



Uppföljning 2 av kvalitetsgranskning Solberga 2024

2024-05-29, dnr 23ON113

Planering, analys och utvärdering, Kvalitetsteamet

Yvonne Bergman MAS, Linnea Skytt NAD, Johanna Storing MAR, Maria Thuman SAS



Innehåll

.....	1
Uppföljning 2 av kvalitetsgranskning Solberga 2024.....	1
Sammanfattning.....	9
Metod.....	9
Resultat.....	9
1. Ledarskap och organisation.....	9
2. Kvalitetsarbete.....	10
3. Avvikelser och klagomål.....	11
4. Samarbete i teamet.....	11
5. Kontaktmannaskap.....	12
6. Hälso- och sjukvård.....	13
7. Dokumentation.....	17
8. Värdegrund.....	20
9. Kontinuitet.....	20
10. Personal och kompetens.....	21
BILAGA.....	22

Nr	Område	Bedömning	Kommentar	Uppföljning ht-2023	Kommentar	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.		Förbättrad struktur för enhetens möten. Ny hälso- och sjukvårdsorganisation kräver fortsatt utveckling av samverkan.		Förbättrad struktur för enhetens möten. Utvecklad samverkan mellan Enhetschef Sol och Enhetschef HSL.
2	Kvalitetsarbete		Systematiskt förbättringsarbete saknas och dokumenteras ej. Verksamhetsplaneringen 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		Handlingsplan efter kvalitetsgranskning finns och utgör grund för förbättringsarbete. Egenkontroll - sektorövergripande arbete kvarstår.
3	Avvikelse och klagomål		Avvikelsehanteringen och dess dokumentation följer inte lagar, föreskrifter och rutiner.		Förbättrat teamarbete men bristande följsamhet till rutin kvarstår.		Avvikelsemöten som tidigare hölls veckovis inom teamet sker inte längre relaterat till hälso- och sjukvårdsorganisationen.
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.		Fortsatt kontinuerligt arbete med teamsamverkan och kommunikation.

5	Kontaktmannas skap		Finns men hinner inte med uppdraget		Struktur och avsatt tid för uppdrag som kontaktman respektive fast omsorgskontakt har utarbetats.		Kunder har vetskap om utsedd fast omsorgskontakt och att det finns en vice sådan.
6	Hälsa- och sjukvård						
	Riskbedömning ar		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.		Arbetet med riskbedömningar gällande fall, undernäring, trycksår och munhälsa sker enligt rutin.
	Läkemedelshan tering		I "rutinpärm" finns riktlinje med generella ordinationer från sjuksköterska till omvårdnadsperso nal 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 arbetsättet.		Granskning utförd. Åtgärder utförda. Lokal arbetsordning upprättad.
	Delegeringar		Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt.		Följsamhet till rutin.		Följsamhet till rutinen
	Egenvård (ej HSL)		Mycket som kan vara egenvård är ordinerat i hälso- och sjukvårdsjournal		Svårt att utvärdera effekt av åtgärder ännu.		Förbättrad dokumentation gällande vad som skrivs i vårdplaner

<i>Narkotikaläkemedel</i>			Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt.		Verksamheten har till största del följt rutinen för läkemedelshandling dock ej fullt ut gällande narkotikahandling. Behov av säkerställande så att månatlig narkotikakontroll genomförs och dokumenteras samt att patientbunden narkotika ej återbrukas.		Extern granskning genomförd. Genomgång av rutin. Stickkontroller genomförda utan anmärkning.
<i>Basala hygienrutiner</i>			Brister i följsamhet till lagstiftning, föreskrifter och rutin.		Följsamhet till rutin.		Hygienrund genomförd. Hygienombud finns utsedda. Utbildningsdag planeras till hösten-24
<i>Vårdrelaterad infektion</i>			Avvikelse registreras inte.		Verksamheten har ingen struktur för att följa detta. Avvikelse skrivs inte i avvikelssystemet på individnivå.		Följsamhet till MAS rutin
<i>Rehabilitering</i>			Omvårdnadspersonal uppger tidsbrist gällande att utföra ordinerad träning. Hälsöfrämjande 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.		Kontinuerligt behov av kommunikation/återkoppling gällande ordinerade rehabiliterande insatser.

