



# Kvalitetgranskning Solberga 2022 nivå 3

Planering, analys och utvärdering  
*Kvalitetsteamet*

Ulrika Carlsson  
Johanna Storing  
Maria Thuman

2023-03-15  
Dnr 23ON113



## Innehåll

.....	1
Kvalitetgranskning Solberga 2022 nivå 3 .....	1
Innehåll.....	2
Sammanfattning .....	4
Bakgrund .....	7
Syfte .....	8
Metod.....	8
Resultat.....	9
Ledarskap och organisation.....	9
Kvalitetsarbete.....	11
Avvikelser och klagomål.....	12
Dokumentation .....	26
Värdegrund .....	29
Personal och kompetens.....	31
Socialstyrelsens brukarenkät .....	32
Sammanfattande reflektion .....	33
Referenser .....	34

## Sammanfattning

Kvalitetsteamets medarbetare har via enkätsvar, intervjuer och analys av olika underlag sett en bristande verksamhet. Det råder oklara chefsroller, delvis med anledning av nuvarande HSL-organisation.

Granskningen visar att det finns allvarliga brister i verksamheten, detta utifrån att lagar, föreskrifter och rutiner inte är kända och efterlevs. Detta medför att ingen del i granskningen ger ett godkänt resultat.

Det råder oklara roller och ansvar i organisationen på ledningsnivå avseende kvalitetsarbete och det lagstadgade HSL-ansvar verksamhetschef har. Organiseringen med flera ansvariga chefer för tre olika uppdrag såsom verksamheten på boendeenheten, HSL-ansvaret och personalansvaret för hälso- och sjukvårdspersonal är komplex. Sjukfrånvaron bland omvårdnadspersonalen är hög och kravet på formell utbildning hos omvårdnadspersonalen uppfylls inte då endast 57,6% har undersköterskeutbildning.

Granskningen av dokumentationen i avvikelshantering visar på brister då det saknas utredningar. Verksamheten använder inte avvikelsemodulens möjlighet att ta ut statistik och analysera underlaget. Systematiska kvalitetsarbetet inom boendeenheten och verksamhetsområdet brister.

Genomförandeplaner, social utförarjournal, medicinsk patientjournal och vårdplaner lever inte upp till kraven i gällande lagstiftning. Vårdplaner fördelade till omvårdnadspersonalen från sjuksköterskor innehåller åtgärder enligt SoL och ska finnas i genomförandeplan. Fördelade åtgärder från legitimerad personal utförs inte enligt planering relaterat till tidsbrist. Det finns många inaktuella vårdplaner samt ibland onödiga dubletter och i vissa fall saknas vårdplan helt. Omvårdnadspersonalen har svårt att hitta och skriva utförda åtgärder i rätt vårdplan. Bedömningen är att det saknas förutsättningar för hälso- och sjukvården att ge den enskilde en god och säker vård.

Det framkommer brister i samverkan på övergripande nivå. Det saknas styrning i vad som tas upp i olika möten. Det förebyggande arbetet i både verksamhetsfrågor på olika nivåer samt i arbetet runt kund/patient brister. Strukturen och innehåll vid olika möten, avstämningar samt vid rond, teamträff och uppdatering av genomförandeplan bör kunna samordnas på ett effektivare sätt.

Runt flera brister ovan bedömer granskarna att Valfärd Gävle även bör stödja med mer övergripande åtgärder.

Nr	Område	Bedömning	Kommentar
1	Ledarskap och organisation		Otydliga roller och ansvar på olika chefsnivåerna i hur sociala och medicinska arbetet synkas. Komplex HSL-organisation bidrar till brister i styrning och samverkan.
2	Kvalitetsarbete		Systematiskt förbättringsarbetet saknas och dokumenteras ej. Verksamhetsplaneringen brister. Följer inte lagar, föreskrifter och rutiner
3	Avvikelse och klagomål		Avvikelsehanteringen och dess dokumentation brister. Följer inte lagar, föreskrifter och rutiner.
4	Samarbete i teamet		Svårigheter att få ihop teamet med teamarbetet. Personal hinner inte utföra ordinerade insatser. Otydligheter i uppdraget utifrån lagstiftning HSL och SOL
5	Kontaktmannaskap		Finns men hinner inte med uppdraget
6	<b>Hälso- och sjukvård</b>		
	<i>Riskbedömningar</i>		På god väg med arbetet under 2022 jmf med den del av den granskade perioden som omfattar ht-2021.
	<i>Läkemedelshantering</i>		I "rutinpärm" finns riktlinje med generella ordinationer från sjuksköterska till omvårdnadspersonal vilket inte är förenligt med lagar, föreskrifter och rutiner.
	<i>Delegeringar</i>		Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt.
	<i>Egenvård (ej HSL)</i>		Mycket som kan vara egenvård är ordinerat i hälso- och sjukvårdsjournal
	<i>Narkotikaläkemedel</i>		Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt.
	<i>Basala hygienrutiner</i>		Brister i följsamhet till lagstiftning, föreskrifter och rutin.
	<i>Vårdrelaterad infektion</i>		Avvikelse registreras inte.
	<i>Rehabilitering</i>		Omvårdnadspersonal uppger tidsbrist gällande att utföra ordinerad träning. Hälsöfrämjande aktiviteter ses som ett utvecklingsområde (vardagsrehabilitering).
	<i>Hjälpmedelshantering</i>		Utbildning behöver säkerställas samt att säkerställande av användartillsyn, skötsel/ rengöring saknas.
	<i>Medicintekniska produkter</i>		Avsaknad av service/kalibrering av mätutrustning?
	<i>Inkontinenshjälpmedel</i>		SSK utreder och förskriver ej enligt nationella riktlinjer, Nicola
	<i>Skyddsåtgärder</i>		Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt av omvårdnadspersonalen
	<i>Måltider (ej HSL)</i>		Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt av omvårdnadspersonalen

	<i>Munhälsa</i>		Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt.
	<i>Nutrition</i>		Brister i följsamhet till lagstiftning, föreskrifter och rutin.
	<i>Suicid</i>		Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt av omvårdnadspersonalen
	<i>Vård i livets slutskede</i>		Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt av omvårdnadspersonalen
	<i>Kvalitetsregister</i>		Brister i följsamhet till lagstiftning, föreskrifter och rutin.
<b>7</b>	<b>Dokumentation</b>		Brister i följsamhet till lagstiftning, föreskrifter och rutin. SoL dokumenteras i HSL.
<b>8</b>	<b>Värdegrund</b>		Följer inte Välfärd Gävles värdegrund dokumenterat förbättringsarbete saknas och det finns inte pågående arbete med detta.
<b>9</b>	<b>Kontinuitet</b>		Hög sjukfrånvaro
<b>10</b>	<b>Personal</b>		Hög sjukfrånvaro och kravet på andel undersköterskeutbildad uppnås inte

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. Utifrån signaler från medarbetare och inkomna avvikelser har Solberga valts ut för kvalitetsgranskning.

Vård- och omsorgsboendet består av en enplansbyggnad. Det finns 3 mindre enheter med totalt 36 lägenheter. 13 platser är ämnade för demensinriktning och resten somatisk inriktning. Omsättningen av kunder är ca 25 % (avlidna) under perioden är jämförbart med tidigare år samt även andra likvärdiga boendeenheter. Verksamheten har egen kock. Det finns ett samarbete mellan dagverksamheten, hemtjänst och vård- och omsorgsboende vilket gör att personkännedomen blir större.

Verksamheten har inget uttalat koncept men poängterar att de har en egen kock som lagar maten på plats.

Det är verksamhetens enhetschef som har verksamhets-, personal- och budgetansvar för boendeenheter. Omsättningen av enhetschef har varit relativt hög under det senaste decenniet.

Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret för verksamheten och ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefens skyldigheter är rättsligt reglerat. Verksamhetschef har personalansvar för enhetschefer på fem boendeenheter och ett hemtjänstområde. Verksamhetschefen har även ett övergripande ansvar för ekonomi.

Ledningens uppfattning är att det inte varit någon större omsättning bland omvårdnadspersonalen och betonar datt det ibland kan vara positivt med viss personalomsättning.

Sjuksköterskorna på boendet har en enhetschef som är placerad under en annan verksamhetschef inom kontoret boende och boendets arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast har en enhetschef som är placerad i kontor stöd i hemmet under verksamhetschefen för hemsjukvården.

De två omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna på boendeenheter är stationerade där och har ansvar för 18 patienter vardera uppdelat på en och en halv avdelning var. Arbetsterapeut och sjukgymnast har ansvar totalt för 90 - 100 patienter uppdelat på vård- och omsorgsboenden och hemsjukvårdsenheter, men besöker patienter på boendeenheter regelbundet en fast dag per vecka och vid påkallat behov. De täcker även vid frånvaro på andra områden utöver detta och delar av den granskade perioden hade exempelvis arbetsterapeuten ansvar för 140 patienter.

