

Tillsyn av medicinsk vård och behandling för särskilda boenden för äldre

Detta formulär är utformat för vårdgivarens/huvudmannens redovisning av åtgärder med anledning av det beslut med begäran om återredovisning som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fattat i tillsynen av kommunens särskilda boenden för äldre (SÄBO). Redovisningen kommer att utgöra underlag för IVO:s fortsatta bedömning i ärendet.

Praktisk information

Detta formulär går att spara under tiden ni jobbar med det och det går även att skicka länken vidare till en kollega om fler ska fylla i. Efter att formuläret skickats in går det inte längre att göra några förändringar.

Om ni vill skicka in något utöver det som redovisas i formuläret kan ni skicka handlingarna till IVO via registrator@ivo.se eller via ordinarie postgång till den IVO adress som framgår av beslutet. Vid kontakt med IVO ange IVO:s diarienummer.

Vid eventuella frågor om formuläret kontakta IVO via: tillsyn.mitt@ivo.se

Hantering av personuppgifter

IVO behandlar personuppgifter såsom namn och funktion på den/de person/ers som är uppgiftslämnare. Uppgifterna används för att kommunicera med tillsynsobjektet och utreda ärendet. IVO behandlar även personuppgifter för att kunna fullfölja sitt ansvar för att planera och genomföra tillsyn med utgångspunkt i egna riskanalyser samt för att utgöra underlag för årliga sammanställningar. Behandlingen är nödvändig som ett led i IVO:s myndighetsutövning och för att utföra en uppgift av viktigt allmänt intresse. [Så här behandlar IVO personuppgifter.](#)

1. IVO:s diarienummer i beslutet

Obligatorisk.

Ex. 3.5.1-XXXXXX/2022

2. Vårdgivarens/kommunens diarienummer

3. Namn och funktion på uppgiftslämnare

Obligatorisk.

Om flera rapporterat skriv namn och funktion på samtliga

Lena Slotte Avdelningschef Äldreomsorgen Malin Junerud Medicinskt ansvarig för rehabilitering(MAR) Ulrika Dahnell Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Anneli Christie Processledare dokumentation
--

4. Datum för inrapportering

2023-05-19



5. Uppge vilka brister som kommunen kommer att redovisa åtgärder för, utifrån IVO:s beslut i tillsynen

Obligatorisk.

Ni kommer endast kunna redovisa uppgifter gällande de brister som ni kryssar i här. I slutet får ni möjlighet att redovisa övriga brister som ni kan ha identifierat.

- Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften
- Den personal som gör medicinska bedömningar behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning
- Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk
- Det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård
- Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt
- Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

Brist: Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

* Den personal som är närmast patienten har inte alltid den kunskap och kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras.

* Det framkommer att sjuksköterskorna ofta eller ibland saknar förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på plats när det skulle behövas för att uppnå god vård.

* Tillgången till läkare är ofta eller ibland otillräcklig.

6. Hur stor andel av vård- och omsorgspersonalen på SÄBO i er kommun hade en undersköterskeutbildning under 2022?

- 0-25 procent
- 26-50 procent
- 51-75 procent
- 76-100 procent
- Kan ej ta fram detta underlag

7. Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Omvårdnadspersonal (undersköterskor) gör inte medicinska bedömningar, utan de identifierar förändrat hälsotillstånd hos patienten och kontakter då sjuksköterska som gör den medicinska bedömningen. På två vård- och omsorgboende har vi sjuksköterska på plats dygnet runt som utför bedömningar och två servicehus finns tillgång av sjuksköterska dagtid och på kvällar och nätter jourpatrull med inställelsetid på 30 min. Nedan Insatser görs för säkra kunskapen hos omvårdnadspersonalen om när sjuksköterska skall kontaktas för medicinsk bedömning:

