



## Tillsyn av medicinsk vård och behandling för särskilda boenden för äldre

Detta formulär är utformat för vårdgivarens/huvudmannens redovisning av åtgärder med anledning av det beslut med begäran om återredovisning som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fattat i tillsynen av kommunens särskilda boenden för äldre (SÄBO). Redovisningen kommer att utgöra underlag för IVO:s fortsatta bedömning i ärendet.

IVO önskar att ni fyller i formuläret elektroniskt via bifogad länk i aktuellt mejl. Om ni väljer att lämna uppgifter i detta Wordformulär kan ni skicka det med e-post till IVO via e-postadressen: [registrator@ivo.se](mailto:registrator@ivo.se) eller via ordinarie postgång till den IVO adress som framgår av beslutet. Vid kontakt med IVO ange IVO:s diarienummer som finns på beslutet.

Vid eventuella frågor om formuläret kontakta IVO via: [tillsyn.mitt@ivo.se](mailto:tillsyn.mitt@ivo.se)

### Hantering av personuppgifter

IVO behandlar personuppgifter såsom namn och funktion på den/de personer som är uppgiftslämnare. Uppgifterna används för att kommunicera med tillsynsobjektet och utreda ärendet. IVO behandlar även personuppgifter för att kunna fullfölja sitt ansvar att planera och genomföra tillsyn med utgångspunkt i egna riskanalyser samt för att utgöra underlag för årliga sammanställningar. Behandlingen är nödvändig som ett led i IVO:s myndighetsutövning och för att utföra en uppgift av viktigt allmänt intresse. Så här behandlar IVO personuppgifter.

**Vilken kommun redovisar**

Stockholms stad, Farsta

---

**IVOS diarienummer i beslutet**

3.5.1-46195/202

---

**Vårdgivarens/kommunens diarienummer**

FAR 2022/946.

---

**Uppge vilka brister som kommunen kommer att redovisa åtgärder för, utifrån IVO:s beslut i tillsynen**

- Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften
- Den personal som gör medicinska bedömningar behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning
- Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk
- ~~Det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård~~
- Läkemedelshandlingen sker inte på ett patientsäkert sätt
- Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

På följande sidor i formuläret redovisar ni åtgärder för de brister som ni kryssat för ovan. Övriga sidor som rör redovisning av ovanstående brister som ni inte kryssat för lämnas tomma. I slutet av formuläret finns frågor som IVO vill att ni fyller i som handlar om övriga eventuella brister samt signering av vem/vilka som har fyllt i formuläret.

## Brist: Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

\* Den personal som är närmast patienten har inte alltid den kunskap och kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras.

~~\* Det framkommer att sjuksköterskorna ofta eller ibland saknar förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på plats när det skulle behövas för att uppnå god vård.~~

\* Tillgången till läkare är ofta eller ibland otillräcklig.

### Hur stor andel av vård- och omsorgspersonalen på SÄBO i er kommun hade en undersköterskeutbildning under 2022?

- 0-25 procent
- 26-50 procent
- 51-75 procent
- 76-100 procent
- Kan ej ta fram detta underlag

### Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

**Åtgärd 1.1:** Ökad sjuksköterskebemanning, en extra sjuksköterska på Postiljonen och en extra sjuksköterska på Edö. Båda på 100%. Schemaändring för att öka fysisk närvaro av ordinarie sjuksköterskor på båda enheterna.

**Syfte:** Ökad kontinuitet, mer tid för patienten och ökad möjlighet till handledning av baspersonal

**Åtgärd 1.2:** Minskat andelen timanställda genom förändring av anställningsform, för att och därigenom öka kontinuiteten bland baspersonal.

**Syfte:** Ökad kontinuitet. Säkrare anställningar.

**Åtgärd 1.3:** Kompetensinventeringar och kompetensutvecklingsplaner, såväl individuella och generella.

**Syfte:** Ökad kompetens

**Åtgärd 1.4:** Använda kliniskt träningscentrum i Enskede-Årsta-Vantör. Hittills har utbildningar skett inom diabetes och kapillärprovtagning.

**Syfte:** Ökad kompetens

**Åtgärd 1.5:** Egenkontroll och analys av läkarkontakter, förvaltningsnivå.

**Syfte:** Kunskap om vad som är normalfrekvens inom förvaltningen

**Åtgärd 1.6:** 82% (152 personer) av baspersonalen på förvaltningens SÄBO är anställda som undersköterskor. Flera av dem har utbildats inom äldreomsorgslyftet.

