

# Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Örebro kommun, Backagården

## Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i basuppdrag Voo 1211/2023, tidigare 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 - Backagården

Backagården är ett vård- och omsorgsboende beläget på söder i Örebro, en intraprenad som funnits sedan 1993. På Backagården finns 36 lägenheter fördelat på fyra avdelningar. Två lägenheter på varje avdelning kan användas som parlägenheter. Avdelningarna har två olika inriktningar, somatik och demens. Föregående uppföljning av kvalitetskrav på Backagården genomfördes 2020, Sov 635/2020.

## Bedömningsöversikt

Kvalitetskrav		
Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar		Skydds- och begränsningsåtgärder
Kompetens - omvårdnadspersonal		Mat, måltid och nutrition
Samverkan		Anhörigstöd
Risکانalyser		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 basuppdrag. Uppföljningen har även innefattat inhämtade data från berörda myndigheter samt en granskning i verksamhetssystem gällande dokumentation och avvikelshantering. Som en del i uppföljningen har också ett platsbesök genomförts. Platsbesöket innefattade observation av vissa av verksamhetens utrymmen samt samtal med personal.

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 **15 januari 2024** ska ni skicka in åtgärdsplanen till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se)

Bedömningen är att Backagården brister inom följande kvalitetskrav:

- **Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**
- **Kompetens – omvårdnadspersonal**
- **Ledningssystem för kvalitet**
  - Samverkan
  - Riskanalyser
- **Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet**
- **Dokumentation**
- **Dokumentation i IT-system**
- **Mat, måltid och nutrition**
- **Hälso- och sjukvård**

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

- **En ny kompetensinventering**
- **En rutin för samverkan**
- **En rutin för riskanalyser**
- **En rutin för egenkontroll av den löpande dokumentationen som förs i verkställighetsjournal**
- **En rutin som beskriver hur ni säkerställer att personalen ges handledning och stöd för att säkerställa följsamhet till punkt 2.8.4 dokumentation**

- Registeruttag från Senior alert gällande riskbedömningar för området blåsdysfunktion.
- En rutin för utredning, förbyggande och behandling av patients näringstillstånd
- En rutin för hälso- och sjukvård

Handlingarna ska vara inskickade till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se) senast **den 31 mars 2024**.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 31 mars 2024. Detta innebär att vi kommer:

- Ta del av kompetensinventering
- Granska rutiner
- Granska hantering av klagomål och synpunkter i Treserva
- Ta del av registeruttag från Senior alert

Vi kommer i början av mars 2024 skicka mall för kompetensinventering som ni ska fylla i. Ni kommer även få göra ett registerutdrag från Senior alert för område blåsdysfunktion.

## Bedömning

### Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

### 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"> <li>• Verksamhetens följsamhet till riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i></li> <li>• Verksamhetens följsamhet till <i>punkt 2.8.4 dokumentation</i></li> <li>• Verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i <i>Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter</i></li> <li>• Hälso- och sjukvårdsdokumentation. Egenkontrollen ska överensstämma med Örebro kommuns egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation</li> </ul>	<p>Inskickad sammanställning av egenkontroller genomförda under de senaste 12 månaderna.</p>

### Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då det framgår i inskickad sammanställning att egenkontroller är genomförda inom samtliga områden. Verksamheten har identifierat brister, åtgärder är vidtagna, handlingsplan kopplad till bristerna finns och åtgärderna har följts upp eller uppföljning är planerad.

### 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"> <li>• Samtycke till begränsningsåtgärden</li> <li>• Syftet/målet med begränsningsåtgärden</li> <li>• Riskbedömning av begränsningsåtgärden</li> <li>• Uppföljning av åtgärden, senaste 6 månaderna</li> </ul>	<p>Sammanställning av verksamhetens skyddsåtgärder</p>

### Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då sammanställningen av skydds- och begränsningsåtgärder visar att samtliga delar finns dokumenterade.

