



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 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

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	Hägersten-Älvsjö
IVO:s diarienummer i beslutet	3.5.1-47244/2022-8
Vårdgivarens/kommunens diarienummer	HÅ 2022/787

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

Kompetenssatsning genom äldreomsorgslyftet för verksamheternas omvårdnadspersonal, i syfte att erbjuda omvårdnadspersonal möjlighet att utbilda sig till vårdbiträde, undersköterska samt vidareutbildning till specialistundersköterska inom demens eller geriatrik.

Under hösten 2022 utbildades sjuksköterskor och chefer i beslutstödet ViSam och kommunikationsmodellen Sbar. Syftet med beslutstödet är att ge ett strukturerat stöd vid bedömning av försämrat hälsotillstånd samt stöd i att säkra informationsöverföringen mellan vårdgivare.

Samverkansmöten i verksamheterna under hösten 2022 där tillgängligheten av läkare lyftes. Som ett resultat skedde en anpassning av rond dagar i en verksamhet och tillgängligheten till ordinarie läkare utökades i en verksamhet.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Äldreomsorgslyftet har pågått sedan 2020 och fortsätter under 2023.

Under hösten 2022 utbildades sjuksköterskor och chefer i beslutstödet ViSam och kommunikationsmodellen Sbar.

Ronddag ändrades i januari 2023.

I april 2023 utökades tillgängligheten till ordinarie läkare i en verksamhet från tre till fyra dagar i veckan.

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

Äldreomsorgslyftets följs upp tertialvis, genom att de medarbetare som utbildar sig får godkänd på sin utbildning. Vid medarbetarsamtal lyfts individuell kompetensutveckling och verksamhetens utvecklingsbehov sammanställs i kompetensutvecklingsplanen årligen.

Uppföljning för att mäta kännedom och användning av beslutstödet ViSam har i ett första steg genomförts genom en enkät till samtliga sjuksköterskor i februari 2023 och en enkät till läkarna går ut i maj. Nästa steg är att genomföra en uppföljning av användandet av beslutsstödet under hösten 2023 genom en enkät till sjuksköterskor. Sista steget är att genomföra enkätuppföljning till sjuksköterskor samt läkare i januari 2024.

I verksamhetens samverkansmöten med ansvarig läkarorganisation, MAS och verksamhetschef under hösten 2023.

Kontinuerlig uppföljning/avstämning av verksamhetschef tillsammans med legitimerad personal och patientansvarig läkare 2 gånger per år och vid behov.

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

Utöka med en verksamhetsutvecklare med inriktning på hälso- och sjukvård under ett år i syfte att stötta verksamheternas arbete.

Utbildning för omvårdnadspersonal i rapporteringsstöd enligt kommunikationsmodellen Sbar i syfte att skapa förutsättningar för en effektiv kommunikationsöverföring och stärka patientsäkerheten.

Ansökt om deltagande i ett ESF-projekt för att kompetensutveckla omsorgspersonal.

Ett uppsamlingstillfälle/utbildning i beslutstödet ViSam och Sbar sker i september 2023. Simuleringsövningar med stöd av ViSam inklusive Sbar på Kliniskt träningscentrum september-oktober 2023.

MAS påbörjar maj 2023 ett arbete med att fram en stadsgemensam guide för hur beslutsunderlaget enligt ViSam ska dokumenteras i verksamhetssystemet Vodok.

Införande av digital ärende/rondlista hösten 2023. Syftet är att patientansvarig läkare ska ha möjlighet att förbereda och utföra viss administration innan rondtillfället för att frigöra mer tid till hembesök och kontakter med anhöriga.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Projektanställa en verksamhetsutvecklare med inriktning på hälso- och sjukvård med start i september 2023.

Utbildning för omvårdnadspersonal i rapporteringsstöd enligt kommunikationsmodellen Sbar genomförs under hösten 2023.

ESF-projekt för att kompetensutveckla omsorgspersonal startar i september 2023 och kommer pågå under tre år framåt.

Ett uppsamlingstillfälle/utbildning i beslutstödet ViSam och Sbar sker i september 2023.

Simuleringsövningar med stöd av ViSam inklusive Sbar på Kliniskt träningscentrum september-oktober 2023.

MAS påbörjar maj 2023 ett arbete med att fram en stadsgemensam guide för hur beslutsunderlaget enligt ViSam ska dokumenteras i verksamhetssystemet Vodok.

Införande av digital ärende/rondlista hösten 2023. Syftet är att patientansvarig läkare ska ha möjlighet att förbereda och utföra viss administration innan rondtillfället för att frigöra mer tid till hembesök och kontakter med anhöriga.

