

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

Lise-lott Löfgren, avdelningschef vårdbostäder, Leanlink, Linköpings kommun Lisa Nylund Kindefors, avdelningschef, Social-och omsorgsförvaltningen, Linköpings kommun
--

4. Datum för inrapportering

2023-04-14



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

Brist: Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften. En reflektion är att omsorgspersonal uppmärksammar förändrat hälsotillstånd och rapporterar till sjuksköterskan, som innehar kompetens och gör en medicinsk bedömning. Omsorgspersonal gör inte medicinska bedömningar.

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.

Åtgärder:

Linköpings kommun satsar alla statliga medel som finns att tillgå på äldreomsorgs-lyftet samt omfattande egna miljonsatsningar för att höja kompetensen hos omvårdnadspersonalen, både den generella utbildningsnivån, det verksamhetsnära lärandet samt riktade satsningar på språkkompetens.

Specialistundersköterskor arbetar i det nära omvårdnadsarbete för att understödja kompetens, språk och överrapportering.

För att säkerställa överrapportering mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal ska alla överföring ske genom S-BAR (Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation) d v s standardiserad informationsöverföring.

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

Åtgärder:

I Linköping pågår en stor satsning för att rekrytera fler tillsvidareanställda sjuksköterskor. Satsningen har redan nu inneburit att fler sjuksköterskor tillsvidareanställts. I projektet AMRA deltar sjuksköterskor som inte tidigare arbetat i den kommunala vården. Sjuksköterskorna introduceras under tio månader för att skapa förutsättningar att hantera uppdraget.

Äldrenämnden i Linköping har särskilt satsat på att öka antalet legitimerad personal särskilt i korttidsvården. En ny indikator är införd i äldrenämndens budget, antal patienter per sjuksköterska på särskilt boende och på korttidsplatser. Arbeta är påbörjat att följa patienter och delegeringar per sjuksköterska för att utvärdera förutsättningar, arbetsbelastning för att anpassa insatser.

Tillgången till läkare är ofta eller ibland otillräcklig

Åtgärder:

I samverkan med regionen ska uppföljning av följsamhet i läkaravtalet fortsätta följas..

8. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Pågående åtgärder

Insatserna inom ramen för äldreomsorgslyftet samt den egna riktade satsningen för att höja kompetensen hos omvårdnadspersonalen är genomförd i omgångar 2022, 2023. Äldreomsorgslyftet fortgår med nya medarbetare under 2023.

Ytterligare utökad introduktion för språksvaga planeras och kommer genomföras i samband med sommarintroduktionen.

Pågående åtgärd sedan 2023-03-10 att precisera specialistundersköterskornas roll i det nära omvårdnadsarbete för att stödja kompetens, språk och överrapportering.

Genomförd åtgärd

För att säkerställa överrapportering mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal ska all överföring ske genom S-BAR (Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation) d v s standardiserad informationsöverföring.

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

Pågående åtgärder:

I Linköping pågår en stor satsning för att rekrytera fler tillsvidareanställda sjuksköterskor. Satsningen har redan nu inneburit att flera sjuksköterskor tillsvidareanställts. I projektet AMRA erbjuder vi sjuksköterskor en tillsvidareanställning och en plats i utvecklingsprogrammet AMRA (avancerat mentorskap riktat till sjuksköterskor i allmäntjänstgöring). Programmet pågår under tio månader och erbjuder sjuksköterskor en möjlighet att utvecklas inom kommunal hälso- och sjukvård, och efter programmets slut en placering inom hälso- och sjukvårdsorganisationen i Linköpings kommun. Programmet består av ett mentorskap och utbildningsdagar där man får träffa representanter från primärvård, slutenvård, somatisk och psykiatrisk hemsjukvård, kommunsjukvård.t. Ökad personaltäthet skapar förutsättningar för att bedöma hälsotillstånd på plats.

Äldrenämnden i Linköping har särskilt satsat under 2022 och fortsatt på att öka antalet legitimerad personal särskilt i korttidsvården.

En ny indikator är införd 202303 i majoritetens reviderad äldrenämndsbudget; antal patienter per sjuksköterska på särskilt boende och på korttidsplats för att följa förutsättningar och arbetsbelastning.

Påbörjat arbete 202303 att följa patienter och delegeringar/sjuksköterska för att utvärdera förutsättningar, arbetsbelastning för att anpassa insatser.

Tillgången till läkare är ofta eller ibland otillräcklig

Pågående och genomförda åtgärder

Uppföljning av följsamhet i läkaravtalet sker kontinuerligt och på förekommen anledning. Dialogmöte med specifikt två vårdcentraler där kritiken har sin grund.