					Hälsöfrämjande aktiviteter ses som ett utvecklingsområde (vardagsrehabilitering).		
	Hjälpmedelshantering		Utbildning behöver säkerställas samt att säkerställande av användartillsyn, skötsel/ rengöring saknas.		Rutiner för rengöring av hjälpmedel har upprättats. Utbildning behöver säkerställas.		Fast omsorgskontakt ansvarar för rengöring. Utbildning behöver säkerställas på sektornivå.
	Medicintekniska produkter		Avsaknad av service/kalibrering av mätutrustning?		Arbetet med att tillse att lagstiftning gällande medicintekniska produkter följs, uppges vara bordlagt utifrån prioriteringsskäl i hälso- och sjukvårdsorganisationen.		Lagstiftning följs ej inom hälso- och sjukvårdskontoret gällande mätutrustning avseende spårbarhet och kontroll.
	Inkontinenshjälpmedel		SSK utreder och förskriver ej enligt nationella riktlinjer, Nicola		Enhetens sjuksköterska saknar förskrivningsrätt.		Sjuksköterska har genomgått förskrivningsutbildning
	Skyddsåtgärder		Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt av omvårdnadspersonalen		Arbetet med skyddsåtgärder fungerar enligt rutin.		Kunder uppger att de blir tillfrågade Följsamhet till rutin.
	Måltider (ej HSL)		Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt av omvårdnadspersonalen		Processen fungerar		Processen fungerar. Kunderna uppger att de är nöjda med maten och måltiderna.
	Munhälsa		Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt.		Munhälsobedömningar samt riskbedömningar enligt ROAG är genomförda enligt rutin.		Följsamhet till rutin Samverkan med Folkvandvården

	<i>Nutrition</i>		Brister i följsamhet till lagstiftning, föreskrifter och rutin.		Dokumentation enligt rutin i vårdplan och nutritionsutbildning för sjuksköterskor kvarstår		Dokumentationen är tillfredsställande. All omvårdnadspersonal har gått utbildning i mat, måltider och nutrition med NAD. Nutritionsutbildning har genomförts av en sjuksköterska och kvarstår för en.
	<i>Suicid</i>		Processen fungerar men ledningssystemet är inte känt av omvårdnadspersonalen		Processen fungerar enligt rutin.		Följsamhet till 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.		Brytpunktssamtal utförs alltid av läkare.
	<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.		Det finns inget dokumenterat systematiskt förbättringsarbete utifrån kvalitetsregister.
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.		Medicinsk dokumentation - förbättring noteras men fortsatt förbättringsarbete behövs. Kvarstående behov av åtgärder gällande social dokumentation, stickprov visar på brister.

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.	Medvetet arbete sker, effekter behöver följas över tid.
9	Kontinuitet		Hög sjukfrånvaro		Åtgärder kring TES-planering och arbetsuppgifter har genomförts. Verksamheten anser att arbetet fortsatt behöver prioriteras.	Fortsatt arbete pågår gällande kontinuitet och TES-planering.
10	Personal		Hög sjukfrånvaro och kravet på andel undersköterskeutbildning uppnås inte		56% är utbildade undersköterskor. Verksamheten arbetar kontinuerligt med att rekrytera omvårdnadspersonal med adekvat utbildning	Andelen utbildade undersköterskor är nu 63,6%. Rekrytering pågår vid behov, där målet är att tillsätta tjänsterna med undersköterskekompetens. Tre vårdbiträden läser undersköterskeutbildning via Äldreomsorgslyftet.

