

Uppföljning av kvalitetsgranskning på vård- och omsorgsboende, Forellplan

Planering, analys och utvärdering
Kvalitetsteamet

Johanna Storing
Carin Thunman
Maria Thuman

November 2022
Dnr 22ON40

Innehåll

Sammanfattning	3
Bakgrund.....	6
Syfte.....	6
Metod	6
Resultat.....	8
Ledarskap och organisation	8
Kvalitetsarbete.....	9
Avvikelser och klagomål.....	11
Samarbete i teamet	14
Kontaktmannaskap	16
Hälso- och sjukvård.....	16
Dokumentation.....	22
Värdegrund	26
Kontinuitet.....	27
Personal och kompetens	27
Socialstyrelsens brukarenkät	29
Sammanfattande reflektion.....	30

Bilaga 1 Åtgärdsprotokoll för vård- och omsorgsboendet Forellplan

Sammanfattning

Uppföljning av de åtgärder som ingick i kvalitetsgranskningens handlingsplan har genomförts av verksamhetschef med tillhörande team i november 2022.

Resultatet av uppföljningen visar att Forellplan har arbetat med de åtgärder som beslutades vid kvalitetsgranskningen. Verksamheten hade då 8 röda områden och vid granskningen och det kvarstår 1 rött område vårdrelaterade infektioner, av 9 gula områden så kvarstår 5 områden varav dessa var röda tidigare vilket visar att det har skett en förändring och det finns en planerad fortsättning för åtgärderna. Gröna områden var 10 st och vid uppföljningen har verksamheten 21 gröna områden. Ett av de områden som har blivit grönt är avvikelshantering där Forellplan är ett föredöme hur enhetschefer med sitt team utreder avvikelser och arbetar med åtgärder.

Verksamhetschef med sitt team har arbetat mycket bra med det systematiska arbetet och bedömningen från kvalitetsteamets medlemmar är att Forellplan är en mycket fungerande verksamhet med god följsamhet och personcentrerad vård. De punkter som kvar står som röda och gula får fortsatt arbetas med både i sektorn övergripande samt lokalt på vård och omsorgsboendet.

Nr	Område	Bedömning	Kommentar Kvalitetsgranskning	Bedömning uppföljning
1	Ledarskap och organisation	Ej uppfyllt	Otydlig uppföljning av kvalitet på möten och mellan chefsnivåer. Otydliga roller och ansvar på chefsnivåer hur socialt och medicinskt ska synkas.	Delvis uppfyllt
2	Kvalitetsarbete	Delvis uppfyllt	Följsamhet till rutiner och egenkontroll har brister. Systematiskt förbättringsarbetet saknas och dokumenteras ej.	Uppfylls
3	Avvikelser och klagomål	Delvis uppfyllt	Avvikelsehanteringen och dess dokumentation brister. Analys på aggregerad nivå saknas.	Uppfylls
4	Samarbete i teamet	Delvis uppfyllt	Fungerar i praktiken runt kund/patient även om övergripande struktur i samverkan och förebyggande arbete saknas.	Uppfylls
5	Kontaktmannaskap	Uppfylls	Finns organisation och ett tydligt uppdrag.	Uppfylls
6	Hälsa -och sjukvård			
	<i>Riskbedömningar</i>	<i>Ej uppfyllt</i>	Görs inte regelbundet och följs inte upp.	Uppfylls
	<i>Läkemedelshantering</i>	<i>Uppfylls</i>	Fungerar bra	Uppfylls
	<i>Delegeringar</i>	<i>Uppfylls</i>	Fungerar bra	Uppfylls
	<i>Egenvård (ej HSL)</i>	<i>Ej uppfyllt</i>	Oklarheter råder.	Delvis uppfyllt
	<i>Narkotikaläkemedel</i>	<i>Ej uppfyllt</i>	Kontrollräkning har ej skett, läkemedel saknas.	Uppfylls
	<i>Basala hygienrutiner</i>	<i>Uppfylls</i>	Fungerar bra, tack vare stöd under pandemin.	Uppfylls
	<i>Vårdrelaterad infektion</i>	<i>Ej uppfyllt</i>	Dokumenteras och följs ej.	Ej uppfyllt
	<i>Rehabilitering</i>	<i>Delvis uppfyllt</i>	Vardagsrehabilitering prioriteras bort vid tidsbrist	Uppfylls
	<i>Hjälpmedelshantering</i>	<i>Delvis uppfyllt</i>	Skötsel och kontroll brister.	Uppfylls
	<i>Medicintekniska produkter</i>	<i>Ej uppfyllt</i>	Skötsel och kontroll brister.	Delvis uppfyllt
	<i>Inkontinenshjälpmedel</i>	<i>Uppfyllt</i>	Fungerar bra	Uppfylls
	<i>Skyddsåtgärder</i>	<i>Delvis uppfyllt</i>	Dokumenteras inte alltid med överväganden.	Uppfylls
	<i>Måltider (ej HSL)</i>	<i>Uppfyllt</i>	Fungerar bra	Uppfylls
	<i>Munhälsa</i>	<i>Delvis uppfyllt</i>	Bedömningar sker inte enligt krav.	Uppfylls
	<i>Nutrition</i>	<i>Uppfyllt</i>	Fungerar bra	Uppfylls
	<i>Suicid</i>	<i>Delvis uppfyllt</i>	Rapportering till MAS brister.	Uppfylls
	<i>Vård i livets slutskede</i>	<i>Ej uppfyllt</i>	Riskbedömning, brytpunktssamtal och vårdplaner brister.	Delvis uppfyllt
	<i>Kvalitetsregister</i>	<i>Ej uppfyllt</i>	Används ej på aggregerade nivå.	Delvis uppfyllt

7	Dokumentation	Delvis uppfyllt	Utförarjournaler, medicinska journaler och övrig medicinsk dokumentation har brister.	Uppfylls
8	Värdegrund	Uppfyllt	Kunder får bra bemötande. Man utgår från den enskildes behov och önskan.	Uppfylls
9	Kontinuitet	Uppfylls	Fungerande planering och arbetssätt ger personalkontinuitet och omsorgskontinuitet	Uppfylls
10	Personal	Uppfylls	Krav på 80 % med undersköterskeutbildning uppfylls. Personal upplever generellt sett att de får nödvändig fortbildning och handledning.	Uppfylls

Bedömningsmallens princip för respektive rubrik följer en färgskala:

Grönt Finns både muntligt och skriftligt, alternativt uppfylls till 100%

Gult Finns muntligt eller skriftligt, alternativt finns vissa brister eller förbättringsarbete är påbörjat

Rött Finns varken muntligt eller skriftligt, alternativt finns stora brister

Bakgrund

Kvalitetsteamet har uppdrag att genomföra uppföljningar av verksamhet i egen regi, på samma sätt som sker med avtalsuppföljningar av verksamheter i extern regi. Mot bakgrund av några allvarliga avvikelser och massmedial uppmärksamhet under senare år har Forellplan valts ut för kvalitetsgranskning.

Vård- och omsorgsboendet består av två femvåningshus som sitter ihop via en loftgång. Totalt finns 12 mindre enheter (avdelningar) med totalt 124 lägenheter, varav 4 lägenheter är ämnade för parboende och två är så kallade resursplatser. Resursplatserna har under perioden använts av tre kunder 44 dygn totalt. 60 platser är ämnade för demensinriktning och resten somatisk inriktning. Omsättningen av kunder är ca 30 % (41 avlidna) under perioden är jämförbart med tidigare år samt även andra likvärdiga boendeenheter.

Hus 1	Hus 3
Avd 3 soma	Avd 2 A och 2 B Demens
Avd 4 soma	Avd 3 A och 3 B Soma
Avd 5 soma	Avd 4 A och 4 B Demens
Avd 6 soma	Avd 5 A och 5 B Demens

Det är tre enhetschefer som har verksamhets-, personal- och budgetansvar för en tredjedel av boendeenheter, med lite olika uppdelning av specifika uppgifter.

Verksamhetschefen har personalansvar för enhetschefer på fyra boendeenheter och ett hemtjänstområde samt har lagstiftat hälso- och sjukvårdsansvar som innebär att säkerställa att HSL-verksamheten fungerar.

Enhetscheferna som har personalansvar för sjuksköterskor respektive arbetsterapeut och sjukgymnast är relativt nya och tillhör en annan verksamhet i organisationen. De sex omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna på boendeenheter är stationerade där och har ansvar för ca 20 patienter på två avdelningar var. Arbetsterapeuten har sitt kontor inom hemsjukvården och ansvarar för fler patienter, men besöker sina patienter på boendeenheter regelbundet och vid påkallat behov. Sjukgymnasten har sitt kontor på boendeenheter och har inga fler patienter utanför boendeenheter.

Syfte

Uppföljning av kvalitetsgranskningens åtgärdsplan samt hur det systematiska arbetet fortlöper.

Metod

Sedan 1999 har Omvårdnad Gävle genomfört revisioner i verksamheter enligt en strukturerad metod. Denna uppföljning av kvalitetsgranskning är utförd av medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) Johanna Storing, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Carin Thunman och socialt ansvarig samordnare (SAS) Maria Thuman i samarbete med nutritionsansvarig dietist (NAD) Linnea Skytt.

Uppföljningsperiod är november 2022.

Verksamheten har fått svara vad som är gjort och vad som återstår i handlingsplanen.

I rapporten redovisas under respektive rubrik först styrande skallkrav, bedömningsmall och därefter resultatet efter enkäten, intervjuerna och/eller granskningar av hur strukturer och processer fungerar samt åtgärder från uppföljning.

Bedömningens grönmarkering är godkänt och kräver inte åtgärder, gult och rött kräver åtgärder.

Verksamheten presenterar sina åtgärder i bifogat åtgärdsprotokoll. Åtgärder runt brister med röd bedömning ska dessutom återrapporteras med en lägesrapport till nämnden inom 6 månader.

Avslutningsvis lyfter granskarna egna reflektioner kring sådant som inte ingick i granskningen, men som framkom under kvalitetsgranskningen.

Ledarskap och organisation

Krav

Enhetschefer är ansvariga för personal, verksamhet och ekonomi. Verksamhetschef är personalansvarig för enhetschefer och det medicinska hälso- och sjukvårdsansvaret samt har kontorschef som chef.

4 kap 2 § i hälso- och sjukvårdslagen beskrivs av Socialstyrelsen:

” Alla verksamheter i hälso- och sjukvården ska ha en verksamhetschef. Verksamhetschefen är den som har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Det är vårdgivaren som bestämmer vilket ansvar och vilka arbetsuppgifter som verksamhetschefen ska ha. Vissa arbetsuppgifter måste dock alltid ingå i verksamhetschefens ansvarsområde. Det är till exempel att ansvara för rutiner för delegering. Verksamhetschefen ska också alltid ha det övergripande ansvaret för verksamheten. Verksamhetschefen behöver inte ha medicinsk kompetens. Men utan den kompetensen får hen inte bestämma över vård och behandling av patienter. ”

Vid kvalitetsgranskningen 2021 beskrevs arbetet inom ledning och organisation enligt nedan och det bedömdes som rätt.

Enhetschef

Enhetschefer ansvarar för arbetet med kunder, kvalitet, medarbetarperspektiv/arbetsmiljö, ekonomiska ramar, lagstiftning och ledningssystemet. De planerar med perspektiv på ett år.

Respektive enhetschef har arbetsplatsträff var fjärde vecka, dock ett flertal inställda på grund av pandemin.

Respektive enhetschef har teamträffar var sjätte vecka. I början av pandemin ställdes flera in på grund av personalfrånvaro samt för att minimera fysiska kontakter. Senare kom digitala teamträffar igång via Teams.

Enhetscheferna har morgonavstämning varje fredag med sjuksköterskor och deras enhetschef samt boendeenhetsens samordnare och numera även sjukgymnast.

På boendeenheten har utvecklingsmöten kring demens, inkontinensombudsmöte, kostmöten, möten med verksamhetens tre TES-planerare samt möten med facklig företrädare skett. Därutöver hålls avstämningsmöten vid behov med sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast, enhetschefer och samordnare.

Verksamhetschef

Verksamhetschef har övergripande verksamhetsansvar för kund, personal och ekonomi samt HSL-verksamhet och arbetar strategiskt med fokus på 1–2 år framåt. Verksamhetschef HSL har inte hälso- och sjukvårdskompetens och upplever därför det svårt att hantera detta ansvar.