**Syfte:** Ökad kompetens

**Åtgärd 1.7:** Analysverktyg för stärkt patientsäkerhet. Pilotprojekt genomfört maj-september 2022 på en enhet (Postiljonen). Nulägesanalys ska genomföras på övriga SÄBO, inklusive socialpsykiatri, med start i maj 2023. *Denna åtgärd omfattar samtliga områden i återredovisningen.*

**Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts**

**Åtgärd 1.1:** höst 2022

**Åtgärd 1.2:** initieras höst 2021

**Åtgärd 1.3:** årligen – pågående

**Åtgärd 1.4:** 2022 – pågående

**Åtgärd 1.5:** november 2022

**Åtgärd 1.6:** 2020 –pågående

**Åtgärd 1.7:** Pilotprojekt genomfört maj-september 2022. Nulägesanalys ska genomföras på övriga SÄBO, inklusive socialpsykiatri, med start i maj 2023.

**Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp**

**Åtgärd 1.1:** Verksamhetschefer följer upp i tertialrapporter, verksamhetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse.

**Åtgärd 1.2:** Uppföljning sker månatligen. Vid 2022 års slut hade Farstas kommunala enheter en andel timanställda om 8,8 procent. Andelen timanställda inom förvaltningens äldreomsorg, inklusive hemtjänst, är lägst i staden.

**Åtgärd 1.3:** Individuella utvecklingsplaner följs upp årligen vid medarbetarsamtal, samt vid behov. Förvaltningens kompetensförsörjningsplan avseende avdelningen för äldreomsorg följs årligen av avdelningschef i verksamhetsberättelse samt vid avdelningens ledningsgruppsmöten.

**Åtgärd 1.4:** Verksamhetschef följer upp. Olika uppföljning beroende på vilken utbildning personalgruppen erhållit.

**Åtgärd 1.5:** Resultatet av egenkontrollen, i kombination med att sjuksköterskor och verksamhetschefer upplevde att läkarorganisationen enbart varit svår att nå vid ett fåtal tillfällen på jourtid medförde att ingen uppföljning planerats in. Ny egenkontroll november 2023.

**Åtgärd 1.6:** Närmaste chef följer upp resultatet av utbildningarna. Följs vid medarbetarsamtal, vissa tertialrapporter och verksamhetsberättelse.

**Åtgärd 1.7:** I tertialrapporter, verksamhetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse. Åtgärder läggs till verksamhetsplan.

**Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist**

**Åtgärd 1.8:** Särskilt fokus på avvikelser i vårdkedjan internt, vid årets kvartalsuppföljningar av avvikelser mellan MAS och verksamhetschef.

**Syfte:** Säker medicinsk bedömning

**Se åtgärd 1.7:** Analysverktyg.

**Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras**

**Åtgärd 1.8:** Maj och oktober 2023.

**Se åtgärd 1.7:** Analysverktyg

**Redovisa hur och när effekter av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp**

**Åtgärd 1.8:** följs upp av MAS och verksamhetschef i samband med nästkommande kvartalsuppföljning, dvs i oktober 2023 och i januari 2024.

**Se åtgärd 1.7:** Analysverktyg

## Brist: Den personal som gör medicinska bedömningar behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

\* IVO konstaterar att en del av kompetensbristen handlar om att personalen har otillräckliga kunskaper i svenska språket.

### Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Förvaltningens legitimerade personal har tillräckliga språkkunskaper. För baspersonal inom förvaltningen har ett antal åtgärder vidtagits.

**Åtgärd 2.1:** Språksatsning: Arbetsplatsförlagd undervisning med SFI-lärare. 23 medarbetare i baspersonalen deltog.

**Syfte:** Säkrare informationsöverföring

**Åtgärd 2.2:** Språksatsning: språkombudsutbildning. Varje enhet har språkombud på arbetsplatsen. På avdelningens SÄBO finns totalt ca 15 ombud.

