

Kvalitetsgranskning på vård- och omsorgsboende, Gävle Strand

Planering, analys och utvärdering

Kvalitetsteamet

Ulrika Carlsson

Carin Thunman

Maria Thuman

Helena B Jansson

Februari, 2021

Dnr 20ON318

Innehåll

Sammanfattning	3
Bakgrund.....	5
Syfte.....	5
Metod	6
Utfall	7
Ledarskap och organisation	7
Bedömning (rött)	8
Kvalitetsarbete.....	8
Bedömning (gult)	9
Avvikelser.....	9
Bedömning (gult)	10
Samarbete i teamet	11
Bedömning (gult)	12
Kontaktmannaskap	12
Bedömning (grönt).....	13
Hälso- och sjukvård.....	13
Bedömning (gult)	16
Dokumentation.....	17
Bedömning (rött)	19
Etik och meningsfull dag.....	19
Bedömning (gult)	19
Kontinuitet.....	20
Bedömning (grönt).....	20
Personal	20
Bedömning (grönt).....	21
Säkerhet.....	22
Bedömning (gult)	23
Socialstyrelsens brukarenkät	23
Sammanfattande reflektion.....	25

Sammanfattning

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

Det finns brister i samarbetet mellan omvårdnadsarbetet och hälso- och sjukvårdsarbetet samt dess kvalitetsarbete. HSL-organisationen och omsättning inom ledning och sjuksköterskor under åren har troligen bidragit till det. Omvårdnadspersonal bedöms bidra med sin kompetens och engagemang vilket bidrar till att det dagliga arbetet fungerar bra närmast kunderna. Kravet på formell utbildning hos omvårdnadspersonalen uppfylls, d v s 88% har undersköterskeutbildning.

Granskningen av dokumentationen i avvikelshanteringen visar på brister, även om åtgärder efter avvikelser hanteras i praktiken. Verksamheten drar inte nytta av modulens möjlighet till analys för att ge underlag till ett systematiskt förbättringsarbete.

Alla kunder utom de på korttidsenheten har aktuell och beskrivande genomförandeplan. Genomförandeplaner och detaljerade instruktioner i TES, som är lättåtkomliga för vikarier ökar omsorgskontinuiteten. Gemensamma aktiviteter erbjuds under pandemin på respektive våningsplan, vilket bidragit till ett ökat deltagande. Kontaktmannaskap, schemaläggning av personal liksom överanställd vikarieresurs under pandemin ger hög personalkontinuitet.

Omvårdnadspersonal skriver dagligen händelser runt kund, främst i så kallade daganteckningar och delvis i vårdplaner. Den lagstyrda dokumentationen i utförarjournal brister, där saknas väsentliga händelser och åtgärder som ger en bild av händelser runt kund. Intervjuerna ger en bild av att en diffus uppfattning om vad den sociala dokumentationen omfattar och vilka krav som ställs på den.

Det saknas även en del uppgifter i medicinska dokumentationen tex uppdatering av fast vårdkontakt och åtgärder i vårdplaner, samtycke och riskbedömningar samt årliga läkemedelsgenomgångar. Flera viktiga medicinska rutiner följs inte i alla delar. Bedömningen är att det saknas förutsättningar för hälso- och sjukvården att ge den enskilde en god och säker vård.

Det framkommer brister i samverkan mellan berörda professioner. Det finns brister i hur teamets träffar är organiserade och vad som tas upp på träffarna och vem som dokumenterar vad och var. Det framkommer att vissa upplever det otydligt vem som håller i dem och hur dagordningen ser ut.

Samtal om etiskt förhållningssätt och värdigt bemötande förs vid behov.

Senaste brukarenkäten från Socialstyrelsen visar på Gävle Strand högre kundnöjdhet än övriga Gävle, länet och landet på flera parametrar exempelvis mat, bemötande, förtroende och trygghet. Samtidigt har det sammantagna betyget för Gävle Strand sjunkit från föregående år. Aktiviteter, utemiljö, information om förändringar samt kontakt med läkare och sjuksköterskor är man minst nöjd med.

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

Nr	Område	Bedömning	Kommentar
1	Ledarskap och organisation	Ej uppfyllt	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	Delvis uppfyllt	Systematiskt förbättringsarbetet saknas och dokumenteras ej. Verksamhetsplaneringen brister.
3	Avvikelse	Delvis uppfyllt	Avvikelsehanteringen och dess dokumentation brister.
4	Samarbete i teamet	Delvis uppfyllt	Fungerar i praktiken runt kund/patient även om övergripande struktur i samverkan och förebyggande arbete saknas.
5	Kontaktnätskap	Uppfylls	Finns en fungerande struktur.
6	Hälso- och sjukvård	Delvis uppfyllt	Flera rutiner följs inte helt. Framst finns brister runt riskbedömningar och vårdplaner.
7	Dokumentation	Ej uppfyllt	Saknas genomförandeplaner på korttidsenhet. Utförarjournaler, medicinska journaler och övrig medicinsk dokumentation har brister.
8	Etik och meningsfull dag	Delvis uppfyllt	Kunder får bra bemötande och meningsfull dag. Arbetet runt värdegrund saknar struktur.
9	Kontinuitet	Uppfylls	Fungerande planering och arbetssätt ger personalkontinuitet och omsorgskontinuitet
10	Personal	Uppfylls	Hög andel med utbildning, 88%.
11	Säkerhet	Delvis uppfyllt	Hanteringen av samtycke har brister. Internkontroll är ej genomförd under 2020.

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

Vård- och omsorgsboendet startade 2016 i nybyggda lokaler och består av 60 lägenheter för permanent boende och inrymmer även en korttidsenhet med 8 - 10 platser för palliativ inriktning. Kunder som kommer till korttidsenheten flyttas vanligtvis efter en tid till någon av de övriga avdelningarna. From mars 2021 avvecklas korttidsenheten.

Verksamhetens koncept är *mat & måltider* och har en egen kock som lagar maten på plats. Enheten beskrivs av verksamhetschefen som en öppen, transparent och mångkulturell arbetsplats.

Två enhetschefer ansvarar för olika delar av enheten. En ena ansvarar för nattpersonalen, lokalvårdaren, kocken samt korttidsverksamheten på entréplan och våning 1 med två avdelningar, totalt 20 lägenheter med demensinriktning. Den andra ansvarar för samordnaren samt våning 2 och våning 3, totalt 40 lägenheter med somatisk inriktning. Enhetscheferna har fördelat sakområdesansvar så som kost, fastighetsfrågor o s v. Enhetscheferna har arbetat på denna enhet cirka ett och ett halvt år tillsammans.

Omvårdnadspersonalen har i hög utsträckning undersköterskekompetens och förhållandevis låg omsättning. Sjuksköterskorna har haft högre personalomsättning och under en längre tid varit underbemannade. Tre sjuksköterskor täcker nu fyra sjuksköterskeområden. Den fjärde sjuksköterskan ska vara på plats i januari 2021.

Verksamhetschefen har det lagstiftade hälso- och sjukvårdsansvaret. Verksamhetschefen är personalansvarig chef för både sjuksköterskorna och enhetscheferna, totalt 10 enhetschefer och 14 sjuksköterskor inom verksamhetsområdet.

Rehab-personalen (arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut) finns både organisatoriskt och lokalmässigt i en annan enhet med en egen enhetschef. Rehab-personalen har patientansvar på Gävle Strand och besöker sina patienter regelbundet och vid påkallat behov.

Syfte

Kvalitetsgranskningen ska granska kvalitet 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 att spegla utfallet av struktur och process.

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. Detta är den första kvalitetsgranskningen inom Välfärd Gävle där Kvalitetsteamet inom Planering, analys och utvärdering ansvarar för upplägg och genomförande. Kvalitetsteamet utser verksamhet som på förekommen anledning, eller via turordning, får en kvalitetsgranskning.

Denna granskning är utförd av utredare Helena B Jansson, medicinskt ansvarig sjuksköterska Ulrika Carlsson och Carin Thunman, socialt ansvarig samordnare Maria Thuman i samarbete med medicinskt ansvarig för rehabilitering Johanna Storing samt nutritionsansvarig dietist Linnea Skytt.