Verksamhetschefen har daglig kontakt med enhetscheferna.

Verksamhetschef har avstämning med ekonom och de tre enhetscheferna en gång per månad då ekonomiska resultatet kopplas ihop med kvalitet genom att man överväger hur bemanningen påverkar verksamheten.

Verksamhetschefen har individuella månatliga avstämningar runt respektive enhetschefs förbättringsarbete.

Kvalitetsmöte på Forellplan en gång per månad då verksamhetschef, tre enhetschefer, sjuksköterskor och deras enhetschef samt numera även enhetschef för Rehabiliteringen är med. Man lyfter avvikelser och klagomål och annat för Forellplans bästa, inga minnesanteckningar skrivs.

Ledningsgrupp för alla enhetschefer inom vård- och omsorgsboende hålls var 4:e vecka. Det finns dagordning och minnesanteckning skrivs. Man arbetar med gemensamma förbättringsarbeten.

Avstämningsmöte med verksamhetschefer och alla enhetschefer på våbo en gång/vecka. Mötet syftar till att cheferna får ställa angelägna frågor, vilket handlat mycket om Covid 19-rutiner.

APT med samtliga enhetschefer inom verksamhetsområdet hålls var 4:e vecka.

Ledningsgruppen inom kontoret med kontorschef och de fyra verksamhetscheferna ses varannan vecka.

Ledningsgrupp HSL kontor boende hålls en gång/månad med verksamhetscheferna inom kontoret tillsammans med enhetschefer för sjuksköterskor. Agenda finns och minnesanteckningar skrivs.

Verksamhetsmöte kontor boende 4 gånger per år, deltar gör samtliga enhetschefer på kontoret. Mötet leds av ledningsgruppen för kontor Boende. Syftet är att jobba med kvalitetsfrågor utifrån fokusområden och mål.

Verksamhetsplanering

Årliga verksamhetsplaneringen på boendeenheten har på grund av pandemin inte skett under perioden. På verksamhetsplanering med alla enhetschefer inom vård- och omsorgsboende i april 2021 behandlades Välfärds mål och kontorets fokusområden. Enhetscheferna tog fram aktiviteter till målen och fokusområden och sedan prioriterade verksamhetscheferna vilka aktiviteter som skall jobbas med under året. Arbetsgrupper har tagits fram för respektive utvecklingsområde. Uppföljning sker löpande på ledningsgruppen inom kontoret.

Bedömning (rött) 2021

Det saknas struktur i de olika möten som sker på boendeenheten och uppåt till verksamhets- och kontorsledning. Samarbetet mellan den sociala och den medicinska ledningen brister då man har olika organisatoriska tillhörigheter. Det lagstadgade verksamhetschefsansvaret för hälso- och sjukvården brister.

Kommentar: Inom sektorn behöver en ansvarsbeskrivning för olika chefsnivåer tas fram. Organisationen för hälso- och sjukvården inom sektorn ses över, där ingår då översyn av verksamhetschefsansvar HSL.

Resultat av åtgärder enligt handlingsplan

- *Otydliga roller och ansvar mellan chefer och chefsnivåer (gult)*
Arbetet med uppdragsbeskrivning för samtliga chefsnivåer pågår för kontor boende. Ingår i den nya HSL organisationen som även ser över uppdragsbeskrivning för Verksamhetschef HSL då det finns oklarheter runt det medicinska ledningsansvaret.
- *Syfte med olika möten saknades samt dagordning och minnesanteckning till flera möten saknades.(grönt)*
Syften med möten har tagits fram och är förankrat med alla deltagare. Varje möte har en teams grupp där dagordning och minnesanteckningar förvaras som alla deltagare i teamet har tillgång till. Kvalitetsmötenas dagordning ses över löpande så att det systematiska arbetet fortlöper enligt gällande rutiner och lagstiftning. Hittills har denna granskning legat till grund för innehållet i kvalitetsmötena, framöver ska även analys av avvikelser och oönskade händelser ingå i mötet.

Kvalitetsarbete

Krav

Socialstyrelsens föreskrift 2011:9 ställer krav på att säkerställa processer och egenkontroll. De styrande rutiner som berör kundarbetet återfinns i Välfärd Gävles ledningssystem. Verksamheten ansvarar för upprättande av egna rutiner för att uppfylla styrande dokument såsom lagar, kommunens styrdokument samt sektorns uppdragsbeskrivning och rutiner.

Bedömningsmall

Grönt: Rutiner finns, är kända och ger fungerande processer. Det sker en regelbunden uppföljning på flera områden och det finns ett systematiskt förbättringsarbete som utgår från kvalitetsbrister.

Gult: Rutinerna är kända, men en eller flera viktiga rutiner fungerar inte. Det sker viss uppföljning i form av egenkontroll. Det finns planerade eller vidtagna åtgärder.

Rött: Känner inte till en eller flera av rutinerna. Det sker ingen egenkontroll.

Styrdokument

Rutiner aktualiseras på arbetsplatsträffar (APT), muntligt, via mejl och utskrifter av både chefer och legitimerad personal. Verksamheten har inga konkreta verktyg för att mäta att medarbetare arbetar efter rutinerna men en del följs upp vid medarbetarsamtal, vid behov eller på APT. Verksamhetschef visar ledningssystemet för nya enhetschefer. Enhetschefer tar eget ansvar för att hålla sig uppdaterad och har berättat om ledningssystemet på APT så medarbetare vet var de kan leta rutiner. Ny omvårdnadspersonal och vikarier får inte introduktion i ledningssystemet, men en arbetsgrupp på verksamhetsnivå tar nu fram material för det. Man jobbar med tillitsbaserat ledarskap och enhetschefer förutsätts följa gällande rutiner. I och med en händelseanalys ser man vilka rutiner som behöver repeteras i olika forum.

Förbättringsarbete

Boendeenheten beskriver att de arbetar med förbättringar på arbetsplatsträffar, ombudsmöten och kvalitetsmöte. På dessa möten sker ingen övergripande analys utan det är aktuella frågor som tas upp. De intervjuade ger en bild av möten utan struktur och minnesanteckningar.

Respektive enhetschef har en handlingsplan för sina förbättringsarbeten som avser systematiskt arbetsmiljöarbete. På verksamhetsnivå finns aktiviteter efter verksamhetsplaneringen, där enhetscheferna ingår i arbetsgrupper inom olika förbättringsområden.

Enhetscheferna använder inte sammanställningar ur avvikelsemodul, Power BI eller kvalitetsregister för analyser på aggregerad nivå. De uttrycker att de inte kan detta och har många verksamhetssystem att hantera.

Risakanalys på verksamhetsnivå

I början av pandemin genomfördes en riskanalys på alla enheter med fokus på att begränsa smittspridning och säkra personaltillgång. Sektorn, kontoret eller verksamheten har inte gjort riskanalys kring det som kunde behöva prioriteras bort i kund- och patientarbetet.

Inför sommarperioden gjordes en riskanalys kring behov av bemanning. Arbetet säkerställs då enligt tidigare överenskommelsen genom att 50% av ordinarie personal är i tjänst. Prioriteringsordning finns för arbetet där omvårdnadsarbetet går före serviceinsatser och akuta medicinska insatser görs före förebyggande insatser.

Egenkontroll

Övergripande egenkontroll av följsamhet till rutiner har tidigare genomförts då det kommit uppdrag från centralt håll. Nu tar verksamheten fram ett eget övergripande egenkontrollformulär.

Uppföljning av introduktion av ny personal, nattfaste-mätning, livsmedelshygienkontroll, följsamhet till basala hygienrutiner, läkemedelsleveranser och viss kontroll av narkotikaläkemedel har skett.

Bedömning (gult)

Det finns inget dokumenterat systematiskt förbättringsarbete där man fångar upp olika parametrar, analyserar och vidtar åtgärder. Det sker åtgärder vid enstaka avvikelser och det finns åtgärder i ett förbättringsprogram. Riskanalys på organisatorisk nivå har genomförts runt smittspridning och personalbrist i början av pandemin samt inför sommarperioden.

Egenkontroll av enstaka parametrar sker.

Allt detta arbete behöver systematiseras för att fånga upp brister och sätta in åtgärder på aggregerad nivå.

Kommentar: Stöd i systematiskt förbättringsarbete behöver även struktureras på sektornivå.

Resultat av åtgärder enligt handlingsplan (grönt)

- Systematiskt förbättringsarbete sakades

Det systematiska förbättringsarbetet som identifieras dokumenteras av ansvarig chef och följs upp av verksamhetschef, individuellt med varje enhetschef.

Utveckling ses i att samverkan mellan enhetschefer SoL, enhetschef för sjuksköterskor och enhetschef för rehab behöver förbättras genom att träffas regelbundet och diskutera förbättringsarbeten

gällande Forellplan och få en samsyn och förmedla en gemensam hållning i frågor gentemot medarbetare. Dessa möten startar december 2022.

- Power BI skall användas och analyseras systematiskt på kvalitetsmöten. Detta har gjorts vid två tillfällen under året. Tiden på mötena har i första hand ägnats åt att arbeta med förbättringar utifrån denna granskning därför har vi inte djupgående analyserat avvikelser vid varje kvalitetsmöte. Power BI har inte kunnat användas efter sommaren då det har skett uppgraderingar i programmet.
- Förbättringsarbete med BPSD pågår med hjälp av projektledare Therese Christiansson.

Avvikelser och klagomål

Krav

I Treservas avvikelsemodul ska både sociala och medicinska avvikelser dokumenteras, rubriceras, åtgärdas och slutföras enligt styrande rutin för avvikelshantering. Avvikelser i sociala omvårdnadsarbetet registreras med rubriker inom sociala området och avvikelser i medicinska sjukvårdsarbetet med rubriker inom medicinska området.

Bedömningsmall

Grönt: Avvikelser dokumenteras med rätt rubrik, utredning sker och åtgärder samt att den slutförs då den hanterats klart. Det finns inget underlag (klagomål, dokumenterad händelse) som visar missad registrering.

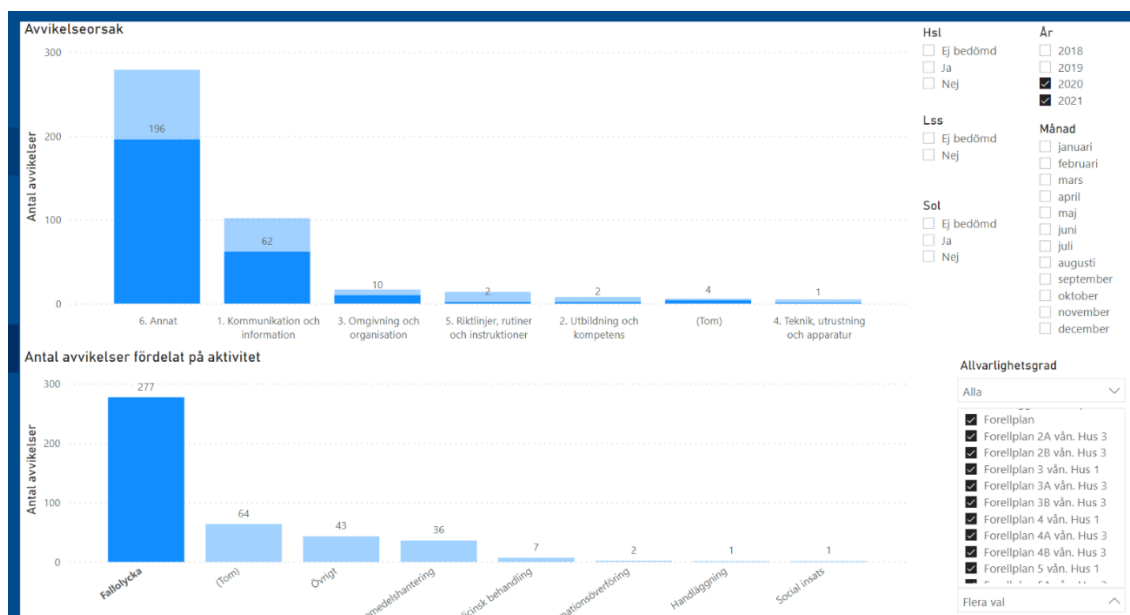
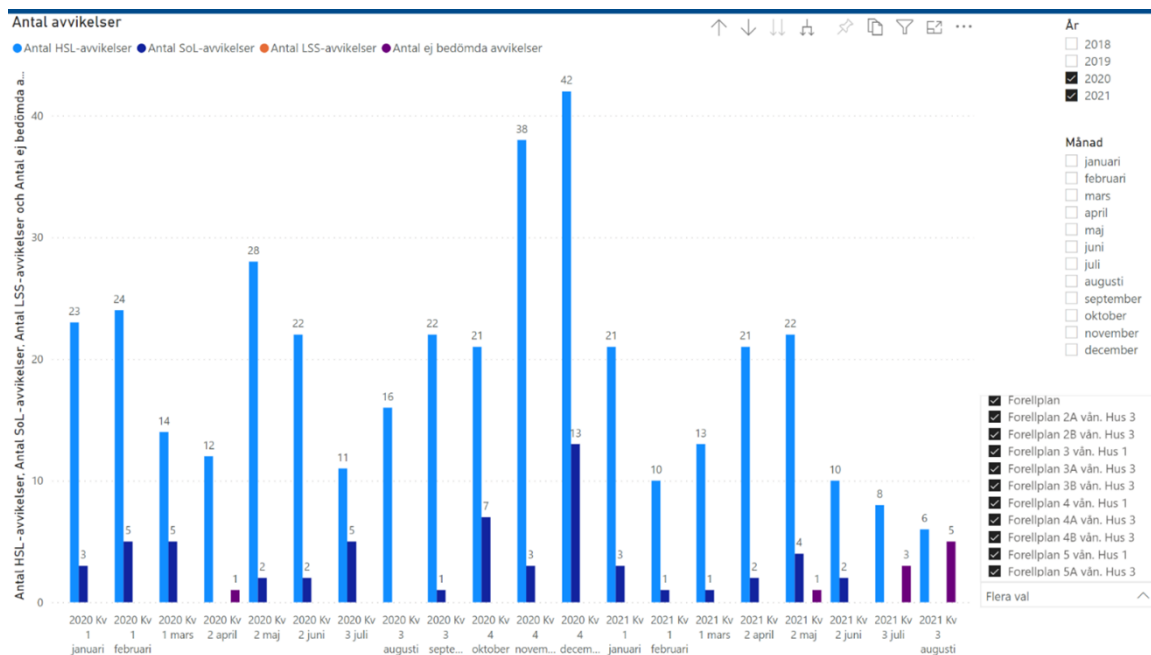
Gult: Mer än hälften av avvikelser är korrekt registrerade. Alternativt, planerade eller vidtagna åtgärder finns.