Sammanfattning

Kvalitetsteamet har uppdrag att genomföra kvalitetsgranskningar av verksamhet i egen regi på samma sätt som sker vid avtalsuppföljningar av verksamheter i extern regi. Denna rapport återger uppföljning nummer två efter tidigare genomförd kvalitetsgranskning och uppföljning. Uppföljning nummer två ska ge en bild av resultatet efter ytterligare 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 inkommit med skriftligt underlag enligt mall samt muntligt beskrivit resultat efter åtgärder/handlingsplan för varje granskat delområde som haft gul eller röd markering. Detta skedde vid dialogmöte 2024-05-13. 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 sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

MAS/MAR/SAS har genomfört journalgranskning/stickprov.

Ansvariga från kvalitetsteamet har genomfört platsbesök. Intervjuer har genomförts med kunder, omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeut/fysioterapeut samt enhetschef SoL.

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. ”

Samverkansmöten mellan enhetschef SoL och enhetschef HSL sker numera en gång i månaden. Detta upplevs positivt för gemensamma frågor och utveckling.

Teamträffar sker en gång i månaden med omvårdnadspersonal i tjänst tillsammans med enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut.

Teamträffar är strukturerade så att all personal som arbetar det arbetspasset ska kunna delta tillsammans med enhetschef SoL, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Även nattpersonal deltar numera. En upplevelse är att alla är mer förberedda inför mötet.

Det hålls inte längre team-möten kring avvikelser på enheten relaterat till hälso- och sjukvårdsorganisationens nya arbetssätt. Legitimerad personal får ej längre ta del av avvikelser i avvikelsemodulen. Detta kan påverka helhetssyn och kvalitén för patient/kund.

Enhetschef kallar till ombudsträffar och deltar.

2. Kvalitetsarbete

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.

Verksamheten kommer fortsätta arbeta utifrån upprättad handlingsplan från tidigare kvalitetsgranskning.

Det upplevs svårt att hitta i ledningssystemet för flera yrkesprofessioner. På enhetens arbetsplatsträffar kommer man återgå till att ta upp "månadens rutin" för genomgång. Verksamheten beskriver att handlingsplanen utifrån kvalitetsgranskningen ger en sammanställning av pågående förbättringsarbeten.

3. Avvikelse och klagomål

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

Bedömningsmall

Grönt: Avvikelse 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.

De avvikelsemöten som tidigare hölls veckovis inom teamet sker inte längre relaterat till den nya hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Möten kring avvikelser sker inte utan enhetschef skickar avvikelser till sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut.

Lex Sarah och Lex Maria inom kontor boende tas upp på aggregerad nivå. Dock har ej Solberga haft någon anmälan enligt Lex Maria under granskad period. En anmälan enligt Lex Sarah har gjorts.

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.

Teamträffar sker en gång i månaden, enligt tidigare beskrivning.

Fördelade insatser utifrån vårdplan finns planerade i planeringsverktyget TES. Förbättrat teamarbete upplevs, dock finns önskemål om förbättrad kommunikation mellan yrkesprofessioner om hur insatser ska ske och återkoppling.

Arbetsuppgifter utifrån TES-planering sker under morgonmöte med omvårdnadspersonal som är i tjänst under dagen. Detta för att säkerställa att kunderna får sina behov tillgodosedda. Överrapportering sker tre gånger per dygn. Morgon, mitt på dagen och på kvällen. Planerat förbättringsarbete är att sjuksköterska närvarar vid överrapportering mitt på dagen.

5. Kontaktmannaskap

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.

Kunder har vetskap om vem som är deras fasta omsorgskontakt och att det finns en vice sådan.

Kundernas behov utifrån genomförandeplan tas upp i veckoplanering. Där tydliggörs insatserna för kund och primärt är det fast omsorgskontakt som utför insatserna. Det är också en metod för att säkerställa att insatserna utförs även vid ordinarie omvårdnadspersonals frånvaro. Fast omsorgskontakt ansvarar för att upprätta genomförandeplaner och om så kund önskar stödja med dusch, städning och rengöra hjälpmedel.