När kvalitetsgranskningen startade skickades en enkät ut till verksamheten med 78 frågeområden som utgick från kundnära styrdokument inom olika områden. Ansvarig verksamhetschef fick även del av enkäten. Intervjuer har sedan skett med 2 personer per intervju, representanter för omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal samt ansvariga enhetschefer. Intervjuerna har bestått av följdfrågor utifrån enkätsvaret, anpassade beroende på yrkeskategori.

En dokumentationsgranskning av 25 % slumpmässigt utvalda akter (16 st) har granskats med hjälp av granskningsmallar med krav/parametrar för social respektive medicinsk dokumentation. Den sociala dokumentationen består av utförarjournal och genomförandeplan. Den medicinska dokumentationen består av en medicinsk omvårdnadsjournal (patientjournal) och vårdplaner (inklusive behandlings- och träningsprogram). En granskning av registrerade sociala och medicinska avvikelser i avvikelsemodule i Treserva¹ har skett. Hela granskningen har omfattat september 2019 till och med augusti 2020.

I rapporten redovisas under respektive rubrik först styrande skallkrav, bedömningsmallen och därefter intervjuens eller granskningens utfall 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 innan rapporten presenteras för nämnden. Åtgärder för brister med röd bedömning ska dessutom återrapporteras med en lägesrapport till nämnden.

Avslutningsvis i rapporten lyfter granskarna egna reflektioner kring sådant som inte granskades men spontant kommit fram i kvalitetsgranskningen.

¹ Treserva – verksamhetssystem (dataprogram) där all registrering och dokumentation kring kund sker.

Utfall

Ledarskap och organisation

Enhetschef

Ansvarsfördelningen mellan de två enhetscheferna på Gävle Strand har sett lika ut sedan start. De ansvarar för arbetet med kunder, kvalitet, medarbetarperspektiv/arbetsmiljö, ekonomiska ramar, lagstiftning och ledningssystemet. De planerar med perspektiv på ett år. Enhetscheferna har ett stort mandat, enligt verksamhetschefen, men enhetscheferna upplever en oklar roll och otydligt mandat. De har tydligt ansvar på sin enhet, men får uppfinna egna lösningar då alla enheter har olika sätt att jobba. De båda enhetscheferna har ett gemensamt veckomöte för att samordna frågor. De närvarar även på ombudsträffar samt teamträffar. På arbetsplatsträffarna närvarar sjuksköterskor om det är aktualiserat från någon av parterna.

Verksamhetschef

Verksamhetschefen som saknar medicinsk utbildning ansvarar för hälso- och sjukvården, dess personal och verksamhetsplanering. Det är en stor utmaning att behålla och rekrytera sjuksköterskor och kvalitetssäkra detta. Hon beskriver att det är svårt att hantera denna fråga då det även finns sjuksköterskor i andra kontor och verksamheter. Att vara chef för enhetschefer känns bra och att ha det samlat inom kontor Boende. Man behöver ha dialog med de övriga första linjens chefer även inom andra kontor. Organisationen känns otydlig och ger svårigheter då det inte finns en strukturellt ordnad organisation. En ledningsansvarig sjuksköterska (LANS) under verksamhetschefen har tidigare haft uppdrag att rapportera från MAS-möten.

Verksamhetschefen har kvalitetsmöte med enhetschefer och sjuksköterskor på enheten en gång per månad, med uppföljning av ekonomi, avvikelser och klagomål. Verksamhetschefen är medveten om att MAS vill att rehab-personalen är med, men hänvisar till att de ägs av annan chef.

När information ska spridas bedömer verksamhetschefen vem som behöver delges. Information om munvård skickas exempelvis till enhetschef och sjuksköterska, då det både berör omvårdnad och hälso-och sjukvård.

Verksamhetsplanering

Tidigare har man i verksamhetsplaneringen utgått från nämndens fyra perspektiv. I år har nämnden till verksamhetsplaneringen däremot frågat; vad vill ni? Det blev en kullerbytta för enhetscheferna att tänka så, vilket de upplever positivt. De förordar att "det som inte fungerar" bör vara grunden i verksamhetsplanering. Inom enheten med omvårdnadspersonal genomfördes verksamhetsplanering i februari 2020 då enhetschefen förlängde en arbetsplatsträff med genomgång av strategierna. Enhetscheferna hade verksamhetsplanering i mars tillsammans med kollegor och verksamhetschefer inom vård- och omsorgsboendet utifrån Välfärd Gävles strategier och utformade aktiviteter så som kvalitetsmöte, tillitsbaserat ledarskap, IBIC, ekonomi i balans. Verksamhetsplanering för sjuksköterskor inom hela kontoret Boende var planerad under 2020, men genomfördes inte på grund av pandemins utbrott.

Styrdokument

Enhetschef har under arbetsplatsträff vid tre tillfällen visat vart man kan hitta och hur man använder ledningssystemet. Genomgång av rutiner som är aktuella sker under arbetsplatsträffar. Vissa medarbetare kan även få en separat individuell genomgång. Exempelvis kan en observation av brister i basala hygienrutiner leda till en genomgång av rutinen. Nya medicinska rutiner går sjuksköterskorna igenom med omvårdnadspersonal.

Roller och mandat

Oklara roller och mandat på enheten identifierades och facket gjorde en begäran enligt 6 kap 6 a§². Enheten tog hjälp av Företagshälsovården för att kunna kommunicera runt detta. Deltog gjorde verksamhetschef, enhetschef, sjuksköterskor och omvårdnadspersonal. Rollerna och uppdragen formas i stort av styrande rutiner. Idag arbetar enhetschefen närmare verksamheten än tidigare.

² Skyddsombud kan göra en begäran om åtgärder kring arbetsmiljö eller arbetstider (med stöd av arbetsmiljölagen 6 kap 6 a§)

Bedömning (rött)

Det saknas rollbeskrivning för olika chefsnivåer. Enhetscheferna upplever att de har ottydligt mandat och hittar egna lösningar runt sådant som skulle kunna samordnas inom hela kontoret.

Oklart hur verksamhetsplaneringar får en röd tråd. Man har i år, trots de nya förutsättningarna inte utgått från "vad man vill" och "vad som inte fungerar".

Samarbetet mellan den sociala och den medicinska ledningen brister då man har olika organisatoriska tillhörigheter inom flera enheter och två kontor. Det medicinska ledningsansvaret är svårt att hantera då man inte har hälso- och sjukvårdskompetens, man fungerar som arbetsledare men har svårt att hantera verksamhetsfrågor och ta ansvar för att säkerställa allt runt patienten.

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.

Gult: Rutinerna är kända, men en eller flera viktiga 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.

Förbättringsarbete

Enheten beskriver att de arbetar med förbättringar på arbetsplatsträffar, ombudsmöten och kvalitetsmöte men dokumenterar ej arbetet. Verksamhetschefen har regelbundet kvalitetsmöte med enhetschefer och sjuksköterska för att gå igenom ekonomi, avvikelser och klagomål, men rehab-personal deltar ej. Det har varit svårt att få kvalitetsmötena att fungera bra på omsättningen av enhetschefer och sjuksköterskor.

Riskbedömningar på organisatorisk nivå

Enheten har tillsammans med arbetsplatsombud under pandemin genomfört en riskbedömning/riskanalys på alla enheter. En riskbedömning på verksamhetsnivå gjordes i början på pandemin där samtliga vård- och omsorgsboenden under verksamhetschefen ingår.

Egenkontroll

Heltäckande och övergripande egenkontroller har tidigare genomförts då de kommit uppdrag från centralt håll. Under sista året har dock detta inte skett. Enstaka kontroller har nu skett så som nattfastemätning, livsmedelshygienkontroller och kontroll av följsamhet till basala hygienrutiner. Nattfastemätningen har inte rapporterats till NAD och OSA, vilket enligt enhetschef beror på hög omsättning av sjuksköterskor. Oklart varför genomförda livsmedelshygienkontroller inte har rapporterats vidare. Matsvinnsmätning har ej genomförts under perioden, då man saknat centralt stöd i detta.

Bedömning (gult)

Det finns inget dokumenterat systematiskt förbättringsarbete där man fångar upp olika parametrar, analyserar och vidtar åtgärder. Åtgärder som vidtas sker vid enstaka avvikelser.

Riskbedömningar på organisatorisk nivå har genomförts i början av pandemin. Fragmentarisk egenkontroll av enstaka parametrar sker.

Allt detta behöver styras upp och även struktureras i krav på sektornivå.