Rött: Mindre än hälften av avvikelserna är korrekt registrerade.

Avvikelsehantering

Personalen registrerar avvikelser. Enhetschefen går igenom alla avvikelser och involverar de professioner som berörs, inklusive anhöriga. Enhetscheferna uppger att det är sjuksköterskor som gör bedömningarna av allvarlighetsgrad och sannolikhet. Verksamhetschefen läser alla avvikelser. Rehab-personalen delges enligt enhetschefen bara de mest allvarliga fall-avvikelseerna som berör dem. Rehab-personalen tar emot ett fåtal avvikelser. Sjuksköterskorna sätter bedömning på fallavvikelser. Enligt flera intervjuade saknas forum där man systematiskt arbetar med avvikelser och analyserar dem på aggregerad nivå.

Enhetschefen framför att det är svårt att jobba i modulen, de ser behov av att förbättra återkoppling till berörda. De har inte följt PowerBI eller tagit ut statistik direkt ur modulen. Diagram ur PowerBI visar nedan antal avvikelser/åtgärder per månad, avvikelseorsaker och aktivitet då avvikelserna skedde:



Granskning av avvikelser

Granskningen av slumpmässigt utvalda 20 avvikelser fördelar sig på 18 fall och 2 läkemedelsavvikelser.

Trots att de flesta granskade avvikelser är fallolyckor syns endast i enstaka avvikelser att arbetsterapeut/sjukgymnast blivit del i utredningarna. De granskade fallavvikelserna saknar alla hänvisning till genomförd eller planerad fallriskbedömning. Noteras även att i flera avvikelser kunde det ta upp till sex månader mellan händelsedatum och uppföljning/slutför, i fyra fall hade patienten avlidit innan uppföljning. Brister finns i utredningsarbetet, att hitta åtgärder och i att slutmarkera avvikelser i rimlig tid. I Power BI ser man att ca 15% av avvikelser registreras inte med rätt kategori utan visas som "Tom" i modulen.

Granskning av klagomål

Boendeenhetens sammanställning av fyra klagomål under perioden:

Sept 2020; Dåligt bemötande, språkbrister hos personal. Utrett enligt Lex Sarah. Avslutat.
Jan 2021; Utbildad personal, kund fick sepsis efter kateterbyte. Utrett enligt Lex Maria, skickat till IVO, pågår.
Febr 2021; Anhöriga fick inte information att kund blivit sämre, får samtal att kund avlidit. Utrett och besvarat.
Juli 2021; Anhörig undrar om blåmärke på hand kan tyda på vanvård. Utrett, fått blåmärke efter provtagning.

4 klagomål finns registrerade i diariet. Två av ovanstående klagomål är inte diarietförda. I stället finns två andra diarietförda, en som rör samma kund som ovan framfört dåligt bemötande och språkbrister hos personal och en som rör hanteringen runt ett dödsbo. Två av sex inkomna klagomål är inte registrerade som avslutade, varav ett av dem är äldre än 6 månader.

Även en avvikelse (klagomål) från Region Gävleborg har även inkommit via diariet och rör kund som inkommit med dålig skött hygien till sjukhus, saknar registrerat svar.

Lex Sarah

Det har under perioden utretts fem lex Sarah-rapporter, ingen har gått vidare som anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). En händelse berörde stöld av guldarmband, medan övriga händelser har varit olyckliga incidenter där man inte hittat missförhållande eller systemfel.

Lex Maria

Det har under perioden anmälts en händelse enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) där utredning på pågår. Gävle kommun påbörjade en händelseanalys sedan en kund lämnade klagomål efter sin sjukhusvistelse p g a sepsis efter kateterbyte.

Bedömning (gult)

Mer än hälften av alla avvikelser är registrerade i alla delar av processen, även om kvaliteten i hanteringen brister. Avvikelse utreds inte alltid med berörda parter och har inte alltid identifierat bakomliggande orsak och vidtagit adekvata åtgärder. Alla klagomål är inte besvarade i rimlig tid. Varken boendeenheten eller verksamheten analyserar avvikelser eller klagomål på aggregerad nivå. Detta innebär att systematik saknas. Verksamhetschef HSL säkerställer idag inte hanteringen av medicinska avvikelser.

Kommentar: Sektorövergripande rutinen är nyligen förtydligad, vilket kommer ge verksamheten möjlighet att arbeta mer systematiskt med avvikelser på aggregerad nivå.

Resultat av åtgärder enligt handlingsplan (grönt)

- *Brister i avvikelshanteringen, dokumentationen och analys på aggregerad nivå saknas*
Ny rutin har förtydligat arbetssättet med avvikelserna. Alla avvikelser har sedan tidigare hanterats, men nu registreras alla moment noggrant. Enhetschefen skickar avvikelser till berörda, involverar rehab oftare än tidigare. Vid allvarliga händelser kontaktar man MAS/MAR/SAS och verksamhetschef snabbare numera. En årssammanställning har tagits fram via Power BI.

Arbetet med avvikelser fungerar mycket bra på Forellplan.

Generellt är arbetet med avvikelser tidskrävande och vi ser att gemensamt arbetssätt för alla våbon saknas. En arbetsgrupp inom ramen för ny HSL organisation arbetar vidare med frågan. En sjuksköterska har dessutom varit behjälplig för alla vård och omsorgsboenden med att få till en systematik i avvikelshanteringen. Hon skall komma till Forellplan i början av december för att hålla en utbildning i avvikelshantering för alla medarbetare.

Analys av avvikelser sker på enhetsnivå. Statistiken i Power BI används som underlag.

Analys av avvikelser på ledningsgrupp våbo med enhetschefer, verksamhetschefer för alla våbo ska ske 2 ggr per år med hjälp av statistik i Power BI har ej påbörjats och ses som förbättringsarbete.

Allvarliga händelser informeras om på kontorets verksamhetsmöte där kontorets samtliga enhetschefer och verksamhetschefer deltar.

Analys med hjälp av statistik i Power BI har påbörjats.

Samarbete i teamet

Krav

Lagstiftningen och rutiner för dokumentation och genomförandeplan samt informationsöverföring förutsätter ett samarbete mellan medicinsk personal och omvårdnadspersonal. Samverkan via teamträffar med förebyggande arbete och uppföljningar runt varje enskild kund var 4:e vecka. Omvårdnadspersonalen har behörighet att läsa anteckningar i patientjournal om det finns en insats fördelad/delegerad till omvårdnadspersonal att utföra. De kan då läsa de flesta anteckningar som görs i patientjournalen. Omvårdnadspersonal ska dokumentera en utförd delegerad behandling i aktuella vårdplaner. Legitimerad personal ska ta del av dokumentation och överrapportering vid varje arbetspass. Vid akuta händelser ska omvårdnadspersonalen även ta muntlig kontakt med berörd person.

All personal ska rapportera händelser och påminnelser mellan sig. All personal ska inför varje arbetspass ta del av det väsentliga som hänt sedan senaste arbetspasset via Treserva.

Bedömningsmall

Grönt: Finns fungerande struktur för samverkan och den fungerar.

Gult: Det finns en struktur för samverkan, men den brister i vissa delar.

Rött: Finns varken muntlig eller skriftlig struktur som fungerar.

Informationsöverföring inom teamet

Omvårdnadspersonalen får inför sitt arbetspass en utskrift ur TES-planeringsverktyg med sitt dagsschema som innehåller vilka arbetsuppgifter dagen innehåller och vilka tider de ska utföras. I arbete med kund står även hur något ska utföras. Omvårdnadspersonal uppdaterar planeraren om förändringar utifrån genomförandeplaner och vårdplaner så att justering kan ske i TES, där även tillfälliga händelser såsom tandläkarbesök skrivs in. Legitimerad personal upplever att de behöver säkerställa med planerare att omvårdnadspersonalen lämnat vidare uppgifter från vårdplaner till TES-planeringen.

Omvårdnadspersonal läser i början av arbetspasset i Treserva om uppdateringar skett i genomförandeplaner eller utförarjournal sedan senast de arbetade och söker då även efter nya vårdplaner. Legitimerad personal får höra av omvårdnadspersonal att de inte alltid läser och söker vid arbetspassens början på grund av tidsbrist. Muntlig överrapportering i 15 minuter sker vid skiftbytet morgon och kväll mellan omvårdnadspersonalen. Legitimerad personal upplever att informationsöverföringen inte alltid fungerar på ett säkert sätt, då den sker muntligt. Sjuksköterskorna besöker oftast sina avdelningar varje dag, arbetsterapeut och sjukgymnast gör det mer sällan. Utöver muntlig kommunikation sker både telefonsamtal och meddelande i Treserva samt via mejl till funktionsbrevlåda, utan att där ange sekretessuppgifter.

Det är generellt sätt lätt att nå varandra inom teamet och man får oftast återkoppling snabbt.

Samarbete via vårdplaner

Legitimerade personalen upprättar och fördelar vårdplaner på de hälso- och sjukvårdsuppgifter som omvårdnadspersonalen har delegation på att utföra. De ska dokumentera i vårdplanen när de utfört uppgiften samt informera om händelser runt dessa. Ibland används i stället en signeringslista i papper för olika behandlingar, men är inte alltid tillförlitligt ifyllda. Sjuksköterskorna upplever att omvårdnadspersonal använder meddelandefunktionen i Treserva i stället för att kommunicera via vårdplanen, vilket ger

sjuksköterskorna mer jobb runt dokumentation. Omvårdnadspersonalen framför att de ibland behöver använda meddelandefunktionen då det saknas vårdplaner.

Teamträff

Under så kallade teamträffar möts alla professioner som ingår i teamet. En omvårdnadspersonal representerar avdelningen på respektive teamträff. Representanten samlar underlag från sina kollegor både muntligt och via en blankett i pärm på respektive avdelning. Under intervjuerna uttrycks önskemål om att all tjänstgörande omvårdnadspersonal bör vara med på teamträffen.

På teamträffen var 6:e vecka går teamet igenom avdelningens kunder. Det är mest hälso- och sjukvårdsfrågor som tas upp t ex hjälpmedel och förändringar i hälsotillstånd, med mycket fokus på det akuta. Efter teamträffen okumenterar omvårdnadspersonal i utförarjournal och legitimerade personal under rubriken "konsultationer" i medicinska journalen.