## Syfte

Kvalitetsgranskningen ska granska kvaliteten i arbetet med den enskilde och omfattar tre delar;

- struktur (*finns rutiner och liknande*), vilket framgår av enkäten och intervjuer
- process (*följs rutiner och liknande*), vilket framgår av intervjuer, avstämning med samverkansparter samt i underlag såsom avvikelshantering m.m. samt i dokumentationsgranskning
- resultat (*kunds och närståendes uppfattning*), används till viss del att spegla utfallet.

Kvalitetsgranskningen ska ge en beskrivning av hur verksamheten fungerar i valda delar samt vid behov ge underlag för förbättringsarbete i verksamheten.

## Metod

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

Granskningsperioden omfattar september 2021 till och med augusti 2022.

En enkät skickades till verksamheten med 63 frågeområden som utgick från kundnära styrande krav på olika områden. Intervjuer har skett med representanter för omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast, ansvariga enhetschefer samt verksamhetschef. Intervjuerna har bestått av följdfrågor utifrån enkätsvaret, anpassade utifrån intervjuad profession.

En dokumentationsgranskning av 42 % slumpmässigt utvalda akter har granskats med hjälp av granskningsmallar utifrån krav i rutiner för social respektive medicinsk dokumentation, totalt 15 akter. Den sociala dokumentationen består av utförarjournal och genomförandeplan. Den medicinska dokumentationen består av en medicinsk omvårdnadsjournal (patientjournal) och vårdplaner (inklusive behandlings- och träningsprogram). Hanteringen av registrerade sociala och medicinska avvikelser i avvikelsemodule i Treserva har granskats. Inkomna klagomål, Lex Sarah och Lex Maria-ärenden under perioden har granskats.

Ett utkast av granskningsrapport med granskarnas bedömning och krav på åtgärder har skickats till verksamheten för korrigerande av sakfel. Omvårdnadsnämnden har delgivits rapporten som informationspunkt.

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.

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.

## Resultat

### Ledarskap och organisation

#### Krav

*Enhetschefer är ansvariga för personal, verksamhet och ekonomi. Verksamhetschef är personalansvarig för enhetschefer och har det samlade ledningsansvaret enligt hälso- och sjukvårdslagen 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. Verksamhetschefen behöver inte ha medicinsk kompetens. Men utan den kompetensen får hen inte bestämma över vård och behandling av patienter.”*

#### Enhetschef

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

Enhetschef håller arbetsplatsträff en gång per månad. Enhetschef håller även månatliga möten med nattpersonal.

Enhetschef ansvarar för teamträffar kring kund var femte vecka. Dessa har dock inte varit fungerande under en längre tid.

Enhetschef deltar i ombudsträffar tillsammans med kostombud, gällande övriga ombud på enheten är det aktuellt att upprätta en struktur för möten och arbetsuppgifter.

Enhetschef kallar till möte gällande avvikelser en gång per vecka.

#### Verksamhetschef

Verksamhetschef har övergripande verksamhetsansvar för kund, personal och ekonomi samt är verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen. Detta innebär att verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret för verksamheten och ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefens skyldigheter är rättsligt reglerat.

Verksamhetschef ansvarar för arbetsplatsträffar med enhetschefer en gång per månad med fokus på arbetsmiljö.

Verksamhetschef har individuell avstämning och uppföljning varannan månad eller vid behov med respektive enhetschef. Avstämning utifrån fokusområden och individuellt behov samt ekonomi och tid för reflektion. Avstämning gällande ekonomi genomförs gemensamt med ekonom en gång per månad.

Andra mötesformer är ledningsgrupp för vård- och omsorgsboende (VÅBO) samt möten för alla enhetschefer VÅBO samt för alla verksamhetschefer för VÅBO. Det sker även möten efter behov exempelvis gällande kontinuitetsplan vid strömavbrott.



Medarbetarsamtal hålls årligen.

Verksamhetschef initierar och deltar i kvalitetsmöten på enheten fyra gånger per år. Enhetschef, sjuksköterskor samt enhetschef för Rehabiliteringen deltar.

Verksamhetschef har personalansvar för enhetschefer på fem boendeenheter och ett hemtjänstområde. Verksamhetschefen har även ett övergripande ansvar för ekonomi.

### **Enhetschefer för legitimerad personal**

Sjuksköterskorna på boendet har en enhetschef som är placerad under en annan verksamhetschef inom kontoret boende och boendets arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast har en enhetschef som är placerad i kontor stöd i hemmet under verksamhetschefen för hemsjukvården. Dessa två enhetschefer har egna APT med sina medarbetare.

De två omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna på boendeenheten är stationerade där och har ansvar för 18 patienter vardera uppdelat på en och en halv avdelning var. Arbetsterapeut och sjukgymnast har ansvarar totalt för 90 - 100 patienter uppdelat på vård-och omsorgsboenden och hemsjukvårdsenheter, men besöker patienter på boendeenheten regelbundet en fast dag per vecka och vid påkallat behov. De täcker även vid frånvaro på andra områden utöver detta och delar av den granskade perioden hade exempelvis arbetsterapeuten ansvar för 140 patienter.

### **Verksamhetsplanering**

Verksamhetsplanering genomfördes under våren 2021. Verksamhetsplanering var planerad till våren 2022 men på grund av att tidigare enhetschef slutade sin anställning så genomfördes inte denna. Förbättringsarbete gällande samarbete för Solberga har genomförts, följts upp och arbetet fortskrider.

### **Bedömning (RÖD)**

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.

## Kvalitetsarbete

### Krav

Socialstyrelsens föreskrift 2011:9 ställer krav på att säkerställa processer och egenkontroll. De styrande rutiner som berör kundarbetet återfinns i Valfärd 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

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. Gällande rutiner beskrivs komma via datorn/mejl och rutinboken/pärmen, medarbetare uppger att det var länge sedan de hörde talas om nya rutiner. För att få veta frågor man sig fram via kollega, sköterska, chef eller samordnare. Information om revideringar når inte alltid medarbetarna. Via APT kommer en del nya rutiner via sköterska. Lappar finns uppsatta gällande boendes rutiner, även runt covid sattes lappar upp. Lapparna kan tex innehålla rutiner om hot och våld, magar, medarbetarna anser att det kan bli svårt att se när det sitter många lappar uppe.

Samtliga intervjuade hänvisar till en rutinpärm som ligger på omvårdnadspersonalens kontor och inte till ledningssystemet. Innehållet i pärmen är olika informationsblad, checklistor och egna riktlinjer från sjuksköterska och enhetschef samt egna framtagna riktlinjer som inte följer lagar och föreskrifter. Innehållet är därmed inte förenligt med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) Patientsäkerhetslag (2010:659).

### Egenkontroll

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.

### Förbättringsarbete

Förbättringsarbete för Solberga gällande samarbete och arbetsglädje har genomförts, följts upp och arbetet fortskrider. Andra förbättringsarbeten som beskrivs gäller schemajusteringar, arbetsplatsträffar och teamsamverkan vid hantering av avvikelser. Verksamhetschefen har regelbundet kvalitetsmöte med enhetschefer, sjuksköterskor och rehab Förbättringsarbeten dokumenteras inte.

## Risicanalys på verksamhetsnivå

Aktuella egenkontroller är nattfastemätning, basala hygienrutiner, måltidsobservationer, livsmedelshygien och matsvinnsmätning. En Kvalitetsgranskning gällande läkemedelshandtering genomfördes 2022-05-09. SBAB. Det finns handlingsplaner, åtgärder och uppföljning, men arbetet med detta har inte fungerat helt optimalt de senaste två åren.

Risicanalys har genomförts utifrån arbetstidsförkortning nattjänstgöring, flytt av enheten för demens samt att risicanalys är genomförd inför sommaren vad gäller sjuksköterskebemanning.

Risicanalys uppges ske regelbundet vid större förändringar.

## Bedömning (Röd)

Lagstiftning och Valfärd Gävles ledningssystem följs inte av verksamheten och är inte kända av medarbetarna.

Det finns inget dokumenterat systematiskt förbättringsarbete där man fångar upp olika parametrar, analyserar och vidtar åtgärder. Risicanalys på organisatorisk nivå har genomförts utifrån arbetstidsförkortning natt, flytt av demensenhet och sjuksköterskebemanning under 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.

## Avvikelse 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 vidtas 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 hanterade.