Avvikelser

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, åtgärder och slutförs då den hanterats klart och det finns inget underlag (klagomål, dokumenterad händelse) som visar en missad registrering i modulen.

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

Rött: Mindre än hälften av avvikelserna är korrekt registrerade.

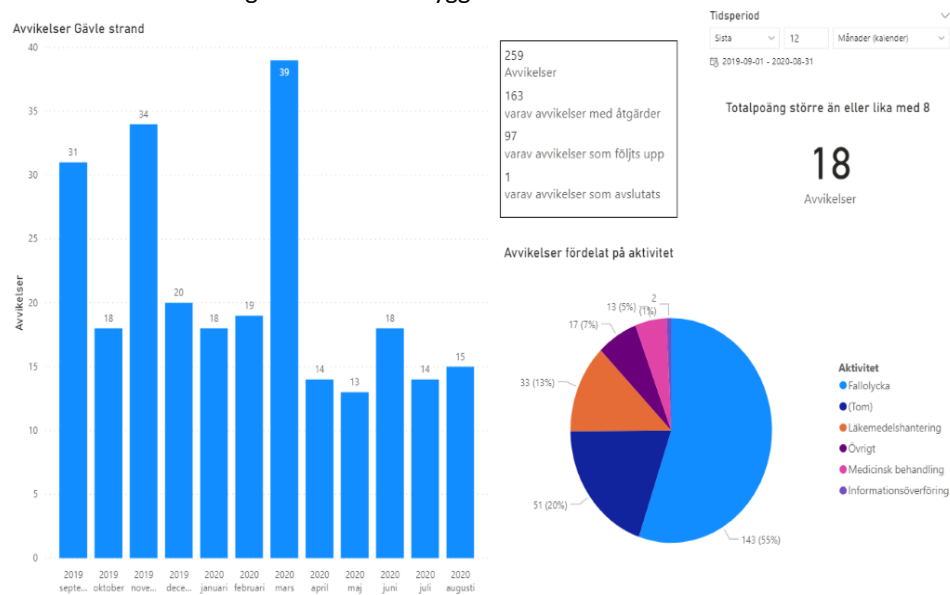
Avvikelsehantering

Personalen är duktiga på att skriva avvikelser. Enhetschefen går igenom alla avvikelser och involverar direkt de professioner som berörs, inklusive anhöriga. Sjuksköterskorna får också alla avvikelser, utan att vara berörd av de sociala avvikelserna. Verksamhetschefen läser alla avvikelser. Rehab-personalen delges enligt enhetschefen bara de mest allvarliga avvikelserna som berör dem, inte alla fall-avvikelser. Rehab-personalen har inte tagit emot några avvikelser hittills.

Enhetschefen framför att det är svårt att jobba i modulen och det finns förbättringar att göra i hur de hanteras och att återkoppling till berörda ska ske. Man dokumenterar åtgärder på ett pappersblock, varken i avvikelsemodul eller journal i Treserva.

Man försöker se mönster och att ta lärdom av det man gör.

Tack vare Power BI (se bild nedan) får verksamheten numera bättre överblick och kan analysera mer, vilket gör det lättare att hitta åtgärder som förebygger avvikelser.



Totalt har boendenheten 259 registrerade avvikelser på ett år. Dessa fördelar sig med mellan 17-56 stycken per avdelningar, de flesta har 30-40 stycken. 55% av avvikelserna är registrerade fall, 20% har ingen registrering på typ av aktivitet, 13% berör läkemedelshantering och 7% övrigt.

Det ligger idag 55 obearbetade registrerade avvikelser, där vissa legat sedan 1 september 2019. Dessa är inte öppnade och heller ej bedömda vad gäller allvarlighetsgrad, vilket gör att när man läser avvikelsern syns inte allvarligheten. Av de 18 avvikelser som har bedömningen med mer än 8 poäng i allvarlighetsgrad har bara 5 skickats vidare till MAS för bedömning av eventuell Lex Maria.

I granskningen av sociala avvikelser framgår att dessa mestadels berör hälso- och sjukvård så som fall och läkemedel, vilket bör hanteras inom ramen för medicinska avvikelser. Det innebär att de registrerats inom fel lagrum och medför fel i statistiken. Det finns enstaka sociala avvikelser på de 13 granskade kunderna, tyder på brist i registrering och de sociala rubrikerna för vilken aktivitet som berört avvikelserna är inte använda under senaste året.

Klagomålshantering

Vid muntliga klagomål frågar alltid enhetschefen om den klagande vill ha klagomålet dokumenterat och då även diariefört. Oftast vill man inte det och anhörig är nöjd med muntliga svaret de får. Kommer det in skriftligt sker diarieföring och verksamhetschef får den för kännedom, men enhetschefen åtgärdar och besvarar.

Ett klagomål gällande vård i livets slutskede har inkommit via IVO under perioden.

Bedömning (gult)

Syftet med avvikelsemodule är att den stödjer hanteringen av avvikelser. Detta används inte av enheten som inte registrerar all hantering i systemet och ej heller analyserar avvikelser på aggregerad nivå. Att man inte registrerar bedömning av konsekvens, risk och allvarlighetsgrad innebär att MAS och SAS inte får kännedom om dessa händelser. 20% av alla avvikelser saknar rubricering av sakområde. I granskningen av avvikelser finns flera felrubricerade avvikelser så som fall och läkemedel vilket bör hanteras inom ramen för HSL.

Dokumentation av hanteringen saknas i hög grad i avvikelsemodule. Avvikelsena slutförs och avslutas inte i modulen. Det sker ingen dokumentation av händelsen och åtgärder i den sociala eller medicinska journalen.

Det sker idag ingen analys av avvikelser på olika chefsnivåer på aggregerad nivå för att hitta förbättringsåtgärder och därmed jobba förebyggande.

Då merparten av avvikelserna berör fall är det anmärkningsvärt att inte rehab-personalen får del av alla fall-avvikelser och är mer delaktiga i arbetet med förebyggande åtgärder.

Sektorövergripande krav och stöd saknas som möjliggör statistik och systematiskt arbete på alla nivåer.

Samarbete i teamet

Krav

Lagstiftningen och rutiner för dokumentation och genomförandeplan samt informationsöverföring förutsätter ett samarbete mellan medicinsk personal och omvårdnadspersonal.

Omvårdnadspersonalen har behörighet att läsa anteckningar i patientjournal om det finns en insats fördelad/delegerad till omvårdnadspersonal att utföra. De kan då läsa de flesta anteckningar som görs i patientjournalen. Omvårdnadspersonal ska dokumentera en utförd delegerad behandling i aktuella vårdplaner. Legitimerad personal ska ta del av dokumentation och överrapportering vid varje arbetspass. Vid akuta händelser ska omvårdnadspersonalen även ta muntlig kontakt med berörd person.

All personal ska använda olika sätt att rapportera händelser och påminnelser mellan sig. All personal ska vid början av varje arbetspass ta del av det väsentliga som hänt sedan senaste arbetspasset.

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

Teamets deltagare är omvårdnadspersonal, rehab-personal, sjuksköterska och enhetschef. Sjuksköterskan hanterar samtycket från kund för att samarbetet inom teamet kan ske.

Informationsöverföringen inom teamet sker främst via omvårdnadspersonalens daganteckningar samt muntligt i det dagliga arbetet. Enhetschef, sjuksköterskor, rehab-personal och en del omvårdnadspersonal läser daganteckningar vid arbetspassets början, men det förekommer också en hel del muntlig överrapportering mellan arbetspass. Det sker även till viss del via åtgärder och hälsostatus som dokumenteras av

omvårdnadspersonal i vårdplaner. Boendeenheten har en dagbok på kontoret som arbetsredskap för påminnelse om någon kund t ex ska på läkarbesök eller till tandläkaren.

Morgonmöten sker bara på korttidsenheten och våning 1 för överrapportering mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska och enhetschef. På övriga avdelningar stämmer sjuksköterskan av med omvårdnadspersonalen på morgonen. Sjuksköterskan har sjuksköterskeexpeditionen på det våningsplan där hon är omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Sjuksköterskorna ser fördelar med denna placering, men även stora nackdelar då de blir involverade i fler frågor än vad som är befogat av både kunder och personal. De får mindre kollegialt utbyte då de inte sitter i ett gemensamt kontor.