1. SBAR kommunikationsverktyg, för att på ett strukturerat sätt samla information om en patient inför kontakt med SSK. För att förbättra kommunikation genom att använda evidensbaserad verktyg.
2. Arbetar med BPSD vilket stödjer arbetet i team, där alla yrkeskategorier ingår.
Det arbetssättet kommer också införas på andra enheter med annan inriktning är än personer med demensdiagnos såsom psykiatri, och somatiska enheter för att stödja teamarbetet.
3. Starta ett Metodikum (Kliniskt träningscentrum) som möjliggöra att både sjuksköterskor och undersköterskor kan träna på olika moment inom hälso- och sjukvården och därmed utveckla och säkerställa sin kompetens .
4. Utbildat hygienombud för att öka kompetens i följsamhet i basal hygien och klädregler ombuden ska sprida sina kunskaper vidare till sina kollegor samt genomför observationer av sina kollegor i följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler samt.
5. Utbilda palliativa ombud för att säkerställa och utveckla arbetet med den palliativa vården. Ombuden har nätverksträffar som leds av en chef. Deras uppgift är också att sprida dina kunskaper vidare till sina kollegor.
6. Utbildar undersköterskor i läkemedelshantering som anordnats av Apoteket AB
7. Specialistsjuksköterska utbildar i de vanligaste diagnoserna.

8. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Pågår och är under implementering.
2. Infört inom samtliga demensenheter och inom psykiatri, och det pågår införande på somatiska enheter. Klart hösten 2023.
3. Pågår och förväntas vara klart för användning hösten 2023.
4. Åtgärdat.
5. Palliativa ombud finns i verksamheterna dock behöver flera utbildas. PKC kommer att utbilda 30 personer under hösten som är klara 7 november 2023.
6. Åtgärdat 2022 samt återkommande varje år.

9. Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

1. Följs upp vid verksamheternas sjuksköterskemöten samt vid hälso- och sjukvårdens processteam där medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) träffar biträdande enhetschefer med hälso- och sjukvårdsansvar för att utveckla och säkerställa hälso- och sjukvården på Kungsholmen. Processteamet träffas regelbundet en gång i månaden.
2. Kontinuerlig avstämning i Äldreomsorgens ledningsgrupp som träffas regelbundet 1 gång i månaden
3. Uppföljning av nyttjandegrad av Metodikum samt erbjudna utbildningar och antal deltagare kommer genomföras regelbundet efter start november 2023.
4. Punktprevalens mätning av följsamhet av basal hygien och klädregler genomförs två gånger om året. Uppföljande möte med hygienombuden genomförs efter mätningen två gånger om året. Effekten av att följa upp med hygienombuden är positiv då vi tar fram goda exempel och lär inför nästa mättillfälle. Resultatet av mätningen följs upp i både äldreomsorgens ledningsgrupp och i hälso- och sjukvårdens processteam.
5. Följa upp genom det palliativa registret. Följer en indikator 3 ggr om året om huruvida personen egna önskemål om vård i livets slut finns dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen.
6. Genom att följa varje månad antal inrapporterade avvikelser i läkemedelshantering.

10. Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

1. Utbildning SBAR har genomförts i en verksamhet och kommer genomföras i samtliga verksamheter under 2023 och 2024.
2. Införande av arbetssätt med BPSD inom somatiska enheter kommer att påbörjas ?
3. Metodikum kommer att starta november 2023.
4. Utbildning i följsamhet av basala hygienrutiner genomförs årligen. PPM genomförs vecka 11-12 och vecka 40-41 resultatet följs upp av äldreomsorgens ledningsgrupp och hälso- och sjukvårdens processteam 2 gånger per år.
5. Regelbundet följa upp det palliativa registret och gå igenom resultatet vid verksamhetsuppföljningar och vid samverkansmöte med läkarorganisationen. Följa upp indikatorn tre gånger om året och redovisa resultat till äldreomsorgens ledningsgrupp och hälso- och sjukvårdens processteam.
6. Fortsätta att regelbundet erbjuda utbildning i läkemedelshantering.
7. I samband med planerat samverkansmöte med läkarorganisationen kommer resultatet av IVO:s tillsyn presenteras, för att föra en dialog om resultatet.

11. Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

1. Utbildning SBAR har genomförts i en verksamhet och kommer genomföras i samtliga verksamheter under 2023 och 2024.
2. Införande av arbetssätt med BPSD inom somatiska enheter kommer att påbörja ?
3. Metodikum kommer att starta november 2023.
4. Utbildning i följsamhet av basala hygienrutiner genomförs årligen. PPM genomförs vecka 11-12 och vecka 40-41 resultatet följs upp av äldreomsorgens ledningsgrupp och hälso- och sjukvårdens processteam 2 gånger per år.
5. Regelbundet följa det palliativa registret samt vid verksamhetsuppföljningar och samverkansmöte med läkarorganisationen. Följa upp indikatorn tre gånger om året och redovisa resultat till äldreomsorgens ledningsgrupp och hälso- och sjukvårdens processteam.
6. Ny utbildning i läkemedelshantering för undersköterskor är planerad till 19 juni 2023.

12. Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

Verksamhetsuppföljning 2023 och 2024

QUSTA uppföljning (Quality, uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar) 2023-2024 en särskild uppföljning med fokus på hälso- och sjukvård.

Egenkontroller av dokumentation hälso- och sjukvård genomförs återkommande årligen vecka 12 vecka 40

Dokumentationsgranskning av processledaren en gång om året.

Punktprevalens av följsamhet basal hygien och klädregler genomförs återkommande årligen vecka 11-12 och 40-41

Punktprevalens mätning av indikatorer som skyddsåtgärder, blåsdysfunktion och riskbedömningar genomförs återkommande vecka 10 och vecka 36.

Avvikelsehantering följs upp regelbundet minst en gång i månaden.

Resultat av införandet av Metodikum kommer att redovisas tidigast 2024 genom möten med upprättad styrgrupp och anställd projektledare för Metodikum.

I den årliga patientsäkerhetsberättelsen

Brist: Den personal som gör medicinska bedömningar behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

* IVO konstaterar att en del av kompetensbristen handlar om att personalen har otillräckliga kunskaper i svenska språket.

13. Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Inom samtliga enheter på Kungsholmen pågår en språksatsning. En eftermiddag i veckan samlas undersköterskor/vårdbiträden i två olika gruppen för att stärka det svenska språket. Satsningen leds av två lärare i svenska.

14. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Utbildning i svenska språket startade 2022 och är ett pågående satsning.

15. Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Det följs upp genom dokumentationsgranskning i Para Sol.(omvårdnadspersonalens dokumentationssystem). Det genomförs två gånger per år på varje enhet.

16. Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Fortsätta erbjuda utbildning i det svenska språket

Utbildade språkombud på varje enhet för att stärka de språksvaga i arbetet och dokumentationen

Ha lättlästa böcker att tillgå som får lånas hem för att träna det svenska språket

17. Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Utbildning erbjuds

Språkombuden finns på plats i verksamheterna

Lättlästa böcker finns att låna

18. Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

Redovisas i den årliga verksamhetsberättelsen

Genomföra årlig granskning av dokumentationen

Brist: Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

* IVO:s granskning visar att dokumentationen på SÄBO i kommunen inte sker enligt gällande regelverk.

* IVO konstaterar att det för några, flera eller flertalet patienter på SÄBO helt saknas vårdplaner.

19. Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Kungsholmens Stadsdelsförvaltning får kritik för att andel journaler med dokumenterad vårdplan är få . Stockholms stads dokumentationssystem VODOK har ingen rubrik eller sökord som VÅRDPLAN, utan benämns HÄLSOPLAN. Därför är siffran andel patienter med dokumenterad vårdplan missvisande. Vid kartläggning av patientens funktion och status journalförs detta i viss utsträckning gemensamt av hälso- och sjukvårdsteamet. Då fysioterapeuter och arbetsterapeuters arbetsinsatser och dokumentation ej tagits i beaktning i IVO:s granskning finns risken att patientens status inte framkommer på ett korrekt sätt och på så vis kan granskningen även i denna aspekt bli missvisande

Kungsholmen har en processledare i dokumentation som arbetar heltid med att utbilda och handleda i dokumentation, både för legitimerad personal och baspersonal.

Processledaren planerar in nätverksträffar med dokumentationshandledarna.