### Aktiv och meningsfull tillvaro

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinje för dokumentationsskyldighet enligt SoL och uppfylla följande krav inom området:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Den enskilde får stöd i att behålla och utveckla intressen, sociala relationer och kontakter som är viktiga för personen</li> <li>• Aktivitets- och funktionsbedömningar ska göras av arbetsterapeut för samtliga boende och användas som en grund för planering av individuella och gemensamma aktiviteter</li> <li>• I genomförandeplanen ska individens synpunkter, önskemål och delaktighet av stödet framgå</li> <li>• Utifrån den enskildes förmåga och önskemål ska utföraren verka för att den enskilde upplever en meningsfull tillvaro</li> </ul>	<p>Egenkontroll av dokumentation i 10 genomförandeplaner gällande intressen och önskemål</p> <p>Egenkontroll av 10 dokumenterade aktivitets- och funktionsbedömningar</p> <p>Individuppföljning som genomfördes september-oktober 2023. Individbeslut för 27 boende följdes upp</p>

### Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då det av verksamhetens egenkontroll framgår att den boendes önskemål och intressen finns dokumenterade i genomförandeplaner. Av egenkontrollen framgår även att aktivitets- och funktionsbedömningar finns dokumenterade. Resultatet av individuppföljningen överensstämmer med vad som framgår i verksamhetens egenkontroller.

### Anhörigstöd

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

### Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då rutin för anhörigstöd innehåller kravställda delar, tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgår.

### Hygien och smittskydd

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<b>Utföraren ska uppfylla följande krav:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tillhandahålla skyddsutrustning till personalen.</li> <li>• Tillhandahålla arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i>.</li> <li>• Ha tillgång till hygienombud i verksamheten</li> </ul>	Observation vid platsbesök den 29 november 2023  Kompetensinventering

### Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då observation vid platsbesök visar att Backagården tillhandahåller skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen. Arbetskläder förvaras i omklädningsrum på arbetsplatsen och tvättas via cirkulationstvätt. Kompetensinventeringen visar att verksamheten har fem hygienombud.

## Palliativ vård

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

### Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då kompetensinventeringen visar att det finns sju palliativa ombud samt två palliativa ombudssamordnare.

### Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren brister i nedanstående kvalitetskrav.

### Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utförarens personal ska genomgå de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.	Kompetensinventering

### Bedömning

Enligt kompetensinventeringen framgår att personal genomgått obligatoriska utbildningar, dock inte i tillräcklig omfattning gällande följande utbildningar:

Basal hygien (18% genomförda)

Mat, måltid och nutrition (71%)

Palliativ utbildning (65%)

Vardagsrehabilitering (59%)

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten brister då samtlig personal inte genomfört obligatoriska utbildningar i tillräcklig omfattning. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni kommer arbeta framåt för att personal ska genomföra obligatoriska utbildningar. Inför resultatuppföljning kommer vi begära in en ny kompetensinventering.

### Kompetens - omvårdnadspersonal

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

### Bedömning

Enligt kompetensinventeringen framgår att 78% av omvårdnadspersonalen genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten brister då omvårdnadspersonal inte genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande i tillräcklig omfattning. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni kommer arbeta framåt med rekrytering och kompetensutveckling samt hur ni ska arbeta för att behålla befintlig personal. Inför resultatuppföljning kommer vi begära in en ny kompetensinventering.

### 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"> <li>• Hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom egna verksamheten mellan olika professioner och funktioner</li> <li>• Vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används inom den egna verksamheten.</li> <li>• Hur samverkan och informationsöverföring sker mellan legitimerade personal och omvårdnadspersonal ska finnas särskilt beskrivet. Med legitimerad personal menas utförarens arbetsterapeut och sjuksköterska samt regionens sjukgymnast/fysioterapeut, läkare och tandhygienist.</li> </ul>	<p>Lokal rutin samverkan intern och extern</p>

### Bedömning

Rutinen ni skickat in beskriver muntlig rapportering mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterska. Hur arbetsterapeut samverkar med omvårdnadspersonal saknas. Att verksamheten har olika forum för samverkan framgår, såsom överrapportering, teamträffar, avvikelseträffar och omvårdnadskonferenser. Det framgår vilka yrkeskategorier som deltar och vem/vilka som är ansvarig för respektive träff, dock framgår inte vad som avhandlas under respektive möte. Rutinen saknar också beskrivning av de verksamhetssystem som används för intern samverkan. Tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgår gällande extern samverkan.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten brister då rutinen inte innehåller kravställda delar. Inför resultatuppföljning ska ni inkomma med en uppdaterad rutin som beskriver ovanstående.