Omvårdnadspersonal och sjuksköterskor aktualiserar frågor till rehab-personalen 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. Legitimerad personal informerar därför omvårdnadspersonalen med hjälp av muntlig information samt post-it lappar för att ge skriftliga medicinska instruktioner och påminnelser.

Teamträffar

Under så kallade teamträffar möts alla professioner som ingår i teamet. En omvårdnadspersonal bokas via TES för att representera avdelningen på respektive teamträff. Representanten samlar underlag från sina kollegor både muntligt och via en blankett i pärm på respektive avdelning. På teamträffen en gång per månad (1 timme) går man igenom avdelningens kunder. Det är mest hälso- och sjukvårdsfrågor som tas upp t ex hjälpmedel och förändringar i hälsoläge, men mest fokus på akuta saker och begränsningsåtgärder. Dokumentationen sker på en gemensam blankett med åtgärder och uppföljning runt respektive kund där varje profession skriver in inom sitt område. Efter teamträffen dokumenterar omvårdnadspersonalen i daganteckningar och sjuksköterskan och rehab-personalen dokumenterar under rubriken "konsultationer" i medicinska journalen. På korttidsenheten genomförs även vistelseplaneringar då biståndshandläggare deltar. Många kunder upplevs ändå bli kvar länge på korttids.

Vissa teamträffar funkar sådär, tycker någon av de intervjuade. Det saknas struktur och dagordning, det är inte så många närvarande och man lika gärna kunna ta detta per mejl eller telefon framför denna person.

Bedömning (gult)

Det finns en god daglig kontakt genom morgonmöten och överrapportering mellan arbetspass på enheten. Däremot sker kontakt med rehab-personalen främst via mejl, som bidrar till risk för sekretessbrott om personuppgifter framgår.

Teamträffar fungerar, men saknar struktur för att arbeta heltäckande och långsiktigt runt kunden, då det som avhandlas mest rör aktuella saker. Dokumentationen efter teamträffen under "konsultationer" i medicinska journalen är fel, det ska dokumenteras i vårdplanen. Förebyggande arbetet runt kund/patient saknas. Både sjuksköterska och rehab-personal använder dels vårdplaner, men även både post-it och skriftliga instruktion hos patienten som ersättning och komplement till vårdplaner. Det bidrar till att denna överrapportering och dokumentation blir fragmentarisk och rörig med risk för missförstånd och allvarliga avvikelser.

Det brister i den övergripande samordningen av teamets arbete runt både teamträffar, dagliga överrapporteringen och ansvar för patientsäkerheten.

Kontaktmannaskap

Krav

Styrande rutinen för kontaktmannaskap och Vårdighetsgarantin ställer krav på kontaktmannaskap som ska:

- bevaka kundens situation
- avsätta egen tid med kund för samtal om angelägna saker
- vara en länk mellan kund/närstående/verksamheten
- informera om verksamhetsförändringar
- samordna stödinsatser med samverkanspartners
- stödja i hantering av kundens pengar
- erbjuda en ersättare när ordinarie kontaktman är ledig.

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

Två namngivna kontaktmän utses runt varje kund inför inflyttning. Kontaktmännen tar alltid emot ny kund och sköter informationen. Ansvaret för att planen är aktuell ligger på kontaktman, men det är inte alltid kontaktman som skriver genomförandeplanen utan får stöd med detta. Kontaktmännen har ansvar för att bevaka hur kundens situation ser ut, värdesköpets nyckel, kontakt med anhöriga, bokning av färdtjänst och tex vissa inköp. De schemaläggs så det alltid finns en kontaktman i tjänst till kunden. De båda kontaktmännen får samarbetet och olika uppgifter att fungera sinsemellan samt täcker upp för varandra vid frånvaro.

Bedömning (grönt)

Kontaktmannaskapet fungerar bra enligt rutin.

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 inte efterlevs.

Riskbedömning och riskanalys på individnivå

Individuella riskbedömningar görs av sjuksköterska om man kommer ihåg det. Fokus ligger mer på att få till ett inflyttningsbesök med läkare. Fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut blir inte involverad i riskbedömningar. Av de riskbedömningar som görs registreras inte alla i verksamhetssystemet.

Riskbedömningarna omfattar risk för undernäring, fall, munhälsa och trycksår.

Registrerade riskbedömningar på Gävle Strand, 2019-09-01 – 2020-08-31;

Gävle strand	Undernäring (MNA)	Fall (DFRI)	Trycksår (modifierad Nortonskala)	Munstatus (ROAG)
--------------	-------------------	-------------	-----------------------------------	------------------

Entréplan/korttids	20	22	-	0
3A	11	11	11	11
3B	9	9	10	9
1A	-	-	-	-
1B	-	-	-	-
2A	-	-	-	-
2B	-	-	-	-
Totalt	40	42	43	20

Läkarrond

Läkarrond sker två gånger i veckan med ansvarig läkare från hälsocentral, oftast svårt att få till fysiska ronder, bli ofta telefonronder relaterat till pandemin. Vid akuta situationer har sjuksköterska VIP-nummer och får snabb kontakt med läkare. Samarbetet fungerar bra eftersom tillit finns att det verkligen är akut. Ingen planerad vård avhandlas.

Basala hygienrutiner

Utbildning och genomgång rutin samt egenkontroll med observation runt basala hygienrutiner har skett.

Suicid-händelser

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 kontakter sjuksköterskan läkaren och anhöriga. Erfarenheten är att läkaren tar detta på allvar. MAS kontaktas inte enligt rutin.

Hjälpmedelshantering

Inga åtgärder har vidtagits efter egenkontrollen 2017 runt hjälpmedelshanteringen som visade på brister. Det framkommer att rengöring av hjälpmedel inte fungerar då ansvarsfrågan är diffus. Det är oklart för vissa intervjuade om det finns rutin för denna hantering.

Inkontinenshjälpmedel

Utredningen för inkontinens är oftast genomförd när kund flyttar till vård- och omsorgsboende. Verksamheten har utsett inkontinensansvarig omvårdnadspersonal för förskrivning och beställning av inkontinensskydd. Vid enstaka tillfällen har sjuksköterska gjort det, men hinner inte med det. När det behövs tar man en diskussion.

Läkemedelshantering

Kunderna/patienterna har låsta läkemedelsskåp i den egna lägenheten. Där förvaras Apodos, och signeringslista. Mindre läkemedelsförråd finns på varje våning. Dessa upplevs vara för små.

Delegering sker på följande sätt;

1. Genomgår webbutbildningen via Svensk Demenscentrum. Efter utbildningen lämnar omvårdnadspersonalen sitt erhållna diplom till sjuksköterskan som ska delegera.
2. Vikarier får följa med ordinarie och ser hur det går till med rutiner för att dela läkemedel. Sjuksköterskan frågar om omvårdnadspersonalen har varit delegerad förut.
3. Ny personal får även genomgång av ordinationshandling, monomack, dosett, Apodos och waranordination.
4. Sjuksköterskan registrerar delegationen i verksamhetssystemet.
5. Delegering på ordinarie omvårdnadspersonal förlängs 1 år i taget.

Vid behovsläkemedel finns i dosetter eller monomack. Ordinationshandlingen finns i kunders lägenhet. När behov av behovsläkemedel uppstår kontakter omvårdnadspersonalen sjuksköterska. Sjuksköterskan gör en bedömning utifrån samtal med omvårdnadspersonalen. Omvårdnadspersonalen ger läkemedlet och dokumenterar det i Treserva.

I läkemedelsrummet finns narkotikajournal, där sjuksköterska dokumenterar uttag. I kundens lägenhet finns kundens narkotiska journal där omvårdnadspersonal signerar att de gett läkemedel. Kontrollräkning av narkotiska preparat en gång i månaden har inte skett enligt rutin under perioden. Läkemedlen i Apodos kontrolleras var 14:e dag så de stämmer överens med ordinationshandlingen. Vidare kollar man förbrukningsdatum, att läkemedlen förvaras på rätt sätt t ex kylvara eller mörkt utrymme. Temperaturen i kylskåpet kontrolleras dagligen så att det är inom referensläget, men dokumenteras inte alltid.

Vårdrelaterade infektioner

För att minimera vårdrelaterade infektioner följs urinvägsinfektioner, kateterbyten och rutiner vid byte av kateter. Man är noggrann med intimitetshygien och att patienten dricker mycket vatten. Inga avvikelser skrivs på vårdrelaterade infektioner.

