

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Karlslundsgården Örebro kommun

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i kommande basuppdrag, för närvarande överenskommelse Sov 278/2021. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång vart tredje år enligt riktlinje för avtals- och verksamhetsuppföljning, Voo 938/2023.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

Örebro kommun - Karlslundsgården

Karlslundsgården startade sin verksamhet 2019. På boendet finns 68 bostäder fördelade på nio enheter. Verksamheten har närhet till Karlsundskogen och en trädgårdsmiljö som erbjuder växthus, odlingar, boulebana och promenadstråk med sittplatser. Boendet erbjuder även omsorg på teckenspråk.

Bedömningsöversikt

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar		Skydds- och begränsningsåtgärder	
Kompetens - omvårdnadspersonal		Mat, måltid och nutrition	
Samverkan		Anhörigstöd	
Riskanalyser		Hygien och smittskydd	
Egenkontroller		Hälso- och sjukvård	
Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet		Palliativ vård	
Dokumentation		Aktiv och meningsfull tillvaro	
Dokumentation i IT system			

Bedömningskriterier

Uppfyller kravet

Uppfyller inte kravet

Metod

I samband med kvalitetsuppföljningen har Avtalscontrollers inom Enheten för uppföljning begärt in och granskat underlag gällande de kvalitetskrav som specificeras i överenskommelse. Uppföljningen har även innefattat inhämtade data från berörda myndigheter samt en granskning i verksamhetssystem gällande dokumentation och avvikelsehantering. Som en del i uppföljningen har också ett platsbesök genomförts.

Avtalscontroller har även tagit del av de 54 individuppföljningar som genomfördes under perioden maj till september 2023.

Underlaget ligger till grund för det beslut som Enheten för uppföljning fattat i denna rapport.

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet. För att se till att er verksamhet bedrivs enligt mål, riktlinjer, lag och annan författning i enlighet med 6 kap. 6 § KL, ska ni åtgärda dessa brister.

Enheten för uppföljning vill ta del av er åtgärdsplan som innehåller aktiviteter för att åtgärda de brister som redovisas i denna rapport samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd. Senast den **6 december 2023** ska ni skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

Avtalspunkter

- **Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**
- **Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet**
- **Dokumentation**
- **Dokumentation i IT system**
- **Skydds- och begränsningsåtgärder**
- **Hälso- och sjukvård**

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

- Rutin där det framgår hur ni genomför egenkontroll av verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter.
- Rutin för hur ni säkerställer att er personal ges handledning och stöd för att säkerställa följsamhet till social dokumentation.
- Rutin där det framgår hur hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts från legitimerad personal till omvårdnadspersonal, den ska även omfatta den hälso- och sjukvård som överläts av Region Örebro län.

Handlingarna ska vara inskickade till eggetval@orebro.se senast **den 15 mars 2023**.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 15 mars 2023.

Detta innebär att vi kommer:

- granska inkomna rutiner
- genomföra en dokumentationsgranskning gällande den löpande sociala dokumentationen i verkställighetsjournal
- granska registrerade händelser, klagomål och synpunkter
- begära in och granska utdrag ur Senior Alert
- begära in och granska kompetensinventering
- begära in och granska sammanställning av skydds- och begränsningsåtgärder.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

Kompetens - omvårdnadspersonal

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Minst 85 % av all omvårdnadspersonal ska ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande	Kompetensinventering

Bedömning

Bedömningen är att ni uppfyller kravet då 87% av er personal har genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Anhörigstöd

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utföraren ska ha en rutin som beskriver: <ul style="list-style-type: none"> • Hur utföraren arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen 	Lokal rutin för anhörigstöd på Karlslundsgården

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller kravet då granskad rutin för anhörigstöd innehåller kravställda delar, tillvägagångsätt och ansvarsfördelning.

Ledningssystem för kvalitet - Samverkan

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom egna verksamheten mellan olika professioner och funktioner • Vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används inom den egna verksamheten. • Hur samverkan och informationsöverföring sker mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal ska finnas särskilt beskrivet. Med legitimerad personal menas utförarens arbetsterapeut och sjuksköterska samt regionens sjukgymnast/fysioterapeut, läkare och tandhygienist. 	<p>Rutin för samverkan på Karlslundsgården</p>

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller kravet då rutin för samverkan innehåller kravställda delar, tillvägagångsätt och ansvarsfördelning.

På platsbesöket beskrevs hur legitimerad personal alltid finns på plats och är ute på avdelningarna under dagen. Enhetschefer upplever att omvårdnadspersonal ser det som en fördel att ha legitimerad personal nära.