## 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"> <li>Hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet</li> </ul>	<p>Lokal rutin för riskbedömning och konsekvensbeskrivning</p> <p>Riskanalys 11-timmars dygnsvila</p>

### Bedömning

Handlingen ni skickat in innehåller information om varför verksamheten ska genomföra riskanalyser och att en riskanalys gällande 11-timmars dygnsvila är genomförd.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten brister då ni saknar en rutin som innehåller kravställda delar. Inför resultatuppföljning ska ni inkomma med en rutin som beskriver hur ni arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra er verksamhet, där tillvägagångssätt och arbetsfördelning framgår.

## 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"> <li>Hur utföraren genomför egenkontroll av verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter</li> <li>Hur samverkan sker vid avvikelshantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredning av en händelse</li> </ul>	<p>Granskning av rapporterade avvikelser i Treserva från de senaste 12 månaderna</p> <p>Granskning av rapporterade klagomål/synpunkter i Treserva från de senaste 36 månaderna</p> <p>Lokal rutin egenkontroller</p> <p>Information från IVO</p>
<p><b>Utföraren ska även:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Informera om och möjliggöra för den enskilde och anhöriga att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till uppdragsgivaren.</li> <li>Informera och utbilda personal om rapporteringsskyldigheten</li> </ul>	<p>Klagomål/synpunkter i W3D3 (kommunens ärendehanteringssystem)</p> <p>Socialstyrelsens kundundersökning har inte varit en del i underlaget, på grund av för få svarande.</p>

### Bedömning

Vår granskning av verksamhetens 187 avvikelser visar att de är utredda, bedömda, åtgärdade och uppföljda i tillräcklig omfattning.

Verksamhetens 21 klagomål och synpunkter är utredda i tillräcklig omfattning, dock följs inte avvikelseprocessens alla steg då endast 30% är bedömda, 30% åtgärdade och 25% uppföljda. IVO har inte mottagit några klagomål eller synpunkter de senaste 36 månaderna och det finns inte heller några registrerade i W3D3. Rutinen saknar beskrivning av tillvägagångssätt och ansvarsfördelning i genomförandet av egenkontroll av följsamhet till avvikelseprocessen.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni följer processen enligt riktlinje gällande avvikelshantering, dock brister ni i hanteringen av klagomål och synpunkter. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni kommer arbeta framåt för att följa hela processen gällande hantering av klagomål och synpunkter. Inför resultatuppföljning ska ni inkomma med en uppdaterad rutin som beskriver hur verksamheten genomför egenkontroll av avvikelseprocessen enligt riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter. Tillvägagångssätt och ansvarsfördelning i genomförandet ska framgå. I samband med resultatuppföljningen kommer vi göra en ny granskning av klagomål och synpunkter i Treserva.

## Dokumentation

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p><b>Genomförandeplanen ska:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Upprättas omgående och vara färdigställd senast 2 månader efter mottaget uppdrag</li> <li>• Följas upp och upprättas tillsammans med den enskilde vid behov och minst var sjätte månad</li> <li>• Beskriva hur och när uppdraget ska utföras för att tillgodose den enskildes behov och mål</li> <li>• Innehålla information om individens delaktighet</li> <li>• Innehålla namngiven kontaktperson</li> </ul> <p><b>I dokumentationen som förs i verkställighetsjournalen ska:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det finnas dokumentation av händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid</li> <li>• Den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas i dokumentationen. Dvs. 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</li> <li>• Vara utformad med respekt för den enskildes integritet.</li> <li>• Social dokumentation om den enskilde som finns utanför verksamhetssystemet förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen</li> </ul>	<p>Granskning av 20 verkställighetsjournaler samt genomförandeplaner i Treserva</p> <p>Lokal rutin egenkontroller</p> <p>Rutin egenkontroll social dokumentation</p> <p>Individuppföljning som genomfördes september-oktober 2023. Individbeslut för 27 boende följdes upp</p> <p>Observation vid platsbesök den 29 november 2023</p>