Munhälsa

Tandhygienist kommer och gör munhäsobedömning en gång per år. Munvårdskort, finns hos alla kunder där det står hur tänderna ska skötas, tandkräm, munskölj och så vidare. Sjuksköterskorna gör riskbedömningar var 6:e månad med bedömningsinstrumentet ROAG³. Folk tandvården har utbildat i munhälsa.

Begränsningsåtgärder

Om det finns ett behov och kunden samtycker till begränsningsåtgärd som exempelvis sänggrind eller rörelselarm så dokumenteras det i en vårdplan som fördelas till omvårdnadspersonalen. Även samtycket dokumenteras i journal. På teamträffar följer man upp om kunden har fortsatt behov av begränsningsåtgärd, checklista finns.

Måltider

Måltidsguiden med tips och råd används till viss del. Man har heller inte gjort måltidsobservationer (egenkontroll). Maten ska serveras med karotter på borden. Men många har svårt att ta mat själva och vissa tar för mycket, det fungerar med andra ord inte bra. Menyn skrivs på tavla så kunder kan läsa detta. Man har fasta tider för lunch och middag. Dukar fint och tar fram bröd, smör och dricka. Salt och peppar finns på borden. Man serverar mat från en vagn och frågar kunden vad och hur mycket de önskar. Vid fest och högtider serveras maten i karotter och kunderna tar själv med hjälp. Man dukar fint med blommor och erbjuder dessert på helgen. Personalen sitter med vid bordet vid måltid.

Enhetschef är med på kostmöten för att styra upp fokus på kunderna när det är mycket olika tyckanden.

Nutrition

Man följer Nutritionshandboken och anpassar näringsintag m.m. genom närings- och energiberikad dryck, timbal- eller purékost, mellanmål o s v. Man mäter vikt var tredje månad, kollar regelbundet tandstatus, bevakar PEG⁴ en gång per månad. Man är uppmärksam på kunder med diagnoser som får sväljsvårigheter, förstoppning m.m. Omvårdnadspersonal dokumenterar alltid om det är någon som äter dåligt antingen i daganteckningar eller i vårdplan. Näringsdrycker ordinerar av sjuksköterska och då signeras överlämnandet.

Vård i livets slutskede

När läkaren bedömer att en kund/patient är i ett palliativt skede ska läkare informera kund och/eller anhöriga genom ett så kallat brytpunktssamtal. Läkaren ordinerar läkemedel för vård i livet slut och skriver en "väntat dödsfalls"-blankett samt upprättar en vårdplan för vård i livet slutskede.

Individuella planeringar görs genom att man tar reda på i förväg hur kund/patient önskar ha det i livets slut. Man anpassar utifrån religion och tradition. Om man har behov av ett vak så ska detta tillsättas. Det är då viktigt att denna person är känd hos kund/patient. Man masserar och lugnar patienten och smärtlindring ges vid behov samt stöttar anhöriga och kund i den svåra situationen. När kunden ser att anhöriga är lugna blir

³ ROAG (Revised Oral Assessment Guide)

⁴ Perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG), möjliggör näringstillförsel vid olika sväljningsbesvär.

kunden också lugn. När kund avlider kontaktas sjuksköterska, man "gör i ordning" kunden, tänder ljus och låter anhöriga vara i fred. Anhöriga får vara delaktiga om de vill i både vak och då man gör i ordning den avlidne.

Diagram över registreringar i palliativa registret, 2019-09 – 2020-09 Gävle Strand;

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Dok. brytpunktssamtal	76,2	98	147	193
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	96,9	98	187	193
Ord. inj ångestdämpande vid behov	96,9	98	187	193
Smärtskattats sista levnadsveckan	36,8	100	71	193
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	59,6	90	115	193
Utan trycksår (kategori 2-4)	92,2	90	178	193
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	83,4	90	161	193

Registreringar i palliativa registret görs inte alltid omgående av sjuksköterska, det blir bara inte gjort, trots att det är svårare då det gått en tid.

Bedömning (gult)

Hälso- och sjukvården bedöms svika i kvalitet i vissa processer då det identifierats brister i följsamhet till lagstiftning och Valfärd Gävles rutiner. Lagstiftningen och rutiner är kända hos legitimerad personal med efterlevs inte i alla processer. Läkemedelshanteringen och delegering fungerar relativt bra men det har identifierats brister i kontrollräkning av narkotiska preparat. Orsaken till identifierade brister bedöms bero på att det inte funnit förutsättningar för den legitimerade personalen att bedriva god och säker vård. Under den granskade perioden har sjuksköterskorna varit underbemannade och haft omvårdnadsansvar för fler kunder/patienter än normalt. Att hälso- och sjukvården är indelad organisatoriskt i olika stuprör bedöms även vara en bidragande orsak till de brister som identifieras. Det är olika chefer för olika professioner vilket leder till att ingen tar ansvar för helheten för den enskilda kunden/patienten.

Rutin för rengöring av hjälpmedel upplevs inte fungera, detsamma gäller runt hantering av medicinsktekniska produkter (sortiment och kalibrering).

Det grundläggande förebyggande arbete som ska utföras av hela teamet, riskbedömningar samt åtgärder för att minimera risker utförs inte enligt rutin. I de få fall där man har gjort dessa riskbedömningar har inte fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut varit delaktig.

Vårdrelaterade infektioner hanteras inte som avvikelser och utreds därmed inte för att förhindra framtida risker och eventuella vårdskador.

Inkontinenshanteringen följer inte föreskrifter och rutiner. Sjuksköterska ska genomföra inkontinensutredning om det föreligger ett behov. Därefter ska behörig sjuksköterska förskriva inkontinenshjälpmedel till den enskilde. Detta görs inte i dag utan "förskrivning" görs av omvårdnadspersonal som även ansvarar för beställning av inkontinenshjälpmedel. Sjuksköterskorna hänvisar till att de inte skulle hinna arbeta med detta. Detta kan leda till en försämrad livskvalitet för den enskilde samt att det inte är kostnadseffektivt.

Gällande nutrition och måltider så saknas beskrivning av arbetssätt runt exempelvis riskbedömning och nattfasta. Måltidsguiden används inte i alla delar.

Dokumentation

Krav

Genomförandeplan

Styrande riktlinjen för genomförandeplan beskriver att kunder med biståndsbedömda insatser ska ha en upprättad genomförandeplan inom 14 dagar (undantag finns dock för vissa mindre omfattande insatser) med totalt 13 punkter att uppfylla. 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.
- kund och/eller närstående fått kopia

Bedömningsmall

Grönt: Aktuella genomförandeplaner med beskrivande innehåll över vad och hur stöd ska ges över hela dygnet, och 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 frånavaro, 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 skall innehålla, uppgifter om patientens identitet, väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, uppgifter om diagnos och anledning till mer framstående åtgärder, väsentliga uppgifter om genomförda och planerade åtgärder, uppgifter om informationen som lämnats till patienten, hans vårdnadshavare och övriga närstående, uppgifter om ställningstaganden som gjorts om val av behandlingsalternativ och möjligheten till ny medicinsk bedömning, uppgifter om att patienten valt att avstå från vård eller behandling. Sjuksköterska ska dokumentera hälsohistoria och aktuellt hälsotillstånd senast en vecka efter inflyttning.

Vårdplan

Legitimerad personal ska upprätta vårdplaner för behandlingar samt efter avslutad behandling avsluta vårdplanen.

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.

Genomförandeplan (socialt)

Varje kontaktman ansvarar för att kunderna har en genomförandeplan. Kontaktmannen kan behöva ta hjälp av kollega/IBIC-coach när det gäller innehållet och att skriva genomförandeplanen då alla medarbetare inte har förmågan att kunna ställa frågor och skriva genomförandeplaner. Kunden är alltid med vid upprättande av genomförandeplanen och anhöriga erbjuds vara med om kunden vill det. Kopia på genomförandeplanen lämnas till kunden om kunden önskar det och anhöriga får kopia om kund godkänner det.

10 av 13 granskade genomförandeplaner har en uppdaterad genomförandeplan. 3 av 13 saknar genomförandeplan vilket är en allvarlig anmärkning som kräver åtgärd. Troligtvis tillhör dessa kottidsenheten där inga genomförandeplaner upprättas i Treserva. I övrigt ser innehållet generellt sett bra ut förutom att mål/delmål sällan framgår och att insatserna kan beskrivas bättre utifrån ett veckoperspektiv.