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

Hur och när åtgärder följs upp:

- Antalet patienter per sjuksköterska följs i delårsrapport och bokslut av äldrenämnden.
- Effekten följs upp i verksamheten via systematiskt arbetsmiljöarbete enligt årshjul, medarbetarsamtal och psykosocial enkät. Verksamheten följer upp kvalitetsparametrar via egenkontroller, trender i avvikelser, kundnöjdhet och uppföljning av beslut, avvikelser 1 ggr/månad, kundnöjdhet via dialog, vid revidering av genomförandeplan samt uppföljning via områdesteam där verksamhetschef, sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut samt HSL kvalitetsutvecklare ingår.
- Äldrenämnden får också kontinuerlig rapportering gällande satsningen på att öka antalet legitimerad personal, och kompetensutvecklingsåtgärder för att säkerställa kompetensförsörjning av sektorn.
- Äldrenämnden får kontinuerligt information, minst två gånger per år, om hur många som utbildas och undersköterskor respektive specialistundersköterskor..
- Äldrenämnden får del av uppföljning av läkaravtalet och samverkan.

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

Planerade åtgärder:

- Fortsatta utbildningsinsatser: Äldreomsorgslyftet, utbildning av omvårdnadspersonalen i vitala parametrar gällande standardiserad informationsöverföring.
- Strukturella förutsättningar:
Omorganisering av sjuksköterskor för att säkerställa kontinuiteten.
Öka specialistundersköterskor i omvårdnaden.
Fortsatt arbete med rekrytering av sjuksköterskor och minska antalet bemanningssjuksköterskor.
Identifiera antal sjuksköterskor/patient, identifiera antal deliveringar/patient.
Kravställa primärvård om läkarsamverkansavtalet inte följs.
- Uppföljning/ Utvärdering: Tätare uppföljning och utvärdering av effekterna på alla nivåer, läggs in i årshjul.

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

Planerat genomförande:

- Fortsatta utbildningsinsatser:
- Fortsatta utbildningsinsatser Äldreomsorgslyftet under 2023. Fortsatta utbildning av omvårdnadspersonalen i vitala parametrar, SBAR pågår under 2023.
- Strukturella förutsättningar:
Omorganisering av sjuksköterskor för att säkerställa kontinuiteten är pågående. Öka specialistundersköterskor i omvårdnaden är pågående.
Fortsatt arbete med rekrytering av sjuksköterskor och minska antalet bemanningssjuksköterskor är pågående.
Identifiera antal patienter per sjuksköterskor och identifiera antal deliveringar per sjuksköterska start 2023-03-2023-06.
- Uppföljning/ Utvärdering:
Tätare uppföljning och utvärdering av effekterna på alla nivåer, läggs in i årshjul, pågående arbete under hela 2023.

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

Hur och när följs planerade effekter upp:

- Uppföljning av överrapportering via S-BAR följs upp av verksamhetschefer tillsammans med HSL-chef för särskilt boende på områdesmöten varannan månad.
- Antalet patienter per sjuksköterska följs upp per kvartal i verksamhet och i delårsrapport och bokslut av äldrenämnden.
- Äldrenämnden får också kontinuerlig återrapportering gällande satsningen på att öka antalet legitimerad personal, och kompetensutvecklingsåtgärder för att säkerställa kompetensförsörjning av sektorn också det i samband med bokslut.
- Äldrenämnden får kontinuerligt, ca 1 gång per termin information om hur många som utbildas och blir klara undersköterskor respektive specialistundersköterskor inom ramen för äldrelyftet och äldrenämndens kompetensutvecklingsåtgärder.
- Äldrenämnden får del av uppföljning av läkaravtalet i samband med bokslut och i patientsäkerhetsberättelse..

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

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

Åtgärder:

- Kompetensutveckling i vårddokumentation
- Utbilda språkombud
- Språkstöd vid introduktion genom Evikomp (arbetsplatslärande)
- Ökat fast anställda legitimerad personal
- PIR: Riktad insats Introduktionsspår för språksvaga pågår

14. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Vidtagna pågående åtgärder:

- 202301 Kompetensutveckling i vårddokumentation
- Utbildning av språkombud, utbildningstillfällen vår/höst -23.
- 202303 Språkstöd vid introduktion genom Evikomp (arbetsplatslärande) är också pågående.
- 2023 Ökat fast anställda legitimerad personal.
- PIR-Praktik, introduktion och rekrytering. PIR är en riktad insats för att säkerställa kompetensbaserade intervjuer, anpassad introduktion och möjligheter till praktik och arbetsplatslärande.
- 202303 Introduktionsspår för språksvaga via PIR och Evikomp.