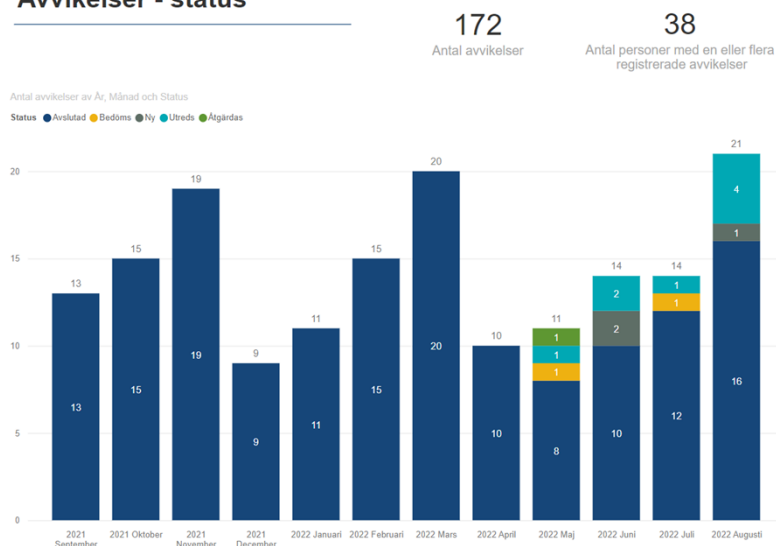
## Avvikelsehantering

Alla yrkeskategorier som uppmärksammar avvikelser registrerar avvikelser. Avvikelser hanteras men behov finns av att hantera avvikelserna tillsammans i teamet. Utvecklingsarbete pågår. Enhetschef skickar avvikelser för kännedom i Treserva till sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast beroende på avvikelserns art. Vid granskning av avvikelser identifieras att tidigare enhetschef avslutat avvikelser utan att utreda bakomliggande orsaker och vida åtgärder utifrån dessa. Dessa avvikelser har inte hanterats av teamet.

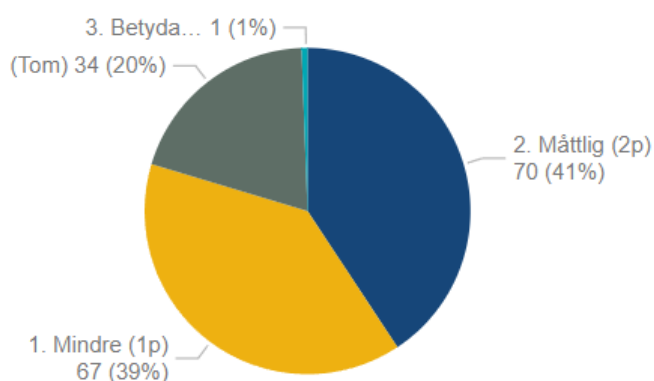
Enhetschef kallar till möte gällande avvikelser en gång per vecka via Teams (30 minuter). Enhetschef och sjuksköterskor deltar alltid, arbetsterapeut och fysioterapeut är inbjudna och deltar efter förutsättningar samt kallas även särskilt vid behov. En resurs (sjuksköterska) med särskilt uppdrag från Valfärd Gävle deltar för att underlätta processen. Respektive yrkeskategori går vidare med bedömning/åtgärd utifrån behov.

Statistik från Power BI har tagits upp under kvalitetsmöten. I den redovisning som verksamheten lämnat i kvalitetsgranskningen noteras att samtliga avvikelser inte finns med. Detta bedöms bero på att statistiken är framtagen ur en gammal version av Power BI där inte samtliga data finns med. Under den granskade perioden finns 172 avvikelser registrerade. Åtta av dem ligger som oöppnade i systemet. 34 avvikelser (20%) är inte sannolikhets- och allvarlighetsbedömda. 42% av avvikelserna är fallavvikelser och 22% är avvikelser i läkemedelshandlingen vilket utgör den större delen av avvikelserna.

### Avvikelser - status

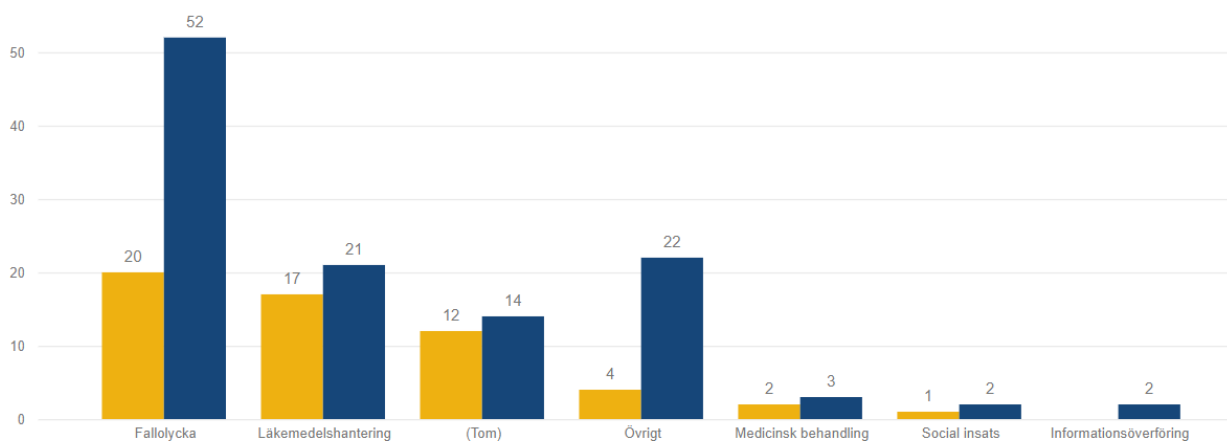


Antal avvikelser av Allvarlighetsgrad



Antal avvikelser av Avvikelse aktivitet och År

År ● 2021 ● 2022



### Granskning av klagomål

Under den granskade tidsperioden så har det hanterats tre klagomål. Två har omfattat begränsningsåtgärder och ett har omfattat utförande och kostnader. I två av svaren uppges att händelsen resulterat i en lex Sarah rapport som vidare utretts inom ramen för lex Sarah lagstiftningen.

### Lex Sarah

Medarbetare har fått information om lex Sarah och det finns lathundar. Vissa medarbetare har inte fått någon information och beskriver att det varit flera chefsbyten. Medarbetare vet om skyldigheten att rapportera missförhållanden och var man kan vända sig men har svårare att beskriva vad ett missförhållande är.

Medarbetare beskriver att arbetet inte hinns med många gånger men att det inte upprättas lex Sarah-rapporter eller avvikelser om detta.

Under den granskade tidsperioden finns ett pågående lex Sarah ärende.

Tre personer som inte har anställning på Solberga har rapporterat in tre olika oönskade händelser vilket senare rapporterades in som Lex Sarah, så det kan inte uteslutas att det skulle finnas fler oönskade händelser.

### **Lex Maria**

Ingen Lex Maria-anmälan har gjorts under den granskade tidsperioden.

Det beskrivs att händelser som behöver hanteras som Lex Maria ska framkomma i form av avvikelser eller via klagomål. Enligt verksamheten så kan det inte uteslutas att det finns händelser som borde ha blivit hanterade enligt Lex Maria vilket även har framkommit i kvalitetsgranskningen av avvikelserna.

### **Bedömning (Röd)**

Merparten av alla avvikelser är registrerade i alla delar av processen, men kvaliteten i hanteringen brister. Avvikelser utreds inte alltid med berörda parter och många saknar identifierat bakomliggande orsak och vidtagna adekvata åtgärder. 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. Vid kvalitetsgranskning av avvikelser framkommer att flera avvikelser tenderar hantering enligt Lex Sarah. Detta avser brister i utförandet av insatser samt uteblivna insatser samt risker i omvårdnaden om kunder med demenssjukdom. Den bakomliggande orsaken till flera mer allvarliga avvikelser innebär svårigheter kring bemanning kopplat till den höga sjukfrånvaron samt brister i kompetens hos vikarier. Det har även identifierats en allvarlig avvikelse upprättad av sjuksköterska som inte har hanterats utan ligger som ny i systemet. Detta avser brister i vård och behandling under den tid på dygnet som sjuksköterskor inte är på plats.

*Kommentar:* Lagstiftning, patientsäkerhetslagen (2010:659) socialtjänstlagen (2001:453) och Valfärd Gävles ledningssystem följs inte av verksamheten.

## **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.

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**

#### **Informationsöverföring inom teamet**

Omvårdnadspersonalens arbete uppges styras av TES planering. Det framkommer dock att detta inte är välfungerade vilket beskrivs tydligare under socialdokumentation.

Teamets deltagare är omvårdnadspersonal, arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska och enhetschef. Sjuksköterskan hanterar samtycket från kund för att samarbetet inom teamet ska möjliggöras. Informationsöverföringen inom teamet sker främst via fördelade vårdplaner där även omvårdnadspersonalen dokumenterar. Information går även ut via meddelanden i Treserva och via telefon samt muntligt i det dagliga arbetet. På omvårdnadspersonalens kontor finns även lappar uppsatta gällande hur man ska agera vid olika sjukdomstillstånd och instruktioner gällande covid. Vissa av dessa är inaktuella och inte överensstämmande med de instruktioner som gäller för verksamheten.

Omvårdnadspersonal och sjuksköterskor aktualiserar frågor till arbetsterapeut och fysioterapeut via funktionsbrevlådan i Outlook. Det är lätt att nå varandra och man får återkoppling snabbt.