Genomförandeplanen är skriven med utgångspunkt av kundens önskemål och behov. Det framgår inte tydligt i planen vem som är ansvarig för den.

Social utförarjournal

Dokumentationen är i det närmaste obefintlig i sociala utförarjournalen. I ett granskat fall har utförarjournalen inte öppnats alls under vistelsen på korttidsenheten. Omvårdnadspersonalen har svårt att veta vad och hur det ska dokumenteras i den sociala journalen. Den dokumentation omvårdnadspersonalen gör sker i så kallade daganteckningar, vilket är en arbetsanteckning som försvinner efter 4 månader.

Samtliga kunder har en utförarjournal. Innehållet i samtliga kunders journaler berör mestadels hälso- och sjukvård och dess åtgärder. Utöver detta finns endast automatiska anteckningar exempelvis upprättad genomförandeplan eller registrerad avvikelse i journalen. I de fall där det finns registrerade avvikelser borde det finnas väsentliga händelser dokumenterade, exempelvis kontakter som tagits och vilka åtgärder som genomförts. Då journalerna mest innehåller automatiserade standardfraser är det svårt att bedöma huruvida det är skrivet med respekt och har ett godkänt språk, men i något fall var texten osammanhängande.

Vårdplaner (medicinskt)

Legitimerad personal upprättar en vårdplan för respektive behandling och fördelar den till omvårdnadspersonal som kvitterar och dokumentera åtgärder i den. Det är dock inte alltid en vårdplan upprättas vid alla behandlingar. Vårdplaner är många och inte uppdaterade. Riskbedömningar är inte genomförda eller uppdaterade.

Medicinsk patientjournal

Vid dokumentationsgranskning av 13 journaler i verksamhetssystemet Treserva påvisas stora brister i hälso- och sjukvårdsdokumentation. De brister som har påträffats är att fastvårdkontakt inte är uppdaterat i journalen och namn på ansvarig läkare. Samtycke ska inhämtas från patienten gällande informationsöverföring, NPÖ och för kvalitetsregister. Hälften av patienterna har inget dokumenterat samtycke. En dokumenterad årlig läkemedelsgenomgång har endast 4 patienter. Aktuell hälsohistoria samt aktuella diagnoser finns i journalen. Svårt att hitta den röda tråden i journalen så att patienten kan få en god och säker vård.

Bedömning (rött)

Arbetet med genomförandeplaner verkar generellt sett fungera bra på boendeenheten. Det är allvarligt att det saknas genomförandeplaner på korttidsenheten, även om det finns en vistelseplanering. I ett granskat fall har utförarjournalen inte öppnats alls under vistelsen på korttidsenheten, vilket är en brist då det bör framgå i utförarjournalen väsentliga händelser som så inflytt, utflytt, planering framåt och kontakter som tagits. Det är viktigt att dokumentera en plan för vad, när och hur kunden ska få stöd även om vistelsen är kortvarig, den ska enligt lag även arkiveras, vilket ska ske i Treserva.

Användningen av sk daganteckningar (arbetsanteckningar) bidrar med stor sannolikhet till brister i dokumentationen i sociala utförarjournalen. Det saknas väsentliga händelser såsom inflyttning, åtgärder vid avvikelser och går inte att följa kunden i kronologisk ordning. Utbildning i social dokumentation behöver genomföras för att sluta använda daganteckningar för överrapporteringen mellan personal.

Vårdplaner behöver upprättas för alla medicinska omvårdnadsproblem och dess behandlingar samt hållas uppdaterade och avslutas när det är aktuellt. All personal behöver få utbildning i arbetet med vårdplaner p g a att det ser olika ut i personalens olika vyer i dokumentationssystemet. Det är viktigt att patienten vet vem som är den fasta vårdkontakten samt vilken som är ansvarig läkare.

Etik och meningsfull dag

Krav

Lagstiftning och Vårdighetsgarantin ställer krav på olika frågor rörande likabehandling, delaktighet, bemötande, trygghet, säkerhet, information och meningsfull dag. Vårdighetsgarantin ställer krav på att bära namnskylt och att följa rutiner för att uppnå ovanstående så att kund ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

Bedömningsmall

Grönt: Finns ett medvetet arbete att hålla dialog runt frågorna i Vårdighetsgarantin och att regelbundet fånga upp individuella önskemål och beskriva en meningsfull dag i genomförandeplanen.

Gult: Man arbetar utifrån individuella behov och har samtal om etiska frågor och värdegrund.

Rött: Sker ingen dialog runt frågorna, syns inget av detta i arbetet med kund.

Värdegrund och Vårdighetsgarantin

Det sker samtal runt värdegrund och Vårdighetsgarantin och etiska frågor, men inte strukturerat återkommande. Främst omvårdnadspersonalen betonar vikten av att lyssna på kundens önskemål och göra individuella anpassningar. Det finns ingen uppmaning att bära namnskylt. Vissa gör det, andra inte, men medarbetare försöker påminna varandra och vikarier.

Omvårdnadspersonalen uppfattar att man har god kännedom om kunderna och deras behov och önskemål av aktiviteter. Sedan pandemin utbröt sker mindre samlingar på respektive avdelning, nu deltar fler kunder t ex i Zumba-dans än tidigare. Sjuksköterskor uppges att de försöker involvera patienten i sin vård.

Bedömning (gult)

Det finns inget återkommande tillfälle för att lyfta etiska och värdegrundsfrågor. Det ställs heller inga tydliga krav på att alla ska bära namnskylt.

Kontinuitet

Krav

Vårdighetsgarantin 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.

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) uppnås dels genom beskrivningar i Tes-planeringsverktyget, i genomförandeplaner och vårdplaner. Sjuksköterskorna sköter själva alla omläggningar av sår.

Personalkontinuitet

Personalkontinuitet (att kunden får stöd av begränsat antal personer) uppnår man genom kontaktmannaskap där de två kontaktmännen turas om att arbeta och schemaläggs mer runt sina kunder. En löpare som går mellan avdelningarna på våningsplanet dagtid bidrar också till ökad kontinuitet. Att varje patient har en fast vårdkontakt i form av omvårdnadsansvarig sjuksköterska och rehab-personal bidrar också till kontinuitet. Under pandemin har färre individer använts som vikarier och man har en vikarie överanställd, vilket också ökat kontinuiteten.

Bedömning (grönt)

Det finns ett genomtänkt arbete för att sträva efter hög kontinuitet.

Personal

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. planerat vidareutbildning eller strategin att framöver anställa personer med adekvat utbildning.

Rött: Målet ej uppfyllt.

Utbildning och kompetens

Chefsområde, Gävle strand 1

30 st undersköterskor

5 st vårdbiträden utan utbildning med minst 3 års erfarenhet

1 städare utan utbildning

1 måltidspersonal med utbildning för restaurang

Chefsområde, Gävle strand 2

29 st undersköterskor

2 vårdbiträden utan utbildning men med minst 3 års erfarenhet

1 vårdbiträde med utbildning Social service och omsorg samt minst 3 års erfarenhet

1 samordnare utan utbildning

Utbildningsnivån är hög, 88% har undersköterskekompetens, övriga 12 % har vårdbiträdesutbildning och eller minst tre års erfarenhet. Det finns brister i det svenska språket hos personal, det blir tex syftningsfel i dokumentationen uppger enhetschefen, som påtalat behov av åtgärder på verksamhetsledningsmöten.

Fortbildning och handledning

Enhetscheferna och sjuksköterskorna har inte fått någon kompetensutveckling eller utbildning under senaste året. Omvårdnadspersonalen har fått webbutbildning i basala hygienrutiner samt läkemedelshantering innan delegering.

Personal på våning 1 samt nattpersonal har reflektionstid en gång i månaden utifrån Silviacertifieringen som skedde under våren 2019. Korttidsenhetens medarbetare hade under hösten 2019 handledning runt livets slutskede ca 1 gång/månad av medarbetare i Svenska kyrkan.

Sjuksköterskan handleder omvårdnadspersonalen i det dagliga arbetet. Exempelvis runt basala hygienrutiner, såromläggning, trycksårprofilax, munvård och så vidare. Omvårdnadspersonalen ställer frågor och får svar. En plan för kompetensutveckling utifrån medicinska avvikelser finns och är lyft till HR-chef, då sjuksköterskor finns i flera verksamheter inom sektorn.

