



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.

IVO önskar att ni fyller i formuläret elektroniskt via bifogad länk i aktuellt mejl. Om ni väljer att lämna uppgifter i detta Wordformulär kan ni skicka det med e-post till IVO via e-postadressen: registrator@ivo.se eller via ordinarie postgång till den IVO adress som framgår av beslutet. Vid kontakt med IVO ange IVO:s diarienummer som finns på beslutet.

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 personer som är uppgiftslämnare. Uppgifterna används för att kommunicera med tillsynsobjektet och utreda ärendet. IVO behandlar även personuppgifter för att kunna fullfölja sitt ansvar 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.

Vilken kommun redovisar	Danderyds kommun
IVO:s diarienummer i beslutet	3.5.1 – 46197/2022 - 8
Vårdgivarens/kommunens diarienummer	SN 2021/0137

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

- 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
- Läkemedelshandlingen sker inte på ett patientsäkert sätt
- Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

På följande sidor i formuläret redovisar ni åtgärder för de brister som ni kryssat för ovan. Övriga sidor som rör redovisning av ovanstående brister som ni inte kryssat för lämnas tomma. I slutet av formuläret finns frågor som IVO vill att ni fyller i som handlar om övriga eventuella brister samt signering av vem/vilka som har fyllt i formuläret.

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.

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

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

- För att säkerställa rätt kompetensnivå hos omvårdnadspersonalen, tillsvidareanställs endast undersköterskor sedan tre år tillbaka.
- Fem tillsvidareanställda vårdbiträden påbörjade utbildning till undersköterska under 2022, via Äldreomsorgslyftet.
- Verksamheterna säkerställer ett kontinuerligt arbetsplatslärande genom det tvärprofessionella arbetet som sker via Senior Alert, informationsöverföringen som sker varje morgon per verksamhet och via de olika ombudsroller som finns ex. palliativa ombud, dokumentationsombud, hygienombud och inkontinensombud. Ombudsrollerna får kompetensutveckling inom aktuella områden och har en tydlig uppdragsbeskrivning. De stöttar sina kollegor i de olika omvårdnadsmomenten. Ombudsrollerna samverkar med sjuksköterskorna.
- Verksamhetscheferna stämmer regelbundet av med sjuksköterskorna gällande läkarens tillgänglighet. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har tillsammans med egen regis verksamhetschefer och vård- och omsorgschef samverkansmöten med läkarorganisationen två ggr/år. Vid ev. avvikelse sker en gemensam avvikelshantering. Om läkarens tillgänglighet brister blir detta snabbt tydligt.
- Egen regi upplevde problem med läkartillgängligheten för ett år sedan vilket återkopplades till läkarorganisationen. De tillsatte en annan läkare och sjuksköterskorna upplever en ökad tillgänglighet idag.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Vänligen se ovan.

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

- Varje verksamhetschef följer upp kvalitén i verksamheten via egenkontroller enligt egen regis egenkontrollprogram.
- Varje verksamhetschef följer upp vidtagna åtgärder på verksamhetens hälso- och sjukvårdsmöten och kvalitetsmöten,
- Övergripande uppföljningar sker på egen regis ledningsgrupp och kvalitetsråd.

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

- Införandet av kommunikationsmodellen SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation) i verksamheterna planeras till hösten. Målsättningen med införandet är att stärka omvårdnadspersonalens kompetens i att inhämta rätt information om boendes hälsotillstånd inför kommunikation med sjuksköterska och att stärka kommunikationen mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterska gällande boende.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

- Implementeras hösten 2023.

Redovisa hur och när effekter av eventuella planerade åtgärder kommer att följas upp

- Varje verksamhetschef följer upp implementeringen av SBAR på verksamhetens hälso- och sjukvårdsmöten och kvalitetsmöten,
- Process för implementering av SBAR skapas i egen regis ledningsgrupp. Implementeringen i verksamheterna följs upp av vård- och omsorgschef via individuella avstämningsmöten med verksamhetscheferna och på gemensamma ledningsgruppsmöten.