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

Hur och när:

- Kompetensutveckling i vårddokumentation följs upp via journalgranskning enligt gällande rutin.
- Uppföljning av introduktion i verksamhet samt via PIR-Praktik, introduktion och rekrytering sker kontinuerligt. (PIR är en riktad insats för att säkerställa kompetensbaserade intervjuer, anpassad introduktion och möjligheter till praktik och arbetsplatslärande.)
- Utvärdering av kompetensutvecklande insatser sker på alla nivåer enligt Leanlinks verksamhetsplan.
- Utbildning av språkbud: Utbildningstillfällen följs upp genom utvärdering av utbildningen, uppföljning och utvärdering av språkbudens roll och insatser, uppföljning och utvärdering av introduktion i verksamhet kontinuerligt samt via PIR.
- Språkstöd vid introduktion genom Evikomp (arbetsplatslärande) är pågående och fortsätter under 2023.
- 2023 Ökat fast anställda legitimerad personal.
- 202303-20231231 Introduktionsspår för språksvaga följs upp både på individbasis men även i verksamheten och via PIR.

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

Planerade åtgärder:

- Planerar att följa resultatet av antal delegeringar per sjuksköterska för att optimera förutsättningar till att handleda i omvårdnadssituationer genom handlingsplan.
- En särskild kompetensutvecklingsåtgärdsplan planeras under 2023 i samband med introduktion.
- En förstärkt språkintrouktion planeras för språksvaga.
- Äldrenämnden har fått ett strategiskt utvecklingsuppdrag där äldrenämnden ska säkerställa att alla som arbetar inom vård och omsorg har tillräckliga kunskaper i svenska samt värdera förutsättningarna för att införa språkkrav och språktest för personal i äldreomsorgen.

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

Samtliga planerade åtgärder är påbörjade.

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

Hur och när kan effekten av planerade åtgärder följas upp:

- Effekten av de planerade åtgärderna kommer att följas upp på ledningsgrupper 1 ggr/månad hos den kommunala utföraren både på verksamhetsnivå men även vid kvartalsvisa uppföljningar av Leanlinks verksamhetsplanen.
- Effekten av introduktion följs upp på individbasis efter varje introduktionstillfälle, verksamhetsnivå 1 ggr/månad och utvärderas även via PIR generellt på kvartalsbasis enligt verksamhetsplan.
- Effekten av utökad introduktion för språksvaga följs upp på individbasis efter varje introduktionstillfälle, verksamhetsnivå 1 ggr/månad, ledningsgrupp 1 ggr/månad samt via PIR generellt på kvartalsbasis enligt verksamhetsplan.
- Effekten av utbildade språkombud följs upp i verksamhet och på ledningsgrupp kvartalsbasis enligt verksamhetsplan.
- Strategiskt utvecklingsuppdrag där äldre nämnden ska säkerställa att alla som arbetar inom vård och omsorg har tillräckliga kunskaper i svenska samt värdera förutsättningarna för att införa språkrav och språktest för personal i äldreomsorgen redovisas till äldre nämnden i delårsrapporter och bokslut.

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

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.

I Linköping skrivs vårdplan i Region Östergötlands journalsystem av läkare i Cosmic och därefter skrivs ut på papper som förvaras i patientens lägenhet i specifik pärm så att alla kan ta del av vårdplanen. IVO har inte tagit del av detta i granskningen.

Åtgärd:

Genom egenkontroll ska verksamhetschefen tillse att vårdplan finns dokumenterad i kommunens journalsystem.

20. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Pågående åtgärder:

- Verksamhetschef följer upp dokumentation via egenkontroller, årshjul.
- Hälso- och sjukvårdsorganisationen följer upp och säkerställer att dokumentationen i hälso- och sjukvårdsdokumentationen sker enhetligt enligt gällande rutiner vid sammanställning på övergripande nivå.

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

Hur och när följs åtgärder upp:

- Verksamheten ser effekter av vidtagna åtgärder vid uppföljning genom implementera och årshjul och systematiskt kvalitetsarbete.
- Vid verksamhetsuppföljning följer MAS upp efterlevnad och följsamhet.
- Redovisning till äldrenämnden sker genom patientsäkerhetsberättelse.

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

Planerade åtgärder:

Fortsatt dialog med regionen kring hur vi trots skilda verksamhetssystem kan skapa så goda förutsättningar som möjligt.

