



Uppföljning av kvalitetsgranskning Solberga 2022

Planering, analys och utvärdering
Kvalitetsteamet

Yvonne Bergman
Johanna Storing
Maria Thuman
Linnea Skytt

2023-09-28
Dnr 23ON113

Innehåll



Gävle

KOMMUN

Gävle KOMMUN.....	1
Uppföljning av kvalitetsgranskning Solberga 2022.....	1
Innehåll.....	2
Sammanfattning.....	3
Syfte.....	7
Metod.....	8
Resultat.....	8
1. Ledarskap och organisation.....	8
2. Kvalitetsarbete.....	9
3. Avvikelser och klagomål.....	10
4. Samarbete i teamet.....	12
5. 5. Kontaktmannaskap.....	13
6. Hälso- och sjukvård.....	13
7. 7. Dokumentation.....	20
8. 8. Värdegrund.....	23
9. Kontinuitet.....	23
10. 10. Personal och kompetens.....	24

Sammanfattning

En kvalitetsgranskning genomfördes av kvalitetsteamet för granskningsperioden september 2021 till och med augusti 2022. Kvalitetsteamets medarbetare uppmärksammade via enkätsvar, intervjuer och analys av olika underlag en bristande verksamhet. Det rörde oklara chefsroller, delvis med anledning av dåvarande hälso- och sjukvårdsorganisation. Granskningen visade att det fanns allvarliga brister i verksamheten, detta utifrån att lagar, föreskrifter och rutiner inte var kända och efterlevdes. Detta medförde att ingen del i granskningen gavs ett godkänt resultat.

Uppföljningen av den tidigare kvalitetsgranskningen genomfördes efter sommaren 2023. Den visar att verksamheten har arbetat med åtgärder utifrån sin handlingsplan för att komma till rätta med allvarliga brister. De flesta granskade parametrar har ett förbättrat resultat dock är inte alla grönmarkerade vilket tyder på behov av fortsatt arbete enligt handlingsplanen. Ny uppföljning föreslås om cirka sex månader.

Nr	Område	Bedömning	Kommentar	Uppföljning ht-2023	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.		Förbättrad struktur för enhetens möten. Ny hälso- och sjukvårdsorganisation kräver fortsatt utveckling av samverkan.
2	Kvalitetsarbete		Systematiskt förbättringsarbete saknas och dokumenteras ej. Verksamhetsplaneringen brister. Följer inte lagar, föreskrifter och rutiner		Förbättrat arbete kring ledningssystemet. Handlingsplan efter kvalitetsgranskning med tidplan finns. Det finns inget dokumenterat systematiskt förbättringsarbete där man fångar upp olika parametrar, analyserar och vidtar åtgärder

3	Avvikelse och klagomål		Avvikelsehanteringen och dess dokumentation brister. Följer inte lagar, föreskrifter och rutiner.		Förbättrat teamarbete men bristande följsamhet till rutin kvarstår.
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		Förbättrad struktur för teamträffar. Uppdrag utifrån SOL respektive HSL-lagstiftning har tydliggjorts. Det går ännu inte att utvärdera effekter av åtgärder gällande att ordinerade insatser ska bli utförda.
5	Kontaktmannaskap		Finns men hinner inte med uppdraget		Struktur och avsatt tid för uppdrag som kontaktmannan respektive fast omsorgskontakt har utarbetats.
6	Hälsa- och sjukvård				
	<i>Riskbedömningar</i>		På god väg med arbetet under 2022 jämfört med den del av den granskade perioden som omfattar ht-2021.		Arbetet med riskbedömningar gällande fall, undernäring, trycksår och munhälsa sker enligt rutin.
	<i>Läkemedelshandling</i>		I "rutinpärm" finns riktlinje med generella ordinationer från sjuksköterska till omvårdnadspersonal vilket inte är förenligt med lagar, föreskrifter och rutiner.		De generella ordinationerna finns ej längre kvar. Då enheten har nya sjuksköterskor finns fortsatt behov av att tydliggöra arbetssättet.
	<i>Delegeringar</i>		Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt.		Följsamhet till rutin.
	<i>Egenvård (ej HSL)</i>		Mycket som kan vara egenvård är ordinerat i hälso- och sjukvårdsjournal		Svårt att utvärdera effekt av åtgärder ännu.