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.*

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

- Vid nyanställning av undersköterskor används ett språktest som utvärderas enligt en standardiserad mall, och detta för att säkerställa att nivån på svenska språket är godkänt. Språktestet har använts under 1 år och har utvärderats i ledningsgruppen i egen regi med gott resultat. Egen regi inväntar svar på regeringens utredning gällande ett nationellt språktest.
- För redan anställd personal erbjuds språkförstärkande insatser via en språkapplikation, Lingio, där individen får utbildning i svenska språket och som kräver godkänt test för att individen ska kunna gå vidare i programmet. Det finns även 2 digitala språkförstärkande utbildningar som individen genomför och som kan genomföras obegränsat antal gånger, allt efter behov.
- Det råder noll tolerans att prata sitt hemspråk på arbetsplatsen, i arbetet med boende och kollegor.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

- Språktest vid nyanställning infördes för ett år sedan.
- Lingioapplikationen har använts under ca två år.
- Noll tolerans mot att prata sitt hemspråk på arbetsplatsen har använts minst de senaste 3 åren.

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

- Varje verksamhetschef följer upp vidtagna åtgärder på verksamhetens APT och kvalitetsmöten,
- Övergripande uppföljningar sker på egen regis ledningsgruppsmöten och kvalitetsråd.

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

- En kompetensmodell för undersköterskor ska arbetas fram under hösten 2023, med en tydlighet i möjligheten till kompetensutveckling i undersköterskerollen. Syftet är att kunna attrahera de bästa medarbetarna.
- Annars fortsatt arbete med pågående förbättringsarbete.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

- Under hösten 2023.

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

- Varje verksamhetschef följer upp vidtagna åtgärder på verksamhetens APT och kvalitetsmöten,
- Övergripande uppföljningar sker på egen regis ledningsgruppsmöten och kvalitetsråd.

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.

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

- Egen regi har ett egenkontrollprogram. Egenkontroll gällande journalgranskning inom både HSL och SOL sker två ggr/år. Journalgranskning HSL sker enligt kollegial granskning där verksamhetschefen tar del av resultat och skapar en handlingsplan med förbättringsåtgärder vid behov. Verksamhetschefen följer även upp arbetet med handlingsplanen.
- Sjuksköterskorna har kännedom om all relevant patientinformation då de har behörighet till läkarorganisationens journalanteckningar via Nationell Patient Översikt (NPÖ).
- Alla boende har en individuell vårdplan, eller hälsoprocess som det benämns i kommunens journalsystem. Sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter fördelar anteckningar i hälsoprocessen till omvårdnadspersonalen så även de kan läsa hälso- och sjukvårdsanteckningar. Arbetet med att utveckla Klassifikation av Vårdåtgärder (KVÅ) i journalsystemet fortgår via systemadministratör tillsammans med sjuksköterskor.
- Varje boendeavdelning per verksamhet har dokumentationsombud som stöttar omvårdnadspersonalen i dokumentation. Processen för dokumentationsombudens arbete säkerställdes under 2022 och förväntas få full effekt under 2023. Dokumentationsombuden fick även fördjupad kunskap i journalsystemet och i dokumentation.
- Verksamhetschef och gruppchef arbetar kontinuerligt med att säkerställa att arbete efter rutiner för dokumentation efterföljs.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

- Ovan angivna åtgärder har pågått de senaste tre åren och fortgår.
- Säkerställande av dokumentationsombudens arbete utfördes hösten 2022.

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

- Varje verksamhetschef följer upp kvalitén i verksamheten via egenkontroller enligt egen regis egenkontrollprogram.
- Verksamhetens gruppchef följer kontinuerligt upp dokumentationsombudens arbete.
- Varje verksamhetschef följer upp vidtagna åtgärder på verksamhetens hälso- och sjukvårdsmöten och kvalitetsmöten,
- Övergripande uppföljningar sker på egen regis ledningsgruppsmöten och kvalitetsråd.

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

- En process för förstärkande kunskaper i att hantera IT-system för omvårdnadspersonalen påbörjas under våren 2023.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

- Påbörjas under våren 2023.

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

- Förväntad effekt under våren 2024.
- Processen följs upp kontinuerligt under 1:a året av verksamhetschef och kvalitetsutvecklare, och övergripande av ledningsgrupp egen regi.

