning och beskrivning av utförandet. Rutinen saknar däremot information om hur samverkan sker med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik och hemsjukvården, hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder samtidigt och hur ni behandlar kunder med skyddad identitet.

Inom ramen för denna punkt i avtalet har vi även granskat er följsamhet till Riktlinjen för utförandet av insatsen trygghetslarm. Detta har vi gjort genom att granska dokumentation i verkställighetsjournaler efter ett urval av de 3 senaste månadernas rapporterade larm. Granskningen visar att 76 procent av 45 slumpmässigt granskade larm är dokumenterade enligt riktlinjen.

### *Bedömning*

Bedömning görs att ni i tillräcklig omfattning dokumenterar larm i kundernas verkställighetsjournaler. Ni brister dock gällande er lokala rutin för hantering och besvarande av trygghetslarm.

### *Åtgärd*

Ni ska inkomma med en uppdaterad lokal rutin som beskriver hur samverkan med nattorganisationen, gruppen för välfärdsteknik och hemsjukvården sker, hur verksamheten hanterar avbrott i larmkedjan som kan påverka flera kunder samtidigt och hur ni behandlar kunder med skyddad identitet. Ni ska även

inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur rutinen ska implementeras i verksamheten samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

### **Ledningssystem för kvalitet**

#### **- Samverkan**

Samverkan, såväl internt som externt, är en förutsättning för att säkra kvaliteten på de insatser som ges inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Genom processer och rutiner kan verksamheten säkerställa att det finns förutsättningar för bra samverkan. Enligt överenskommelsen ska ledningssystem för kvalitet innehålla rutiner för samverkan inom den egna verksamheten och med externa aktörer.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med rutin för intern och extern samverkan. Era rutiner är tydliga vad de avser. Det finns en tydlig ansvarsfördelning och beskrivning av utförandet. Däremot saknas det information om hur samverkan sker med gruppen för välfärdsteknik och andra utförare.

#### *Bedömning*

Då rutinen saknar de ovannämnda uppgifterna bedömer vi att ni brister i följsamhet till krav inom denna punkt i överenskommelsen.

#### *Åtgärd*

Ni ska inkomma med en uppdaterad rutin som beskriver hur ni samverkar med gruppen för välfärdsteknik och andra utförare. Ni ska även inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur rutinen ska implementeras i verksamheten samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

#### **- Riskanalyser**

Enligt överenskommelsen ska ni fortlöpande genomföra riskanalyser och för varje identifierad händelse ska det i dokumentationen framgå hur ni har följt upp åtgärderna och dess effekt. Ni ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Ni ska även ha en rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra er verksamhet.

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

Någon rutin för hur verksamheten arbetar med riskanalyser har inte redovisats. Ni har inkommit med två riskanalyser kopplade till arbetsmiljön som genomfördes i februari 2022 och i februari 2023. Av beskrivning framgår syftet med riskanalyserna. I samband med det identifierades flera risker och vidtogs åtgärder utifrån riskerna. Det finns även dokumentation om hur ni har följt upp vidtagna åtgärder och dess effekt i de fall där det gått att bedöma. Det framkommer att det är några återkommande brister där åtgärden inte haft avsedd effekt, men verksamheten arbetar vidare med det.

### *Bedömning*

Inkomna riskanalyser visar att ni arbetar med att identifiera, åtgärda och dokumentera risker i verksamheten, ni brister dock i punkten då ni inte har redovisat rutin för hur ni arbetar med riskanalyser.

### *Åtgärd*

Ni ska inkomma med en rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser. Ni ska även inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur rutinen ska implementeras i verksamheten samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

#### - Egenkontroller

Enligt överenskommelsen ska ni regelbundet genomföra egenkontroller inom den egna verksamheten. Egenkontroller ska genomföras inom de områden och med den frekvens och omfattning som ni bedömer krävs för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Egenkontroller som genomförs ska dokumenteras.

Utöver SOSFS 2011:9 krav på egenkontroller ska ni ha rutiner för och årligen genomföra egenkontroll av verksamhetens följsamhet till:

- Riktlinjen Basal hygien inom kommunal hälso-och sjukvård
- Dokumentation
- Avvikelseprocessen som beskrivs i Riktlinje Avvikelser, Klagomål och Synpunkter

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med rutin som beskriver hur ni arbetar med de obligatoriska egenkontrollerna, samt sammanställning över genomförda egenkontroller de senaste 12 månaderna.