	<i>Narkotikaläkemedel</i>		Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt.		Verksamheten har till största del följt rutinen för läkemedelshantering dock ej fullt ut gällande narkotikahantering. Behov av säkerställande så att månatlig narkotikakontroll genomförs och dokumenteras samt att patientbunden narkotika ej återbrukas.
	<i>Basala hygienrutiner</i>		Brister i följsamhet till lagstiftning, föreskrifter och rutin.		Följsamhet till rutin.
	<i>Vårdrelaterad infektion</i>		Avvikelse registreras inte.		Verksamheten har ingen struktur för att följa detta. Avvikelse skrivs inte i avvikelssystemet på individnivå.
	<i>Rehabilitering</i>		Omvårdnadspersonal uppger tidsbrist gällande att utföra ordinerad träning. Hälsofrämjande aktiviteter ses som ett utvecklingsområde (vardagsrehabilitering).		Åtgärder för att frigöra och planera in tid att genomföra ordinerade insatser har genomförts. För god patientsäkerhet behöver det säkerställas att ordinationer och instruktioner kring rehabilitering och hjälpmedel följs. Hälsofrämjande aktiviteter ses som ett utvecklingsområde (vardagsrehabilitering).
	<i>Hjälpmedelshantering</i>		Utbildning behöver säkerställas samt att säkerställande av användartillsyn, skötsel/rengöring saknas.		Rutiner för rengöring av hjälpmedel har upprättats. Utbildning behöver säkerställas.
	<i>Medicintekniska produkter</i>		Avsaknad av service/kalibrering av mätutrustning?		Arbetet med att tillse att lagstiftning gällande medicintekniska produkter följs, uppger

					vara bordlagt utifrån prioriteringsskäl i hälso- och sjukvårdsorganisationen.
	<i>Inkontinenshjälpmedel</i>		SSK utreder och förskriver ej enligt nationella riktlinjer, Nicola		Enhetens sjuksköterska saknar förskrivningsrätt.
	<i>Skyddsåtgärder</i>		Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt av omvårdnadspersonalen		Arbetet med skyddsåtgärder fungerar enligt rutin.
	<i>Måltider (ej HSL)</i>		Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt av omvårdnadspersonalen		
	<i>Munhälsa</i>		Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt.		Munhälsobedömningar samt riskbedömningar enligt ROAG är genomförda enligt rutin.
	<i>Nutrition</i>		Brister i följsamhet till lagstiftning, föreskrifter och rutin.		Dokumentation enligt rutin i vårdplan och nutritionsutbildning för sjuksköterskor kvarstår
	<i>Suicid</i>		Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt av omvårdnadspersonalen		Processen fungerar enligt rutin.
	<i>Vård i livets slutskede</i>		Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt av omvårdnadspersonalen		Brytpunktssamtal utförs inte alltid av läkare. Därav följs inte Hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen.
	<i>Kvalitetsregister</i>		Brister i följsamhet till lagstiftning, föreskrifter och rutin.		Enhetens resultat har följts av verksamhetschef enligt SOL på kvalitetsmöten för enheten. Det finns inget dokumenterat systematiskt förbättringsarbete.
7	Dokumentation		Brister i följsamhet till lagstiftning, föreskrifter och rutin. SoL dokumenteras i HSL.		Förbättringar noteras gällande medicinsk dokumentation.

					Kvarstående behov av åtgärder gällande social dokumentation.
8	Värdegrund		Följer inte Välfärd Gävles värdegrund dokumenterat förbättringsarbete saknas och det finns inte pågående arbete med detta.		Åtgärder har genomförts, effekter behöver följas över tid.
9	Kontinuitet		Hög sjukfrånvaro		Åtgärder kring TES-planering och arbetsuppgifter har genomförts. Verksamheten anser att arbetet fortsatt behöver prioriteras.
10	Personal		Hög sjukfrånvaro och kravet på andel undersköterskeutbildad uppnås inte		56% är utbildade undersköterskor. Verksamheten arbetar kontinuerligt med att rekrytera omvårdnadspersonal med adekvat utbildning

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

Syfte

Kvalitetsteamet har uppdrag att genomföra kvalitetsgranskningar av verksamhet i egenregi på samma sätt som sker vid avtalsuppföljningar av verksamheter i extern regi. Denna rapport återger en uppföljning av tidigare genomförd kvalitetsgranskning. Uppföljningen ska ge en bild av resultatet efter genomförda åtgärder utifrån verksamhetens upprättade handlingsplan samt vid behov ge underlag för ytterligare förbättringsarbete.