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.*

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

- Verksamheternas grundschema för omvårdnadspersonalen har under de senaste två åren arbetats om för att säkerställa möjlighet till att kunna erbjuda schemarader för tillsvidareanställning och därmed öka personalkontinuiteten. Vid längre frånvaro anställs månadsvikarier på de vakanta raderna, för att minimera risken att boende träffar flera olika omvårdnadspersonal.
- Vid längre frånvaro gällande sjuksköterskor och omvårdnadspersonal bemannas den vakanta raden med en och samma personal i mesta möjligaste mån.
- Arbete med att attrahera sjuksköterskor pågår, bl. a så har en kompetensmodell arbetats fram under 2022, med en tydlig beskrivning av kompetensutvecklingsmöjligheter. Modellen ger även verksamhetscheferna möjlighet till att anställa nyutexaminerade sjuksköterskor med längre introduktionstid och med mentorskap.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

- De vidtagna åtgärderna har pågått sedan 2021.

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

- Varje verksamhetschef följer upp vidtagna åtgärder på verksamhetens hälso- och sjukvårdsmöten och kvalitetsmöten,
- Övergripande uppföljningar sker på egen regis ledningsgruppsmöten och kvalitetsråd.

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

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

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

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.*

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

- Verksamhetscheferna säkerställer att rutin för läkemedelshantering, läkemedelsgenomgång och delegering efterföljs.
- Omvårdnadspersonal som brister i svenska språket får inte läkemedelsdelegering. Enligt egen regis delegeringsprocess genomgår den som ska få delegering två test, ett digitalt och ett skriftligt, vilka utförs på arbetsplatsen under uppsikt av delegerande sjuksköterska. Om dessa inte blir godkända utgår ingen läkemedelsdelegering och en handlingsplan upprättas för individen med mål att kunna stärka sin kompetens i de bristande områdena. Enligt rutin följer den delegerande sjuksköterskan upp sina delegeringar.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

- Säkerställande av arbetssätt enligt rutiner sker kontinuerligt i verksamheterna, och har pågått sedan 2020.

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

- Varje verksamhetschef följer upp vidtagna åtgärder på verksamhetens hälso- och sjukvårdsmöten och kvalitetsmöten,
- Övergripande uppföljningar sker på egen regis ledningsgruppsmöten och kvalitetsråd.

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

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

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

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.*

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

- Verksamhetscheferna säkerställer att rutinen för vård i livets slut efterföljs, av alla yrkeskategorier.
- Palliativa ombud finns i varje verksamhet, vilka har en specifik kompetens om palliativ omvårdnad. Palliativa ombuden kompetensutvecklas kontinuerligt via Palliativt kunskapscentrum (PKC). Ombuden delar med sig av sin kompetens till kollegor och arbetar tillsammans med sjuksköterskor för att säkerställa omvårdnaden vid livets slut. De palliativa ombuden har en tydlig uppdragsbeskrivning. Egen regi ska arbeta fram en tydlig process för ombudens arbete för att ytterligare förtydliga team-samverkan mellan sjuksköterska och ombuden.
- Brytpunktssamtal genomförs av läkare och dokumenteras av sjuksköterska i boendes journal. Rutinen säkerställs kontinuerligt med läkarorganisationen och aktuell läkare.
- I livets slutskede säkerställer verksamhetschef att ett extravak tillsätts, med syfte att ingen boende ska behöva avlida i ensamhet.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

- Säkerställande av arbetssätt enligt rutin sker kontinuerligt, och har pågått sedan 2020.
- Arbetet med en beskrivande arbetsprocess för palliativa ombud påbörjas den 17/5 2023.

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

- Varje verksamhetschef följer upp vidtagna åtgärder på verksamhetens hälso- och sjukvårdsmöten och kvalitetsmöten,
- Övergripande uppföljningar sker på egen regis ledningsgruppsmöten och kvalitetsråd.

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

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

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

Övriga identifierade brister

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

- Ja
 Nej (om nej hoppa till sista sidan för signering)

Redovisa vilka brister ni identifierat

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

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

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

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

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

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

--

Kontrollera att alla uppgifter är ifyllda

Kontrollera att alla redovisade uppgifter är korrekta och att inget saknas. Skicka sedan svaren till registrator@ivo.se eller via ordinarie postgång till den IVO adress som framgår av beslutet. Vid kontakt med IVO ange IVO:s diarienummer som anges på beslutet.

Glöm inte att fylla i namn och funktion på uppgiftslämnaren nedan.

Namn och funktion på uppgiftslämnare

Anette Tingström
Vård och omsorgschef

Datum för inrapportering

2023-06-16