### Samarbete via vårdplaner

Omvårdnadspersonal ser alla vårdplaner för hela vård- och omsorgsboendet, vilket bidrar till att de tycker är svårt att hitta rätt vårdplan. Det är även svårt att använda de upprättade vårdplanerna runt respektive medicinska behandlingar då omvårdnadspersonal och legitimerad personal ser olika saker i vyerna i Treserva. I patientjournalen lägger man flera åtgärder i en och samma plan men i omvårdnadspersonalens vy så ligger varje åtgärd som en egen plan. De fördelade åtgärderna kan dessutom bestå av flertalet åtgärder i en vilket innebär att det är stora svårigheter för omvårdnadspersonalen att få en överblick om vad som ska utföras utifrån hälso- och sjukvården. Många av åtgärderna som fördelas i vårdplan är inte hälso- och sjukvård utan är sociala insatser, måltider och personlig omvårdnad som ska finnas i genomförandeplan och inte i hälso- och sjukvårdsjournal.

### Teamträff

Enhetschef ansvarar för teamträffar kring kund var femte vecka. Alla yrkeskategorier bjuds in. Det pågår ett förbättringsarbete kring struktur och avsatt tid vid varje tillfälle, vilket upplevs positivt av medarbetare. Till teamträffar bjuds för närvarande endast en eller två omvårdnadspersonal in per avdelning. Det framkommer synpunkter om att teamträffen skulle få ett högre värde och effekt om all omvårdnadspersonal från respektive avdelning kunde delta i dialog runt sina kunder samtidigt. Det ses som viktigt att tänka på att efterfråga nattpersonalens information eller ärenden inför teamträffar då de ej närvarar dagtid. Det framkommer önskemål om att hitta en struktur för dialog mellan legitimerad personal utifrån kontinuerligt behov utöver teamträffar.

### Läkarrond

Det framkommer att när läkarstöd finns tillgängligt så är läkarstödet bra. Uppdraget kan behöva förtydligas som exempelvis gällande samtal med närstående vid vård i livet slut samt medverkan vid årsbesök. Senaste tiden har det genomförts fler och fler digitala ronder eller telefonronder vilket då innebär att läkar-avtalet inte följs. Det upplevs svårt med tillgänglighet vid akuta ärenden, sjuksköterskor mejlar ibland samt att VIP-nummer finns. Sjuksköterskorna har flertalet gånger signalerat om att de önskar ett samverkansmöte med verksamhetschef och hälsocentralen utan någon respons.

Arbetsterapeut och sjukgymnast skickar oftast med muntliga frågor till läkare via sjuksköterskor och läkare gör vice versa. Arbetsterapeut svarar skriftligt direkt till ansvarig läkare. Arbetsterapeut behöver gå ned till hälsocentralen i samma byggnad och boka tid för att samråda med läkare. På rondtiden träffas läkare och sjuksköterskor.

**Bedömning (Röd)**

Verksamheten Lever inte upp till kraven i Socialtjänstlag (2001:453) och Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). Svårigheter att få ihop teamet med teamarbetet. VG-RUT-S-4813-v.4.0 Rutin för samarbete och teamträffar följs inte. Personal uppger att de inte hinner utföra ordinerade insatser vilket signalerats till ledningen. Samverkansavtalet för läkarstöd är reviderat och påskrivet men har inte implementerats och kommunicerats med berörda personer i teamet. Otydligheter i uppdraget och ansvarsområden utifrån socialtjänst och hälso- och sjukvård medför att medarbetare utvecklat arbetssätt som inte är förenliga med god och säker vård.

**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**

Beskrivs av medarbetare att det är rörigt gällande uppdraget kring kontaktmannaskap och en medarbetare har varit kontaktman för samtliga kunder på en avdelning utifrån höga sjukskrivningstal. Medarbetare beskriver ha svårt att hinna med sina åtaganden som kontaktman och att det beskrivs vara rörigt kring kundernas nycklar till värdeskåpen vilket ingår i kontaktmannaskapet. Den höga sjukfrånvaron beskrivs inte bara vara problematisk gällande uppdraget om kontaktmannaskap, medarbetare beskriver ofta att man är ensam på avdelningen och att insatserna utförs på egen hand även då det är planerat dubbelgång. Gå-träning och rehabilitering hinns inte heller med.

**Bedömning (Gul)**

Det finns utsedda personer till detta uppdrag, vilket är ett lagkrav, fast omsorgskontakt. Dessa personer bedöms dock inte ha förutsättningar att utföra sitt uppdrag



## Hälsa- och sjukvård

### Krav

Följa lagstiftning och medicinska rutiner i Valfärd 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.

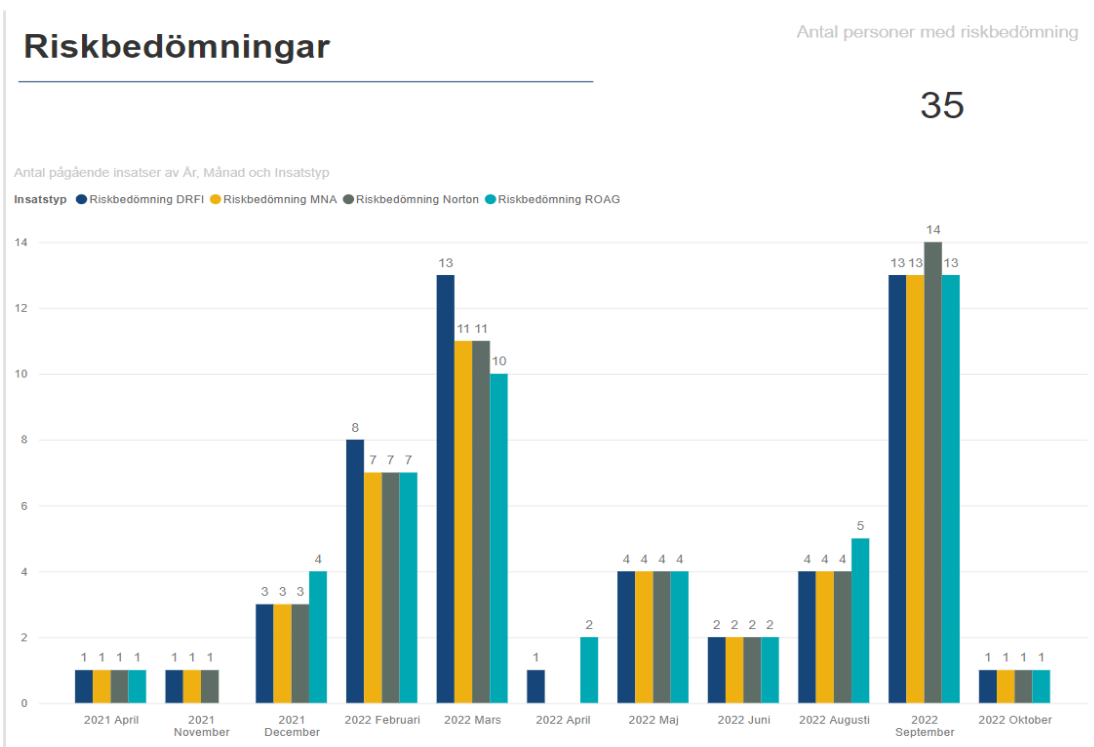
### Riskbedömning på individnivå (Gul)

Riskbedömningar genomförs enligt uppgift inom 14 dagar vid inflyttning till enheten, var sjätte månad eller vid förändringar enligt rutin. Det framkommer att i början av året så fanns inga riskbedömningar gjorda. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför nu riskbedömningar. Rehabprofessionerna får meddelande från sjuksköterska och respektive sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast planerar sin bedömning och åtgärder utifrån riskbedömningen. Legitimerad personal har samråd vid komplexa ärenden, ibland per telefon. Senaste tiden har det inte hållits några hälso- och sjukvårdsmöten mellan de legitimerade professionerna, då avvikelsemöten prioriterats. Nybesök är prioriterade för Rehabprofessionerna. Fysioterapeut träffar kunden när denna har flyttat in och bedömningar görs efter profession. Ibland består åtgärder av allmän omvårdnad.

Sjuksköterskor dokumenterar riskbedömningsblanketterna digitalt i Documenta samt att enstaka åtgärd och mätvärden fylls i.

Riskbedömningar och orsak till risker är dokumenterade i vårdplaner. Det är väl dokumenterat kring orsaker till fallrisker utifrån Downton fallrisk index (DFRI) samt vidtagna åtgärder. Dock förekommer generella råd/åtgärder i de individuella vårdplanerna vilket ej bör dokumenteras där.

Under perioden har 143 riskbedömningar genomförts av sjuksköterskorna. Då varje av de fyra riskbedömningsinstrumenten räknas för sig och antal personer som fått riskbedömning är 35 så torde det innebära att alla kunder på enheten fått en riskbedömning under den granskade tidsperioden. Den granskade tidsperioden är ett år, men ej ett kalenderår. Enligt rutin bör riskbedömning genomföras var sjätte månad samt vid förändrat hälsotillstånd.



Omvårdnadspersonal beskriver att de arbetar med att förebygga fallolyckor genom följande exempel:

- att ställa fram rollator i närheten
- att tända nattlampa
- att skor, halksockor används
- att inga mattor, mattkanter ska utgöra risk
- Att anpassa möblering
- att observera kunders synförmåga
- att hjälpa till med träningsprogram
- att ha koll på hur kunder mår och rapportera till legitimerade
- Sänggrind
- Uppger att det kan vara svårt vid kognitiv svikt
- Det finns trygghetslarm och rörelselarm men det kan vara svårt generellt att hinna fram på larm innan någon hunnit upp- dock vet personal då att någon är på väg upp. Det är stora problem med larm i form av fördröjningar på larm/felkoder.