- struktur (*finns rutiner och liknande*)
- process (*följs rutiner och liknande*)
- resultat

Metod

Verksamheten har muntligen beskrivit resultat efter åtgärder/ handlingsplan för varje granskat delområde som haft gul eller röd markering. Detta skedde vid dialogmöte 230915. Vid dialogmötet deltog följande professioner: Enhetschef enligt SOL, verksamhetschef enligt SOL, enhetschef enligt HSL, verksamhetschef enligt HSL, socialt ansvarig samordnare (SAS), nutritionsansvarig dietist (NAD), medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Skriftlig beskrivning av resultat/åtgärder har ej inlämnats.

MAS/MAR/SAS har genomfört journalgranskning/stickprov.

MAS har genomfört granskning av läkemedelsförråd.

MAS/MAR/SAS har tagit del av inkomna händelser/dialog med medarbetare.

Resultat

1. Ledarskap och organisation

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.”

Tidigare 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.

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Gul)

Det finns en ny hälso- och sjukvårdsorganisation i Valfärd Gävle från den 2 maj 2023. Verksamheten uppger att det inte funnits mycket utrymme att samverka kring nya strategier över sommarperioden. Samverkansmöten mellan enhetschef SOL och enhetschef HSL finns med i framtida planering. Enhetschef SOL har strukturerat mötesforum på enheten. Teamträffar planeras in veckovis och intentionen är nu att samtlig omvårdnadspersonal som är i tjänst under dagen på den avdelning som ska ha teamträff ska medverka på teamträffen tillsammans med enhetschef SOL, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Detta kommer innebära att fler omvårdnadspersonal kan delta i teamträffar jämfört med tidigare vilket varit ett önskemål från flera berörda yrkesprofessioner. Möten kring avvikelser sker även detta veckovis. Inför dessa har enhetschef SOL gjort en första bedömning och vidarebefordrat inkomna avvikelser till respektive berörd legitimerad personal, resterande bedömning/åtgärd sker på mötet.

Enhetschef brukar delta vid omvårdnadspersonalens ombudsträffar som nu finns för exempelvis, hygienombud, inkontinensombud, kök/kostombud.

2. Kvalitetsarbete

Tidigare bedömning (Röd)

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.

Lagstiftning och Vårld 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. Riskanalys 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.

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Gul)

En del av kvalitetsarbetet är enligt verksamheten att arbeta sig igenom handlingsplanen som upprättades efter kvalitetsgranskningen. Ett område där det genomförts utbildning från februari 2023 och framåt är gällande ledningssystemet. Enhetschef tar därutöver upp en rutin per arbetsplatsträff för genomgång. En resursperson har utbildat i genomförandeplaner. Medicinsk ansvarig sjuksköterska gav utbildning gällande Hälso- och sjukvård/lagstiftning i mars 2023 vid denna utbildning deltog även hemtjänst för området.

Tidigare rutinpärmar och uppsatta instruktioner vilka ej var gällande är borttagna, hänvisning sker till ledningssystemet.

Det finns inget dokumenterat systematiskt förbättringsarbete där man fångar upp olika parametrar, analyserar och vidtar åtgärder

3. Avvikelser och klagomål

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.

Tidigare 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.

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Gul)

Möten kring avvikelser hålls veckovis. Inför dessa har enhetschef gjort en första bedömning och vidarebefordrat inkomna avvikelser till respektive berörd legitimerad personal, resterande bedömning/åtgärd sker på mötet. Hälso- och sjukvårdsorganisationen har en resursperson som kontrollerar alla HSL-avvikelser som sänds vidare till den funktionen av enhetschefer enligt SOL. Resurspersonen kan

reagera/agera när det inkommer allvarliga avvikelser och samverkar med vård-och omsorgsboende-enheterna för gemensamma utredningar. När det gäller avvikelser som bedömts vara kopplade till svårigheter med bemanning, höga sjuktal samt bristande kompetens hos vikarier, så är upplevelsen från verksamheten att det varit en bra sommar i år sett till bemanningssituationen.

Varken boendeenheten eller verksamheten analyserar avvikelser eller klagomål på aggregerad nivå. Detta innebär att systematik saknas.

Vid uppföljning av avvikelser i Power Bi finns avvikelser vilka inte är färdighanterade trots att dessa registrerades för upp till ett år bakåt. Ett antal avvikelser står markerade som nya trots att de registrerades upp till några månader bakåt.