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

Kontinuerligt

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

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

Åtgärder:

- Särskild åtgärdsplan för att minska antal bemanningssköterskor pågår bland annat genom projekt AMRA, utbildningsåtgärder för att introducera sjuksköterskor utan erfarenhet av äldreomsorg.
- Ny organisering av sjuksköterskor för att stödja införande av patientansvarig sjuksköterska.
- Uppföljning av läkaravtal sker för bättre samordning mellan vårdgivare.
- Planeringsverktyg för omvårdnads- och legitimerad personal-vad, vem och hur ska insatsen genomföras.
- Specialistundersköterskor i verksamhet för att säkerställa och öka kontinuiteten.
- Ett nytt arbetssätt med ny schemaplanering är under införande i syfte att skapa en hög kontinuitet på vårdboende

26. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Genomförda pågående åtgärder:

- Särskild åtgärdsplan för att minska antal bemanningssköterskor pågår bland annat genom projekt AMRA, utbildningsåtgärder för att introducera sjuksköterskor utan erfarenhet av äldreomsorg.
- Ny organisering av sjuksköterskor för att stödja införande av patientansvarig sjuksköterska.
- Uppföljning av läkaravtal sker för bättre samordning mellan vårdgivare är pågående.
- Specialistundersköterskor i verksamhet för att säkerställa och öka kontinuiteten.
- Ett nytt arbetssätt med ny schemaplanering är under införande i syfte att skapa en hög kontinuitet på vårdboende. Pågående med tre pilotverksamheter.

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

Hur/När:

I verksamheten kommer effekten vidtagna åtgärder följas upp på olika sätt:

- Effekten av planeringsverktyg följs upp via egenkontroll 1ggr/mån,
- Schemaplaneringen följs upp löpande för att anpassa resurser i relation till insatser och kontinuiteten.
- Organisering och schemaplanering följs upp och utvärderas 4ggr/år i verksamhetsplanen.
- Effekt och organisering av specialistundersköterskorna följs upp löpande, månadsuppföljning samt i verksamhetsplanen 4ggr/år. I verksamhet på omvårdnadskonferenser och APT enligt årsplanering.
- Uppföljningssamtal med brukare och anhöriga. Anhörigmöten 2 ggr/år, revidering av genomförandeplan 2 ggr/år.

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

Planerade åtgärder:

- Digitalt planeringsverktyg för omvårdnads- och legitimerad personal-vad, vem och hur ska insatsen genomföras. Omvårdnadspersonal använder sig av dagplanering på papper idag. Under hösten implementeras ett digitalt planeringsverktyg där legitimerad personal är först ut med utbildning och genomförande av insatser.
- Under 2024 sker nästa steg i implementeringsprocessen där omvårdnadspersonal på vårdboende utbildas.

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

Under 2023 och 2024

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

Hur och när kommer planerad effekt att följas upp:

- Uppföljning av digitalt planeringssystem kommer att följas upp genom utvärdering av implementeringsprocessen.

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

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

Åtgärder:

- Dokumentation för läkemedelshantering ska ske via sökord Läkemedelsgenomgång och följs upp via egenkontroll.
- Säkerställa att läkarens informationsöverföring sker via utskrift vid förändrade läkemedelsordinationer och inte bara muntligen.
- Följa avvikelseprocessen, trender på verksamhetsnivå, övergripande nivå och återkoppla analys ur ett lärande perspektiv .

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

Åtgärder:

- Huvudmännen har ett gemensamt ansvar för läkemedelsgenomgångar. Båda parter måste ta ansvar för följsamhet av gemensam riktlinje gällande läkemedelsgenomgångar mellan Region och kommun, där processen och ansvarsfördelningen beskrivs.
- Samplanering mellan läkare och sjuksköterska behöver ske för att säkerställa kontinuitet i uppföljningarna av läkemedel och läkaren behöver ta sitt ansvar för att informera om när förändring i läkemedelsbehandling sker.
- Säkerställa ett enhetligt arbetssätt för läkemedelsgenomgångar i hela organisationen genom årsplanering/verksamhet för läkemedelsgenomgångar.

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.

Åtgärder:

- Kartlägga antal patienter per sjuksköterska för att identifiera förutsättningar och arbetsbelastning.
- Kartlägga patienter och delegeringar/sjuksköterska för att utvärdera förutsättningar, arbetsbelastning för att anpassa insatser.
- Arbeta med avvikelseprocessen gällande läkemedel och säkerställa återkoppling till berörda yrkeskategorier.

32. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Pågående åtgärder:

- Läkemedelsgenomgång: Följsamhet av gemensam riktlinje mellan Region och kommun. Huvudmännen har ett gemensamt ansvar för läkemedelsgenomgång.

Uppföljning sker genom utvärdering av samverkansavtalet på årsbasis 2023.