**Syfte:** Säkrare informationsöverföring. Kunskap inom organisationen.

**Åtgärd 2.3:** Varje enhet har tagit fram en handlingsplan, i samarbete mellan språkombud och närmaste chef.

**Syfte:** Att stärka språket på arbetsplatsen.

**Åtgärd 2.4:** Uppstart av nätverk för förvaltningens språkombud

**Syfte:** Att stärka ombuden i deras roll att stötta medarbetare på arbetsplatsen.

### Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

**Åtgärd 2.1:** vår 2022

**Åtgärd 2.2:** höst 2022 – pågående

**Åtgärd 2.3:** höst 2022 – pågående

**Åtgärd 2.4:** höst 2022 - pågående

### Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

**Åtgärd 2.1:** Närmaste chef följer upp resultatet av utbildningarna. Följs vid medarbetarsamtal, vissa tertiärrapporter och verksamhetsberättelse. Projektet följs även upp via utbildningsförvaltningen samt arbetsmarknadsförvaltningen.

**Åtgärd 2.2:** Närmaste chef följer upp resultatet av utbildningarna. Följs vid medarbetarsamtal, vissa tertiärrapporter och verksamhetsberättelse. Språkombuden håller i delar av APT.

**Åtgärd 2.3:** Enhetschef följer upp resultatet av handlingsplanen. Följs vid vissa tertiärrapporter och verksamhetsberättelse. Språkombuden håller i delar av APT.

**Åtgärd 2.4:** Chefer följer upp nätverkets arbete tillsammans med språkombuden, samt i avdelningens ledningsgrupp.

**Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist**

**Åtgärd 2.5:** Uppstart av nätverk för förvaltningens dokumentationsombud inom SoL  
**Syfte:** Att stärka ombuden i deras roll att stötta medarbetare på arbetsplatsen.

**Åtgärd 2.6:** Pilotprojekt tillsammans med bland annat Arbetsmarknadsförvaltningen, med medel från Europeiska socialfonden (ESF). Via projektet ska långsiktiga och flexibla former för arbetsplatsnära, kompetenshöjande insatser som integrerar språk och yrke skapas.  
**Syfte:** Ökad kompetens. Säker informationsöverföring.

**Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras**

**Åtgärd 2.5:** juni 2023

**Åtgärd 2.6:** Ansökan inlämnad i mars 2023. Om projektet godkänns startar det 1/9 2023.

**Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp**



**Åtgärd 2.5:** Enheternas egenkontroller av social dokumentation. Övergripande uppföljning av social dokumentation i avdelningens ledningsgrupp.

**Åtgärd 2.6:** Åtgärden följs upp inom ESF-projektets ram, under ledning av arbetsmarknadsförvaltningen.

## Brist: Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

\* IVO:s granskning visar att dokumentationen på SÄBO i kommunen inte sker enligt gällande regelverk.

~~\* IVO konstaterar att det för några, flera eller flertalet patienter på SÄBO helt saknas vårdplaner.~~

### Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

**Åtgärd 3.1 (1.1):** Ökad sjuksköterskebemanning, en extra sjuksköterska på Postiljonen och en extra sjuksköterska på Edö. Båda på 100%. Schemaändring för att öka fysisk närvaro av ordinarie sjuksköterskor på båda enheterna.

**Syfte:** Ökad kontinuitet, mer tid för patienten och ökad möjlighet till handledning av baspersonal

**Åtgärd 3.2:** MAS kontrollerar och analyserar frekvensen av hälsoplaner under perioden januari-november 2022.

**Syfte:** Kontrollera att dokumentationen sker i enlighet med lagstiftning och styrdokument.

**Åtgärd 3.3:** Genomgång och eventuell uppdatering av lokala rutiner för intern samverkan, med fokus på informationsöverföring mellan professioner

**Syfte:** Säkrare vårdprocess

**Åtgärd 3.4:** Digital signering av läkemedelshantering och vissa hälso- och sjukvårdsåtgärder.

**Syfte:** Säkrare vårdprocess, säkrare läkemedelshantering, att ordinerade åtgärder blir tydligare för baspersonal.

**Åtgärd 3.5:** Säkerställt tillgång till NPÖ till all legitimerad personal med sithskort som är anställd inom egen regi.

**Syfte:** Säkerställa tillgång till medicinsk information

### Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

**Åtgärd 3.1:** 2022

**Åtgärd 3.2:** november 2022

**Åtgärd 3.3:** vår 2023

**Åtgärd 3.4:** v 11-18 2023

**Åtgärd 3.5:** höst 2021

**Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp**

**Åtgärd 3.1 (1.1):** Verksamhetschefer följer upp i tertialrapporter, verksamhetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse.