Samordnaren sköter uppdatering av sändlistor i Treserva. Ingen uppdaterar dock sändlistor i Outlook.

Läkarrond

Läkarrond ska ske tre gånger i veckan med tre ansvariga läkare från hälsocentral. Det är ofta strul med att få till fysiska ronder som under pandemin ofta blivit telefonronder. Under perioden har bara en läkare ansvarat för hela Forellplans boende. Det har ofta varit svårt att få rondtiden att räcka till. Sjuksköterskorna lyfter att läkaren borde arbeta digitalt under rondan såsom man gör på andra boendeenheter, vilket skulle effektivisera rondan, vilket de ska lyfta till respektive verksamhetschef. Rondtiden har nyligen flyttats från eftermiddag till förmiddagar så att sjuksköterskorna snabbare hinner åtgärda de ordinationer som läkaren givit.

Bedömning (gult)

Det finns god daglig kontakt mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal. Den muntliga överrapporteringen vid skiftbyte kan bidra till att man inte läser i Treserva vid arbetspassens början. Det är viktigt att klargöra vad som ska tas upp i muntliga överrapporteringen, så det inte rapporteras mer väsentliga saker än det som dokumenterats, annars kan nästa skift lätt missa den informationen.

Man beskriver att TES är mer vägledande än genomförandeplanen, trots att det är genomförandeplanen som ska ge grunden för hur man ger kunden stöd. Det är av vikt att kontrollera att beskrivning av stöd och arbetssätt finns i kundens genomförandeplan och inte bara i TES. Man behöver även säkerställa att medicinska uppgifter finns med i genomförandeplanen med hänvisning till detaljer i vårdplaner.

Teamträffar var 6:e vecka fungerar men saknar struktur, systematik och förebyggande arbete runt kunden då det mesta som tas upp rör aktuella och akuta saker. Det grundläggande förebyggande arbete som ska utföras av hela teamet genom riskbedömningar och åtgärder för att minimera risker utförs inte enligt rutin. En kund ska aktualiseras var 4:e vecka på teamträff. Kan man samordna teamträffar med läkarronderna och hitta systematik i arbetet?

Uppdatering av sändlistor i Outlook behöver säkerställas och på berörda enheter samt på olika nivåer.

Resultat av åtgärder enligt handlingsplan

- Samverkan Teamet (grönt)
Långsiktigt och förebyggande arbete runt kund har förbättrats. Teamträffar är inplanerade enligt rutin för hela 2022 där enhetschefer, rehab, omvårdnadspersonal och omvårdnadsansvarig sjuksköterska deltar. Teamträff är obligatorisk det finns en tydlig dagordning, riskbedömningarna förbereds och slutförs eller presenteras under teamträff. Mötestiden har förlängts för att hinna med förebyggande arbete.
Rehabpersonal är inbjuden till samtliga kvalitetsmöten.

Kontaktmannaskap

Krav

Den enskilde ska ha en utsedd kontaktman hos utföraren. Kontaktmannen ska

- hålla sig uppdaterad kring kundens behov, situation och önskemål
- ansvara, eller vara delaktig i, upprättande och uppföljning av genomförandeplanen
- bevaka person-, utförande- och tidskontinuitet och agerar utifrån vad som är viktigt för kund
- ingå i det tvärprofessionella teamet runt den enskilde (samverka med hälso-sjukvård m fl)

Bedömningsmall

Grönt: Fungerar enligt rutin för vad som ingår i kontaktmannaskapet och hur det ska förverkligas.

Gult: Det finns planerade eller vidtagna åtgärder för att få det att fungera enligt rutin.

Rött: Finns ej muntligt eller skriftligt.

Kontaktmannaskap

Alla kunder har en kontaktman men den finns inte registrerad i Treserva som referensperson, däremot framgår namnet i genomförandeplanen och i TES. En kontaktman utses runt varje kund inför inflyttning. Kontaktman tar alltid emot ny kund och ger information samt skriver genomförandeplanen, oftast med hjälp av främst kund och anhöriga. Kontaktman ansvarar för att bevaka hur kundens situation ser ut, värdeskåpets nyckel, kontakt med anhöriga, bokning av färdtjänst och ibland för att hantera kundens pengar och vissa inköp. Medarbetare från en avdelning bekräftar att det finns en vice kontaktman som kompletterar vid frånvaro.

Bedömning (grönt)

Kontaktmannaskapet fungerar bra enligt rutin.

Hälso- och sjukvård

Krav

Följa lagstiftning och medicinska rutiner i Välfärd Gävles ledningssystem.

Bedömningsmall

Grönt: Rutinerna är kända och ger fungerande processer.

Gult: Rutinerna är kända, men en eller flera efterlevs inte. Det finns planerade eller vidtagna åtgärder.

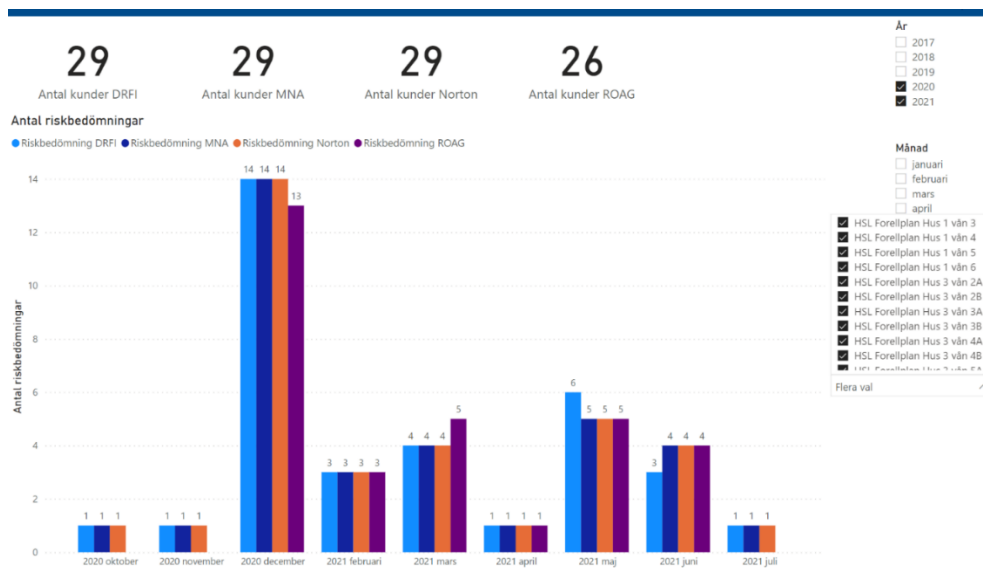
Rött: Känner inte till flera av rutinerna och flera efterlevs inte.

Riskbedömning på individnivå (gult)

Individuella riskbedömningar görs av sjuksköterska i samverkan med övriga i teamet i samband med inflytt.

Riskbedömningar två gånger per år har inte gjorts på alla patienter under pandemin, men det är skillnad beroende på vem som är ansvarig där vissa gjort det på alla sina patienter 2 ggr/år.

Riskbedömningarna för undernäring, fall, munhälsa och trycksår vilka finns registrerade runt 22 av 24 kunder, men endast totalt 29 stycken är gjorda under senaste året. Det borde varit ca 200 under ett år, med tanke på ett antal tomma platser under året, men ytterligare fler med tanke på de som tillkommer i och med omsättning av kunder. Det framkommer att sjuksköterskor dokumenterat riskbedömningar i patientjournal utan att registrera i "enstaka åtgärd", vilket innebär att det inte statistikförs. Att registrera "enstaka åtgärd" var nytt i rutinen för 2-3 år sedan. Planering finns för att åter kunna genomföra årliga riskbedömningar.



Delegering (grönt)

Medarbetarna genomgår en årlig e-utbildning "Jobba säkert med läkemedel" och "Ge insulin", och erhåller diplom. Diplomen sparas i delegeringspärm. Sjuksköterskan samtalar, går igenom läkemedelslista och handleder vid insulingivning och läkemedelsutdelning. Delegeringen signeras och gäller ett år i taget. Det finns specifik delegeringsmodul i Treserva. Det är personalens ansvar att ha koll när delegeringen går ut, men även Treserva och sjuksköterskorna påminner.

Läkemedelshantering (grönt)

Vidbehovs-läkemedel förvaras i låst medicinskåp på varje våning i dosetter märkta med läkemedels namn styrka, indikation och maxdos. Det finns även ett låst medicinrum på sjuksköterskeexpeditionen. Det finns en nyckel per avdelning som delegerad omvårdnadspersonal signerar när de tar över av kollega. Vid leverans av läkemedlen kontrolleras att det stämmer mot ordinationshandlingen. Utgångsdatum kontrolleras när tid finns, men har inte hunnits med under pandemiåret. Men varje gång man tar en ny förpackning kollas datum innan det lämnas ut. Det finns för närvarande många gamla läkemedel i patienters förrådslåda på sjuksköterskeexpeditionen. Aktuella läkemedelslistor finns i låst medicinrum på varje våning där personalen kan ta del av aktuella ordinationer. Aktuella ordinationer skrivs även i vårdplan som fördelas via Treserva till respektive avdelning. Aktuella läkemedelslistor finns även i pärmen på sjuksköterskans expedition. Omvårdnadspersonal ringer sjuksköterska som gör en bedömning för att ge vidbehovs-läkemedel, sen dokumenteras i vårdplan när medicinen givits. Sjuksköterskorna på Forellplan diskuterar hur rutinen gällande vidbehovs-läkemedel ska följas, då man använder Monomaker i stället för påsar. Man vill uppnå en säker och likvärdig hantering på alla enheter. Läkemedelsgenomgångar sker fortlöpande, i samband med ronder och årsbesök. Har dock inte fungerat tillfredsställande under pandemin, p.ga hög arbetsbelastning men ska tas upp igen efter pandemin. Totalt har 53 läkemedelsgenomgångar skett.

Egenvård (rött)

I fall där kund sköter medicinintag själv (egenvård) har kunden en egen läkemedelslista inne på sitt rum. Bland de svar som inkommit om hur egenvård ska hanteras råder felaktiga uppfattningar, egenvårdsbedömning sker inte alltid och personal övervakar egenvård, d v s tar ansvar utan delegering. Egenvård dokumenteras i en vårdplan, vilken inte ska ske vid egenvård, utan vid delegerad hälso- och sjukvård.

Narkotikaläkemedel (rött)

Utlämnande av läkemedel dokumenteras i vårdplan och om narkotiska preparat ges registreras detta även i narkotikajournalen. Läkare och sjuksköterska i samråd med patienten avgör vad som ska ges. I läkemedelsrummet finns narkotikajournal, där sjuksköterska dokumenterar uttag. I kundens lägenhet finns kundens narkotiska journal där omvårdnadspersonal signerar att de gett läkemedel. Vid narkotikaklassade preparat dokumenterar omvårdnadspersonal också hur många tabletter de tagit, när, vem som tagit och hur många som är kvar.

Kontrollräkning av narkotiska preparat gör omvårdnadsansvarig sjuksköterska en gång i månaden och noterar kontrollen i patientens narkotikajournal, men kontrollen har inte skett enligt rutin under pandemin.

Morfintabletter har saknats och avvikelser registrerats. Lista för egenkontroll av kontroller finns ej.

Basala hygienrutiner (grönt)

Utbildning, fortbildning och genomgång av rutiner sker regelbundet. Egenkontroll sker via observation av hygienombud och påminnelser av både enhetschef och sjuksköterskor. Vårdhygien och MAS har under pandemin gjort besök och föreslagit förbättringar. Hygienombud informerar också kollegor om vad som tagits upp på hygienombudsträffar.

Sjuksköterskorna får utbildning via vårdhandboken och Vårdhygien inom Region Gävleborg. Vårdhygien har också gjort besök för att säkerställa att vi jobbat enligt rutin och föreslå förbättringar. Städningen i de allmänna utrymmena har under pandemin varit eftersatt eftersom den person som städade fick fler arbetsuppgifter. Extra städpersonal sattes därför in två gånger i veckan i samband med besök av vårdhygien i slutet på januari. Rehabpersonalen har haft återkommande utbildning i basala hygienrutiner. De har också egna kontroller i basal hygien av skydds- och hygienombud.