4. Samarbete i teamet

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.

Tidigare 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.

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Gul)

Struktur för teamträffar har upprättats, se tidigare beskrivning ovan. Verksamheten tror att det kommer frigöras tid för omvårdnadspersonal utifrån att förändringar skett i

journaldokumentation respektive dokumentation i genomförandeplaner. Tidigare har omvårdnadspersonal arbetat mer utifrån vårdplaner/fördelade insatser i stället för med genomförandeplaner för insatser som ska finnas beskrivna där. Omvårdnadspersonal uppges få mer ansvar för arbetsuppgifter som åligger deras profession.

5. 5. Kontaktmannaskap

Tidigare bedömning (Gul)

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.

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

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Grön)

Undersköterskor utses nu till fast omsorgskontakt och därutöver ska varje kund/patient ha en kontaktperson som inte behöver vara fast omsorgskontakt/undersköterska. Genom schemaläggning så är intentionen att någon av dessa för respektive kund alltid ska vara i tjänst. Det planeras även in tid i planeringsverktyget TES för att uppdraget ska vara möjligt att utföra. Två resurspersoner från Välfärd Gävle har givit utbildning/råd och stöd gällande genomförandeplaner.

6. Hälso- och sjukvård

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)

På god väg med arbetet under 2022 jämfört med den del av den granskade perioden som omfattar ht-2021, men uppnår inte att genomföra riskbedömningar var sjätte månad enligt rutin.

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Grön)

Arbetet med riskbedömningar gällande fall, undernäring, trycksår och munhälsa sker enligt rutin nu. Se även tabell i bilaga.

Läkemedelshantering (Röd)

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.

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Gul)

Rutinpärmarna är borttagna, likaså uppsatta instruktioner. Hänvisning sker till ledningssystemet.

Delegering (Grön)

Följsamhet till rutin.

Egenvård (Gul)

Mycket av åtgärder som kan vara egenvård är i stället ordinerade av sjuksköterska i vårdplaner.

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Gul)

Förändring sker gällande vad som ska dokumenteras i vårdplan respektive genomförandeplan men det är svårt att utvärdera effekt av åtgärder ännu. Se tidigare beskrivning.

Narkotikaläkemedel (Gul)

Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt.

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Gul)

Verksamheten har till största del följt rutinen för läkemedelshantering dock ej fullt ut gällande narkotikahantering. Behov av säkerställande så att månatlig narkotikakontroll genomförs och dokumenteras samt att patientbunden narkotika ej återbrukas.

Enheten har börjat att använda läkemedelsskåp där behörigheter styrs så att endast delegerad omvårdnadspersonal kan öppna skåpet i varje patients lägenhet.

Basala hygienrutiner (Röd)

Brister i följsamhet till lagstiftning, föreskrifter och rutin.

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Grönt)

Enhetschef påtalar att egenkontroll gällande basala hygienrutiner genomförts under vårterminen 2023 med gott resultat.

Vårdrelaterade infektioner (VRI) (Röd)

Verksamheten har ingen struktur för att följa detta. Avvikelse skrivs inte i avvikelssystemet på individnivå.

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Röd)

Verksamheten har ingen struktur för att följa detta. Avvikelse skrivs inte i avvikelssystemet på individnivå.

Rehabilitering (Gul)

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.

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Gul)

Enhetschef berättar att samarbetet med arbetsterapeut/fysioterapeut fungerar väl. Det finns en upplevd tidsbrist hos omvårdnadspersonal gällande att utföra ordinerade/instruerade rehabiliteringsinsatser. Verksamheten har arbetat med att gå igenom sitt uppdrag, TES-planering och struktur för daglig planering. Även insatser gällande rekrytering och sjukfrånvaro. Allt detta hänger ihop menar verksamheten, för att frigöra tid för insatser.

Efter tidigare genomförd kvalitetsgranskning har det inkommit kännedom om händelser där ordinerade insatser ej blivit genomförda och/eller där hjälpmedel har använts utan att dessa varit utprovade av arbetsterapeut/fysioterapeut. För god patientsäkerhet behöver det säkerställas att ordinationer följs.