**Åtgärd 3.2:** Frekvens av hälsoplaner kommer att följas upp i nästkommande egenkontroll, november 2023. Varje enhet genomför egenkontroller inom hälso- och sjukvårdsdokumentation årligen. Frekvens och innehåll i planer vid palliativ vård följs upp i årets internkontroll. Samtliga SÄBO följs upp vartannat år via en gemensam mall framtagen av Äldreförvaltningen. Uppföljningen kommer att ske 2023.

**Åtgärd 3.3:** Rutinerna följs upp av verksamhetschefer, avdelningens controllers och MAS, juni 2023.

**Åtgärd 3.4:** Följs upp inom ramen av projektet, i styrgrupp för hälso- och sjukvård, ledningsgruppsmöten. Planerade uppföljningar av antal avvikelser, samt personalens upplevelse av hur systemet fungerar. Planerat till höst 2023 samt 2024.

**Åtgärd 3.5:** MAS och verksamhetschefer följer löpande i loggkontroller att NPÖ används av medarbetare.

**Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist**

**3.6 Åtgärd:** Arbeta för att samtliga anställda med legitimation på avdelningen har tillgång till Nationell patientöversikt. Undersöka möjligheten att tilldela sithskort för timanställda.

**Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras**

**3.6 Åtgärd: 2023**

Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

**Åtgärd 3.6:** Uppföljning med enheternas chefer att/om även timanställda med legitimation har tillgång till Nationell patientöversikt. 2023.

## Brist: Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

*\* IVO:s tillsyn visar att läkemedelshanteringen i kommunen inte sker på ett patientsäkert sätt.*

*Delegering:*

*\* IVO anser att det saknas tillräckliga förutsättningar för den vård- och omsorgspersonal som har delegerats arbetsuppgiften att ge läkemedel att utföra denna uppgift på ett patientsäkert sätt.*

*Läkemedelsgenomgång:*

*\* IVO konstaterar att det saknas dokumenterade läkemedelsgenomgångar i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.*

**Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist**

**Åtgärd 4.1:** Kontroll av att läkemedelsgenomgångar genomförs i tid, enhetsnivå. Begärt statistik från läkarorganisationerna.

**Syfte:** säker läkemedelshantering

**Åtgärd 4.2 (3.4):** Digital signering av läkemedelshantering inom samtliga enheter som bedriver hälso- och sjukvård i egen regi, inklusive socialpsykiatri. Även signering av vissa hälso- och sjukvårdsåtgärder ingår i införandet. På sikt planeras rehabiliterande åtgärder och nutritionsåtgärder att signeras digitalt.

**Syfte:** Säkrare läkemedelshantering, säkrare vårdprocess, att ordinerade åtgärder blir tydligare för baspersonal.

**Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts**

**Åtgärd 4.1:** december 2022

**Åtgärd 4.2:** v 11-18 2023

**Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp**

**Åtgärd 4.1:** vid samverkansmöten mellan respektive läkarorganisation och enhet.

**Åtgärd 4.2 (3.4):** Följs upp inom ramen av projektet, i styrgrupp för hälso- och sjukvård, ledningsgruppsmöten. Planerade uppföljningar av antal avvikelser, samt personalens upplevelse av hur systemet fungerar. Planerat till höst 2023 samt 2024.

**Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist**

**Åtgärd 4.3:** Diskussion i stadens nätverk för journalsystemet Vodoks processledare om eventuell uppdatering av manualer. Information till avdelningens sjuksköterskor om hur läkemedelsgenomgångar kan dokumenteras.

**Syfte:** att i det kommunala journalsystemet självständigt kunna följa upp att läkemedelsgenomgångarna sker i enlighet med läkarorganisationernas avtal med hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Att ha en gemensam plats för dokumentation av läkemedelsgenomgångar.

**Åtgärd 4.4:** Kontroll av att läkemedelsgenomgångar fortsätter genomföras i tid, enhetsnivå.

Begära årlig statistik från läkarorganisationerna.

**Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras**

**Åtgärd 4.3:** maj, 2023

**Åtgärd 4.4:** december 2023

Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

**Åtgärd 4.3:** dokumentationsgranskning MAS, november 2023

**Åtgärd 4.4:** Beror på resultatet. Hittills har förvaltningens läkarorganisationer genomfört nära 100% av läkemedelsgenomgångarna i tid.