Vårdrelaterade infektioner (VRI) (rött)

Dokumentation sker i vårdplan och rutiner inom Region Gävleborg följs genom t ex smittskydd och STRAMA. Men avvikelser på vårdrelaterade infektioner skrivs inte, vilket ska ske enligt rutin. VRI ska mätas flera gånger per år. Ingen mätning eller analys på aggregerad nivå sker.

Kommentar: Här krävs åtgärder inom hela sektorn för att arbeta enligt nationella styrdokument.

Rehabilitering (gult)

Arbets terapeut och sjukgymnast ser fördelen med att omvårdnadspersonal som för det mesta känner patienterna bäst är viktiga i planering och upplägg av träning och användning av hjälpmedel, speciellt när det rör personer med demenssjukdom. Vid tidsbrist är det vardagsnära rehabilitering och förflyttningsteknik som stryker på foten. Följsamheten fungerar olika beroende på åtgärd. Vad gäller förflyttningar med hjälpmedel fungerar det bra, runt träningsprogram inte alltid lika bra. Omvårdnadspersonal ser att patienter inte alltid är motiverade och medarbetarna upplever tidsbrist. Signeringslistor används på grund av att träning inte har utförts som ordinerat. Information om att skriva orsak till utebliven träning ges, enligt enhetschef.

Hjälpmedelshantering (gult)

Omvårdnadspersonalen känner sig nöjda med utbildning och stöd runt olika hjälpmedel. Det är kontaktman som i första hand ansvarar och rengör kundens hjälpmedel samt ansvarar för kontakt med arbetsterapeut och HjälpmedelsSAM. Det finns viss förbättringspotential gällande rengöring och skötsel av boendes hjälpmedel, vilket omvårdnadspersonalen har kännedom om. Det saknas förteckning på boendeenhets egna hjälpmedel såsom sängar och transportrullstolar, kontroll av dessa sker då heller inte.

Medicintekniska produkter (rött)

Det finns inhalationsutrustning PariBoy, saturationsmätare, blodtrycksmätare, termometer, blodsockermätare, otoskop, Amicapump (hydr), sittvågar och rullstolsvågar. Dessa är inköpta av Forellplan, men det saknas förteckning över dem och det finns inget avtal med MTA på sjukhuset för kalibrering, kontroller, service och utbyte osv. Detta innebär stora risker för patienter. En årlig inspektion av Rehabenheten gällande lyftselar sker,

men ska ske var sjätte månad. Personlyftar besiktas av Hjälpmedel SAM. Rehabiliteringen har en TENS-apparat som kontrolleras vid behov.

Kommentar: Sektorövergripande tydlig rutin för kommunens utbud, ansvar och hantering behövs.

Inkontinenshjälpmedel (grönt)

Utredningen för inkontinens är oftast genomförd när kund flyttar in. Vid behov/förändring/avvikelse kontaktas sjuksköterska som ordinerar i en vårdplan skriver sjuksköterskan in vilken sorts inkontinensskydd kunden ska använda. Sjuksköterska ansvarar för att utesluta sjukdom som orsak.

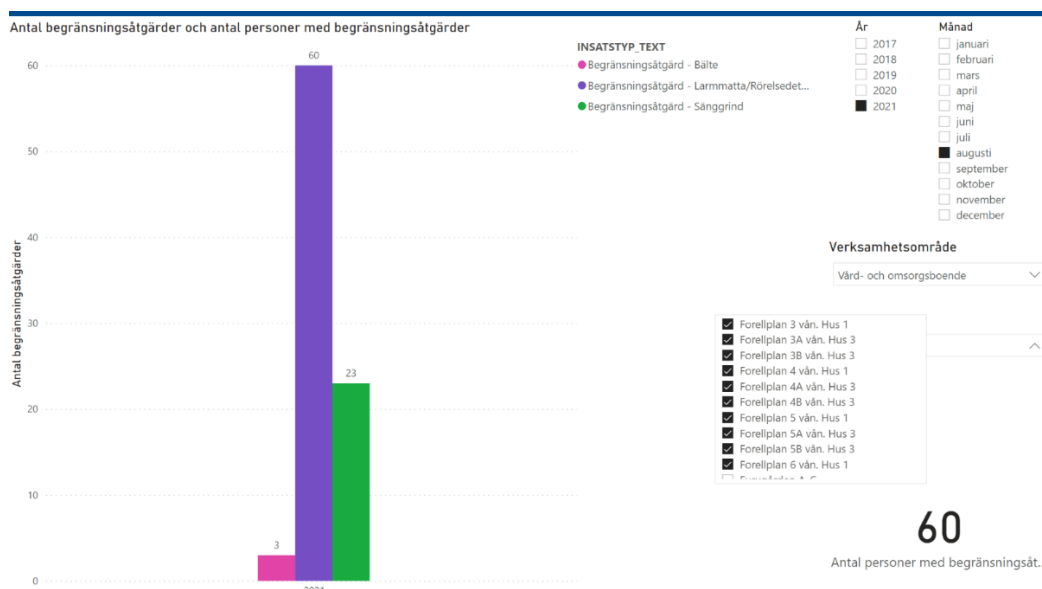
Verksamheten har utsedda inkontinensombud på varje avdelning som beställer inkontinensskydd i samarbete med sjuksköterska och nattpersonal. Det finns inkontinenskort för varje kund i förrådet. Inkontinensombud väger blöjor och mäter kundens kroppsstorlek. Omvårdnadspersonalen genomför läckagemätningar. Samordnaren på Forellplan håller via Teams möte med inkontinensombuden.

Frågor runt kunden tas upp på teamträffarna. Det finns en inkontinenspärm på varje avdelning där omvårdnadspersonalen kan dokumentera avvikelser gällande inkontinens.

Skyddsåtgärder (gult)

Om det finns ett behov och kunden samtycker till skyddsåtgärd som exempelvis sänggrind eller rörelselarm så dokumenteras det i en vårdplan. Även samtycket dokumenteras i journal. På teamträffar följer man upp om kunden har fortsatt behov av skyddsåtgärd, checklista finns. Men då nästan inga teamträffar genomförts under pandemin har inte regelbundet övervägande och omprövning av skyddsåtgärden skett.

Det är enhetscheferna som beslutar om dörralarm och det ska dokumenteras i journal och i genomförandeplanen, men detta syns inte i statistiken i PowerBI.



Måltider (grönt)

Det finns kostombud på varje avdelning. Uppdraget för kostombuden är omfattande och här ser verksamheten att kostombuden inte alltid utför hela sitt uppdrag, delvis på grund av att alla inte har god kännedom om uppdraget. Omvårdnadspersonalen ser till att det är lugnt vid måltidssituationen. Verksamheten följer måltidsguiden delvis. Pandemin har gjort att vissa saker inte utförs, men det beror även på vilka kunder som bor på avdelningen, det går inte alltid ha fullt dukat på matbordet om en kund blir distraherad eller är "plockig"

divs ofta personer med demenssjukdomar. NAD ger regelbundet stöd runt näringsrik och proteinrika mellanmål. De erbjuder och motiverar till mellanmål fyra gånger per dygn, även flera gånger under natten. Omvårdnadspersonalen lyssnar in vilken mat som kunderna tycker om och är behjälplig med att beställa utifrån kunds önskemål. Måltidssituationen diskuteras vid teamträffar.

Munhälsa (gul)

Tandhygienist gör munhälsobedömning en gång per år. Munvårdskort, finns hos alla kunder där det står hur tänderna ska skötas. Riskbedömning med instrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) har inte skett regelbundet under pandemiåret, men inspektion av munhåla har skett vid behov och sämre matintag eller viktnedgång. Vårdplan upprättas för munvård under t ex palliativt skede. Enligt palliativa registrets spindeldiagram (under rubrik Kvalitetsregister) syns att 60% har fått munhälsobedömning under sista levnadsveckan, vilket ska ske varje vecka.

Nutrition (grönt)

Omvårdnadspersonal kontaktar sjuksköterska vid risk för undernäring. Viktkontroller sker var 3:e månad eller tidigare om behov samt vid riskbedömningar. Sjuksköterska försöker kartlägga orsak till undernäring och tar vid behov kontakt med dietist. Man upplever att det ibland är svårt att hitta något som kunden tycker om och vill äta/dricka. Man påtalar även hur viktigt det är med en lugn måltidssituation, vilket ibland kan vara svårt att uppnå bl a p g a personalbrist. Sjuksköterskan upprättar vårdplan för nutrition/risk för undernäring med vilka åtgärder som ska vidtas, exempelvis näringsdryck, energi och proteinrik kost, extra mellanmål etc. Behov av omsorgsmåltid (då personal äter tillsammans med kund) tas upp av enhetschef eller sjuksköterska och omsorgspersonal dokumenterar detta i genomförandeplanen och i TES. Ingen sjuksköterska har gått nya efterfrågade nutritionsutbildningen, men en av dem var med i testpiloten.

Andelen kunder som erbjudits en nattfasta på max 11 timmar var hösten -20 86% och våren -21 93%. Gävles resultat var 82% resp. 86 %. Resultat av nattfaste-mätningen brukar tas upp på APT eller teamträff, men har inte blivit gjort under perioden. Resultatet delges via mejl till sjuksköterskorna som kan gå igenom mätningarna och se om det finns någon kund som har behov av stöd, men detta sker inte så ofta. Man tycker att man har en överblick över nutritionsproblem med hjälp av viktuppföljningar som görs minst var 3:e månad.

Suicid (gult)

Om kund har suicidtankar pratar alltid personal med sjuksköterska och enhetschef samt dokumenterar i Treserva. Man samtalar med kund, läkare och anhöriga om samtycke finns samt upprättar en vårdplan. Verksamheten har inte uppfattat att MAS ska kontaktas och avvikelse skrivs inte, enligt gällande rutin.

Vård i livets slutskede (rött)

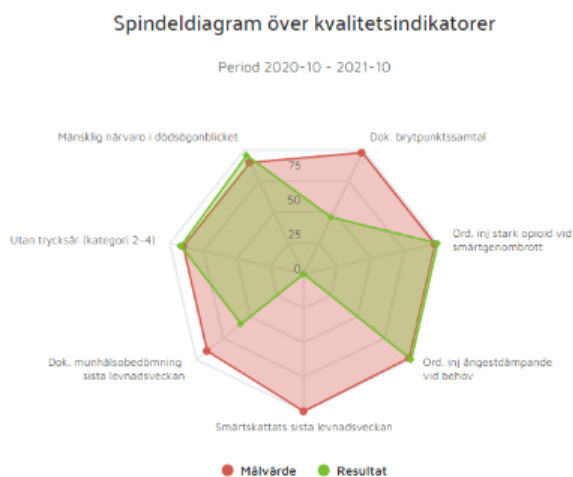
Palliativ vård aktualiseras oftast av sjuksköterska i samråd med omvårdnadspersonal, men ibland även av kund eller anhöriga. Sjuksköterskan tar sedan upp frågan, med läkaren. Brytpunktssamtal sker alltid. Det är oftast läkaren som håller i brytpunktssamtalet, men det händer att sjuksköterskor får hålla det runt dem man känner väl. Det är troligen anledningen till att registrering endast sker på 50% av dem. Brytpunktssamtalet ska hållas av läkaren, vilket måste vidmakthållas så registrering även kan ske. En vårdplan för "vård i livets slut" upprättas. Läkaren dokumenterar i läkarjournalen och skriver dokument för handhavande vid förväntat dödsfall, samt läkemedelsbehandling de sista dagarna.

Rehabteamet kontaktas tex när annan madrass behövs. Samverkan med enhetschefer när det finns behov av extravak. Information ges till omvårdnadspersonal kring omvårdnaden av palliativ patient.

Kvalitetsregistren (rött)

Varken chefer eller legitimerade medarbetare tittar efter resultat i riskbedömningar och kvalitetsregistren, BPSD eller Svenska Palliativregistret¹, vilket dock skedde tidigare. Enhetschefer uppger att de inte har tillgång till kvalitetsregistret.