6. Hälsa- 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

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

En kommentar är att Rutin för riskbedömningar har förändrats då riskbedömningar nu enligt nationell rekommendation ska utföras inom 48 timmar efter inflyttning till vård- och omsorgsboende. Detta nya intervall kan påverka att riskbedömningar inte alltid utförs tillräckligt snabbt vid inflyttning. Relaterat till hög arbetsbelastning kan det vid enstaka tillfällen avvika med uppföljande riskbedömning var sjätte månad.

Läkemedelshantering

Granskning av läkemedelsförråd med MAS samt representant från läkemedelsenheten skedde 26/9 2023. Åtgärder efter granskning är utförda. Lokal arbetsordning för läkemedelshantering har upprättats.

Delegering

Följsamhet finns till rutin för delegering. Två ordinarie sjuksköterskor avslutade sina tjänster i augusti 2023. En ny sjuksköterska började i oktober 2023, en andra sjuksköterska kommer att börja i maj 2024. Kontinuitet har upprätthållits med en hyrsjuksköterska som arbetat en längre period. Utifrån de svårigheter som fanns tidigare så har ett stort arbete genomförts gällande delegeringsprocessen.

Egenvård

Uppföljning av egenvård har omfattat journalgranskning av medicinsk journal vilken visar att dokumentation gällande omvårdnadsinsatser enligt SoL inte längre ordinerar/dokumenteras i medicinsk vårdplan. Detta är en förbättring jämfört med tidigare kvalitetsgranskning.

Narkotikaläkemedel

Extern granskning av läkemedelsförråd genomför med stöd av apotekare från region Gävleborg samt MAS 26/9 2023. Genomgång av narkotikarutin samt stickkontroller utfördes utan anmärkning.

Basala hygienrutiner

Hygienombud finns, hygienrond genomförd 2023.
Utbildningsdag kommer att hållas under hösten 2024.

Vårdrelaterade infektioner

VRI ska följas varje månad.
Sjuksköterska rapporterar till MAS enligt rutin.
Avvikelse skrivs inte i avvikelssystemet på individnivå.

Rehabilitering

Kunder upplever att det är lätt att få kontakt med arbetsterapeut/fysioterapeut och att de kommer varje vecka till boendet.

Det finns nu en aktivitetssamordnare vars arbete är uppskattat av kunder och omvårdnadspersonal. Aktivitetssamordnaren planerar och genomför aktiviteter så som exempelvis sittgymnastik, bingo, skivor till kaffet, hand-massage, liveframträdande och ordnar gemensamt med kocken olika matevenemang.

Kunder berättar att det inte finns så mycket aktiviteter. Det finns sittjympa och bingo. Det finns utevistelse/promenad framför allt sommartid. Det finns möjlighet att komma ut om man vill, man kan framföra önskemål till sin fasta omsorgskontakt. Kunder har inte direkt några önskemål om aktiviteter. Det finns inget boenderåd gällande aktiviteter.

Det framkommer att det finns behov av förbättrad kommunikation för att rehabiliterande insatser ska bli genomförda enligt instruktion.

Träningsprogram, stå-/gåträning utförs inte alltid enligt ordination. Det kan handla om tidsbrist samt tidsbrister gällande att motivera vid behov.

Verksamheten har gått igenom kundernas behov och därefter har schema- och planeringsgruppen gjort om schemat. Detta för att kunna överblicka de resurser som finns och fördela resurserna efter kundernas behov. Schemat träder i kraft 2024-04-22.

Struktur för daglig planering finns, beskrivit ovan.

Rekrytering pågår vid behov, där målet är att tillsätta tjänsterna med undersköterskekompetens. Tre vårdbiträden läser undersköterskeutbildning via Äldreomsorgslyftet.