## Brist: Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

*\* Patienten ska få inflytande över hur den sista tiden i livet ska bli. Resultatet från brytpunktsamtalet behöver vara känt av den personal som vårdar patienten i livets slutskede.*

*\* Patienter i livets slutskede ska inte behöva avlida i ensamhet.*

### Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

**Åtgärd 5.1:** Dialog i MAS-nätverket med läkarorganisationerna om förekomsten av att brytpunktssamtal inte alltid utförs av läkare.

Syfte: Trygg vårdprocess i livets slut. Tydlig ansvarsfördelning.

**Åtgärd 5.2:** Uppföljning med en läkarorganisation avseende brytpunktssamtal som överlätits till sjuksköterskor

Syfte: Trygg vårdprocess i livets slut. Tydlig ansvarsfördelning.

**Åtgärd 5.3:** Årets internkontroll omfattar att enheten har ändamålsenliga rutiner för den palliativa vårdprocessen, har upprättat palliativa hälsoplaner och registrerat i Palliativa registret i enlighet med styrdokument.

Syfte: Trygg vårdprocess i livets slut

**Åtgärd 5.4:** Efterlevandesamtal

Syfte: Trygg vårdprocess i livets slut

**Åtgärd 5.5:** Fokusår palliativt förhållningsätt och vård. 2023 fokuserar avdelningen på att ytterligare utveckla den palliativa vårdprocessen. 20 palliativa ombud på SÄBO ska utbildas och legitimerad personal ska gå teamutbildning på PKC.

### Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

**Åtgärd 5.1:** Höst 2022

**Åtgärd 5.2:** Vid samverkansmöte mars 2023.

**Åtgärd 5.3:** Interkontrollen beslutades i mars 2023, genomförs hösten 2023.

**Åtgärd 5.4:** Efterlevandesamtal genomförs på alla enheter sedan länge.

**Åtgärd 5.5:** beslut om fokusår fattades av styrgrupp för hälso- och sjukvård i samband med verksamhetsplanering 2022. Samtliga utförarenheter på avdelningen har samma fokus, dvs även hemtjänst. Planerade utbildningar genomförs under året: i maj, september samt löpande.



**Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp**

**Åtgärd 5.1 och 5.2:** Vid samverkansmöte med läkarorganisationen i mars 2023 fanns inte längre några klagomål från stadsdelens sjuksköterskor på detta. Följs löpande vid avstämningar mellan MAS och verksamhetschefer. I IVO:s intervju med sjuksköterskorna uppgavs att tillgången till läkare är tillräcklig och att den totala läkartiden är tillräcklig för att tillgodose alla patienters behov.

**Åtgärd 5.3:** Vid internkontroll höst 2023.

**Åtgärd 5.4:** Vid internkontroll 2023

**Åtgärd 5.5:** Genomgångna utbildningar följs upp av verksamhetschefer och enhetschefer i tertiärrapporterna.

**Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist**

**Se åtgärd 5.3 samt 5.5:** Internkontroll samt fokusår palliativt förhållningssätt och vård.

**Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras**

**Se åtgärd 5.3 samt 5.5:** Internkontroll samt fokusår palliativt förhållningssätt och vård.

**Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp**

**Se åtgärd 5.3 samt 5.5:** Internkontroll samt fokusår palliativt förhållningssätt och vård.

## **Brist: Det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård**

*Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:*

*\* IVO konstaterar att det finns brister i personalkontinuiteten bland exempelvis vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor och/eller läkare.*

**Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist**

IVO har i den här granskningen inte funnit något som tyder på brister i personalkontinuitet bland vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor och läkare.

**Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts**

**Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp**

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

## Övriga identifierade brister

Har kommunen identifierat andra brister inom de områden som ingått i tillsynen som ni vill redovisa?

Ja

Nej (om nej hoppa till sista sidan för signering)

Redovisa vilka brister ni identifierat

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

## Kontrollera att alla uppgifter är ifyllda

Kontrollera att alla redovisade uppgifter är korrekta och att inget saknas. Skicka sedan svaren till [registrator@ivo.se](mailto:registrator@ivo.se) eller via ordinarie postgång till den IVO adress som framgår av beslutet. Vid kontakt med IVO ange IVO:s diarienummer som anges på beslutet.

***Glöm inte att fylla i namn och funktion på uppgiftslämnaren nedan.***

### Namn och funktion på uppgiftslämnare

Jonas Wilhelmsson, avdelningschef  
Linda Rehnberg, MAS  
Maria Premfors, verksamhetscontroller HSL  
Linn Ljunglöf, verksamhetscontroller SOL

### Datum för inrapportering

--