Diagram över registreringar i palliativa registret, 2020-09 – 2021-09 på Forellplan:



Resultat av åtgärder enligt handlingsplan

- *Munhälsobedömningar sker inte enligt krav (grönt)*
Stående punkt på dagordningen för teamträff
- *Oklarheter runt delegering kontra egenvård (gult)*
Rutin för egenvård förändringsarbete rehab gällande egenvård pågår. Rutinen har tagits upp på kvalitetsmöte samt med omvårdnadspersonal.
Oklarheter finns vart egenvård skall dokumenteras i journalsystemet.
- *Arbete med riskbedömningar brister (grönt)*
Riskbedömningar är stående punkt på dagordningen för teamträff.
- *Vårdrelaterade infektioner dokumenteras inte enligt krav (gult)*
Ingår i framtagande av indikatorer inom ramen av patientsäkerhet.
- *Dokumentation och arbetssätt runt skyddsåtgärder brister (grönt)*
Skyddsåtgärder är stående punkt på dagordningen för teamträffar var tredje månad övervägs skyddsåtgärdens nytta för kund/patient. Om skyddsåtgärd är aktuellt inhämtas ett samtycke från kund/patient som registreras i journalsystemet.
- *Kontrollräkning av narkotikaläkemedel brister (grönt)*
Förbättringsarbete har genomförts egenkontrolllista används med avstämning månadsvis.
- *Vardagsrehabilitering prioriteras bort vid tidsbrist (grönt)*
Enhetschef påminner omvårdnadspersonal om att meddela då insatser inte hinns med. Dagliga insatser registreras som avvikelser, medan veckoinsatser planeras om till annan dag. Förebyggande åtgärder sätts in i avvikelshanteringen.
- *Förteckning av kommunägda hjälpmedel MTP saknas och skötsel har brister (gult)*

¹ Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit.

Frågan lyft på kontorsnivå. 2 verksamhetschefer arbetar också med frågan. Inventering av MTP är gjord under 2022 men det är fortfarande oklart vilka MTP som skall finnas och vem som skall kontrollera dem.

- *Suicidhanteringen brister (grönt)*
Rutinen gås igenom på kvalitetsmöte samt på APT med omvårdnadspersonal.
- *Brytpunktssamtal utförs inte i enlighet med lagstiftning (gult)*
Verksamhetschef ska ha möte med HC chef angående att läkare inte gör brytpunktssamtal i den utsträckning som åligger läkaren.
- *Registrering och analys i kvalitetsregister brister(gult)*
Analys ska göras på kvalitetsmöte start from 2023.

Dokumentation

Krav

Social genomförandeplan

Styrande rutinen beskriver att kunder med biståndsbedömda insatser ska ha upprättad genomförandeplan inom 14 dagar med totalt 13 punkter uppfyllda. Granskningsmallen i revisionen innehåller dock bara dessa nio:

- aktuell genomförandeplan
- ansvarig person för upprättandet och uppföljningen
- om kunden varit delaktig själv eller via företrädare/närstående
- kundens sociala liv och intresse
- en beskrivning av kundens funktionsnedsättning och dess konsekvenser, (förmågor och begränsningar hos kunden) som är viktiga att känna till för att kunna ge rätt stöd på rätt sätt, kan kompletteras med medicinska underlag inskannade i Documenta eller i upprättade vårdplaner.
- ett övergripande mål/delmål för olika insatser
- stöd och omvårdnadsinsatser under hela dygnet
- hur de ska stödja kunden med respektive insats d.v.s. hur gör de, tillvägagångssätt, hjälpmedel, tänk på att o.s.v. Finns det träningsprogram och detaljerade instruktioner ska de hänvisa till dem.

Bedömningsmall

Grönt: Aktuella genomförandeplaner med beskrivande innehåll över vad och hur stöd ska ges över hela dygnet och veckoinsatserna, där kundens önskemål framgår.

Gult: Mindre än hälften av parametrarna är godkända i granskningsformuläret.

Rött: Saknas genomförandeplan på en eller flera kunder. Alternativt att det finns en eller flera genomförandeplaner som har stora brister.

Social utförarjournal

Verksamheten ska löpande dokumentera väsentliga händelser och åtgärder i en social utförarjournal. Det kan vara framförda klagomål och dess åtgärder, avsägelser, kunds frånvaro, kontakter med samverkanspart eller anhöriga, ökat hjälpbehov och uppdatering av genomförandeplan, vad som kommit fram i en SIP eller andra händelser som berör och påverkar den enskilde.

Medicinsk patientjournal

Legitimerad personal ska löpande dokumentera i en medicinsk patientjournal. En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av en patient. En journal skall vara lätt att förstå och det ska

tydligt framgå vilken vård och behandling som skall utföras. Journalanteckning eller väsentlig information skall skrivas och ändras så snart som möjligt för att en god vård skall kunna upprättas.

Patientjournalen ska innehålla, uppgifter om patientens identitet, väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, uppgifter om diagnos och anledning till mer framstående åtgärder, väsentliga uppgifter om genomförda och planerade åtgärder, uppgifter om informationen som lämnats till patienten, hans vårdnadshavare och övriga närstående, uppgifter om ställningstaganden som gjorts om val av behandlingsalternativ och möjligheten till ny medicinsk bedömning, uppgifter om att patienten valt att avstå från vård eller behandling. Sjuksköterska ska dokumentera häsohistoria och aktuellt hälsotillstånd senast en vecka efter inflyttning.

Medicinsk vårdplan

Legitimerad personal ska upprätta vårdplaner för behandlingar (läkemedel, sår, träning o s v) samt efter avslutad behandling avsluta vårdplanen. Vid egenvård som inte är en hälso- och sjukvårdsuppgift skrivs en egenvårdsbedömning, inte vårdplan.

Bedömningsmall

Grönt: Fungerande arbetssätt för dokumentation ger aktuella sociala utförarjournaler och medicinska patientjournaler där man kan följa väsentliga händelser och åtgärder över tid.

Gult: I färre än hälften av journalerna saknas händelser och/eller åtgärder som framkommer i andra källor såsom klagomålshantering, avvikelsem modul, genomförandeplan, vårdplaner eller annan journal.

Rött: I mer än hälften av journalerna finns brister enligt ovan, eller det saknas journal för en eller flera kunder, alternativt att det finns en eller flera journaler som har stora brister.

Social genomförandeplan (gult)

Varje kontaktman ansvarar för att upprätta och revidera sin kunds genomförandeplan. Arbetet beskrivs på ett sätt som visar att man kan kraven enligt rutinen, men det framkommer att exempelvis rehab-träning inte dokumenteras i genomförandeplanen. Kunden och/eller anhörig är alltid med vid upprättande av genomförandeplan, om kunden vill det. Man använder sig ofta av underlaget "Dokumentet om mig", som kund eller anhöriga fyller i vid inflyttningen. Förr var både rehab-personal och enhetschef med vid inflyttningssamtal, omvårdnadspersonal tycker det var bra. Ibland får man fria händer av kunden, då provar man sig fram i planeringen för att få en välfungerande vardag för kunden.

Alla 24 granskade genomförandeplaner är reviderade senaste 6 månader. Lite mindre än hälften saknade namn på vem som varit ansvarig för att upprätta planen. Det framkommer inte när, var och hur planen har upprättats. Det är överlag svårt att se på vilket sätt kunderna har deltagit i upprättandet. De flesta är skrivna i jagform men det är otydligt när kunden har fått framföra sina åsikter och önskemål.

I alla utom fem genomförandeplaner finns det information om kundens sociala liv och intressen. Det finns dock tydliga skillnader där en del av planerna är rika på personliga beskrivningar av kunden och andra har ett innehåll som är intetsägande. I sex av de granskade planerna saknas det helt eller delvis information om funktionsnedsättning, tillstånd samt konsekvenser för omvårdnaden.

Vissa beskrivningar, till exempel hur tandvård ska genomföras borde framgå.

Målformuleringarna var inledningsvis generellt formulerade och saknade koppling till kunden. I femton av 24 genomförandeplanerna saknas information om det helt eller så finns endast ett beskrivet delmål. Då de flesta planer saknar mål eller delmål är det svårt att bedöma om de angreppsätt som beskrivs är relevanta för målen. Nästan alla planer beskriver när insatser ska ske utifrån dygn, i enstaka fall saknas veckoplanering.

Det är tydligt att det är autotext som förs in i planerna via handläggningen enligt IBIC-strukturen. I en plan framkommer att kunden har Covid -19, men den är inte uppdaterad nu sen när patienten blir är frisk. I någon finns det endast ett förnamn på kontaktmannen som upprättat den. Olika mallar har använts vid upprättandet, ingen enhetlig bild av vad som ska ingå i en genomförandeplan verkar finnas. Det finns en tanke och ambition

om att få med väsentliga uppgifter i genomförandeplanerna, men det verkar saknas kunskap om vad en genomförandeplan ska innehålla.

Det är generellt bra genomförandeplaner, men det finns brister. Tre av åtta parametrar uppfylls med beröm godkänt i alla granskade planer.

Social utförarjournal (gult)

Omvårdnadspersonalen har viss uppfattning om vad och hur det ska dokumenteras i den sociala journalen.

Tio av journalerna uppfyller samtliga granskade punkter. Alla granskade journaler är tunna och innehåller få anteckningar, exempelvis finns frånsägelser från kund samt att kund tagits upp på teamträffar, vilka som då deltagit, något om kundens hälsotillstånd och en tydlig planering med åtgärder som sedan följts upp. I en journal fanns anteckningar kring att kundens mående försämrats. Det fanns även anteckningar om orsak till att ny genomförandeplan upprättades. Dessa anteckningar ses som relevanta och informativa.

Utöver detta finns även automatiska anteckningar exempelvis att genomförandeplan är upprättad eller reviderad samt att avvikelse är registrerad i avvikelsemodulen. Vid registrerade avvikelser borde den väsentliga händelsen beskrivas i journalen, exempelvis; vad hände, kontakter och vilka åtgärder som vidtagits. Detta dokumenteras i modulen, men uppfyller då inte kravet på journalföring.

Överlag finns irrelevant information, till exempel att värdeskåpsnycklar som lämnats ut och tillbaka, smoothies som intagits och att kunden varit på sittgympa.

De journaler som är granskade är skrivna med respekt och ett godkänt språk. Det finns väsentliga händelser beskrivna, men de är få och tunna. Utbildning i social dokumentation efterfrågas och behövs regelbundet.

Vårdplaner (gult)

Legitimerad personal upprättar en vårdplan för respektive behandling och fördelar den till omvårdnadspersonal som kvitterar och dokumenterar åtgärder i den. Legitimerad personal och omvårdnadspersonal dokumenterar i vårdplanen. De vårdplaner som finns har ett bra innehåll.

Vårdplaner ska dagligen läsas av omvårdnadspersonal, men detta görs inte alltid. Det framkommer att en vårdplan inte heller alltid upprättas för en behandling. Alla parter påtalar dock att det ligger många inaktuella vårdplaner, vilket försvårar för främst omvårdnadspersonal. Rensning pågår på boendeenheten för att avsluta inaktuella vårdplaner.

Medicinsk patientjournal (gult)

Vid granskning av 24 journaler i verksamhetssystemet Treserva påvisas brister i hälso- och sjukvårdokumentation. Aktuell hälsohistoria samt aktuella diagnoser finns i journalen.

Fast vårdkontakt (omvårdnadsansvarig sjuksköterska), arbetsterapeut, sjukgymnast och patientansvarig läkare och deras telefonnummer är inte registrerade som referenspersoner.

Samtycke ska inhämtas från patienten gällande allmän informationsöverföring, NPÖ² och för registrering i kvalitetsregister, nio av 24 har samtycke rätt registrerat. Endast 14 av 24 patienter har en dokumenterad läkemedelsgenomgång under perioden.

Det framförs att legitimerade personalen inte alltid använder "enstaka åtgärd" som är krav i rutin, vilket medför att åtgärder såsom riskbedömningar inte syns. Dokumenteras det enbart i journalen kan man inte få fram statistik. SIP finns inte registrerad på 23 av 24 patienter. En SIP ska alltid ske vid inflyttning samt vid behov. Sjuksköterskorna uppger att de fortfarande tar ut journalkopior, men använder NPÖ mer och mer.

Bedömning

Genomförandeplanerna är beskrivande men saknar bl a målformuleringar och veckoperspektiv, tre av åtta parametrar uppfylls med beröm. Utförarjournalerna är tunna och beskriver inte en heltäckande bild av det som

² Nationell patientöversikt, gör det möjligt för vårdgivare att dela journalinformation från hälso- och sjukvården med varandra. Vårdpersonal kan ta del av journalinformation som finns hos andra vårdgivare, om patienten har gett sitt samtycke till det.

händer runt kund, tio av 24 utförarjournalerna uppfyller alla parametrar.