### Delegering (Grön)

Delegeringsförfarande bedöms fungera väl och gällande lagstiftning, föreskrifter och rutiner följs. 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.

Delegeringen sker på följande sätt.

1. Genomgår webbutbildningen via Svensk Demenscentrum. Efter utbildningen lämnar omvårdnadspersonalen sitt erhållna diplom till sjuksköterskan som ska delegera. Detta sker 1 gång per år
2. Sjuksköterska går igenom kunskapstest och gör en praktisk genomgång av ordinationshandling, monomack, dosett, Apodos, inhalationer och waranordination.
3. Nya medarbetare går tillsammans med ordinarie personal.
4. Sjuksköterskan registrerar delegeringen i verksamhetssystemet.
5. Delegering på ordinarie omvårdnadspersonal förlängs 1 år i taget

### Läkemedelshantering (Röd)

Sjuksköterskorna känner till och använder de kommungemensamma rutiner om läkemedelshantering som finns i det ledningssystemet. En lokal arbetsordning för läkemedelshantering finns upprättad för enheten. Signaturlista med namn och signaturförtydligande finns för personal som är involverade i läkemedelshantering. Dokumentet generella ordinationer finns tillgängligt, är uppdaterat och fastställt av läkare. Verksamheten har en sjuksköterska utsedd av MAS som ansvarig för läkemedelsförrådet. Förrådet är mycket välskött. Översyn och hållbarhetskontroll sker löpande i läkemedelsförråd men dokumenteras inte månadsvis.

Vid granskning av ”rutinpärm” finns riktlinje med generella ordinationer från sjuksköterska till omvårdnadspersonal vilket inte är förenligt med lagar, föreskrifter och rutiner. Därav blir bedömningen röd gällande läkemedelshantering.

### Egenvård (Gul)

Sjuksköterskor har en dialog med kunden vid inflyttning till boendet, främst gällande läkemedel och informerar läkare som tar ställning till om egenvård är aktuellt. Vid intervjuer framkommer att omvårdnadspersonal har olika uppfattningar om vad egenvård är.

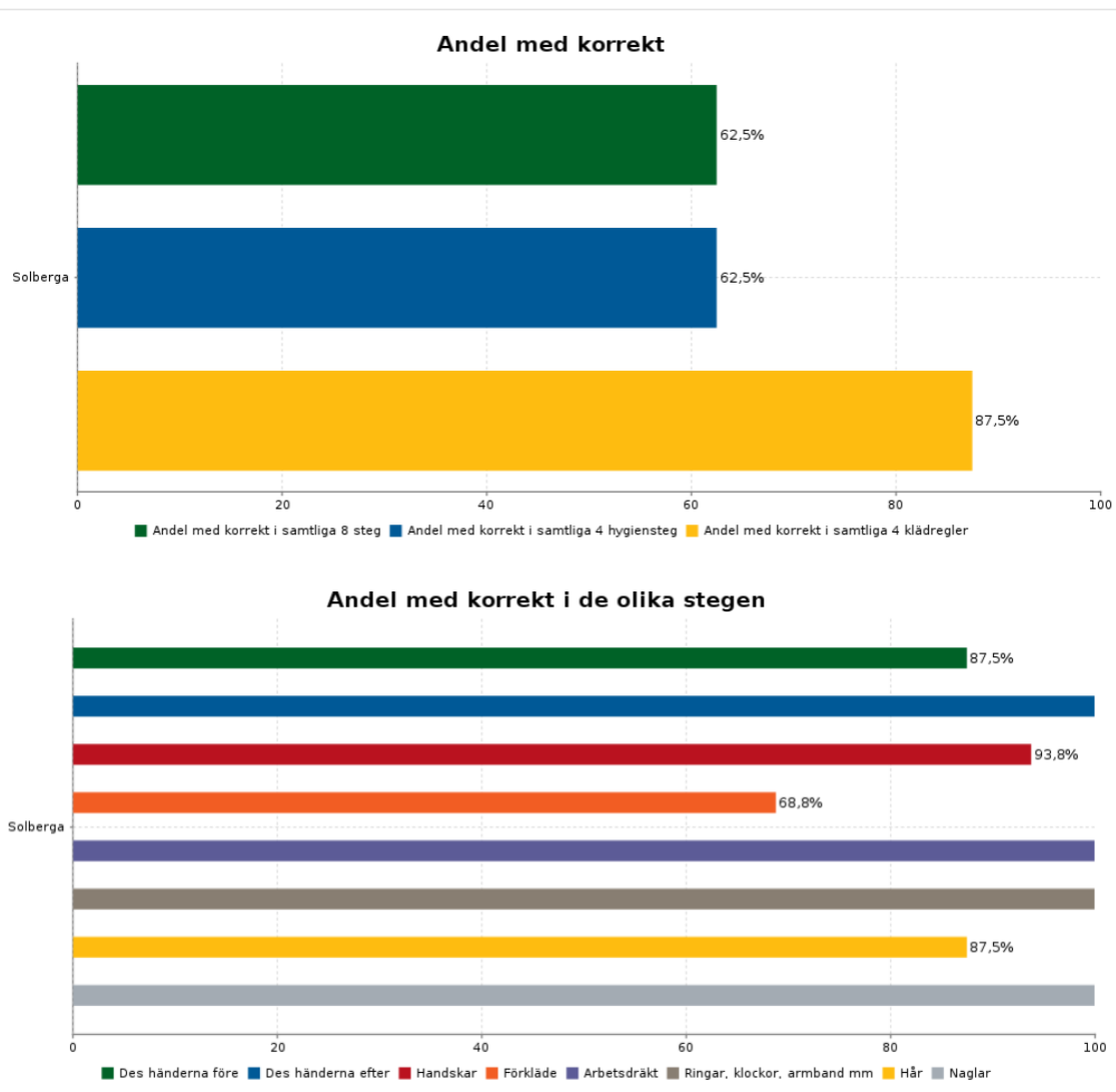
### Narkotikaläkemedel (Gul)

Narkotikakontroll sker månadsvis. Förbrukningsjournaler finns i läkemedelsrum och i den digitala signeringslistan. Narkotikakontrollansvarig kan rekvirera läkemedel till enheten.

### Basala hygienrutiner (Röd)

Arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterskor har genomgått utbildning i basala hygienrutiner.

En del omvårdnadspersonal har fått utbildning i samband med introduktion via Bemanningseenheten. Utbildning har givits under pandemin. Hygiensjuksköterska har haft en uppskattad utbildning på enheten. Hygienombud och chefer har deltagit i utbildningen. En del omvårdnadspersonal uppger att man genomgått rekommenderad webb-utbildning (Socialstyrelsen/ Kompetensen) andra vet ej säkert om det är den utbildning man genomfört. Verksamheten genomförde SKR:s punktprevalens-mätning, PPM under 2022. Resultatet visar på brister i följsamhet till gällande lagstiftning, föreskrifter och rutiner.



### Vårdrelaterade infektioner (VRI) (Röd)

Beroende på vilken vårdrelaterad infektion det gäller finns utbildningsmaterial och rutiner/instruktioner att tillgå. Informationsöverföring till andra yrkeskategorier upplevs inte fungera optimalt. Verksamheten har ingen struktur för att följa detta. Avvikelse skrivs inte i avvikelssystemet på individnivå.

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

### Rehabilitering (Gul)

Omvårdnadspersonal får kontakt med arbetsterapeut/fysioterapeut på plats på boendet en fast dag per vecka, men skickar även ärenden via Rehabenhetens funktionsbrevlåda, meddelanden i Treserva eller tar telefonkontakt. Ibland behöver besök på boendet av arbetsterapeut/fysioterapeut göras en annan dag under veckan.

I dagsläget finns inga delegerade insatser gällande rehabilitering, men ordinerad träning finns samt råd om vardagsnära aktiviteter för att bibehålla förmågor. Upplevelsen från omvårdnadspersonal är att det är lätt att få kontakt med arbetsterapeut/fysioterapeut och att det är en bra dialog.

Omvårdnadspersonal deltar vid bedömningar tillsammans med arbetsterapeut/fysioterapeut på förfrågan. Det framkommer att omvårdnadspersonal upplever sig få bra instruktioner gällande exempelvis ordinerade träningar, men de upplever tidsbrist och att det är vanligt att träning ej hinner genomföras. Detta innebär att kunder i dessa fall inte får avsedd rehabiliterande insats.

Arbetsterapeut och fysioterapeut erbjuder handledning runt patientspecifika ärenden. Det framkommer att insatser samt råd och stöd från arbetsterapeut/fysioterapeut skulle kunna efterfrågas ytterligare av omvårdnadspersonal.