Hjälpmedelshantering

Fast omsorgskontakt ansvarar för att hjälpmedel blir rengjorda regelbundet. Det behövs en grundläggande utbildning om hjälpmedel för omvårdnadspersonal på enheten och inom hela Vålfärd Gävle. Detta för att säkerställa kompetens/hög patientsäkerhet. Under arbetsplatsträff i april kommer fysioterapeut och arbetsterapeut att gå igenom förflyttningshjälpmedel.

Medicintekniska produkter

En inventering av medicintekniska produkter är utförd inom Hälso- och sjukvårdskontoret och resultatet av den är skickat till länets Hjälpmedelssamordnare. Detta utifrån en pågående utredning gällande om länets kommuner kan få hyra medicintekniska produkter (mätutrustning) från Hjälpmedel SAM i stället för att köpa in. Det finns inga besked angående utredningen ännu.

Lagstiftning följs ej inom Hälso- och sjukvårdskontoret gällande mätutrustning avseende spårbarhet, kontroll, service, kalibrering.

Inkontinenshjälpmedel

Inkontinensmaterial beställs och förskrivs av sjuksköterska. Enhetens sjuksköterska har gått förskrivarutbildning.

Skyddsåtgärder

Kunder upplever att de blir tillfrågade vid eventuella skyddsåtgärder.

Arbete med skyddsåtgärder fungerar enligt rutin.

De skyddsåtgärder som fram för allt förekommer är larmmatta/rörelsedetektor.

Det behövs en utbildningsinsats då man upptäckt några uppdragna sänggrindar vilka ej varit bedömda som skyddsåtgärd.

Mat och måltider

Processen är välfungerande.

All omvårdnadspersonal har i februari 2024 fått utbildning av NAD inom mat, måltider och nutrition, där ingår föreskriften om att upptäcka, förebygga och behandla undernäring enligt HSL-FS 2022:49. Det tydliggjordes också vad som gäller kring ordinationer av hemmagjorda energihuttar och kosttillskott. Samarbetet mellan måltidssamordnare och avdelningar är

väl fungerande och kunderna är nöjda med maten. Guldkant sätts ofta på vardagen med nybakat bröd och fikabröd från köket.

Kostmöten hålls med måltidssamordnare, omvårdnadspersonal, sjuksköterska och enhetschef regelbundet. Arbetet med mat och måltider är sammanfattningsvis väl fungerande och enheten tycker det är en bra idé att i framtiden profilera sig mer utifrån att man har den, för kommunen, unika lösningen med egen tillagning på plats.

Munhälsa

Folktandvården besöker verksamheten två gånger per år med sin trailer.

Munhälsobedömningar samt riskbedömningar enligt ROAG är genomförda enligt rutin.

Nutrition

Nutritionsutbildning i Kompetensen är genomförd av en sjuksköterska och kvarstår för en sjuksköterska. NAD är inbjuden till professionsmöte för sjuksköterskor för övergripande information.

Vid journalgranskning framkommer att majoriteten av vårdplanerna är aktuella och tydliga vid jämförelse med tidigare granskningar. Åtgärderna är individuella och adekvata för nutritionsproblemet. Samtliga journaler har aktuella BMI-värden som också är bedömda utifrån vad som rekommenderas.

Suicid

Process fungerar enligt rutin.

Vård i livets slutskede

Brytpunktssamtal utförs alltid av läkare.

Kvalitetsregistren

De kvalitetsregister som används är BPSD – beteendemässiga och psykiska symtom vid demens samt palliativa registret. I BPSD registret är det utsedd omvårdnadspersonal som registrerar.

En aktiv administratör för BPSD finns även vilken är en resurs för utvecklingsarbetet.

Resultaten följs inte upp enligt något särskilt intervall då kvalitetsmöten saknas.

Kvalitetsmöten önskas införas på regelbunden basis, goda exempel tas upp samt utvecklingsområden.

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 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.