Ledningssystem för kvalitet - Riskanalyser

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet 	<p>Riskanalys- en metodhandbok Intranätet- grundmetod för riskanalyser- Örebro kommun</p>

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller kravet. Ni hänvisar till Örebro kommuns grundmetod för riskanalyser och utformat metodhandbok som rutin för ert arbete. Den innehåller tillvägagångsätt och ansvarsfördelning. På platsbesöket uppvisade ni en genomförd riskanalys inför schemaförändring under hösten 2023 och beskrev ert arbete.

Ledningssystem för kvalitet - Egenkontroller

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska årligen genomföra egenkontroll inom följande områden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verksamhetens följsamhet till riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i> • Verksamhetens följsamhet till <i>punkt 2.8.4 dokumentation</i> • Verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i <i>Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter</i> • Hälso- och sjukvårdsdokumentation. Egenkontrollen ska överensstämma med Örebro kommuns egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation 	<p>Inskickad sammanställning</p>

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni uppfyller kravet. Det framgår att ni det senaste året genomfört egenkontroller inom de områden som krävs i överenskommelsen. Av sammanställningen framgår även att ni identifierat brister och vidtagit åtgärder. På platsbesöket kunde ni påvisa hur ni arbetar med handlingsplaner och uppföljning utifrån planerade åtgärder. Vi kan även se att de brister som identifierats i egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation överensstämmer med de delar som ingår i Örebro kommuns egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Palliativ vård

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> • Utföraren ska ha utsedda palliativa ombud samt minst en palliativ ombudssamordnare 	<p>Kompetensinventering</p>

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller kravet. I kompetensinventeringen framgår att ni har utsedd palliativ ombudssamordnare och tio palliativa ombud.

Mat, måltid och nutrition

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Verksamheten ska sträva efter att ge varje enskild person positiva matupplevelser. Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p>	<p>Rutin för utredning 8 Karlslundsgården.pdf</p>

- När och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt för hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas

Genomförandeplanen ska innehålla:

- En planering för mat och måltider som är individuellt anpassad utifrån vad, var, hur och när den enskilde önskar äta

Dokumentationsgranskning i Tresa

Individuppföljning, maj-sep 2023.

Socialstyrelsens kundundersökning (2022)

- hur brukar maten smaka? Positiva svar Karlslund 81% (riket 71%)
- är måltiderna en trevlig stund på dagen? Positiva svar Karlslund 71% (riket 66%)

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller kravet, dels genom att ta del av er rutin som innehåller kravställda delar, tillvägagångssätt och ansvarsfördelning. Dels utifrån granskning av genomförandeplaner. För att bedöma kravet har vi även tagit del av Socialstyrelsens undersökning där resultatet överstiger riket i övrigt. Detta styrks även av resultat från individuppföljningar där de boende i hög utsträckning uppger att de blivit tillfrågade om önskemål kring mat och måltider.

Aktiv och meningsfull tillvaro

Krav som följs upp

Utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinje för dokumentationsskyldighet enligt SoL och uppfylla följande krav inom området:

- Den enskilde får stöd i att behålla och utveckla intressen, sociala relationer och kontakter som är viktiga för personen
- Aktivitets- och funktionsbedömningar ska göras av arbetsterapeut för samtliga boende och användas som en grund för planering av individuella och gemensamma aktiviteter.
- I genomförandeplanen ska individens synpunkter, önskemål och delaktighet av stödet framgå.
- Utifrån den enskildes förmåga och önskemål ska utföraren verka för att den enskilde upplever en meningsfull tillvaro
- Den enskilde tillförsäkras utevistelse efter individuella behov

Underlag till bedömning

Egenkontroll

Individuppföljning maj-sep 2023

Socialstyrelsens undersökning (2022)

- Hur nöjd är du med de aktiviteter som erbjuds? Positiva svar Karlslund 84% (riket 54%)
- Hur är din möjlighet att komma ut? Positiva svar Karlslundsgården 75% (riket 54%)

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller kravet. Ni har i tillräcklig omfattning genomfört aktivitets- och funktionsbedömningar för de boende. Intressen och önskemål kring aktiviteter finns dokumenterade i genomförandeplan. I Socialstyrelsens undersökning är Karlslundsgårdens resultat långt över rikets och styrks av individuppföljningar där de merparten av de boende är nöjda med de aktiviteter (87%) och utomhusvistelse (96%) som erbjuds.

Hygien och smittskydd

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska uppfylla följande krav:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tillhandahålla skyddsutrustning till personalen. • Tillhandahålla arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i>. • Ha tillgång till hygienombud i verksamheten 	<p>Observation vid platsbesök den 8 november 2023.</p> <p>Kompetensinventering</p>

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni uppfyller kravet då det på platsbesöket observerades att det finns skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial i tillräcklig omfattning. I kompetensinventeringen framgår att er verksamhet har flera hygienombud.

Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren brister i nedanstående kvalitetskrav.