Aktivitetssamordnare finns nu åter. Det planeras och genomförs vissa aktiviteter i samlingsalen vilket även bidrar till att möjlighet finns att promenera/förflytta sig dit. En tanke är att även ha aktiviteter i mindre grupp på varje avdelning. I nuläget finns inga bokade aktiviteter med inriktning fysisk aktivitet/sittgympa.

Hälso- och sjukvårdsorganisation för norra området har beslutat att arbetsterapeut/fysioterapeut uteslutande i par ska ansvara för samma respektive vård- och omsorgsboende/hemsjukvårdsområde vilket underlättar planering i Rehabprofessions-teamet.

Hjälpmedelshantering (Gul)

Utbildning behöver säkerställas samt att säkerställande av användartillsyn, skötsel/rengöring saknas.

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Gul)

Beslut har tagits angående att nattpersonal kommer att ansvara för rengöring av hjälpmedel på enheten.

Det finns behov av tillgång till fler utbildningstillfällen i förflyttningskunskap på enheten och inom hela Välfärd Gävle för att säkerställa patientsäkerhet, följa föreskrifter och evidens. Projektplanering pågår för att säkerställa detta.

Det behövs även en grundläggande utbildning om hjälpmedel för omvårdnadspersonal på enheten och inom hela Välfärd Gävle. Detta för att säkerställa kompetens/hög patientsäkerhet.

Medicintekniska produkter (röd)

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.

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Röd)

Arbetet med att tillse att lagstiftning gällande medicintekniska produkter följs, uppges av verksamhetschef HSL vara bordlagt utifrån prioriteringsskäl i hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Inkontinenshjälpmedel (Röd)

Sjuksköterskor utreder och förskriver ej enligt nationella riktlinjer. Sjuksköterskor saknar i nuläget förskrivnarutbildning och önskar få denna utbildning.

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Röd)

Enhetens sjuksköterska saknar förskrivningsrätt.

Skyddsåtgärder (Gul)

Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt av omvårdnadspersonalen.

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Grön)

Arbetet med skyddsåtgärder fungerar enligt rutin. Det förekommer framför allt skyddsåtgärder som rörelselarm och sänggrindar. Se tabell som bilaga.

Måltider (Gul)

Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt av omvårdnadspersonalen

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (grön)

Verksamheten har generellt jobbat med temat varför rutiner finns och var man hittar dessa, detta gäller inte bara rutiner inom mat och nutrition.

Kostmöten hålls med kock, omvårdnadspersonal, sjuksköterska och enhetschef regelbundet. Arbetet med mat och måltider är välfungerande och enheten tycker det är en bra idé att i framtiden profilera sig mer utifrån att man har egen tillagning och därmed kan ge guldkant till de boende.

Munhälsa (Gul)

Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt.

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Grön)

Munhälsobedömningar samt riskbedömningar enligt ROAG är genomförda enligt rutin.

Nutrition (Röd)

Vid granskning noteras felaktig, otillräcklig, avsaknad av eller vilseledande instruktion, information eller dokumentation. Därutöver fördröjd eller felaktigt utförd undersökning, vård eller behandling. Det bedöms även finnas brister i arbetsrutiner och samarbete.

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (gul)

Egengjorda smoothies/huttar görs fortsatt till alla som ett bättre mellanmål eller för att bryta nattfastan, men man ordinerar också näringsdrycker enligt rutin. Det som framkom i tidigare journalgranskningen var att alla kunder hade förebyggande åtgärder kring förstoppning och undernäring fördelade i vårdplan även om till exempel ingen risk för undernäring fanns. Dessa åtgärder fördelas numera individuellt efter bedömning. Nya sjuksköterskor är snart på plats och på sikt kommer vårdplaner att "städas upp" och bara innehålla det väsentliga för det uppkomna nutritionsproblemet (utredning, mål med behandling, åtgärd och hur/när följa upp).

De nya sjuksköterskorna ska också gå nutritionsutbildningen i Kompetensen.

Suicid (Gul)

Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt av omvårdnadspersonalen

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Grön)

Processen fungerar enligt rutin.

Vård i livets slutskede (Gul)

Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt av omvårdnadspersonalen

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Gul)

Arbetsätten var kända tidigare också, men rutinen var inte känd. Det finns önskemål om utbildningstillfällen om palliativ vård. Brytpunktssamtal utförs inte alltid av läkare. Därav följs inte Hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen.

Kvalitetsregistren (Röd)

Brister i följsamhet till lagstiftning, föreskrifter och rutin. Resultat från kvalitetsregister följs inte upp.