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

Utbildning för omvårdnadspersonal i rapporteringsstöd enligt kommunikationsmodellen Sbar. Effekten av utbildningen följs under våren 2024 genom att följa upp hur omvårdnadspersonal upplever rapporteringsstödet samt en mätning av hur rapporteringsstödet används.

ESF projektet följs upp kontinuerligt inom ramen för projektets uppföljning. Projektledning är extern via ESF.

Ett uppsamlingstillfälle/utbildning i beslutstödet ViSam och Sbar sker i september 2023. Nästa steg är att genomföra en uppföljning av användandet av beslutstödet under hösten 2023. I uppföljningen kommer vi att mäta att och hur beslutstödet används.

Simuleringsövningar med stöd av ViSam inklusive Sbar på Kliniskt träningscentrum september-oktober 2023. I uppföljningen under november 2023 kommer vi mäta att och hur beslutstödet används och om det ger förväntad effekt. Vi kommer samtidigt genom en enkätundersökning följa upp att beslutstödet används samt är ett stöd för sjuksköterskor.

Uppföljning av effekt av införande av digital ärende/rondlista sker av verksamhetschef tillsammans med legitimerad personal och patientansvarig läkare januari 2024.

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

Kompetensutvecklingsåtgärder för utbildning och stöd i svenska språket inom äldreomsorg i syfte att höja kompetensnivån.

Språkombud utbildning i syfte att som ombud ute i verksamheterna, tillsammans med chefen, utveckla och stödja språkutvecklingen för personal på arbetsplatsen.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Ölika språkutbildningar har genomförts sedan 2020 och kommer att fortsätta under 2023, störst effekt har verksamhetsförlagda utbildningar visat. Verksamheterna har SFI lärare som kommer ut till verksamheterna och undervisar mindre grupper på arbetsplatsen.

Språkombudsutbildning har pågått sedan 2020 och fortsätter under 2023.

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

Kompetensutvecklingsåtgärder följs upp tertiälvist, genom att de medarbetare som utbildar sig får godkänd på sin utbildning. Vid medarbetarsamtal lyfts individuell kompetensutveckling och verksamhetens utvecklingsbehov sammanställs i kompetensutvecklingsplanen årligen.

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

Kompetensutvecklingsåtgärden inom ramen för ESF projekt inrymmer även satsning på språkutbildning.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

ESF projektet startar hösten 2023 och pågår tre år framåt.

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

Uppföljning sker kontinuerligt inom ramen för projektet.

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

Stadsdelen har en verksamhetscontroller och processledare i hälso- och sjukvårdsdokumentation som stöd för verksamhetens dokumentationshandledare och användare.

Stöd och handledning genomförs månatligen i samtliga verksamheter. Utifrån resultat av genomförda egenkontroller enligt fastställt årshjul upprättas handlingsplaner.

Årshjul för egenkontroller av dokumentation gemensamma för stadsdelens verksamheter med ansvar för hälso- och sjukvård.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Hösten 2021 togs ett årshjul fram för egenkontroller av dokumentation som är gemensamma för stadsdelens verksamheter med ansvar för hälso- och sjukvård.

Stöd och handledning genomförs månatligen i samtliga verksamheter. Utifrån resultat av genomförda egenkontroller enligt fastställt årshjul upprättas handlingsplaner.

- Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation enligt framtagen mall v.10 samt v. 36. 2022
- Egenkontroll av dokumentation av processen kring fallprevention v. 4 2023
- Egenkontroll av dokumentation av vård i livets slutskede v.7-8 2023

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

Egenkontroll utifrån olika vårdprocesser genomförs fortlöpande enligt årshjul. Verksamhetschef utser ansvarig för genomförandet.

- Dokumentation av fallprevention v. 4
- Dokumentation av vård i livets slutskede v.7-8
- Dokumentation av Nutritionsvårdsprocessen och munhälsa v. 17-18
- Egenkontroll av riktlinje för upprättande av journal vid inflytt v.36
- Dokumentation av genomförda läkemedelsgenomgångar v.39
- Dokumentation av trycksårsprevention v. 43
- Dokumentation av kontinensvården v.46

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

Verksamhetscontroller ger stöd och handledning som genomförs månatligen i samtliga verksamheter. Utifrån resultat och analys av genomförda egenkontroller enligt fastställt årshjul upprättas handlingsplaner.

Utöka med en verksamhetsutvecklare med inriktning på hälso- och sjukvård under ett år i syfte att stötta verksamheternas arbete.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Verksamhetscontroller ger stöd och handledning som genomförs månatligen i samtliga verksamheter. Utifrån resultat och analys av genomförda egenkontroller enligt fastställt årshjul upprättas handlingsplaner.