Någon rutin för hur verksamheten arbetar med egenkontroller har inte redovisats.

Ni har skickat in sammanställningar där det framgår att ni har genomfört egenkontroller avseende följsamhet till riktlinje basal hygien, dokumentation (genomförandeplaner) samt verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen. Av sammanställningarna framgår att ni identifierat brister och vidtagit åtgärder utifrån dessa. Dock kan vi inte se att ni följt upp åtgärderna och dess effekt. Vi kan inte heller se att ni genomfört egenkontroller av löpande dokumentation i verkställighetsjournaler.

### *Bedömning*

Vår bedömning är att ni inte fullt ut lever upp till kraven enligt denna punkt i överenskommelsen då ni inte har någon upprättad rutin för egenkontroll och av sammanställningen framgår att ni inte har dokumenterat uppföljning av insatta åtgärder och effekten av dessa. Ni har inte heller genomfört egenkontroll av den sociala dokumentationen som förs i verkställighetsjournal.

### *Åtgärd*

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan där ska framgå vilka aktiviteter ni avser att genomföra för att åtgärda ovan nämnda brister samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive Ni ska också inkomma med egenkontroll av



verkställighetsjournaler, där det ska framgå vilka brister ni identifierat, vilka åtgärder ni vidtagit och vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Det ska även framgå hur och när ni planerar att följa upp åtgärderna och vem som är ansvarig för uppföljningen.

### **Uppdraget**

Enligt överenskommelsen ska verksamheten inom ramen för Socialtjänstlagen (SoL) ta emot och verkställa uppdrag efter beslut av biståndshandläggare. Uppdraget ska påbörjas senast 24 timmar efter mottagandet och vid behov kunna verkställas omgående. Inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen ska utföraren ta emot uppdrag i form av fördelade och delegerade vårdplaner med hälso- och sjukvårdsåtgärder från legitimerade. För dessa processer ska upprättade rutiner finnas.

I samband med uppföljningen ombads ni att inkomma med rutiner som beskriver hur ni dagligen tar emot och planerar för genomförandet av nya och förändrade uppdrag samt för genomförandet av nya och förändrade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Vi har tagit del av er ”Rutin mottagande av uppdrag” som beskriver att nya uppdrag inkommer via verksamhetens Treservabrevlåda, och att driftplaneraren har ansvar att fördela uppdraget i Treserva till Eyra grupp, samt informera chef och övriga berörda via Treservabrevlådan. Det framgår även att det är driftplanerare som tar kontakt med ny kund för planering. Vid nya eller förändrade uppdrag hos befintlig kund är det kontaktperson och berörd arbetsgrupp som ansvarar för att kontakta kund om nya/förändrade insatser. Skulle akut situation gällande befintlig kund uppstå ändrar driftplanerare besöksplan enligt nytt uppdrag. Vid nytt uppdrag från HSL-personal gör driftplaneraren besöksplaner utifrån upprättad vårdplan. Vid platsbesöket framkom att driftplaneraren inte är i tjänst under helger och röda dagar, men verksamheten beskriver att de har en väl etablerad beredskap vid dessa situationer, dock är detta inte nedskrivet i rutinen.

### *Bedömning*

Då rutinen saknar information om verksamhetens beredskap för om nytt uppdrag eller förändrat behov skulle uppstå under en helg eller röda dagar, då driftplaneraren som i vanliga fall ansvarar för att ta emot och hantera nya uppdrag inte är i tjänst. Görs bedömning att ni inte fullt ut lever upp till kraven inom denna punkt i överenskommelsen.

### *Åtgärd*

Ni ska inkomma med en uppdaterad lokal rutin som beskriver hur ni hanterar nytt uppdrag eller förändrat behov under en helg då driftplaneraren inte är i tjänst. Ni ska inkomma även med en åtgärdsplan som beskriver hur rutinen ska implementeras i verksamheten samt tidplan och vem som är ansvarig för respektive åtgärd.