Det är planerat att samtlig omvårdnadspersonal ska genomgå dokumentationsutbildning under året. Även legitimerad personal kommer att erbjudas dokumentationsutbildning utifrån ny version av den medicinska patientjournalen.

Omvårdnadspersonal uppger att tidsbrist finns gällande att läsa genomförandeplaner. Det finns en dator per avdelning, vilket enheten uppger är för lite.

Omvårdnadspersonal dokumenterar i vårdplaner, ibland förekommer att dokumentation sker i fel vårdplan. Omvårdnadspersonal upplever att det finns många vårdplaner och att det är svårt

att hitta rätt utifrån att deras vy ser annorlunda ut än legitimerad personals vy i journalsystemet.

Medicinsk dokumentation:

Resultat av journalgranskning genom slumpvis utvalda journaler genom ett stickprov av 5 journaler. Det är svårt att dra några slutsatser utifrån få antal journaler men i de granskade *syns bättre* dokumentation gällande:

Vårdplaner

Riskbedömningar

Kontaktuppgifter till fast vårdkontakt samt ansvarig läkare

Årskontroller samt läkemedelsgenomgångar

Förbättringsområden finns gällande följande:

Kontaktuppgifter till arbetsterapeut/fysioterapeut

Uppgifter om överkänslighet

Aktuellt status

Social dokumentation:

Genomförandeplaner, i totalt 5 granskade kunder fanns 2 upprättade genomförandeplaner, kring de två som granskats finns förbättringar kring att beskriva mer kring delmålen för kund samt hur verksamheten kan arbeta stödjande och knyta an aktiviteter i syfte att arbeta mer tydligt mot delmålen. En hel del irrelevant information om när kunderna bodde hemma och hade insatser framgår. Generella anvisningar kring tvätt och städ behöver inte framgå i genomförandeplanen. Sammantaget uppfyller en av fem de flesta kraven kring en godkänd genomförandeplan.

Social utförarjournal, en av totalt 5 granskade sociala utförarjournaler uppfyller kraven för godkänt. Flera journaler innehåller mestadels automatiserade anteckningar och det går därmed inte att bedöma huruvida kraven uppfylls eller inte. Någon anteckning blir mer en uppmaning/påminnelse till kollegor med många utropstecken och frågetecken vilket inte bör beskrivas i en kunds sociala utförarjournal. Vissa anteckningar upplevs som oväsentliga och behöver inte framgå i en social utförarjournal medan det i andra fall tydligt saknas väsentliga händelser utifrån de avvikelser som studerats.

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.

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.

Under verksamhetsplaneringen hösten 2023 fortsatte arbetet med tema värdegrund. Denna gång i samarbete med verksamhetsutvecklare och Företagshälsovården. Fokus var kommunikation.

Enheten uppger att man fortsätter jobba mycket med kulturen i arbetsgrupperna och att detta är ett arbete som tar lång tid, men att man har kommit långt. Detta har uppnåtts genom ett nära ledarskap och att man arbetat med att ge tillbaka mandat till personalen för att få dem att växa i sina roller och våga ta eget ansvar för dagens planering och inom sin ombudsroll. Ett exempel kan vara att vid fint väder våga prioritera bort tvätt och städ (som står i TES) till förmån för att gå ut med kunderna i stället. En trygg personalgrupp kommer i sin tur ge trygga kunder med ökad känsla av välbefinnande vilket går i linje med värdegarantin.

9. Kontinuitet

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.

Arbete har skett gällande struktur för överrapportering och arbetsfördelning, se tidigare beskrivning (under punkt 5. Kontaktmannaskap).

Enheten arbetar med kontinuitet, men man byter ibland arbetsuppgift utifrån behovet hos kunderna också. Arbetar utifrån Genomförandeplanen och utgår ifrån kundernas behov för att bemanna.

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.