Det finns en beskrivning gällande vikten av att det hälsofrämjande arbetet för kunder utvecklas vidare på enheten och skulle behöva genomföras i högre utsträckning.

Bedömning: Teamarbete kring rehabilitering finns men arbetsterapeuts/fysioterapeuts kompetens, råd och stöd skulle kunna efterfrågas i högre utsträckning. Omvårdnadspersonal påtalar tidsbrist gällande att utföra ordinerad/instruerad träning samt att ett behov framkommer gällande vikten av att utveckla arbetet med hälsofrämjande insatser.

### **Hjälpmedelshantering (Gul)**

Personal som noterar problem kontakter arbetsterapeut/sjukgymnast om det handlar om hjälpmedel som förskrivs av arbetsterapeut/sjukgymnast.

Det framkommer att det finns behov av utbildning gällande handhavande av hjälpmedel för att säkerställa kompetens hos all omvårdnadspersonal inklusive vikarier. Brist på kompetens kring hjälpmedel utgör patientsäkerhetsrisker.

I nuläget saknas säkerställande av skötsel/rengöring av hjälpmedel, både gällande individuellt förskrivna samt kommunägda hjälpmedel. Det framkommer att det behöver skapas enhetsrutiner för detta. Hjälpmedelstekniker inspekterar personlyftar 1 gång/år. Arbetsterapeut inspekterar lyftselar 2 ggr/år. Övriga hjälpmedel kontrolleras i vardagens arbete.

### **Medicintekniska produkter (röd)**

Den mätutrustning som finns på enheten är blodtrycksmanschett, stetoskop, örontermometer, saturationsmätare, blodsockerapparat, ortoskop, rullstolsvåg och rektal febertermometer.

Det beskrivs att förskrivare ansvarar för att följa upp/anpassa/byta/sörja för att reparationer blir utförda. I övrigt hänvisas till pågående förbättringsarbete när det gäller medicintekniska produkter i form av mätutrustning inom Valfärd Gävle.

Bedömning: Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården; HSLF-FS 2021:52 efterlevs inte fullt ut gällande enhetens användartillsyn och organisation som möjliggör en säker användning och hantering av medicintekniska produkter/hjälpmedel (säkerställa utbildning till all omvårdnadspersonal inklusive vikarier).

Sektorövergripande tydlig rutin för kommunens utbud, ansvar och hantering gällande MTP/mätutrustning behövs.

### **Inkontinenshjälpmedel (Röd)**

Det beskrivs att det saknas en process för förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Kunder kan redan ha med sig detta utprovat när de flyttar in. Ombudsfunktionen gällande inkontinenshjälpmedel fungerar mycket väl. Sjuksköterskor arbetar tillsammans med personal och ombud och följer upp med dem. Det finns instruktion för respektive kund uppsatt i badrummet. Önskemål framkommer om att ha mer dialog om inkontinens på teamträffar. Sjuksköterskor saknar i nuläget förskrivarutbildning och önskar få denna utbildning.

#### **Bedömning:**

Sjuksköterskor utreder och förskriver ej enligt nationella riktlinjer, Nicola Detta kan leda till en försämrad livskvalitet för den enskilde samt att det inte är kostnadseffektivt

### **Skyddsåtgärder (Gul)**

Verksamheten konstaterar att begränsningsåtgärder är olagligt. Det finns ett antal skyddsåtgärder enligt nedan efter dokumenterat samtycke från de enskilda. Bedömningsunderlag fylls i på blankett och åtgärden dokumenteras i vårdplan. Verksamheten har bevakning i TES planeringssystem var tredje månad för uppföljning av skyddsåtgärder. Uppföljningen sker teambaserat men önskemål finns att göra uppföljningar under teamträffar. Uppföljning på plats med den enskilde genomförs även. Vid granskning av journal konstateras att 33% av de granskade journalerna saknar samtycke och riskbedömning för åtgärden.

- Rörelsedetektor/larmmatta: 11
- Sänggrind: 1
- Bälte: 1
- Totalt antal skyddsåtgärder: 13

### **Måltider (Gul)**

Det finns kostombud på varje avdelning. Kostombuden är länken mellan kunden, sjuksköterskor och kocken. Verksamheten har kostmöten där enhetschef, kostombud, sjuksköterska och kocken är med. Verksamheten har dialog med kunderna, en del kunder vill äta måltiderna i sin lägenhet och en del kunder vill äta tillsammans i gemensamt kök. Måltidssituationerna ser olika ut beroende på vilka kunder som bor på avdelningen. Kocken lämnar tydliga instruktioner vid helger hur maten ska tillredas och serveras. Guldkant under helgen.

Sjuksköterska och kocken har dialog med varje kund som har ett matkort som förvaras både hos kocken och på enheten. Kocken lagar mat, mellanmål och efterrätter från grunden. En efterrätt per dagen. Kocken träffar kunderna har dialog med dem om önskemål när det gäller mat. Om kunden inte tycker om exempelvis isterband så serveras kunden annan mat. Teman vad gäller måltider eller fika, surströmming, kanelbullens dag eller fettisdagsbulle.

### **Munhälsa (Gul)**

Tandhygienist gör munhälsobedömning en gång per år. Munvårdskort, finns hos alla kunder där det står hur tänderna ska skötas. Riskbedömning sker med instrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide). Vårdplan upprättas för munvård under t ex palliativt skede.

## Nutrition (Röd)

I en nutritionsvårdprocess ingår stegen utredning, bedömning/diagnos, åtgärd och uppföljning/utvärdering. En nutritionsutredning ska göras om en kund är i risk för undernäring (enligt MNA eller annat evidensbaserat riskbedömningsinstrument) eller har andra nutritionsrelaterade tillstånd som kräver utredning.

Det ska tydligt framgå i en vårdplan för nutrition vad utredningen bestått av och visat, vad problemet/diagnosen är, vad ordinationen blir, om något ska signeras och hur behandlingen skall följas upp och utvärderas. Exempel på vårdplan nutrition hittas i slutet av texten.

I de vårdplaner för nutrition som NAD tagit del av brister det i samtliga delar av nutritionsvårdprocessen. Det står inte vad nutritionsproblemet eller annan diagnos är och vilka åtgärder som syftar till att behandla problemet. Det finns ingen tydlighet kring vad som är ordinerat och när och hur det ska följas upp. Vårdplanerna verkar inte vara individuella, utan ser nästintill kopierade och inklistrade ut.

Vårdplanen vid förstoppning är direkt farlig då den insinuerar att personalen ska ge både flertalet laxerande livsmedel samt en eller möjligtvis flera laxerande läkemedel, dessutom utan ordination. Det saknas info om mängd, tidpunkt och hur och när behandlingen skall utvärderas och när SSK ska kontaktas. Enligt vårdplanen kan omvårdnadspersonalen välja lite själva vad och hur mycket man ska ge, bara man dokumenterar i vårdplanen.

I intervju med sjuksköterska och måltidssamordnare framkommer det att man slutat att ordinera och servera kosttillskott i form av näringsdrycker till förmån för egengjorda "huttar". Att servera egna typer av berikade smoothies behöver inte vara något fel och uppmuntras generellt av dietist som ett bra alternativ till ordinarie fika för alla kunder. Nackdelen med detta arbetssätt är att om en patient faktiskt är undernärd blir det riskabelt att förlita sig på egna näringsdrycker som åtgärd. Dagens näringsdrycker på marknaden innehåller upp till 480 kcal, 28 gram protein och näringsämnen enligt rekommendation för äldre i en flaska på 200 ml. Det är omöjligt att nå upp till på egen hand. Dessutom finns idag specialiserade näringsdrycker vid diabetes, trycksår, njursvikt och demens med ingredienser som inte går att tillsätta i egna drycker.

Patientsäkerheten kan inte garanteras utifrån vad som framkommer i dessa vårdplaner samt i intervjuer. Att inte få en nutritionsutredning och behandling därefter kan leda till stora konsekvenser som kan leda till vårdskada. Risk för vårdskada föreligger redan enligt vad som framkommer i vårdplanerna. För att sammanfatta bristerna följer här några punkter från Vårdhandboken om avvikelser som bör rapporteras, vilka vårdplanerna på Solberga kvalar in på.

- Felaktig, otillräcklig, avsaknad av eller vilseledande instruktion, information eller dokumentation
- Fördröjd eller felaktigt utförd undersökning, vård eller behandling
- Brister i arbetsrutiner, i vårdens organisation eller i samarbete mellan olika vårdenheter, organisationer och huvudmän.

## Suicid (Gul)

Om kunden pratar med omvårdnadspersonalen och uttrycker livsleda, så informerar omvårdnadspersonalen sjuksköterskan. Sjuksköterskan pratar med kunden. Om sjuksköterskan gör den bedömningen att det finns risk för suicid så kontaktar sjuksköterskan läkaren och anhöriga. Erfarenheten är att läkaren tar detta på allvar. MAS informeras enligt rutin. Lagstiftning och rutiner är inte kända av omvårdnadspersonalen.