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Gul)

Enhetens resultat har följts av verksamhetschef enligt SOL på kvalitetsmöten för enheten.

7. 7. Dokumentation

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, 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 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, 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.

Tidigare bedömning (röd)

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.

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (röd)

Utbildning har genomförts gällande genomförandeplaner samt hälso- och sjukvårdslagstiftning. Dessa utbildningar klargör vad som ska dokumenteras i genomförandeplaner respektive vårdplaner, arbetet med detta behöver fortsätta framledes på enheten.

Det behövs dokumentationsutbildning enligt verksamhetschefer. Enligt uppgift från verksamhetschefer så ska det komma en stor utbildningssatsning till hösten 2023.

Medicinsk dokumentation: MAS/MAR har genom slumpvis utvalda journaler granskat ett stickprov om fem journaler. Det är svårt att dra slutsatser utifrån få journaler, men i de granskade syns bättre dokumentation gällande verifierad medicinsk diagnos, läkares beslut om övertag av läkemedelshantering samt samtycken vilka var några av utvecklingsområdena från föregående granskning.

Något som ses som positivt är att omvårdnadspersonalen har en god förmåga att dokumentera i vårdplaner.

Social dokumentation: I tre av fem granskade ärenden finns en genomförandeplan upprättad och klarmarkerad, det saknas delmål specifikt kopplade till kunden, de mål som finns är generellt beskrivna. Planerna baseras till största delen på den IBIC utredning/uppdrag som föreligger beslut om boende. Här behöver medarbetarna få mer kunskap om att beskriva insatsens utförande, hur kunden vill att insatserna ska genomföras i större utsträckning och ta bort oväsentlig information.

I fyra fall av fem finns en social utförarjournal, i ett fall saknas social utförarjournal helt. I de fyra fall som granskats framgår att en journal inte går att bedöma då denna inte innehåller någon information mer än automatiserade anteckningar så som avvikelser och uppdaterad genomförandeplan. In ett annat fall framgår tydligt att den inte är skriven med respekt för den enskilde. Generellt saknas händelser av betydelse samt åtgärder kring dessa. Även information som inte behöver dokumenteras finns dokumenterat. Flera journaler är en och samma från att kunden haft insatser i ordinärt boende. En ny bör skapas vid ny insats/beslut. Viss information i en granskad journal bör ha genererat en avvikelse/lex Sarah.

Det framgår i flera granskade avvikelser att insatser inte utförts eller utförts felaktigt/med bristande kvalitet på grund av för få medarbetare i tjänst vid det aktuella tillfället. Den bakomliggande orsaken handlar även många gånger om brister i

kompetens vid utförandet. Ett antal avvikelser är inte bedömda eller utredda, vissa mer allvarliga och tenderar till lex Sarah hantering.

8. 8. Värdegrund

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.

Värdegarantin 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.

Tidigare bedömning (röd)

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

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Gul)

Enheten har haft stöd av verksamhetsutvecklare i arbetet med värdegrund och bemötande. Träffar har hållits tillsammans med hemtjänsten i blandade grupper. Det har ännu gått en kort tid sedan dess, detta är ett långsiktigt kontinuerligt arbete anser enheten.

9. Kontinuitet

Tidigare bedömning (röd)

Hög sjukfrånvaro på enheten. 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.

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.

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Gul)

Planering sker så att samma personal tar hand om två till tre kunder per dag. Särskilda TES-planerare har anställts för att underlätta arbetet då samordnare behöver arbeta med andra uppdrag. Översyn sker av arbetsuppgifter kopplat till fast omsorgskontakt och kontaktperson, arbetsuppgifter renodlas. Arbetssättet med TES-planer kan prioriteras och utvecklas enligt verksamheten.

10. 10. Personal och kompetens

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, till exempel planerad fortbildning eller strategi för att anställa personer med adekvat utbildning.

Rött: Målet ej uppfyllt.

Tidigare 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.

Resultat vid uppföljning efter åtgärd/handlingsplan (Gul)

56% är utbildade undersköterskor. Verksamheten arbetar kontinuerligt med att rekrytera omvårdnadspersonal med adekvat utbildning. En plan finns för att erbjuda fler medarbetare att läsa undersköterskeutbildning.