## Läkemedelshantering

Enligt överenskommelse ska ni ha en rutin för läkemedelshantering som ska innehålla en beskrivning av hur ni säkerställer en säker läkemedelshantering som omfattar transport och förvaring. Rutinen ska följa Riktlinje för läkemedelshantering i kommunal Hälso- och sjukvård i Örebro län.

Vi har tagit del av er rutin ”Säker läkemedelstransport och mellanlagring för Eyra och Gustavsvik hemvård” som beskriver hur läkemedel hämtas ut och transporteras av personal. Rutinen har en tydlig ansvarsfördelning och en detaljerad beskrivning av utförandet. Återlämning av läkemedel på vardagar samt dagtid sker i förvaringslåda hos driftplaneraren, men det saknas information om förvaringslådan är ett låst läkemedelsskåp eller inte.

Vid platsbesöket berättar ni att verksamhetsstödjaren, planeraren och enhetschefen har tillgång till läkemedelsskåpet, vilket strider mot Riktlinje för läkemedelshantering då enhetschefen inte har någon delegering. I rutinen behöver även framkomma att endast delegerad personal är behöriga att hantera läkemedel.

### *Bedömning*

Då rutinen behöver kompletteras med ovannämnda uppgifter, bedömer vi att ni inte lever upp till kraven inom denna punkt i överenskommelsen.

### *Åtgärd*

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska åtgärda bristen kopplat till punkten uppdraget. Ni ska även inkomma med en uppdaterad lokal rutin för läkemedelshantering där ni beskriver hur ni säkerställer en säker läkemedelsförvaringen hos driftplaneraren. I rutinen behöver även framkomma att endast delegerad personal är behöriga att hantera läkemedel som tillfälligt förvaras inlåsta i verksamheten.

## Påpekande

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

## Ledningssystem för kvalitet

- Utredning av klagomål och synpunkter

Inom ramen för denna punkt i överenskommelsen har vi granskat verksamhetens rapporterade och registrerade klagomål och synpunkter i enlighet med processens alla steg. Under perioden 2020-02-27 till 2023-02-27 registrerades 7 klagomål och synpunkter i Treserva avvikelsemodulen. Tre av de har senare kategoriserats som avvikelser och behandlats efter det. Av resterande fyra händelser var det endast ett klagomål. Vid sökning av rapporterade klagomål och synpunkter i kommunens ärendehanteringssystem W3D3 återfanns tre positiva synpunkter från en kund och ett klagomål.

Inom ramen för denna punkt tittar vi även på andelen positiva svar i Socialstyrelsens kundundersökning gällande om kunderna vet vart de ska vända sig om de vill framföra synpunkter eller klagomål på hemtjänsten. Den ligger på 55% mot 67% i Örebro kommun och 62% i hela riket.

Vid platsbesöket framkommer att verksamhetsstödjaren tar emot många synpunkter och klagomål från kunder men detta registreras inte i Treserva. På frågan om hur ni säkerställer att den enskilde och anhöriga vet var de ska vända sig med klagomål och synpunkter svarade ni att varje kund har en hemmapärm med Eyra hemvårds kontaktuppgifter samt information om hur kund eller anhöriga inkommer med klagomål. Vid platsbesöket framkommer att informationsbladet kommer att revideras och tydliggöras så att kund eller anhöriga enklare kan få överblick över kontaktvägar.

### *Bedömning*

Underlaget för klagomål och synpunkter bedöms vara för litet för att kunna bedöma hur ni arbetar med följsamhet till utredning av klagomål och synpunkter. Då det även framkommer att ni tagit emot synpunkter och klagomål muntligt från kunder som inte registrerats i avvikelsemodulen, samt inte registrerat synpunkter inkomna via W3D3 i samma modul tilldelas ni ett påpekande. Det innebär att ni behöver fortsätta jobba med att säkerställa att verksamheten registrerar enligt Riktlinjen Avvikelser, klagomål och synpunkter samtliga inkomna klagomål och synpunkter i Treserva. Det åligger chefen att säkerställa att riktlinjen är känd och följs av samtliga medarbetare. Att tilldelas ett påpekande innebär att bristen är av mindre omfattning och att ni får åtgärda bristen 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 platsbesök i verksamheten.

### **Underlag för bedömning:**

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

Yuri Yanez  
Avtalscontroller  
Enheten för uppföljning  
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet  
Örebro kommun