### **Vård i livets slutskede (Gul)**

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 inte alltid av läkare. Det är läkaren som ska hålla i brytpunktssamtalet, men det händer att sjuksköterskor får hålla det. 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 om behov föreligger. Samverkan med enhetschefer när det finns behov av extravak. Information ges till omvårdnadspersonal kring omvårdnaden av palliativ patient.

### **Kvalitetsregistren (Röd)**

Varken chefer eller legitimerade medarbetare tittar efter resultat i riskbedömningar och kvalitetsregistret, BPSD., vilket dock skedde tidigare. Enhetschefer uppger att de inte har tillgång till kvalitetsregistret. På kvalitetsmöten har man gått igenom palliativregistrets resultat från vård och omsorgsboende. Teamet arbetar inte strukturerat med detta. Demenssamordnare har varit i verksamheten och haft utbildning och flera medarbetare har även gått BPSD administratörsutbildning. Följsamheten till rutinen är dock bristfällig.

### **Svenska palliativ registret**

Då antalet registreringar för den granskade perioden understiger tio så redovisas inte spindeldiagrammet, men det finns goda resultat utifrån de registrerade enkäterna. Ett förbättringsområde gäller dokumenterat brytpunktssamtal.



## 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 utförrjournal**

*Verksamheten ska löpande dokumentera väsentliga händelser och åtgärder i en social utförrjournal. 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, hens 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 hälsohistoria 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 utförrjournaler 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, avvikelsemodul, 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 (Röd)**

Totalt har 15 kunders genomförandeplaner granskats. Hälften av kunderna har en genomförandeplan sparad/klarmarkerad senaste 6 månaderna. De flesta har inget namn på ansvarig på genomförandeplanen, detta framgår i enstaka fall. Vissa har ett namn för underskrift långt ner i planen men detta bör framgå inledningsvis vem som är ansvarig. I lite mindre än hälften av fallen framgår att kund/närstående/företrädare har deltagit i upprättandet *alternativt* syns kundens önskemål i planen. Samma resultat gällande kundens sociala liv och intressen framgår i planen, i lite mer än hälften av fallen framgår detta. I de flesta fall framgår kundens funktionsnedläggning/ hälsotillstånd samt konsekvenser för vården/omsorgen. I nästan alla granskade planer framgår inga personliga mål/delmål utan mer generella övergripande målsättningar beskrivs. Angreppssätt, tillvägagångssätt, arbetsmetod för att nå målen (*kompenserande, stödjande, motiverande osv*) framgår i hälften av de granskade

planerna. I de flesta fall framgår insatser (när) utifrån ett dygns- och veckoperspektiv. Överenskommelse om hantering av kundens pengar framgår i hälften av fallen som granskats. Ingen av de granskade planerna framgår ett samtycke för vem man får prata med.

TES beskrivs vara det som styr arbetet men fungerar inte heller särskilt bra, det står fel saker och tiderna rimmar inte alls med verkligheten. Trots korrigeringar så blir det ändå inte rätt i slutänden, TES beskrivs användas mest för att se om någon kund har dusch och städ inplanerat. När genomförandeplanen inte är uppdaterad blir det även fel i TES. Vid upprättandet beskrivs medarbetare samverka med kund och anhörig. Medarbetare läser av kroppsspråk och kommunikation med kund för att få fram delaktighet. Fingertoppskänsla och att prova sig fram ger även stöd i hur kunden vill ha det och skrivs in i genomförandeplanen. Uttrycker texten i planen i "jag-format" och hur jag som kund vill ha insatserna utförda. I vissa intervjuer framkommer ingen kontakt med anhörig i upprättandet. Beskrivs inte finnas någon särskilt avsatt tid för arbetet med genomförandeplaner och de används inte i det dagliga arbetet. Ett omtag med genomförandeplaner behövs och uppdrag finns hos medarbetare att ta tag i detta.

Några av planerna fanns inte upprättade alls och i vissa fall saknades socialutförarjournal helt, i vissa fall hade kunden nyligen flyttat in men detta bör undersökas närmare vad orsaken till detta är.

### **Social utförarjournal (Röd)**

Totalt har 15 kunders utförarjournaler granskats. I lite mer än hälften av 15 granskade journaler finns händelser av betydelse journalförda. I 11 av 15 journaler saknas händelser av betydelse registrerade, i två av 15 bedöms detta ej saknas och i två av 15 finns delvis händelser av betydelse dokumenterade. Mer än hälften av fallen saknar journalförda åtgärder vid händelse. I hälften av fallen kan man följa ärendet i kronologisk ordning och få en röd tråd i dokumentationen. Mer än hälften av journalerna är skrivna med respekt och har ett godkänt språk.

Den sociala dokumentationen beskrivs av medarbetare ha blivit bättre nu än tidigare men är fortfarande ganska nytt efter att daganteckningar försvann. Medarbetare anser att man har kunskap om vilka väsentliga händelser som ska journalföras men känner sig osäkra då det finns en knapp som kan radera hela journalen. Samtycken dokumenteras inte, varken i social utförarjournal eller i genomförandeplanen. De exempel som ges på händelser av vikt är tex. en tandläkartid vilket är sådant som bör finnas i TES eller i mina "att-göra". Även återkommande frånsägelser ska dokumenteras. Medarbetarna beskrivs dokumentera mer i vårdplaner än i socialutförarjournal och efterfrågar mer utbildning i detta.

### **Medicinsk patientjournal (Röd)**

Vid granskning av 15 journaler i verksamhetssystemet Treserva påvisas brister i hälso-och sjukvårdokumentation. Aktuell hälsohistoria dokumenterad i journalen men verifierade diagnoser saknas i de flesta journalerna. Fast vårdkontakt (omvårdnadsansvarig sjuksköterska) och patientansvarig läkare och deras telefonnummer är registrerade som referenspersoner men inte arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut. SIP finns inte registrerad på 13 av 15 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. Strax över hälften av de granskade journalerna innehöll ett uppdaterat status för patienterna. Dokumentation gällande ansvar för läkemedelshantering brister i 12 av 15 journaler då det saknas information om vem som gjort bedömningen.

## Vårdplaner (Röd)

Det är legitimerad personal som upprättar och fördelar vårdplaner antingen till sin egna yrkeskategori eller till omvårdnadspersonalen. De vårdplaner som fördelas till omvårdnadspersonalen innehåller mycket åtgärder som ingår i den biståndsbeviljade omvårdnaden och inte är att betrakta som hälso- och sjukvård. Några exempel kan vara vad den enskilde ska äta och dricka till frukost, lunch eller middag, att omvårdnadspersonalen ska göra sociala aktiviteter så som att spela spel eller ha annan social samvaro med kunderna, att man ska se till att kunderna spritar sina händer när de varit ute etc. I vårdplanerna finns fördelade åtgärder som är generella, dvs inte specifika åtgärder för just den patienten. Det syns tydligt att detta inte är individuella åtgärder utan kopierade och inklistrade i journalen.

Granskningen visar att detta förfarande med vårdplaner för det som inte är hälso- och sjukvård bygger på att man som sjuksköterska vill säkerställa att kund/patient får en god omvårdnad.

### Bedömning

Genomförandeplaner, social utförarjournal, medicinsk patientjournal och vårdplaner lever inte upp till kraven i HSLF-FS 2022:37 och Patientdatalagen (2008:355). Något som ses som positivt är att omvårdnadspersonalen har en god förmåga att dokumentera i vårdplaner.

## 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 (Röd)

Kommunens värdegrund aktualiseras på verksamhetsmöten med samtliga chefer inom kontoret boende där man haft värdegrunden som tema. Medarbetare får skriftlig information en gång om året och detta är även något man tar upp på medarbetarsamtalet och i introduktioner. Bemanningseenheten informerar vikarier om värdegrunden. Etiska samtal sker på arbetsplatsträffar, i grupp eller individuellt.

### Bedömning

Under granskningen noteras brister i följsamhet till värdegrunden vilket bedöms kan påverka kunderna negativt.

## 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 (att kund får stöd på samma sätt oavsett vem som arbetar) uppges uppnås dels genom beskrivningar i Tes-planeringsverktyget, i genomförandeplaner och vårdplaner. Dock framkommer vid intervjuer att dessa inte används utan att man känner till hur kunderna vill ha det. Det är något man lär sig efter ett tag.

### Personalkontinuitet

Boendet är relativt litet med små enheter, där det arbetar få medarbetare. Resurs/pool undersköterskor som första hand ersätter vid frånvaro. Ordinarie vikarier. Har annons ut för rekrytering av fler medarbetare. Ingen större personalomsättning vad gäller omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Rehab har grundplaceringar.

### Bedömning (Röd)

Genomförandeplaner, social utförarjournal, medicinsk patientjournal och vårdplaner lever inte upp till kraven i HSLF-FS 2022:37 och Patientdatalagen (2008:355). Detta medför en hög risk för allvarliga händelser för kund/patient.

## 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

I verksamheten har 19 av 33 medarbetare (57,6%) undersköterskeutbildning och det finns en specialistundersköterska. Det finns även utbildade vårdbiträden.

Anställd kock har kockutbildning.