BILAGA

Avvikelser-status tidsperiod september 2022-juni 2023

Avvikelser - status

236

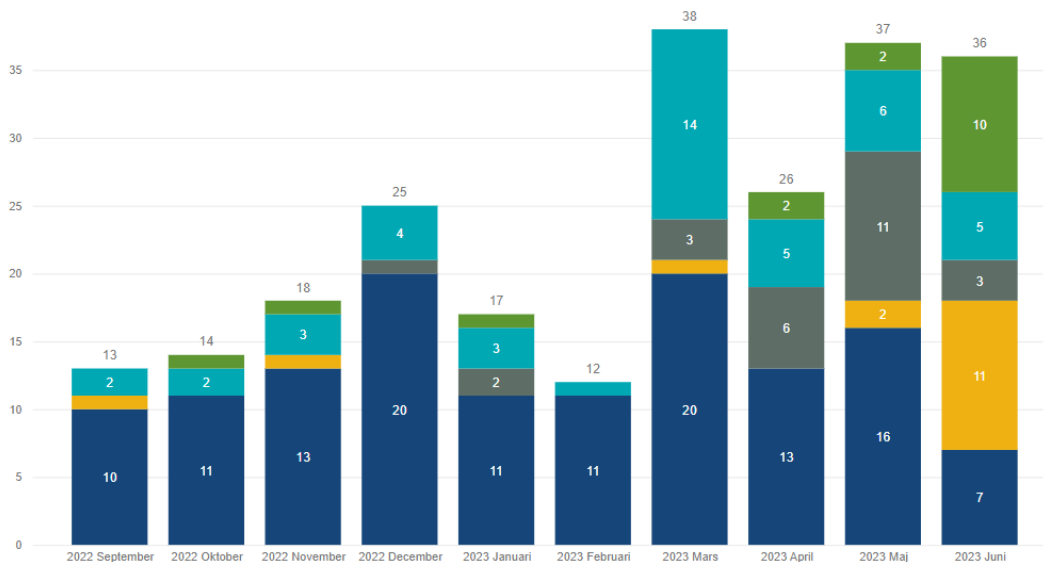
Antal avvikelser

41

Antal personer med en eller flera registrerade avvikelser

Antal avvikelser av År, Månad och Status

Status ● Avslutad ● Bedöms ● Ny ● Utreeds ● Åtgärdas



Avvikelser-aktivitet tidsperiod september 2022-juni 2023

Avvikelser - aktivitet

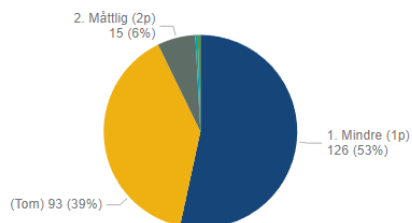
236

Antal avvikelser

41

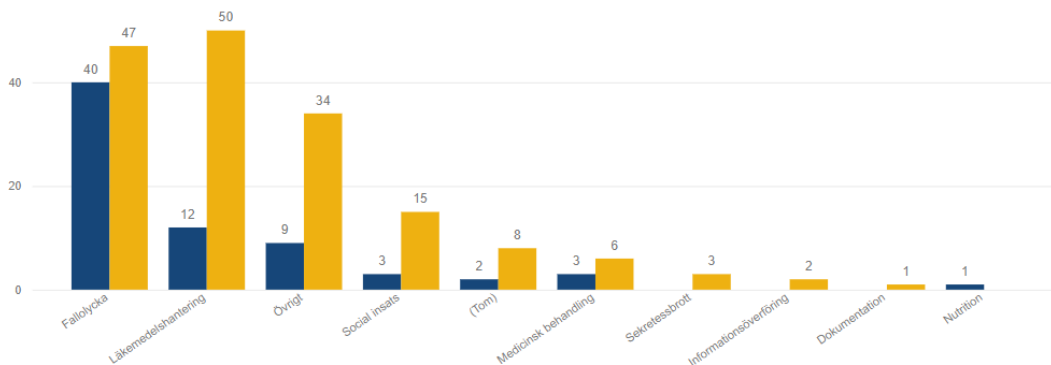
Antal personer med en eller flera re...