Introduktion

Introduktionsprogrammet för omvårdnadspersonal innehåller både teori och praktik. Man går dubbelt under ett dagspass och ett kvällspass, kan utökas efter individuell bedömning av enhetschef. Enhetschefen följer upp hur man tagit till sig informationen. Sekretessavtal skrivs på och följs upp på förekommen anledning.

Sjuksköterskor introduceras av kollegor. Checklista för introduktion finns. Det har varit svårigheter vid personalomsättning, när den nyrekryterade sjuksköterskan kommer till boendet så har redan sjuksköterskan slutat sin anställning.

Inför sommaren hade enhetschef och sjuksköterska tillsammans ett introduktionstillfälle med all ny omvårdnadspersonal där fokus var basala hygienrutiner som innehöll både teori och praktik.

Uppföljning av introduktionen sker genom att ha uppföljningssamtal med vikarier. Man har fått positiv återkoppling ifrån vikarierna gällande introduktionens upplägg.

Arbetskläder

Sjuksköterskor och omvårdnadspersonal har arbetskläder. Arbetskläderna byter medarbetarna efter varje arbetsdag. Arbetskläderna förvaras i omklädningsrum. Smutsiga arbetskläder läggs i en tvättkorg, nattpersonal och lokalvårdare tvättar kläderna.

Ombudsroller

Enhetschefen har möten med ombuden. Detta sker inte regelbundet utan vid behov. Kostombud, inkontinensombud, aktivitetsombud, hygienombud och brandombud finns.

Ansvar och överenskommelse för respektive ombudsroll finns. Just nu går man igenom i rutiner vilka ombud som ska finnas och vad som ingår i de olika uppdragen. Enhetschefen följer upp detta på medarbetarsamtalen.

Medarbetar-/kundundersökning

Senaste medarbetar-/kundundersökningen från 2020 har inte redovisats eller behandlats i verksamheten.

Bedömning (grönt)

Enheten har god utbildningsnivå. 88% har undersköterskeutbildning och övriga har flera års erfarenhet.

Enheten har både en genomtänkt introduktion och följer även upp hur den fungerat runt enskilda medarbetare. Bra att medarbetare får reflektionstid och handledning, efter behov. Ombudsroller finns för viktiga området och arbetet fortlöper.

Det är bra att enheten uppmärksammat behov av kompetensutveckling och lyft frågan till ansvariga. Det finns dock flera brister kring frågor där enheten kan förbättra kompetensen även på egen hand.

Enheten har inte tagit vara på underlaget i senaste medarbetar- och kundundersökning för att jobba med förbättringar, pandemin har bidragit till andra prioriteringar.

Säkerhet

Krav

Följa lagstiftning och rutiner för säkerhetsarbete i Välfärd Gävles ledningssystem.

Bedömningsmall

Grönt: Rutinerna är kända och ger fungerande processer.

Gult: Rutinerna är kända, men en eller flera viktiga fungerar inte. Det finns planerade eller vidtagna åtgärder.
Rött: Känner inte till en eller flera av rutinerna.

Loggkontroll

Verksamheten har hittills inte fått någon lista på loggar från systemförvaltare att granska. Detta har inte kunnat påbörjas på grund av tekniska och organisatoriska svårigheter. Arbete pågår i sektorn för att åtgärda detta.

Samtycke

Sjuksköterskan hanterar samtycket från kund så att samarbetet inom teamet kan ske. Man tar samtycke från de kunder som kan ge samtycke, men dokumenterar det inte alltid.

Förvaring av dokumentation

Dokumentationen förvaras i verksamhetssystemet Treserva och låsbara förvaringsskåp för akter.

Farliga ämnen

Innan verksamheten beställer produkter så görs en viktning utifrån om det finns farliga ämnen i produkten och om det finns ersättningsprodukt i stället utan farliga ämnen. Viktningen gör enhetschefen tillsammans med beställaren. Detta har inneburit att verksamheten inte köper in så mycket produkter där det finns farliga ämnen. Verksamheten har gjort en rutin för hantering av kemikaliska produkter och upprättat säkerhetsdatabladspärmar som finns på varje enhet. Faropictogram för produkter finns beskrivet i pärmen och vilken eventuell skyddsutrustning ska användas.

Kontroll av kyl och livsmedelshygien

Verksamheten gör temperaturmätningar enligt rutin. Termometer finns i varje kyl och frys. Kontrollerar så att alla livsmedel är märkta med produktman och datum. Personalen förvarar inte sin egen mat i kundernas kylskåp. Antingen använder personal engångsförkläden som de kastar efter att det är använt eller så använder personalen köksförkläden som tvättas varje dag. Checklista finns på kylskåpet där personalen prickar av när de rengjort köksytorna. Måltidsansvarig är utbildad i livsmedelshygien och ansvarar för rätt förvaring av livsmedel. Grund-/fortbildning i livsmedelshygien och egenkontrollprogram har inte genomförts under senaste året.

Hantering av kundens pengar

Överenskommelse med kunden görs när kunden flyttar in både vad gäller pengar och värdeföremål om kunden önskar att få det stödet. Kontaktmannen kvitterar ut en värdeskåpsnyckel och enhetschefen har tillgång till en nyckel till kundens värdeskåp. Verksamheten följer rutinen. Enhetschefen har, enligt sektorns säkerhetssamordnare, tillsammans med jurister tagit fram ett bra underlag för hantering av värdesaker. Det borde spridas till alla vård- och omsorgsboenden enligt säkerhetssamordnaren.

Nyckelhantering

Verksamheten har tagg-system. När kunden flyttar in till Gävle Strand får kunden kvittera ut tre taggar. Om kunden vill ha fler än tre taggar får kunden bekosta dessa taggar själv. Kunden har blåband-teknik för att öppna sin lägenhet. Enhetschefen eller verksamhetschefen beställer tagg till medarbetare och vikarie i blanketten på Ankaret. När taggen levereras får verksamheten en kvittens som medarbetaren skriver under. Kvittenserna sparas i en pärm. När medarbetaren/vikarien slutar sin anställning så lämnas taggen tillbaka.

Brandskydd

Rutin vid brand för Gävle Strand är upprättad och finns i ledningssystemet. Internkontroll har inte gjorts under senaste året. Brandskyddsombudet har gått utbildning, dock ej under senaste året.

Larm

Verksamheten har rumslarm och rörelselarm. Vid rörelselarm som är en begränsningsåtgärd görs en individuell bedömning av sjuksköterskan. I verksamheten finns ett rörelselarm på varje enhet om akut behov uppstår.

Tolk

Verksamheten har inte använt tolk någon gång. I samband med ett tillfälle vid en vårdplanering har biståndshandläggare använt tolk. Verksamheten har medarbetare som kan prata många språk.

Bedömning (gult)

Enheten följer inte rutin för samtycke i alla delar. Det ska dokumenteras ett samtycke även i sociala dokumentationen om vilka samverkanspartners och anhöriga som får kontaktas.

Enheten har ej genomfört de fyra interkontroller av förebyggande brandskyddsarbete som ska ske per år.

Tygförkläde ska användas i köket vid livsmedelshantering och tvättas dagligen. Engångsförkläden ska bara användas i omvårdnadsarbetet, för att det inte ska bli brist på dem.

Samlingsplats för farliga ämnen ska framgå i enhetens rutin för brand. I övriga sakområden sker hanteringen enligt rutiner.

Socialstyrelsens brukarenkät

I Socialstyrelsens brukarenkät beskriver rapporten "Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2020" att totalt svarade 39,8% av de tillfrågade i landet. Enkäten skickades ut innan pandemin startade i Sverige. Andelen svarande för Gävle Strands vård- och omsorgsboende var mellan 20 - 40%. Det innebär alltså minst 7 och högst 14, varför svaren ska tolkas med försiktighet.