### Fortbildning och handledning

(Under den granskade tidsperioden)

Enhetschef har genomgått utbildning gällande "Det svåra samtalet".

Sjuksköterskorna har genomgått utbildning i BPSD och i Kompetensen. De skulle se fördelar med en utbildningsplan och för närvarande skulle det vara aktuellt med utbildning i sårvård och teamutbildning gällande palliativ vård.

Omvårdnadspersonal har genomgått handledarutbildning, brandskyddsutbildning och vissa har genomgått BPSD-utbildning. Samtidigt beskriver flera som arbetar vid demensenhet att de inte har fått utbildning. Arbetet med BPSD beskrivs ha runnit ut i sanden och används inte i det dagliga arbetet med kunder med demenssjukdom. De ser behov av förflyttningsutbildning relaterat till risker de sett i verksamheten. Flera vikarier uppges inte veta hur lyftselar används vid förflyttning med personlyft vilket innebär en stor risk. Vidare önskas utbildning gällande utåtagerande beteende och hot och våld och hur dessa situationer kan hanteras och förebyggas med till exempel ett lågaffektivt bemötande. Även handledning gällande sådana situationer. De ser även behov av reflektionstillfällen och handledning gällande demens. Det lyfts även önskemål om möjlighet till att komplettera till undersköterska.

Arbetsterapeut har genomgått utbildningar på Hjälpmedel SAM och "Vårdplanering i teori och praktik". Kursen i vårdplanering kan vara av värde för fler kollegor att genomgå. Fysioterapeut har genomgått utbildningsdag via Fysioterapeuternas sektion för äldres hälsa och utbildningar via Hjälpmedel SAM. Det finns önskemål även från Rehabprofessionerna om teamutbildning gällande palliativ vård.

## Introduktion

För introduktion av nya medarbetare och vikarier används en checklista, ingen genomgång av rutinerna görs med nya vikarier utan de går med en ordinarie medarbetare för att lära sig. Nya medarbetare och vikarier kan få fler introduktionsdagar än vad som står enligt checklistan om behov finns. Medarbetare beskriver att det varit många nya kollegor senaste året utifrån hög kort- och långtidsfrånvaro. Introduktionen för nya medarbetare och vikarierna har fått stryka på foten då medarbetare som fått ansvaret blivit sjuk vilket gjort att introduktionen hastigt kommit på annan medarbetare. Annars beskrivs introduktionen fungera bra om medarbetare är förberedd och förutsättningar finns på avdelningen tidsmässigt osv. Många vikarier beskrivs ha svårt att utföra vanliga hushållssysslor och svårt med svenska språket. För att säkerställa kompetensen bättre över sommaren är ett förslag att ta in extra personal tidigare i verksamheten, redan under våren. Många vikarier upplevs ha sökt arbetet under tvång vilket lett till sämre vård eller vanvård beskriver medarbetare. Introduktionen är alldeles för kort, finns ingen tid till en vettig introduktion av nya vikarier anser vissa medarbetare. Vid granskning av checklistan identifieras att denna innehåller gammal information och hänvisar till andra kvalitetsdokument än det ledningssystem som Valfärd Gävle använder.

## Arbetskläder

Arbetskläder finns och används av alla utom enhetschef och samordnare.

Verksamheten har köpt in egna arbetskläder. Arbetsdräkt byts efter varje arbetspass. Arbetskläderna tvättas och torkas i tvättstuga avsedd för tvätt av personalkläder. Omvårdnadspersonal och trygghetsanställd sköter tvätt.

## Ombudsroller

Enligt tidigare beskrivning så deltar enhetschef i ombudsträffar tillsammans med kostombud, gällande övriga ombud på enheten är det aktuellt att upprätta en struktur för möten och arbetsuppgifter.

Något tydligt nedskrivet uppdrag finns ej. Ombudsfunktionerna får utbildning utifrån sin ombudsfunktion. Demenssamordnare har varit i verksamheten för att stödja BPSD-administratörerna. De ombudsroller som beskrivs sedan tidigare är Brandombud, BPSD-ombud, hygienombud, aktivitetsansvarig, larmombud, kostombud, inkontinensombud, handledare, tes-planerare.

## Bedömning (Röd)

Målet att 80% av ordinarie personal ska vara undersköterskor uppfylls inte. Rutin och checklista för introduktion är bristfälliga. Ombuden saknar tydliga uppdrag och relaterat till bemanningssituationen har vissa medarbetare flera ombudsroller.

## Socialstyrelsens brukarenkät

I Socialstyrelsens rapport "Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2022" framgår att brukarenkäten besvarades av 43% av alla brukare i landet. Andelen svarande för Solberga vård- och omsorgsboende redovisas i spannet 40 - 60%. På Solberga är andelen kunder som är mycket eller ganska nöjda med stödet i sin helhet 62% medan Gävles snitt ligger på 76% år och Sveriges 77%. Flera identifierade utvecklingsområden från brukarenkäten är exempelvis gällande grad av nöjdhet kring de aktiviteter som erbjuds, möjlighet att komma utomhus samt upplevd rörlighet inomhus.

## Sammanfattande reflektion

Vi granskare träffade en verksamhet där många medarbetare känner sig uppgivna. Man upplever att man inte hinner med sitt arbete och kan utföra det med den kvalitet som man önskar. Medarbetarna har signalerat detta till ledningen flertalet gånger men upplever att det inte blir någon förändring. Dock känner man sig optimistisk över att ha fått en ny enhetschef på plats som börjat att ta tag i situationen.

Det som är tydligt är att verksamheten inte jobbar efter de lagar, föreskrifter och de rutiner som finns i Valfärd Gävles ledningssystem. Då detta är grunden till en god kvalitet så blir verksamheten underkända i de flesta delar i granskningen. Detta identifierades av kvalitetsteamet ett tidigt skede och ett möte skedde med verksamhetsledningen den 25 november 2022 för att informera om att åtgärder behöver vidtas omgående.

Att verksamheter har svårt med dokumentation i utförarjournaler och vårdplaner är inget nytt. Det har sedan lång tid varit en genomgående brist i de flesta uppföljningar och utvärderingar som skett i andra verksamheter.

Tidspress och bemanningssituationen bedöms bidra till många av de brister som påtalas. Det dagliga arbetet består av akuta uttryckningar, det förebyggande grundläggande arbetet blir lidande.

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

Rutinen för hur loggkontroll ska genomföras behöver revideras så att enheterna ges möjlighet att genomföra dessa på ett systematiskt sätt enligt gällande krav. Det pågår ett revideringsarbete hos systemförvaltningen.

Stöd och styrning i det ständiga förbättringsarbetet saknas ute i verksamheten. Detta arbete planeras av Kvalitetsteamet.

Sektor Valfärd behöver utveckla en organisation för att kontinuerligt erbjuda utbildningar i olika frågor tex social och medicinsk dokumentation, avvikelshantering, riskbedömningar, förflyttningskunskap och hjälpmedel och systematiskt förbättringsarbete. Även tydligare implementering av olika rutiner behöver förbättras.

Sektor Valfärd behöver bli en lärande organisation som arbetar med att identifiera risker och hantera dessa. Detta är den tredje kvalitetsgranskningen, nivå3 som genomförs inom kontor boende och vi ser liknande brister och risker i samtliga granskningar. Vår bedömning är att man inte har tagit lärdom av tidigare granskningar för att arbeta förebyggande och minimera risker och allvarliga händelser i samtliga verksamheter.



## Referenser

Omvårdnadsnämndens Världighetsgaranti, giltig from 1 mars 2013.

Rutiner och uppdragsbeskrivning i Valfärd Gävles Ledningssystem.

Treserva, avvikelsetatistik ur avvikelsemodul

Power Bi

Valfärd Gävles diarium, Lex Sarah-ärenden

Valfärd Gävles diarium, Klagomålsärenden

Brukarenkät 2022, Socialstyrelsen

## Åtgärdsplan för vård- och omsorgsboende Solberga

	<b>Brist</b>	Förslag på åtgärd	Ansvarig	Påbörjas (ber)
Block 1	Ledarskap och organisation -otydliga roller	Implementering av Ledningssystemet	Ec	Feb.
		Genomgång uppdragsbeskrivning	Ec	Feb.
		Uppdatera Kontaktperson lista	Ec	Klart
		Uppdatera och förtydliga ombudsroller.	Ec	Påbörjad Dec 2022

Block 2	Kvalitetsarbete	Utbildning i genomförandeplaner och IBIC	Ec ansvarar för att boka utbildare	Mars/April
Block 3	Hälso- och sjukvård - Otydlig het vad som är hälso- och sjukvård	Utbildning HSL dokumentation	Ec ansvarar för att boka utbildare	April/Maj
Block 4	Dokumentation -	Utbildning i social dokumentation	Ec ansvarar för att boka utbildare	Apr/Maj
Block 5	Avvikelser	Avvikelsemöten Teambaserat arbete med avvikelser.  Genomgång av arbetssätt med oönskade händelser, Lex Sarah och Lex Maria	Ec	Påbörjad november 2022