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utförarens personal ska genomgå de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.</p>	<p>Kompetensinventering</p> <p><i>*procenten i parentes avser andelen personal som genomgått utbildningen</i></p>

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni brister i kravet då er personal inte har genomfört de obligatoriska utbildningarna i tillräcklig omfattning. Avseende Basal hygien har 69% genomfört utbildningen, Mat, måltid, nutrition 66% Palliativ utbildning 71%, SBAR 71% och Vardagsrehabilitering 40%.

- Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. I samband med resultatuppföljningen kommer vi att begära in en ny kompetensinventering.

Ledningssystem för kvalitet - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur utföraren genomför egenkontroll av verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter • Hur samverkan sker vid avvikelshantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredning av en händelse 	<p>Rapporterade händelser/avvikelser från de senaste 12 månaderna</p> <p>Klagomål och synpunkter från de senaste 36 månaderna</p> <p>Lokal rutin avvikelshantering Karlslundsgården</p> <p>Riktlinje Avvikelshantering klagomål och synpunkter</p>
<p>Utföraren ska även:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informera om och möjliggöra för den enskilde och anhöriga att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till uppdragsgivaren. • Informera och utbilda personal om rapporteringsskyldigheten 	<p>Information från IVO</p> <p>Klagomål/synpunkter i W3D3</p> <p>Socialstyrelsens kundundersökning (2022)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vet du vart du kan vända dig för att lämna klagomål eller synpunkter? Positiva svar Karlslund 53% (riket 43%)

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni brister i kravet.

Granskning av avvikelser visar att det finns 154 rapporterade händelser från de senaste 12 månaderna. Dessa är inte i tillräcklig omfattning utredda, (74%), bedömda (73%) åtgärdade (73%) eller uppföljda (53%). Av alla händelser är några inte hanterade alls (26%) och samtliga av dessa är ”fall utan skada” som inte bedömts som en avvikelse/ej avvikelse. Dessa är inte uppmärksammade i egenkontroll, då ni haft uppfattningen om att de hanterats korrekt.

Avseende klagomål och synpunkter har 11 stycken registrerats de senaste 36 senaste månaderna. Inte heller dessa är i tillräcklig omfattning utredda, (50%), bedömda (50%) åtgärdade (50%) eller uppföljda (50%). Även här finns några som inte hanterats alls. I Socialstyrelsens kundundersökning framgår att de boende hos er i större utsträckning än i övriga riket vet vart de ska vända sig med klagomål och synpunkter.

Ni har en rutin som beskriver hur samverkan sker vid avvikelshantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredning. Ni saknar dock en rutin för hur ni arbetar med egenkontroller av avvikelseprocessen. Ni hänvisar till riktlinjen för Avvikelsehantering klagomål och synpunkter men i denna framgår endast att egenkontroll ska genomföras.

Sammantagen bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni brister i följsamhet till kravet, era händelser, avvikelser, klagomål och synpunkter inte är hanterade i tillräcklig omfattning utifrån processens steg.

- Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. Enheten för uppföljning kommer granska era registrerade händelser i samband med resultatuppföljningen.
- Ni ska även upprätta en rutin där det framgår hur ni genomför egenkontroll av verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter. Ni ska i åtgärdsplanen beskriva hur ni ska åtgärda bristen gällande rutinen och vidare implementera den i verksamheten, ansvarig och tidsplan ska framgå.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Följande delar ska dokumenteras i verkställighetsjournal respektive hälso- och sjukvårdsjournal inför användning av skydds- och begränsningsåtgärder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samtycke till begränsningsåtgärden • Syftet/målet med begränsningsåtgärden • Riskbedömning av begränsningsåtgärden • Uppföljning av åtgärden, senaste 6 månaderna 	<p>Sammanställning av verksamhetens skydds- och begränsningsåtgärder</p>

Bedömning

Enheten för uppföljning bedömer att ni brister i följsamhet till kravet då det i er sammanställning framgår att endast 40% av era skydds- och begränsningsåtgärder har en dokumenterad riskbedömning.

- Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. Inför resultatuppföljningen kommer vi att begära in en ny sammanställning av skydds- och begränsningsåtgärder.

Nationella register – Senior Alert

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> • Utföraren ska genomföra en riskbedömning inom områdena trycksår, undernäring, fall, munhälsa och blåsdysfunktion med stöd av kvalitetsregistret Senior alert om inte uppenbart obehövt i enlighet med Örebro kommuns riktlinjer för vårdprevention. • Boendet ska ha en eller flera BPSD-administratörer 	Registeruttag Senior Alert Kompetensinventering

Bedömning

Bedömningen är att ni brister i kravet då endast 29% av de boende har en riskbedömning för trycksår, fall, undernäring, och munhälsa. Endast 3% är riskbedömda avseende blåsdysfunktion. Er kompetensinventering visar att ni har åtta BPSD-administratörer.

- Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. Inför resultatuppföljningen kommer vi att begära in ett nytt utdrag ur Senior Alert.

Dokumentation

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Genomförandeplanen ska:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Upprättas omgående och vara färdigställd senast 2 månader efter mottaget uppdrag • Följas upp och upprättas tillsammans med den enskilde vid behov och minst var sjätte månad • Beskriva hur och när uppdraget ska utföras för att tillgodose den enskildes behov och mål • Innehålla information om individens delaktighet • Innehålla namngiven kontaktperson <p>I dokumentationen som förs i verkställighetsjournalen ska:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det finnas dokumentation av händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid • Den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas i dokumentationen. Det ska gå att följa vad som faktiskt genomförs och hur situationen ser ut för de enskilde utifrån dennes ansökan, behov och genomförandet av beslutade insatser • Vara utformad med respekt för den enskildes integritet. • Social dokumentation om den enskilde som finns utanför verksamhetssystemet förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen 	Granskning av 15 genomförandeplaner Granskning av 30 verkställighetsjournaler under perioden 221010–231010 Egenkontroll av social dokumentation Individuppföljning maj – sep 2023 Observation och frågor på platsbesök den 8 november 2023.

Utföraren ska även ha en rutin som beskriver:

- Hur utföraren genomför egenkontroll av den löpande dokumentationen som förs i verkställighetsjournal
- Hur utföraren säkerställer att personalen ges handledning och stöd för att säkerställa följsamhet till punkt 2.8.4 dokumentation.

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni brister i kravet.

Granskningen av genomförandeplaner visar att samtliga är aktuella och i alla genomförandeplaner finns information om hur stödet praktiskt ska genomföras under hela dygnet, de boendes delaktighet framgår och alla har en namngiven kontaktperson. Granskning av verkställighetsjournaler visar att det i 57 % saknas händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid. Det går inte att följa hur situationen är för de boende samt vad som genomförts. De verkställighetsjournaler som brister har stora glapp i dokumentationen över tid.

Ni hänvisar till dokumentet Egenkontroll av social dokumentation som beskriver hur ni arbetar med egenkontroller av den sociala dokumentationen, den beskriver syfte, ansvar och tillvägagångssätt. Ni beskriver på platsbesöket att ni är medvetna om bristen kring de längre glappen i dokumentationen. Vidare frågas ni om ni har en rutin över hur ni säkerställer att personalen ges handledning och stöd för att säkerställa följsamhet till krav på dokumentation. Ni saknar en rutin men beskriver hur ni arbetar med VISA-handledare löpande och vid introduktion.

Sammantagen bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni brister i följsamhet till kravet. Dels för att den sociala dokumentationen i verkställighetsjournal brister, dels för att ni saknar en rutin för hur ni säkerställer att personalen ges handledning och stöd för att säkerställa följsamhet till krav på dokumentation

- Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen kring den löpande dokumentationen, vem som är ansvarig och tidsplan ska framgå. Enheten för uppföljning kommer granska verkställighetsjournaler i samband med resultatuppföljningen.
- Ni ska även upprätta en rutin där det framgår hur ni säkerställer att personalen ges handledning och stöd för att säkerställa följsamhet till krav på dokumentation. Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen gällande rutinen och vidare implementera den i verksamheten, ansvarig och tidsplan ska framgå.

Hälso- och sjukvård

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts från legitimerad personal till omvårdnadspersonal • Hur omvårdnadspersonalen praktiskt tar emot och planerar för fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder • Rutinen ska även omfatta den hälso- och sjukvård som överläts av Region Örebro län. 	<p>Läkemedelshantering, rutin Vårdplaner, dokumentation av hälso- och sjukvård Delegering av läkemedel, rutin Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOFS 1997:14) Delegering av arbetsuppgifter, HSL Hälso- och sjukvårds dokumentation Rutin Läkemedelsgenomgång 2023-09-07 Rutin Ordination och hantering av läkemedel Örebro kommun 20230426</p>

Bedömning

Enheten för uppföljning gör bedömningen att ni inte uppfyller kravet då den rutin som efterfrågas avseende hur hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts från legitimerad personal till omvårdnadspersonal internt och från Regionen saknas. De rutiner, riktlinjer och föreskrifter som ni hänvisar till saknar en beskrivning av er verksamhets praktiska överlåtande.

- Ni ska upprätta en rutin där det framgår hur hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts från legitimerad personal till omvårdnadspersonal, den ska även omfatta den hälso- och sjukvård som överläts av Regionen. Ni ska i en åtgärdsplan beskriva hur ni ska åtgärda bristen gällande rutinen och vidare implementera den i verksamheten, ansvarig och tidsplan ska framgå.

Hanna Hernebring
Avtalscontroller
Enheten för uppföljning
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
Örebro kommun