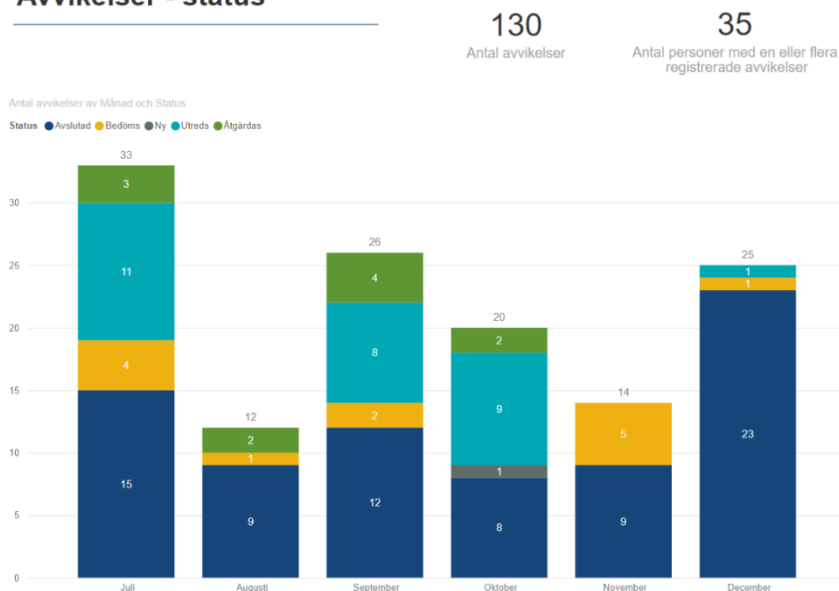
Tre medarbetare utbildar sig till undersköterska inom Äldreomsorgslyftet. Verksamheten belyser lägre bemanning i Gävle, 0,57 bemanningsgrad jämfört med vissa andra kommuner. Det är svårt att rekrytera omvårdnadspersonal och sjuksköterskor.

Enligt verksamhetens Power BI så har Solberga för april en sjukfrånvaro på 3,5% och av dessa är 57,7% långtidssjukskrivna. För februari och mars var samma siffror ca. 9% sjukfrånvaro och av dessa ca 20% långtidsfrånvaro så siffrorna verkar relevanta. När det gäller andelen undersköterskor så är den 63,6%

BILAGA

Avvikelser - status tidsperiod juli 2023-december 2023

Avvikelser - status



Ar, Månad
Flera val

Verksamhet
Flera val

Verksamhet VO
Vård- och omsorgsboende

Organisatorisk enhet

Flera val

- Selgrens Vån 1, nya huset norr
- Selgrens Vån 1, nya huset söder
- Selgrens Vån 2, gamla huset
- Selgrens Vån 3, gamla huset
- Solberga Solbacken
- Solberga Solgläntan
- Solberga Solrosen
- Solgårdsgatans våbo avd 3A
- Solgårdsgatans våbo avd 3B
- Solgårdsgatans våbo avd 4A
- Solgårdsgatans våbo avd 4B

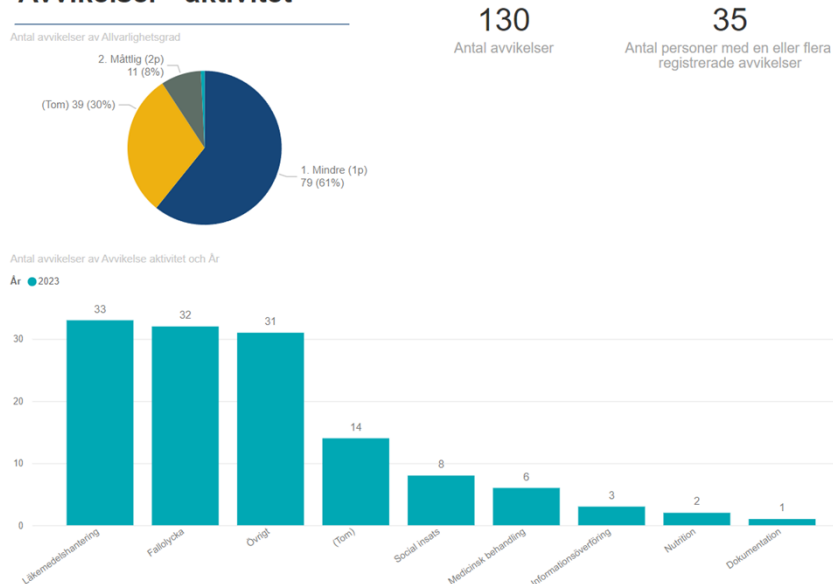
Tiden anger när avvikelser inträffade. Status visar vart i flödet avvikelser finns idag, det går alltså inte att se vid vilken tidpunkt avvikelser flyttades mellan stegen.