På Gävle Strand har andelen kunder som är mycket eller ganska nöjda med stödet i sin helhet sjunkit från 92% år 2019 till 67% år 2020, samma som år 2018. Gävles snitt ligger på 83% år 2020. De svarande är dock mer nöjda än snittet i både landet, länet och Gävle med följande:

- De har fått flytta till önskat boende
- Lägenheten och gemensamma utrymmen,
- Mat och måltidsmiljö
- Personal har tid
- Påverka tider för stöd (lika som Gävle)
- Personalens bemötande (100% nöjda)
- Personalen tar hänsyn till önskemål
- Trygghet på boende (100%)
- Förtroende för personal
- Besvärar mindre av ensamhet
- Nå personal
- Vet vart man lämnar klagomål

Mindre nöjda än snittet ovan med följande:

- Utemiljön
- Aktiviteter (dock bättre än landet och länet)
- Utevistelse
- Personal informerar om förändringar
- Tillgång till sjuksköterska
- Tillgång till läkare (dock bättre än landet)

Sammanfattande reflektion

Vi ser en fungerande verksamhet med engagerad personal. Alla gör så gott de kan.

I intervjuer med omvårdnadspersonal framkom ett genuint intresse att tillmötesgå kund/patient vid vård i livets slut. Omvårdnadspersonalen gav en fin beskrivning av hur man arbetar med att få den enskilde att känna trygghet och värdighet.

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

Personalen närmast kund/patient ger ett intryck av trygghet och genuint engagemang om att man ger allt man kan till den enskilde även om man inte har alla förutsättningar. Brukarenkätens svar bekräftar detta.

Under granskningen har en pandemi pågått, vilket kan ha påverkat resultatet i viss mån. Men vissa av bristerna har dock varit kända av bland annat MAS sedan tidigare.

Hälso- och sjukvårdsorganisationen inom Välfärd bidrar till oklara roller och försvårar det dagliga samarbetet och den gemensamma långsiktiga planeringen med berörda parter.

Sjuksköterskorna har arbetat underbemannade under hela året 2020. Det har inte kommit till vår kännedom att man bedömt vilka arbetsuppgifter som ska prioriteras respektive prioriteras bort av de som varit i tjänst. Ingen dialog har förts med medicinskt ansvarig sjuksköterska vid denna underbemanning och därmed finns en risk att arbetet inte ska kunna bedrivas patientsäkert. Det är av yttersta vikt att hälso- och sjukvården att man börjar att arbeta med patientsäkerhetskulturen för att uppnå en god vård med god kvalitet där vården är jämlik för våra kunder/patienter.

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.

En komplex HSL-organisation gör att samverkan mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal försvåras, främst när det gäller samverkansfrågor på ett övergripande plan. Det pågår en översyn av detta på sektornivå.

De brister som lyfts fram om brister i svenska språket är redan kända av sektorn. I Omvårdnadsnämndens verksamhetsplan 2021-2024 står redan *"Språkutbildningar ska påbörjas och erbjudas på arbetstid för medarbetare där behov har identifierats."*

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

Referenser

Omvårdnadsnämndens Världighetsgaranti, giltig from 1 mars 2013.

Rutiner och uppdragsbeskrivning i Valfärd Gävles Ledningssystem.

Treserva, avvikelsestatistik ur avvikelsemodul, 2019 09 01-2020 08 31

Valfärd Gävles diarium, Lex Sarah-ärenden 2019 09 01-2020 08 31

Valfärd Gävles diarium, Klagomålsärenden 2019 09 01-2020 08 31

Brukarenkät 2020, Socialstyrelsen

Åtgärdsplan för vård- och omsorgsboende Gävle Strand 2021-03-09

	Brist	Förslag på åtgärd	Ansvarig	Påbörjas /klart
1	<p>Ledning och organisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otydliga roller och ansvar mellan chefer och chefsnivåer 	<p>Genomgång av enhetschefernas uppdrag samt ett sammanställt flödesschema över viktiga händelser och uppdrag under året som stöd.</p> <p>Genomgång av ledningssystemet med enhetschefer, tydliggörande av roller och ägarskap av aktuella rutiner.</p> <p>Årlig genomgång av gällande rutiner.</p> <p>Beskrivning av verksamhetschefernas ansvar gällande HSL.</p> <p>Upprättande av en tydlig ansvarsfördelning gällande insatser enligt HSL och det systematiska kvalitetsarbetet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verksamhetschef HSL - Ledningsansvarig sjuksköterska - Enhetschef - Omvårdnadsansvarig sjuksköterska - Omvårdnadsansvarig sjukgymnast/fysioterapeut - Omvårdnadsansvarig arbetsterapeut - Undersköterska / Omvårdnadspersonal 	<p>Kontorschef Verksamhetschef</p>	<p>2021</p> <p>Mars 2021</p>
2	<p>Kvalitetsarbete</p> <ul style="list-style-type: none"> - Förbättringsarbetet dokumenteras ej 	<p>Vi ska börja använda ett nytt egenkontrollprogram som stöd vid förbättrings- och verksamhetsplaner. Egenkontroll-programmet innehåller ett antal frågor inom de olika ansvarsområdena och utifrån dessa görs handlingsplaner och planering för kompetensutveckling.</p> <p>Verksamhetschef dokumenterar förbättringsarbeten som genomförs på vård- och omsorgsboende och delger andra verksamheter vid kvalitetsmöten, verksamhetsmöten och under verksamhetschefsträffar.</p>	<p>Verksamhetschef HSL Enhetschef</p>	<p>2021</p> <p>2021</p>
3	<p>Avvikelse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bristar i avvikelshantering, 	<p>Utbildning i Treserva och avvikelsemodulen. Avvikelse går igenom på boendets Kvalitetsråd och aggregeras till kontorets</p>	<p>Verksamhetschef HSL</p>	<p>2021</p>

	dokumentationen och i analys på aggregerad nivå	Kvalitetsråd.	Enhetschef	
4	<p>Samverkan i teamet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Långsiktigt och förebyggande arbete runt kund saknas - Stuprörstänk, ingen har helheten för kund/patient - Rehab-personal blir inte involverade i alla delar, tex i kvalitetsråd och avvikelser 	<p>Dialog med enhetschef för rehab kring samarbetsformer för långsiktigt arbete runt kund.</p> <p>Utbildning för omvårdnadspersonal i att läsa och skriva i vårdplaner. Nytt utbildningsmaterial framtaget.</p> <p>Ett gemensamt arbete mellan kontoren Stöd i hemmet och Boende pågår med att ta fram förslag till en sammanhållen organisation som främjar samarbetet och stärker teamarbetet för att säkerställa en god omvårdnad och hälso- och sjukvård.</p>	<p>Verksamhetschef HSL</p> <p>Enhetschef</p>	<p>2021</p> <p>2021</p> <p>2021-2022</p>
5	<p>Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> - I utförarjournal saknas - i vårdplaner brister 	<p>Utbildning i social dokumentation för omvårdnadspersonal</p> <p>Vårdplaner skrivs av sjuksköterskor men omvårdnadspersonalen behöver utbildning i att skriva i vårdplaner.</p>	<p>Enhetschef</p> <p>Verksamhetschef HSL</p>	<p>2021</p> <p>2021</p>
6	<p>Hälso- och sjukvård</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbete med riskbedömningar och vårdplaner brister 	<p>Samtliga kunder som bor på Gävle Strand har aktuella riskbedömningar. 60 riskbedömningar är gjord efter granskningen genomfördes, från sept till och med nov 2020. Ej registrerat som enstaka åtgärd. Utbildning i hur man registrerar enstaka åtgärd.</p>	<p>Verksamhetschef HSL</p>	<p>Klart</p> <p>2021</p>
7	<p>Etik och meningsfull dag</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strukturerat samtal om värdegrund och etik saknas - Krav på namnskytt saknas 	<p>Samtal om värdegrund vid medarbetarsamtal en gång per år och vid lönesamtal, samt vid behov.</p> <p>Krav på namnskytt förtydligat.</p>	<p>Enhetschef</p> <p>Verksamhetschef HSL</p>	<p>2021</p> <p>Klart</p>
8	<p>Säkerhet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hantering av samtycke brister - Internkontroll ej genomförd - Engångsförkläde används ej 	<p>Samtycke är registrerat i Treserva för fyra olika parter, men ska utvecklas för att även omfatta arbetet runt teamträffar.</p> <p>Internkontroller ska genomföras enligt rutin under 2021.</p> <p>Engångsförkläden används i nära vård. Tygförkläden används i köket och tvättas varje dag.</p>	<p>Enhetschef</p> <p>Verksamhetschef HSL</p>	<p>Klart</p> <p>2021</p> <p>Klart</p>