#### 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

Genomförandeplaner innehåller kravställda delar i tillräcklig omfattning, dock saknas dokumentation av händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid i verkställighetsjournal. Den individuella vård- och omsorgsprocessen är svår att följa på grund av långa perioder utan dokumentation. Rutinen gällande egenkontroll social dokumentation är otydlig och behöver kompletteras med tillvägagångssätt. Rutin som beskriver hur verksamheten säkerställer att personalen ges handledning och stöd saknas. Vid platsbesök observeras att ingen dokumentation med personuppgifter ligger framme så obehöriga kan se den.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten brister gällande dokumentation i verkställighetsjournal samt rutiner. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni kommer arbeta framåt för att dokumentation ska innehålla händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid samt att vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas. Inför resultatuppföljning ska ni inkomma med en uppdaterad rutin gällande egenkontroll av social dokumentation som beskriver tillvägagångssätt. Ni ska även upprätta en rutin som beskriver hur ni säkerställer att personalen ges handledning och stöd för att säkerställa följsamhet till dokumentation.

#### Nationella register – Senior Alert

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Boendet ska ha en eller flera BPSD-administratörer</li> </ul>	<p>Registeruttag Senior Alert för de senaste 12 månaderna</p> <p>Kompetensinventering</p>

#### Bedömning

Registeruttag från Senior alert visar att det finns riskbedömningar inom trycksår, fall, undernäring och munhälsa. Vi har inte kunnat göra någon bedömning av området blåsdysfunktion då ni inte inkommit med registeruttag.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten brister då riskbedömningar gällande blåsdysfunktion saknas. Inför resultatuppföljning kommer vi begära in ett registeruttag gällande blåsdysfunktion.

## 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>När och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt för hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas</li> </ul> <p><b>Genomförandeplanen ska innehålla:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En planering för mat och måltider som är individuellt anpassad utifrån vad, var, hur och när den enskilde önskar äta</li> </ul>	<p>Lokal rutin för nutrition och näringstillstånd</p> <p>Dokumentationsgranskning i Treserva av 20 genomförandeplaner</p> <p>Individuppföljning som genomfördes september-oktober 2023. Individbeslut för 27 boende följdes upp</p> <p>Socialstyrelsens kundundersökning har inte varit en del i underlaget, på grund av för få svarande.</p>

### Bedömning

Rutin för när och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt för hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas innehåller kortfattad information, dock är den otydlig gällande tillvägagångssätt. Granskning av genomförandeplaner visar att önskemål gällande mat och måltider inte framgår i tillräcklig omfattning. Enligt individuppföljningen upplever de boende att de blir tillfrågade gällande önskemål kring mat och måltider.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten brister då rutinen inte innehåller kravställda delar samt att önskemål gällande mat och måltider inte framgår i tillräcklig omfattning i granskade genomförandeplaner. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni kommer arbeta framåt för att säkerställa att önskemål om mat och måltider framgår i genomförandeplaner. Inför resultatuppföljning ska ni inkomma med en uppdaterad rutin som beskriver när och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt för hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas.

## 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"> <li>• Hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts från legitimerad personal till omvårdnadspersonal</li> <li>• Hur omvårdnadspersonalen praktiskt tar emot och planerar för fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder</li> <li>• Rutinen ska även omfatta den hälso- och sjukvård som överläts av regionen</li> </ul>	<p>Lokal rutin överlåten hälso- och sjukvård</p> <p>Frågor vid Platsbesök den 29 november 2023</p>

### Bedömning

Rutinen ni skickat in saknar information om vem/vilka som överlåter åtgärder samt hur de följs upp och av vem. Hälso- och sjukvårdsåtgärder som överläts av Region Örebro län nämns inte heller i rutinen. Vid platsbesöket beskrev ni att sjuksköterskor och arbetsterapeuter skriver en vårdplan som fördelas till omvårdnadspersonal. I den framgår vad som ska göras och hur ofta. Omvårdnadspersonal kvitterar i Treserva, uppdaterar på en tavla för aktuella vårdplaner och informerar varandra. Åtgärden följs upp på rapporter och omvårdnadskonferens. Det ni berättade vid platsbesöket behöver ingå i rutinen som ni ska uppdatera inför resultatuppföljning.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten brister då rutinen inte innehåller kravställda delar. Inför resultatuppföljning kommer vi begära in en uppdaterad rutin gällande överlåten hälso- och sjukvård.

Karolina Fritzson  
 Avtalscontroller  
 Enheten för uppföljning  
 Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet  
 Örebro kommun