Processledare träffar samtlig nyanställda legitimerad personal vid minst två tillfällen för utbildning i journalsystemet. Om personen önskar få mer utbildning kan detta ordnas. Utbildning ordnas även i grupp på de olika verksamheterna med olika teman. Ett vanligt tema är hälsoplaner.

Processledare genomför granskningar och ser då styrkor och svagheter. Baserat på dessa granskningar kan utbildning riktas till de områden där medarbetarna behöver mest stöd.

20. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Att utbilda i dokumentation är ett pågående arbete och genom att förvaltningen har en processledare på 100% finns goda förutsättningar att erbjuda utbildning och stöd.

Processledare kommer att bjuda dokumentationshandledarna på en nätverksträff hösten 2023.

Det ingår i introduktionen av nyanställd personal att träffa processledaren för utbildning och genomgång av dokumentationssystemet

Processledaren har hela tiden en pågående planering att utbilda i dokumentation. Både i grupp och individuellt.

21. Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Årliga granskningar genomförs av processledare för att följa upp resultaten. (utförs på våren). En verksamhet har till dagens datum granskats och med positivt resultat.

Verksamheterna genomför egenkontroll av dokumentationen två gånger per år vecka 12 och vecka 40. Resultatet skickas till MAS och processledare för genomgång. MAS och MAR genomför stickprovskontroll av dokumentationen.

Cheferna bokar in processledaren för nyanställda i utbildning och genomgång av dokumentationssystemet.

22. Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Fortsätta utbildningar som ovan och fortsatt riktade mot hälsoplaner.

Rekrytera fler dokumentationshandledare som kan bli ett stöd för sina kollegor. Utökad utbildning för dessa handledare som behöver det med speciellt avsatt tid för utbildning

23. Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Rekrytering/utbildning av nya handledare pågår och kommer fortgå under vår/sommar/hösten 2023

24. Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

Genom årlig dokumentationsgranskning både processledaren, egenkontroll två gånger om året vecka 12 och 40 och stickprovsgrensning av MAS och MAR. Detta återkommer varje år.

Följa upp med processledaren och vid möte med hälso- och sjukvårdens processteam att antalet handledare i dokumentation har ökat för att kunna förbättra stödet i verksamheterna.

Sammanställs i den årliga patientsäkerhetsberättelsen

Brist: Det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

* IVO konstaterar att det finns brister i personalkontinuiteten bland exempelvis vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor och/eller läkare.

25. Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

IVO konstaterar i sitt beslut att det finns brister i personalkontinuiteten bland sjuksköterskor som främjar en god vård.

1. Samtliga verksamheter har anställt fler sjuksköterskor.
2. Ändrat schemat för att bli mer attraktivt att arbeta kvar
3. Förlängt introduktionen av nyanställda
4. Ta fram arbetssätt för mentorskap.
5. Avslutssamtal genomförs med sjuksköterska som slutar som dokumenteras och samlas in av förvaltningens uppföljare för att ge en samlad bild om orsak till avslut av anställning . Detta för att se om det finns organisatoriska brister.
6. Team samverkan genom BPSD
7. Kompetenshöjande insatser såsom nätverksträffar för sjuksköterskor, utbildning i läkemedel som planeras varje år.
8. Hälso- och sjukvårdens processteam startade hösten 2021 med syfte att säkerställa och utveckla hälso- och sjukvården inom egenregi på Kungsholmen. Processteamet träffas regelbundet en gång i månaden.

26. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Samtliga verksamheter har utökat med antal sjuksköterskor, klart våren 2023.
2. Schemaändring är klart tredjekvartalet 2023.
3. Förlängd introduktion är genomförd gäller från januari 2023.
4. Arbetssätt för mentorskap pågår, en arbetsgrupp är tillsatt start maj 2023.
5. Avslutssamtal genomförs i verksamheterna och det hålls av chef med stöd av HR
6. Kompetenshöjande insatser för sjuksköterskor pågår och planeras årsvis.
7. Hälso- och sjukvårdensprocessteam startade hösten 2021 och pågår regelbundet en gång i månaden

27. Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

1. Personalomsättning inom äldreomsorgen följs årligen upp på samverkansmöten både enhetsnivå och förvaltningsnivå. Åtgärder planeras och sätts in.
2. Sjukfrånvaron följs upp varje månad i syfte att se att åtgärder ger effekt.
3. Följa personalomsättning gällande sjuksköterskor
4. Planering av uppstart och uppföljning tas i gemensam arbetsgruppen 15 maj.
5. Sammanställs av uppföljare och tas upp vid verksamhetsbesök
6. Följa upp genom granskning av dokumentationen där det ska framgå om team möten har genomförts
7. Genom utvärdering av utbildningsinsatserna, avstämning i hälso- och sjukvårdens processteam.
8. Följa upp med sjuksköterskorna vid hösten nätverksträff
9. Effekter finns redan då gemensamma rutiner tagits fram. Hälso- och sjukvårdens processteam har arbetet med SKR analysverktyg om ökad patientsäkerhet som resulterade i en handlingsplan för 2023 och 2024. Handlingsplanen följs upp en gång i månaden vid processteamets möten, samt vid äldreomsorgens ledningsgrupp.

28. Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Dokumentationsgranskning genomförs två gånger per år via egenkontroll vecka 12 och vecka 40, och en gång per år av processledare för dokumentation samt stickprovskontroll av MAS och MAR i samband med verksamhetsuppföljning.

Planera utbildningar för sjuksköterskor vid hälso- och sjukvårdens processteamsmöte 11 maj.
Uppföljare på förvaltningen kontinuerligt upp sammanställning av avslutssamtalen och återkopplar till verksamheten och Avdelningschefen för äldreomsorgen.
Följa upp sjukfrånvaron månadsvis
Följa upp användning av bemanningsföretag via regelbunden ekonomiska avstämningar

29. Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Se ovan

30. Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

Genom årlig förvaltningsledningens avstämning av personalomsättningen
I den årliga verksamhetsberättelsen.

Brist: Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

** IVO:s tillsyn visar att läkemedelshanteringen i kommunen inte sker på ett patientsäkert sätt.*

Delegering:

** IVO anser att det saknas tillräckliga förutsättningar för den vård- och omsorgspersonal som har delegerats arbetsuppgiften att ge läkemedel att utföra denna uppgift på ett patientsäkert sätt.*

Läkemedelsgenomgång:

** IVO konstaterar att det saknas dokumenterade läkemedelsgenomgångar i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.*

31. Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

I IVO:s beslut redovisas ett resultat från sjuksköterskeenkäten angående att delegerad personal iordningställer dosett. Detta är felaktigt, det förekommer inte på Kungsholmen.

1. För att öka kraven vid delgering av hälso- och sjukvårdsuppgifter har förvaltningen köpt in webbutbildningar med kunskapstest från extern leverantör. Det finns två olika webbutbildningar med kunskapstester att beställa en för ny delegering och en vid förnyad delegering. Frågarna i kunskapstesterna förnyas hela tiden ut.
2. Digital signering av läkemedel genom verktyget Appva, det ger en röd tråd från delegering till administrering. Delegeringen kopplas i Appva ihop med läkemedelsadministreringen för att säkerställa hela processen och ge en god patientsäkerhet i både delegeringsförfarandet och läkemedelsadministrering. Genom Appva funktionen kan inte personal utan delegering administrera läkemedel. Både SSK och undersköterskan får påminnelse 50 dagar innan delegeringen går ut. Detta för att ytterligare patientsäkra delegeringsprocessen.
3. Kvalitetsuppföljning av läkemedelshantering sker årligen på plats i varje verksamhet av extern aktör. Rapporterna efter kvalitetsgranskningen leder till en handlingsplan i varje verksamhet med regelbunden uppföljning av åtgärder.
4. Utbildning i avvikelseprocessen till personalen i verksamheten har genomförts av MAS. Avvikelse i läkemedelshantering följs månadsvis av MAS och verksamheternas bitr. enhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar.
5. Läkemedelsgenomgångar har årligen utförts av läkarorganisationen. Den planeras i samråd med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. År 2022 var siffran 90% detta dokumenterades i läkarorganisationens journal och sjuksköterskan kan via nationell patientöversikt (NPÖ) ta del av den informationen. På grund av att sjuksköterskorna inte dokumenterat det så stämmer inte siffrorna jämfört med läkarorganisationen. Vi säkerställer att patienterna regelbundet minst en gång per år får en läkemedelsgenomgång av läkarorganisationen då vi har ett nära och bra samarbete. Sjuksköterskorna kommer att fortsättningsvis även dokumentera detta i kommunen hälso- och sjukvårdsjournal.
6. Frastext om läkemedelsgenomgångar finns att använda i stadens dokumentationssystem.

32. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Uppföljning av beställda webbutbildningar med kunskapstester stämmer MAS årligen av med avtalad utförare. Under 2022 beställdes 200 webbutbildningar och 400 kunskapstester. Resultatet visar att verksamheterna har kommit i gång och anser att åtgärden är vidtagen.
2. Digital signering är införd i samtliga verksamheter med start av två verksamheter 2020 och den sista verksamheten av fyra infördes hösten 2022.
Statistik på antal signeringar följs regelbundet upp av förvaltningens digitala utvecklare i samverkan med verksamheterna.
3. Apoteket AB utför årligen granskning av läkemedelshanteringen på samtliga SÄBO. Protokoll följs upp av MAS och enhetschef samt biträdande enhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar. Åtgärder vidtas omgående.
4. Avvikelseprocessen är ett pågående arbetet som lyfts upp i olika mötesformer med personal och chefer.
5. Läkemedelsgenomgångar genomförs under hela året och planeras i samverkan mellan verksamheten och läkarorganisationen.
6. Frastext Läkemedelsgenomgångar finns i journalsystemet VODOK 2022.

33. Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

1. Följs upp kontinuerligt via antal registrerade avvikelser
2. Uppföljning av MAS/MAR med QUSTA (Quality, uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar) årlig kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvården inom stadsdelens samtliga särskilda boenden.
3. Läkemedeladministrering och delegeringar följs kontinuerligt och systematiskt upp via digitala verktyget Appva. Det är lätt att få fram statistik för av antal signeringar eller uteblivna signeringar av läkemedelsadministrering.
Egenkontroll av delegering genomförs årligen av verksamheterna och delges MAS.
4. Protokoll från extern kvalitetsgranskning följs upp enligt ovan.
5. Pågående utbildningssatsning av MAS till personalen inom SÄBO
6. Samverkan och dialog med läkarorganisationen.
7. Frastext finns och utbildning/information pågår om användandet av detta 2023.kontroll genomförs av MAS, Chef och processledare

34. Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Fortsätta att använda webbutbildningar och kunskapstester inför delegering av extern leverantör.
Erbjuda fysisk utbildning i läkemedelshantering.

Fortsätta erbjuda fördjupade kunskaper i läkemedelshantering för äldre till sjuksköterskor.

35. Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

2023/2024

36. Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

Genom kontroll av inrapporterade avvikelser/månadsvis
Egenkontroller i verksamheterna
Kontinuerlig uppföljning i Appva
Extern granskning av Apoteket AB
Årliga patientsäkerhetsberättelsen

Brist: Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

* Patienten ska få inflytande över hur den sista tiden i livet ska bli. Resultatet från brytpunktsamtalet behöver vara känt av den personal som vårdar patienten i livets slutskede.

* Patienter i livets slutskede ska inte behöva avlida i ensamhet.

37. Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

I IVO:s granskning framkommer att det saknas dokumentation kring att brytpunktssamtal har skett.

1. Resultatet av läkarens brytpunktssamtal med den boende/närstående finns dokumenterat i läkarjournalen och finns att tillgå Nationella patientsöversikt (NPÖ).

En brist är att sjuksköterskorna inte varit inne i NPÖ och tagit del av informationen samt fört in det i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.

Även dialog mellan sjuksköterska och läkare måste säkerställas om genomfört brytpunktssamtal.