- Årsplanering/verksamhet för läkemedelsgenomgångar följs upp via egenkontroll under 2023.

- Dokumentation för läkemedelshantering ska ske via sökord Läkemedelsgenomgång, följs upp via egenkontroll under 2023.

- Identifiera avvikande arbetssätt kring läkemedelsgenomgångar och standardisera under 2023.

Arbetet med avvikelser förbättras kontinuerligt genom det systematiska kvalitetsarbetet.

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

Hur och när följs effekter upp:

- Följs upp av verksamhetschef via egenkontroller.

- Följs upp genom intern kvalitetsuppföljning av Hälso- och sjukvårdsorganisationen på övergripande nivå 2 ggr/år.

- MAS följer upp att samverkansavtal finns 1ggr/år och vid verksamhetsuppföljningar.

- Antal patienter och delegeringar per sjuksköterska följs upp på kvartalsbasis initialt.

- Arbetsmiljö, arbetsförhållande följs upp via medarbetarsamtal, HME enkät samt löpande på APT.

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

Planerade åtgärder:

- Kartlägga antal patienter och delegeringar per sjuksköterska och utifrån resultatet skapa en åtgärdsplan för att anpassa resurserna.

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

Åtgärd:

- Handlingsplan utifrån kartläggning av sjuksköterskans förutsättningar gällande delegeringar och antal patienter tas fram våren 2024.

36. 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.

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

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.

Synpunkt på att brytpunktsamtal ej var dokumenterat i journal.

Kommunen står inte bakom IVO:s beskrivning att det inte går att utläsa i kommunens journal att patienten haft ett brytpunktsamtal.

Det är läkaren som ansvarar för brytpunktssamtal med patienten. Palliativa registret visar att under granskad period hade 75% haft brytpunktsamtal och nu under 2022 har 87% haft brytpunktsamtal.

Tittar vi på riket har 80% haft brytpunktsamtal under 2022, så Leanlink ligger högre än riket gällande dokumenterat brytpunktssamtal.

Åtgärder:

- Följa resultatet i Palliativa registret för att utvärdera insatser och förbättra den palliativa vården.
- Brytpunktssamtal ska vara dokumenterade i HSL-journal och följs upp via egenkontroller av verksamhetschef och av HSL-organisation.
- När inriktningen på vården ändras dokumenteras det i journal och sjuksköterska och specialistundersköterska ska förtydliga på omvårdnads konferenser.

Patienter i livets slutskede ska inte behöva avlida i ensamhet.

Åtgärder:

- Säkerställa att patienter i livets slutskede inte ska behöva avlida i ensamhet.

38. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Pågående åtgärder:

- Granska resultatet Palliativa registret för att utvärdera insatser och förbättra den palliativa vården sker på omvårdnadskonferens 1 ggr/mån samt via egenkontroll patientsäkerhetsberättelsen 1 ggr/kvartal.
- Brytpunktssamtal ska vara dokumenterade i HSL-journal och följs upp via egenkontroller av verksamhetschef och HSL-organisation 1 ggr/kvartal. Återkopplas på nästkommande sjuksköterskemöte.
- När inriktning på vården ändras dokumenteras det i journal och sjuksköterska och specialistundersköterska ska förtydliga på omvårdnads konferenser 1 ggr/v.
- Säkerställa att patienter i livets slutskede inte ska behöva avlida i ensamhet, utvärdera följsamhet av befintlig rutin kring att tillsätta vak.

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

Hur och när kommer åtgärder följas upp:

- Följa följsamhet av direktiv gällande egenkontroll av dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournal enligt årshjul.
 - Verksamhetschef genomför egenkontroll gällande dokumentation av brytpunktssamtal i kommunens journalsystem enligt årshjul.
 - Hälso- och sjukvård organisationen följer upp och analyserar egenkontrollerna tillsammans med verksamheten enligt årshjul.
 - Säkerställa anpassad bemanning inför väntat dödsfall.
- När: Via omvårdnadskonferens, daglig rapportering.
Hur: Anpassa bemanning utifrån rådande situation.
- Reflektera och utvärdera specifik händelse för att säkerställa att bemanningen varit tillräcklig för att inte avlida i ensamhet.
- När: Efter dödsfallet.

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

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

Planerade åtgärder:

- Fokusområden inom palliativ vård är dokumenterad munhälsobedömning och smärtskattning sista levnadsveckan. Fokusområden ska följs upp genom Palliativa registret, fokus/diskussionspunkt på APT.

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

Hur och när kommer planerade åtgärder följas upp:

- Följa resultat i Palliativa registret på kvartalsbasis.

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.