Antal avvikelser av Allvarlighetsgrad



Antal avvikelser av Avvikelse aktivitet och År

År ● 2022 ● 2023



Riskbedömningar tidsperiod september 2022-juni 2023

Riskbedömningar

Antal personer DRFI

40

Antal personer MNA

40

Antal personer Norton

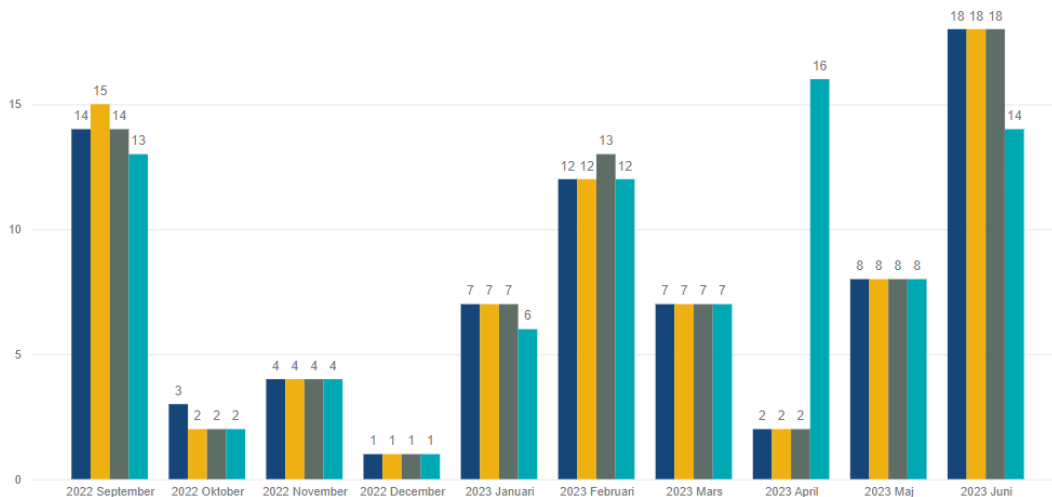
40

Antal personer ROAG

38

Antal pågående insatser av År, Månad och Insattstyp

Insattstyp ● Riskbedömning DRFI ● Riskbedömning MNA ● Riskbedömning Norton ● Riskbedömning ROAG



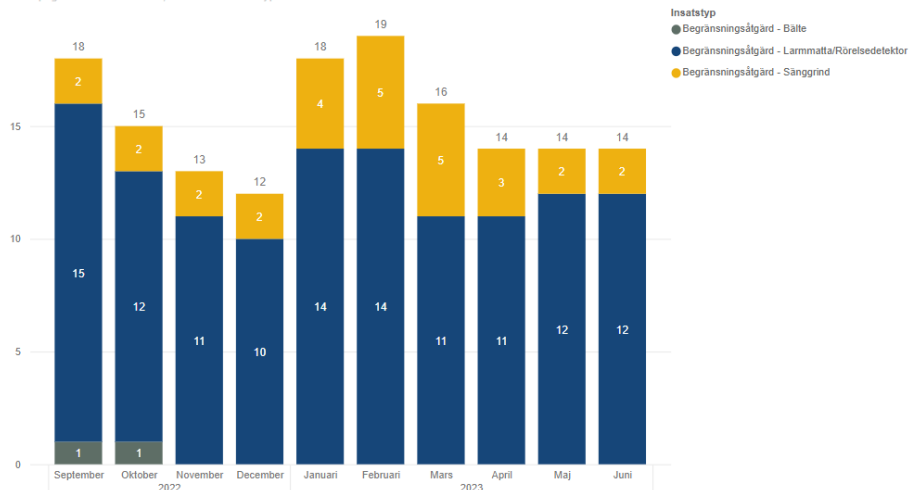
Skyddsåtgärder september 2022-juni 2023

Begränsningsåtgärder

Antal personer med begränsningsåtgärder

21

Antal pågående insatser av År, Månad och Insatstyp



Gävle kommun

År, Månad

Flera val

Verksamhet VO

HSL - Vård- och omsorgsboende

Organisatorisk enhet

Flera val

- Sök
- HSL Selggrensg Vån 1, gamla huset
 - HSL Selggrensg Vån 1, nya huset norr
 - HSL Selggrensg Vån 1, nya huset söder
 - HSL Selggrensg Vån 2, gamla huset
 - HSL Selggrensg Vån 3, gamla huset
 - HSL Solbergahemmet Solbacken
 - HSL Solbergahemmet Solgläntan
 - HSL Solbergahemmet Solrosen
 - HSL Solgårdsgatans våbo avd 3A
 - HSL Solgårdsgatans våbo avd 3B

Data senast uppdaterat: 2023-09-1...