Det framkommer att en vårdplan inte heller alltid upprättas för en behandling. Alla parter påtalar dock att det ligger många inaktuella vårdplaner, vilket försvårar för främst omvårdnadspersonal.

Resurspersoner såsom fast vårdkontakt, patientansvarig läkare osv finns inte registrerat. Endast nio av 24 patienter har samtycke rätt registrerat. Man använder inte alltid "enstaka åtgärd" i patientjournalen, vilket bidrar till att statistik inte kan tas ut.

Resultat av åtgärder enligt handlingsplan

- Genomförandeplaner, utförarjournal och vårdplaner har haft brister.
Ny sjuksköterska som börjar sin anställning ska enligt introduktionsprogrammet gå kompetensens utbildning i Treserva HSL. (ny utbildning). Får sedan stöttning av erfaren sjuksköterska under sin introduktion, som är en månad.
Under året har IBIC ombud utbildats att vara ett stöd i respektive enhet.
Samordnare har under året utbildat omvårdnadspersonal i dokumentation, vårdplan och genomförandeplan. Alla medarbetare har genomfört den nya utbildningen i social dokumentation via Kompetensen samt den utbildning som genomfördes fysisk med utredare.

Det har funnits många gamla vårdplaner som sjuksköterskorna har rensat så att bara aktuella vårdplaner finns fördelade till omvårdnadspersonal. Översyn har skett av upprättade/uppdaterade checklistor med bl. a punkt för kontaktuppgifter, vid inflytt för sjuksköterskor rehab och omvårdnadspersonal. Personkorten har sett över så att de innehåller aktuella uppgifter så som referenspersoner mm ses över löpande. HSL samtycke för informationsöverföring/sekretess har uppdaterats på samtliga patienter av sjuksköterskorna. Samtyckes rutin har tagits upp på APT för omvårdnadspersonal och kvalitetsmöte.

Värdegrund

Krav

Lagstiftning och styrdokument (bl a Värdegarantin) ställer krav på likabehandling, delaktighet, bemötande, trygghet, säkerhet, information, meningsfull dag, att kund ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

Bedömningsmall

Grönt: Finns ett medvetet arbete att hålla dialog runt frågorna, regelbundet fånga individuella önskemål och ge kunden en meningsfull dag.

Gult: Man arbetar utifrån individuella behov och har samtal om frågorna.

Rött: Sker ingen dialog runt frågorna, syns inte heller i arbetet med kund.

Värdegrund

Det sker samtal runt bemötande, värdegrund och etiska frågor, men inte strukturerat återkommande.

Kommunens värdegrund tas upp på introduktioner, vid medarbetarsamtal och på APT. I det dagliga arbetet sker det diskussioner kring värdegrundsarbetet, tex bemötande och samarbete. Samtal runt etiska dilemman sker regelbundet i det vardagliga arbetet samt vid behov i individuella samtal, på teamträff eller APT.

Boendeenheter har inte haft samtal kring diskrimineringsgrunder under den här perioden. En arbetsgrupp av enhetschefer tar fram ett årshjul för APT och ska där ta med frågan om etik och värdegrund.

Främst omvårdnadspersonalen betonar vikten av att lyssna på kundens önskemål och göra individuella anpassningar. Omvårdnadspersonalen uppfattar att man har god kännedom om kunderna och deras behov och

önskemål av aktiviteter, det kunden tyckte om förr kan ha ändrats. När kunden inte kan uttrycka sig själv arbetar man inom teamet med att prova och utvärdera åtgärder tills man ser att det blir bra för kunden.

Omvårdnadspersonal brukar samtala och avleda kunder när de uttrycker sig olämpligt gentemot varandra och för även en god dialog med kund i situationer när de uttrycker sig olämpligt mot omvårdnadspersonalen. Samtal förs så att alla arbetar lika gentemot kund vilket även tydliggörs exempelvis i BPSD-arbetet och bemötandeplaner.

Bedömning (grönt)

Det finns ett pågående arbete runt etiska- och värdegrundsfrågor.

Kontinuitet

Krav

Värdighetsgarantin betonar vikten av omsorgskontinuitet, d.v.s. att kundens behov ska vara väl kända i personalgruppen och att hjälpen utförs på samma sätt oavsett vem som utför den samt sträva efter personalkontinuitet.

Bedömningsmall

Grönt: Genomförandeplanen beskriver kundens behov och hur den vill ha hjälpen utförd.

Genomförandeplanen och TES används som stöd i arbetet för omvårdnadspersonalen.

Gult: Medveten om vikten av omsorgskontinuitet, de pratar ihop sig för att göra lika men finns inte dokumenterat. Alternativt, det finns planerade eller vidtagna åtgärder.

Rött: Finns ej muntligt eller skriftligt.

Omsorgskontinuitet

Omsorgskontinuitet (kund får stöd på samma sätt oavsett vem som arbetar) uppnås dels genom beskrivningar i TES-planeringsverktyget, i genomförandeplaner och vårdplaner.

Personalkontinuitet

Personalkontinuitet (kunden får stöd av begränsat antal personer) uppnår man genom att en arbetsgrupp är stationerad på en avdelning och stöttar upp på avdelningen bredvid. Även kontaktmannaskapet, fast vårdkontakt i form av omvårdnadsansvarig sjuksköterska och arbetsterapeut/sjukgymnast bidrar också till kontinuitet. Under pandemin har färre individer använts som vikarier och man har en vikarie överanställd, vilket ökat kontinuiteten.

Bedömning (grönt)

Det finns ett genomtänkt arbete för att sträva efter hög kontinuitet både vad gäller omsorgs- och personalkontinuitet. TES-planeringen har både för- och nackdelar, önskvärt att det står mer detaljer i genomförandeplanen och tillfälliga aktiviteter och påminnelser.

Personal och kompetens

Krav

Förvaltningens mål år 2014; 80 % av ordinarie personal har undersköterskekompetens eller motsvarande.

Bedömningsmall

Grönt: 80 % eller fler har adekvat utbildning.

Gult: Det finns planerade eller vidtagna åtgärder, t ex planerad fortbildning eller strategi för att anställa personer med adekvat utbildning.

Rött: Målet ej uppfyllt.

Utbildning och kompetens

Chefsområde 1 har 28 av 32 utbildade undersköterskor (88 %) chefsområde 2 har 24 av 31 (78%) och chefsområde 3 har 26 av 34 (76,47%). Snittet på hela boendeenheten är 80,41%.

Enhetscheferna uppger att ca 20 medarbetare har brister i det svenska språket. Fyra medarbetare har påbörjat den riktade språkutbildning som vuxenutbildningen driver enligt Omvårdnadsnämndens verksamhetsplan 2021-2024. Från början hade boendeenheten bara en plats, men andra enhetschefer verkade ha svårt att få sina medarbetare att gå, så man erbjöds totalt 4 platser. Medarbetarna uppskattar en jättebra utbildning och känner sig upplyfta och bekräftade, berättar enhetscheferna.

Fortbildning och handledning

Omvårdnadspersonal har under året fått webbutbildning i basala hygienrutiner vid behov även genomgång i förflyttningsteknik och hantering av olika hjälpmedel runt varje kund. Medarbetarna upplever att de har tillräcklig utbildning i BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens), IBIC (Individens Behov i Centrum), hjälpmedel och förflyttningsteknik. Omvårdnadspersonal har fått utbildning i "Psykisk hälsa för äldre", men ser gärna mer även av det och runt suicidprevention, gärna även runt hot & våld och utåtagerande beteende. De framför att de även behöver mer utbildning främst om dokumentation och hanteringen i Treserva. Medarbetare uppger att de inte fått utbildning i grundläggande näringslära för äldre samt livsmedelshygien.

Vissa sjuksköterskor framför att de inte fått utbildning via Teams runt basal hygien. Ingen av dem har gått den nya nutritionsutbildningen.

Arbets terapeut och sjukgymnast framför önskemål om utbildning kring fallavvikelser. Det har under året givits möjlighet att delta i nationella webinar exempelvis Open Space träning/nutrition, nationellt vårdförlopp för distala handledsfrakturer, Fysioterapeuterna-Covid 19, men alla behöver inte gå allt, det går bra att ha en kollega att fråga. Utbildning angående fysioterapi vid demens efterfrågas.

Legitimerad personal handleder omvårdnadspersonal i det dagliga arbetet.

De intervjuade visar att det saknas regelbundet återkommande utbildning, t ex förflyttningsskunskap och dokumentation.

Introduktion

Introduktionsprogrammet för omvårdnadspersonal innehåller både teori och praktik. Utsedda handledare ansvarar för introduktionen och checklista finns. Delar av omvårdnadspersonal uppger att de saknar checklista att hålla sig till, men tycker att introduktionen ändå fungerar bra. Man går vanligtvis dubbelt under två dagspass och ett kvällspass, kan utökas efter individuell bedömning av enhetschef. Enhetschefen följer upp hur vikarier och nyanställda tagit till sig informationen.

Flera uppger att det saknas centrala introduktionsutbildningar inom olika områden såsom Treserva, TES, dokumentation, vårdplaner, avvikelshantering och förflyttningsteknik m.m. Inför sommarperioden ges en kommungemensam introduktion till sommarvikarier, medan arbetsplatsen ska ge den verksamhets specifika introduktionen.

Arbetskläder

Sjuksköterskor, sjukgymnast, arbets terapeut och omvårdnadspersonal har arbetskläder som byts dagligen.

Omvårdnadspersonalen tvättar själva på respektive avdelning. Sjuksköterskornas arbetskläder tvättar avdelningen för daglig verksamhet, men under pandemin har sjuksköterskorna fått tvätta själva, vilket tagit mycket tid i anspråk. Sjukgymnastens och arbetsterapeutens arbetskläder tvättas av ett företag.

Ombudsroller

Handledare finns utsedda för att introducera nya medarbetare. Det finns hygienombud, vilka haft en betydande roll under pandemin. Ombuden har kunnat kontrollera och påminna medarbetare tack vare sitt mandat. Det finns kostombud som har ett omfattande uppdrag och ett nätverk som NAD ansvarar för. På eget initiativ har boendeenheten även inkontinensombud med ansvar för beställning av inkontinenshjälpmedel samt även hjälpmedelsombud med ansvar för övergripande frågor, utöver ansvaret som kontaktman har t ex att rengöra kundens hjälpmedel.

En av cheferna uppger att hon håller efter ombuden hårt så att de sköter sitt uppdrag.

Bedömning (grönt)

Boendeenheten har god utbildningsnivå och genomtänkt introduktion med uppföljning för hur den fungerat runt enskilda medarbetare. Ombudsroller finns för viktiga områden och arbetet fortlöper.

Medarbetare är i stort nöjda med den fortbildning de fått, även om de saknar mer kunskap inom vissa områden. Det är bra att boendeenheten ordnat så fler än tilldelade platser fått språkutbildningen.

Socialstyrelsens brukarenkät

I Socialstyrelsens rapport "Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2020" framgår att brukarenkäten besvarades av 39,8% av alla brukare i landet. Enkäten skickades ut innan pandemin startade i Sverige. Andelen svarande för Forellplans vård- och omsorgsboende redovisas i spannet 40 - 60%. På Forellplan är andelen kunder som är mycket eller ganska nöjda med stödet i sin helhet 75% medan Gävles snitt ligger på 83% år och Sveriges 81%.

Sammanfattande reflektion

Vi granskare ser en fungerande verksamhet med engagerade medarbetare närmast kund. Medarbetarna ger en fin beskrivning av hur de får ihop arbete med kunderna och utgår från den enskildes behov och önskemål. Medarbetarna ger ett intryck av trygghet och genuint engagemang om att man ger allt man kan till den enskilde även om man inte har alla förutsättningar. Det finns ett gott samarbete mellan professionerna på boendeenheter, alla är lätta att få kontakt med och återkoppling från.