Verksamhetsutvecklare på projekt startar i september 2023.

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

Genom uppföljning av upprättade handlingsplaner utifrån identifierade brister och utvecklingsområde och fortsatta egenkontroller enligt fastställt årshjul.

Uppföljning av projektanställningen av verksamhetsutvecklare med inriktning på hälso- och sjukvård. Uppföljning sker månatligen att planerade aktiviteter genomförs.

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

Verksamhetens bedömning är kontinuiteten av läkare är god. Verksamheterna har under lång tid haft samma patientansvariga läkare som varit knutna till verksamheten.

Bedömningen är att kontinuiteten av sjuksköterskor och omvårdnadspersonal är god i verksamheterna.

Schemaförändring för omvårdnadspersonal i syfte att minska timanställda och öka kontinuiteten i verksamheterna.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

De nya schemana infördes under april 2023.

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

Utvärdering av effekterna av schemaändringarna sker under september och december genom att mäta andel timanställning.

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

Översyn av behov av resursgrupp

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Översynen genomförs under hösten 2023 i samband med uppföljningen av schemaförändringen.

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

Uppföljning sker i samband med uppföljningen av schemaförändringens effekt.

Resursgrupp införs om översynen visar på att behov finns av att ha fler tillsvidareanställd personal som täcker upp vid frånvaro.

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

MAS har vid HSL möten med legitimerad personal och verksamhetschefer under hösten 2022 haft genomgång av gällande riktlinje för delegering och stöttat verksamheterna i framtagande av lokalt anpassade rutiner, för att säkerställa att dokumenterad uppföljning av givna delegeringar sker i enlighet med gällande riktlinje.

September 2022 förändrades och flyttades frastexten för läkemedelsgenomgång i verksamhetssystemet för hälso- och sjukvårdsdokumentation. Syftet var att göra det mer tydligt och lättare för sjuksköterskorna att dokumentera genomförd läkemedelsgenomgång.

I april 2023 har samtliga sjuksköterskor åter informerats om genomförd förändring och flytt av frastext för läkemedelsgenomgång.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

MAS har vid HSL möten med legitimerad personal och verksamhetschefer under hösten 2022 haft genomgång av gällande riktlinje för delegering och stöttat verksamheterna i framtagande av lokalt anpassade rutiner. Syftet är att säkerställa att dokumenterad uppföljning av givna delegeringar sker i enlighet med gällande riktlinje.

September 2022 förändrades och flyttades frastexten för läkemedelsgenomgång i verksamhetssystemet för hälso- och sjukvårdsdokumentation. Syftet var att göra det mer tydligt och lättare för sjuksköterskorna att dokumentera genomförd läkemedelsgenomgång.

I april 2023 har samtliga sjuksköterskor åter informerats om genomförd förändring och flytt av frastext för läkemedelsgenomgång.

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

Uppföljning av att dokumenterad uppföljning av givna delegeringar sker i enlighet med gällande riktlinje sker av MAS i samband med extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen i samtliga verksamheter våren 2023.

Egenkontroll av dokumentation av genomförda läkemedelsgenomgångar kommer att genomföras v. 39. Verksamhetschef utser ansvarig för egenkontrollen.

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

Upprätta/revidera handlingsplan utifrån resultatet av extern granskning och egenkontrollerna.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Följs upp under vecka 40-41 2023 i enlighet med årshjul för egenkontroll av läkemedelshantering och delegering.

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

Effekterna följs upp under våren 2024 vid nästa planerade externa kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och delegering.

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

Verksamheterna har under hösten 2021 tillsammans med ansvarig läkarverksamhet reviderat de lokala samverkanöverenskommelserna för att förtydliga ansvarsfördelning och samverkan kring den palliativa vården i livets slutskede. I samband med detta reviderades också stadsdelens lokala regel för palliativ vård i livets slutskede. Överenskommelsen beskriver bland annat hur en brytpunktsbedömning och ett brytpunktssamtal ska gå till, en beskrivning av innehåll, vem som ska hålla brytpunktsamtalet med patient/anhörig, hur erbjudande om efterlevandsamtal ska gå till och hur detta ska dokumenteras i journalen.

Samtliga enheter har utbildade palliativa ombud som ansvarar för att informera och sprida kunskap, utveckla och uppdatera lokala rutiner för palliativ vård och dödsfall. De palliativa ombuden ansvarar för att driva reflektionsamtal i arbetsgruppen efter dödsfall.

Som stöd för dokumentation i patientens journal finns framtagna mallar och manualer utifrån nationellt vårdprogram för palliativ vård.