Information om detta kommer att tas upp på hälso- och sjukvårdens processteamsmöte och samverkanmöte med läkarorganisationen 11 maj 2023.

2. Verksamheterna har återupptagit arbetet med palliativa ombud, som har i sitt uppdrag att bevaka och förmedla kunskap inom området samt att uppdatera lokala rutiner.

3. Under hösten 2023 kommer nya palliativa ombud utbildas via Palliativt kunskapscenter (PKC) klar 9 november. Detta ger ytterliga förutsättningar för att utveckla och säkerställa den palliativa vården.

4. Att palliativa ombud samt chefer deltar på PKC dagen för utveckling av den palliativa vården. Dagen genomförs en gång om året den senaste var 12 maj.

5. Utbildningsmaterial för samtal med DÖ BRA kortleken finns och används av verksamheterna.

6. En ny indikator 2023; "önskemål om livets slut" för att ännu mer betona vikten av att denna information ska finnas dokumenterad i patientens journal.

7. Utbildning "Dokumentation vid palliativ vård" gavs för Kungsholmens sjuksköterskor där vi gick igenom vart i journalen man anteckningar "önskemål om livets slut", "brytpunktsamtal" och "mänsklig närvaro vid dödsögonblicket", smärtskattning etc.

8. Processledare har under vintern 22-23 genomfört en granskning av dokumentationen för palliativ vård för hälso- och sjukvårdsjournaler. Denna kommer följas upp årligen.

9. Vid nätverksträff för sjuksköterskor den 17 maj kommer nutrition och dokumentation vid palliativ vård tas upp.

38. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Åtgärdas omgående.
2. Pågående
3. Åtgärdat 9 november
4. Infört och ett pågående arbete
5. Resultatet följs upp tre gånger om året 1 april, 1 oktober och 31 december.
6. Journalgranskning
7. Fortsätta årligen journalgranska för den palliativa vården

39. Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Effekterna av vidtagna åtgärder kommer följas upp genom den kontinuerlig journalgranskning. Att brytpunktsamtalen är införda ska var åtgärdat omgående dock senas 1 oktober 2023.

Följa vid årliga QUSTA genomgången då palliativa vården är ett område, nästa uppföljning är september 2023.

Två gånger om året följer MAS upp hur det palliativa ombudsarbetet i verksamheterna fungerar. Genom att regelbundet följa palliativa registret och ta upp resultatet i hälso- och sjukvårdens processteam hösten 2023 samt äldreomsorgens ledningsgrupp hösten 2023

40. Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Utbildningen som genomfördes under våren kommer genomföras igen efter sommaren för att samla ihop de som inte kunde komma vid vårens tillfällen och även de nyanställda för att säkerställa att alla sjuksköterskor går utbildningen.

Journalgranska 1 oktober för kontroll av brytpunktssamtal är infört i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.

Följa upp att kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare avseende brytpunktssamtal fungerar genom avstämning i processteamet samt vid samverkanmöte med läkarorganisationen hösten 2023.

Resultat av indikator följs upp tre gånger om året, april, oktober och december.

41. Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Se ovan.

42. Redovisa hur och när effekten av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

Resultat av indikator samlas in april -24.

Årlig granskning av dokumentation för palliativ vård.

Avstämning med chefer om arbetet med palliativa ombuden vid äldreomsorgens ledningsgrupp en gång om året samt vid behov.

Vid sammanställning av den årliga patientsäkerhetsberättelsen

Övriga identifierade brister

43. Har kommunen identifierat andra brister inom de områden som ingått i tillsynen som ni vill redovisa?

Obligatorisk.

Övriga brister som inte redovisats tidigare i formuläret

Ja

Nej

Kontrollera att alla uppgifter är ifyllda

Kontrollera att alla redovisade uppgifter är korrekta och att inget saknas. Tryck därefter på "Skicka nu". Efter att ni skickat in formuläret kommer ni att få ett mail som bekräftar att svaren skickats in med en pdf-kopia på era svar.

Observera att uppgifterna inte kommer gå att justera efter att formuläret skickats in.