Värt att lyftas fram, undersköterskornas röster:

”Vi har världens bästa jobb” ”Vi trivs, det fungerar jättebra” ”På vår avdelning har vi inte haft Coronasmittade kunder” ”Vi har världens bästa sjukgymnast” ”Viktigt att vi har bra introduktion för att ta hand om alla nya.”
”Vi arbetar ibland en på varje avdelning, man ska då ta hjälp från annan avdelning, men då blir det ju tomt där”
”Ibland räcker inte tiden till. När man arbetar med TES-schema får inget oförutsett hända, det finns det inte utrymme till. De tycker ni att vi ska klara oss, de vet inte hur det är, planerare och chef arbetar ju aldrig på avdelningen.” *”Vi får ta rast när det går.”*

Flera intervjuade reflekterar över att man blir själv på avdelningen då kollegan går på rast. Det är då inte alltid lätt att hämta annan medarbetare på avdelningen bredvid, eftersom det då blir tomt på den avdelningen. I granskningen lyfter flera chefsnivåer att bemanningen är mycket låg, 0,53 åa/kund. Det ekonomiska underlaget visar dock att denna siffra omfattar dagtid. Då hela dygnet beskrivs ligger det på 0,70 åa/kund och därmed mer i linje med nationella siffror. Socialstyrelsen uppger att 1,0 åa/ kund behövs i demensboende för att ge optimalt stöd och möjlighet till aktiviteter.

Under kvalitetsgranskningen framkommer ofta hur Coronapandemin påverkat boendeenheters arbete. Ett exempel som lyfter fram det intensiva arbetet med bemanning är att fem nattpersonal behövde utökas till 11 personer då man arbetade med kohortvård³. Utöver bemanningsfrågan har arbetet med att förebygga smittspridningen via hygienrutiner och skyddsutrustning tagit mycket tid. Flera Covid-utbrott och en del massmedial uppmärksamhet medförde att Vårdhygien och MAS stöttade i förbättringsarbete runt hygien. Det är glädjande att verksamheten därefter inte haft något Covid-utbrott.

Avslutningsvis har vi granskare identifierat flera brister som behöver åtgärdas på sektornivå;

1. Stöd och styrning i systematiskt förbättringsarbete saknas ute i verksamheten. Detta planeras just nu av Kvalitetsteamet och Planering, Analys och Utvärdering som överlämnar förslag till sektorledning.
2. Det saknas ansvarsbeskrivning med mandat och ansvar för olika chefsnivåer. Det saknas struktur i de olika möten som sker på boendeenheter och uppåt till verksamhets- och kontorsledning.
3. Samarbetet mellan den sociala och den medicinska ledningen brister då man har olika organisatoriska tillhörigheter. Hälso- och sjukvårdsorganisationen inom Välfärd Gävle bidrar till oklara roller och försvårar samarbetet. Granskare ser behov av att förtydliga roller och ansvar i den översyn som pågår på sektornivå.
4. Det råder oklarheter runt resursplatserna. Ska dessa kunder hanteras annorlunda än andra? Legitimerad personal efterfrågar styrdokument runt resursplatserna vilket granskningsteamet bedömer befogat att sektor förtydligar detta.

³ Minimal personalstyrka för att minimera smittspridning.

5. Valfärd Gävle behöver styra upp vilka medicintekniska produkter och kommunägda hjälpmedel som ska finnas i verksamheten och hur de ska skötas och kontrolleras. MAR i länet har initierat ett förslag gällande att ta fram en förteckning över vad som ska finnas.
6. Vikarier på sommaren får mer introduktion av bemanningsenheten, men vikarier på vintern får inte den samlade genomgången vid introduktion utan förväntas få allt på respektive arbetsplatser. Kan de som börjat under året hänga på i sommarintroduktionen?
7. Valfärd Gävle behöver utveckla en organisation för att kontinuerligt erbjuda utbildningar i olika frågor tex social och medicinsk dokumentation, avvikelshantering, förflyttningkunskap, riskbedömningar och systematiskt förbättringsarbete. Även tydligare implementering av olika rutiner behöver förbättras. Detta är påbörjat av bland annat Kvalitetsteamet och systemförvaltare.
8. Arbetet med vårdrelaterade infektioner bör styras upp enligt nationella styrdokument.
9. Vårdighetsgarantin bör ligga i ledningssystemet och delas ut till nya kunder samt ingå i introduktion av medarbetare.

Referenser

Omvårdnadsnämndens Världighetsgaranti, giltig from 1 mars 2013.

Rutiner och uppdragsbeskrivning i Valfärd Gävles Ledningssystem.

Treserva, avvikelsestatistik ur avvikelsemodul, 2020 09 01-2021 08 31

Valfärd Gävles diarium, Lex Sarah-ärenden 2020 09 01-2021 08 31

Valfärd Gävles diarium, Klagomålsärenden 2020 09 01-2021 08 31

Brukarenkät 2020, Socialstyrelsen

Åtgärdsplan för vård- och omsorgsboende Forellplan 2021-02-02

	Brist	Förslag på åtgärder	Ansvarig	Tidplan
1	Ledning och organisation <ul style="list-style-type: none"> - Otydliga roller och ansvar mellan chefer och chefsnivåer - Oklarheter runt medicinska ledningsansvaret råder - Syfte med olika möten saknas - Dagordning och minnesanteckning till flera möten saknas 	<p>Uppdragsbeskrivning för samtliga chefsnivåer tas fram för kontor boende.</p> <p>Uppdragsbeskrivning för Verksamhetschef HSL tas fram</p> <p>Syften med möten tas fram och är förankrat med alla deltagare</p> <p>Dagordningar tas fram, bl a för teamträff och kvalitetsmöte. Team skapas för varje möte där minnesanteckningarna förvaras.</p>	<p>Kontorschef</p> <p>Kontorschef</p> <p>Verksamhetschef</p> <p>Verksamhetschef</p>	<p>Våren 22</p> <p>Våren 22</p> <p>Februari 22</p> <p>Februari 22</p>
2	Kvalitetsarbete <ul style="list-style-type: none"> - Systematiskt förbättringsarbete saknas 	<p>Det systematiska förbättringsarbetet dokumenteras av ansvarig chef och följs upp av verksamhetschef, individuellt med varje enhetschef.</p> <p>Power BI skall användas och analyseras systematiskt på kvalitetsmöten.</p> <p>Förbättringsarbete med BPSD pågår med hjälp av projektledare Therese Christiansson.</p>	<p>Enhetschefer och verksamhetschef</p> <p>Enhetschefer och verksamhetschef</p> <p>Enhetschefer</p>	<p>Löpande</p> <p>Våren 22</p> <p>2022</p>
3	Avvikelse <ul style="list-style-type: none"> - Brister i avvikelshantering, dokumentationen och analys på aggregerad nivå saknas 	<p>Ny rutin har förtydligat arbetssättet med avvikelserna. Alla avvikelser har sedan tidigare hanterats, men nu registreras alla moment noggrant. Enhetschefen skickar avvikelser till berörda, involverar rehab oftare än tidigare. Vid allvariga händelser kontaktar man MAS/MAR/SAS och verksamhetschef snabbare numera. En årssammanställning har tagits fram via Power BI.</p>	<p>Verksamhetschefer våbo</p>	<p>2022</p>

		<p>Analys sker på enhetsnivå. Nu ska statistiken i Power BI börja användas som underlag.</p> <p>Analys av avvikelser tas på ledningsgrupp våbo med enhetschefer, verksamhetschefer för alla våbo 2 ggr per år. Analys med hjälp av statistik i Power BI ska påbörjas.</p> <p>Allvarliga händelser informeras om på kontorets verksamhetsmöte där kontorets samtliga enhetschefer och verksamhetschefer deltar. Analys med hjälp av statistik i Power BI ska påbörjas.</p>	<p>Enhetschefer</p> <p>Kontorschef</p>	<p>Våren 2022</p> <p>2022</p>
4	<p>Samverkan i teamet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Långsiktigt och förebyggande arbete runt kund saknas - Teamträff planeras inte med den frekvens som är krav - Rehab-personal blir inte involverade i alla delar, tex i kvalitetsråd och avvikelser 	<p>Teamträffar inplanerade enligt rutin för hela 2022. Mötestiden har förlängts för att hinna med förebyggande arbete.</p> <p>Tydlig dagordning för teamträff upprättas.</p> <p>Riskbedömningarna förbereds och slutförs eller presenteras under teamträffen. Enhetschefer, rehab, omvårdnadspersonal och omvårdnadsansvarig sjuksköterska deltar. Teamträffen är obligatorisk.</p> <p>Rehabpersonal är inbjuden till samtliga kvalitetsmöten.</p>	<p>Enhetschefer och samordnare</p> <p>Deltagare på kvalitetsmöte</p> <p>Deltagare på teamträff</p> <p>Verksamhetschef</p>	<p>Januari 22</p> <p>Februari 2022</p> <p>löpande</p> <p>Januari 22</p>
5	<p>Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Genomförandeplaner, utförarjournal och vårdplaner har brister 	<p>Utsedda sjuksköterskor utbildas i Treserva och utbildar därefter sina kollegor.</p> <p>IBIC ombud utbildas och kommer att vara ett stöd i respektive enhet.</p> <p>Samordnare utbildar omvårdnadspersonal i dokumentation, vårdplan och genomförandeplan.</p>	<p>EC ssk</p> <p>Enhetschefer</p> <p>Enhetschefer</p>	<p>Våren 2022</p> <p>Våren 2022</p> <p>Hösten 2022</p>

		<p>Alla medarbetare går nya utbildningen i social dokumentation via Kompetensen.</p> <p>Sjuksköterskorna rensar i vårdplanerna.</p> <p>Åtgärdat av sjuksköterskor 28/12-2021</p> <p>Punkt om registrering av kontaktuppgifter läggs till på checklista vid inflyttning för sköterskor.</p> <p>Upprätta/uppdatera checklistor med bl a punkt för kontaktuppgifter, vid inflytt för rehab och enhetschefer.</p> <p>Registreringen i personkortet i Treserva ses över löpande.</p> <p>Rutin om samtycke gås igenom på kvalitetsmöte samt på APT för omvårdnadspersonal.</p> <p>HSL samtycke för informationsöverföring/sekretess åtgärdat av sjuksköterskor 28/12 2021</p>	<p>Alla chefer</p> <p>Sjuksköterskor</p> <p>Sjuksköterskor</p> <p>EC ssk</p> <p>EC ssk, EC rehab samt EC Forellplan</p> <p>Verksamhetschef, Enhetschefer</p> <p>Sjuksköterskor</p>	<p>2022</p> <p>Löpande</p> <p>2021</p> <p>Maj 2022</p> <p>April 2022</p> <p>December -21</p>
6	<p>Hälso- och sjukvård</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbete med riskbedömningar brister - Munhälsobedömningar sker inte enligt krav - Oklarheter runt delegering kontra egenvård - Vårdrelaterade infektioner dokumenteras inte enl krav 	<p>Tas på teamträff-stående punkt på dagordning.</p> <p>Tas på teamträff-stående punkt på dagordning.</p> <p>Förändringsarbete rehab gällande egenvård pågår. Rutinen gås igenom på kvalitetsmöte samt med omvårdnadspersonal.</p> <p>Tas på sektornivå.</p>	<p>Alla i teamet</p> <p>Alla i teamet</p> <p>EC rehab Verksamhetschef, EC Forellplan</p> <p>Kontorschef</p> <p>Alla i teamet</p>	<p>Löpande</p> <p>Löpande</p> <p>2022 September -22</p> <p>2022</p> <p>2022</p>

- Dokumentation och arbetsätt runt skyddsåtgärder brister	Skyddsåtgärder står som en punkt på dagordningen för teamträffar och går igenom var tredje månad, så att övervägandet om att använda skyddsåtgärd är gjort och att det finns ett aktuellt registrerat samtycke i Treserva.	EC ssk	Januari 2022
- Kontrollräkning av narkotikaläkemedel brister	Egenkontrolllista avstämning månadsvis.	Enhetschefer	Mars 2022
- Vardagsrehabilitering prioriteras bort vid tidsbrist	Enhetschef påminner omvårdnadspersonal om att meddela då insatser inte hinns med. Dagliga insatser registreras som avvikelser, medan veckoinsatser planeras om till annan dag. Förebyggande åtgärder sätts in i avvikelshantering. I medarbetarsamtal tas alltid upp att låta kunden göra moment de klarar själva, vilket på sikt inte bör ta mer tid.	Kontorschef	2022
- Förteckning av kommunägda hjälpmedel MTP saknas och skötsel har brister	Frågan lyft på kontorsnivå.	Verksamhetschef	Mars 2022
- Suicidhanteringen brister	Rutinen går igenom på kvalitetsmötet samt på APT med omvårdnadspersonal.	Verksamhetschef	2022
- Brytpunktssamtal utförs inte i enlighet med lagstiftning	Kontakt med hälsocentral om samverkan.	Verksamhetschef	2022
- Registrering och analys i kvalitetsregister brister	Analys görs på kvalitetsmöten.	Verksamhetschef	2022