För uppföljning av implementering har egenkontroll av dokumentationen av den palliativa vårdprocessen genomförts enligt framtagna rutiner och fastställt årshjul v.7-8.

Utifrån resultat av egenkontroller har verksamheterna beslutat att arbeta vidare med flera åtgärder under 2023:

- Patientens egna önskemål gällande vård i livets slutskede. Genom användande av DöBra kortleken för samtal och reflektion om vad den äldre önskar och vill när livet närmar sig slutet.
- Förbättra och öka dokumentationen av tecken som kan tyda på att patienten närmar sig livets slutskede för att på detta sätt stödja läkaren i brytpunktsbedömningar.
- Stärka samverkan med närstående för att utveckla den palliativa vården genom att använda palliativregistrets närståendekät samt systematisera efterlevandesamtalen.

Verksamheten har utsett huvudansvariga för arbetet och samordnas av verksamhetscontroller inom avdelningen för äldreomsorg.

För att få en samsyn kring prioriterade områden har samverkansmöten med ansvarig läkarorganisation påbörjats på respektive enhet från och med mars 2023 med sista inplanerade möte i maj 2023.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Verksamheterna har under hösten 2021 tillsammans med ansvarig läkarverksamhet reviderat de lokala samverkanöverenskommelserna för att förtydliga ansvarsfördelning och samverkan kring den palliativa vården i livets slutskede. I samband med detta reviderades också stadsdelens lokala regel för palliativ vård i livets slutskede. Överenskommelsen beskriver bland annat hur en brytpunktsbedömning och ett brytpunktssamtal ska gå till, en beskrivning av innehåll, vem som ska hålla brytpunktssamtalet med patient/anhörig, hur erbjudande om efterlevandsamtal ska gå till och hur detta ska dokumenteras i journalen.

Vid beslut om palliativ vård i livets slutskede ska ansvarig läkare skriva ut blanketten med vårdinriktningsbeslutet till sjuksköterskan. Sjuksköterskan ansvarar för att teamet informeras om beslutet och att det förvaras enligt lokal rutin.

Samtliga enheter har utbildade palliativa ombud som ansvarar för att informera och sprida kunskap, utveckla och uppdatera lokala rutiner för palliativ vård och dödsfall. De palliativa ombuden ansvarar för att driva reflektionsamtal i arbetsgruppen efter dödsfall

Som stöd för dokumentation i patientens journal finns framtagna mallar och manualer utifrån nationellt vårdprogram för palliativ vård.

För uppföljning av implementering har egenkontroll av dokumentationen av den palliativa vårdprocessen genomförts enligt framtagna rutiner och fastställt årshjul v.7-8.

Utifrån resultat av egenkontroller har verksamheterna beslutat att arbeta vidare med flera åtgärder under 2023:

- Patientens egna önskemål gällande vård i livets slutskede. Genom användande av DöBra kortleken för samtal och reflektion om vad den äldre önskar och vill när livet närmar sig slutet.
- Förbättra och öka dokumentationen av tecken som kan tyda på att patienten närmar sig livets slutskede för att på detta sätt stödja läkaren i brytpunktsbedömningar.
- Stärka samverkan med närstående för att utveckla den palliativa vården genom att använda palliativregistrets närståendeenkät samt systematisera efterlevandesamtalen.

Verksamheten har utsett huvudansvariga för arbetet och samordnas av verksamhetscontroller inom avdelningen för äldreomsorg.

För att få en samsyn kring prioriterade områden har samverkansmöten med ansvarig läkarorganisation påbörjats på respektive enhet från och med mars 2023 med sista inplanerade möte i maj 2023.

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

I Samverkansmöten med ansvarig läkarorganisation hösten 2023.

Uppföljning av handlingsplan utifrån verksamheternas egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation hösten 2023.

Uppföljning av resultat från verksamheternas registreringar i Svenska palliativregistret 4 gånger per år.

Användande av DöBra samtalsstöd följs upp av verksamhetscontroller varje månad från och med februari 2023.

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

Läkaren ska delta vid reflektion/uppföljning/registrering i palliativregistret vid rondtillfälle efter dödsfall från och med hösten 2023.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Läkaren ska delta vid reflektion/uppföljning/registrering i palliativregistret vid rondtillfälle efter dödsfall från och med hösten 2023.

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

Läkaren ska delta vid reflektion/uppföljning/registrering i palliativregistret vid rondtillfälle efter dödsfall från och med hösten 2023. Uppföljning ska ske i verksamheternas samverkansmöten med ansvarig läkarorganisation våren 2024.

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 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

Eva Alama, avdelningschef

Datum för inrapportering