Filteringen följer med mellan sidorna.

Data senast uppdaterat: 2024-02-2...

Avvikelser-aktivitet tidsperiod juli 2023-december 2023

Avvikelser - aktivitet



Ar, Månad

Flera val

- Avslutad
- April
- Maj
- Juni
- Juli
- Augusti
- September
- Oktober
- November
- December
- 2024

Avvikelse aktivitet

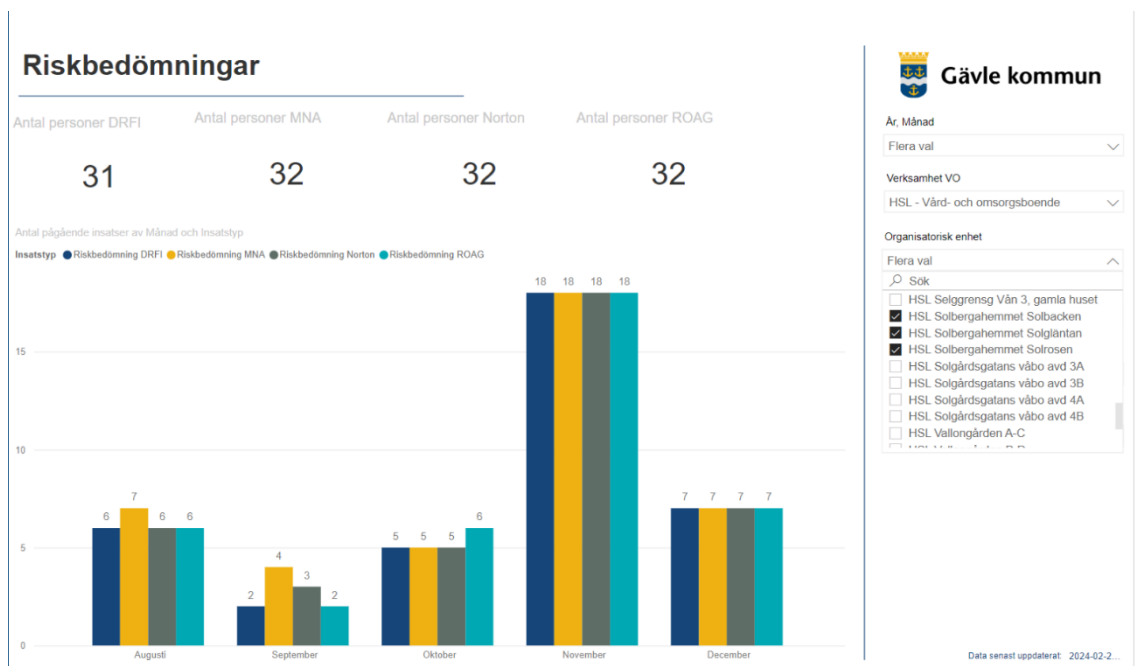
Alla

Status

Alla

Data senast uppdaterat: 2024-02-2...

Riskbedömningar tidsperiod juli 2023-december 2023



Skyddsåtgärder juli 2023-december 2023

