



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 | Alingsås kommun |
| IVO:s diarienummer i beslutet | 3.5.1-35460/2022-9 |
| Vårdgivarens/kommunens diarienummer | |

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
- Personal som arbetar med patienter i livets slutskede har inte tillgång till information om hur vården ska genomföras
- Brytpunktsamtal dokumenteras inte i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen

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

Förvaltningen har under många år haft en hög andel undersköterskor i verksamheten och det har varit ett politiskt mål att bibehålla denna nivå. Det finns ca 435 anställda inom äldreboendeavdelningen, utav dessa är 82% undersköterskor vilket är en hög nivå nationellt.

Alingsås kommun tillhör Göteborgsregionens Vård och omsorgscollege. Samverkan i VO-College är formaliserad genom certifiering och de organisationer som deltar arbetar tillsammans för att skapa hållbar och framgångsrik kompetensförsörjning i vård och omsorg. På detta sätt får ungdomar en fast förankring i arbetsmarknaden och eventuella flaskhalsar gällande att matcha rätt kompetens till rätt tjänst minskar.

Förvaltningen jobbar aktivt med kompetenssatsningar och har sökt såväl EU-bidrag som statliga pengar (Äldreomsorgslyftet) för att kunna upprätthålla en hög kompetens i verksamheten.

Under 2022 initierade Alströmergymnasiet ett nära samarbete mellan kommunens förvaltningar gällande kompetensförsörjningen för vård, omsorg och barnomsorg. Upplägget innebär att när man tar yrkesexamen från vård- och omsorgsprogrammet eller barn- och fritidsprogrammet så får man erbjudande om tillsvidareanställning inom dessa branscher i Alingsås kommun.

Läkarmedverkan inom kommunal Primärvård regleras genom hälso- och sjukvårdsavtal, Överenskommelse om läkarmedverkan samt i Närområdesplan vilken upprättas tillsammans med vårdcentraler i kommunen. Därutöver finns avtal med beredskapsjour samt ett närsjukvårdsteam, ett specialisteam som utgår från Alingsås lasarett och har i uppdrag att besöka och följa upp de mest sjuka och sköra patienterna i deras hem.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Alingsås kommun certifierades i vård och omsorgscollege 2014. Kommunen har under de senaste åren genomfört kompetenssatsningar genom Äldreomsorgslyftet vars syfte är att stärka kompetensen inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre. Under det gångna åren har kommunen förhandlat vid uppföljning av Närområdesplan, för att få en ökad läkartid på äldreboenden, som är jämlik oavsett utförare av regional primärvård. Regionen har tecknat nytt avtal med beredskapsjour som ger en större tillgänglighet till läkare under jourtid.

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

Inom vård och omsorgscollege finns en beskriven process hur arbetet ska följas upp samt vad som ska genomföras för att behålla sin certifiering. Antal utbildad personal samt genomförda och avslutade utbildningar följs regelbundet upp och presenteras i bokslut till nämnd. Uppföljning sker årligen av antalet personer som antagit erbjudande om tillsvidareanställning efter avslutad utbildning. Avtal kring läkarmedeverkan följs upp årligen. Närområdesplan följs upp 1-2 gånger per år enligt mall från regionen.

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

Delta i Äldreomsorgslyftet 2023. För att öka kompetensen vid medicinska bedömningar kommer en akutläkarbil finnas. Bemanningen kommer att utgöras av en specialistläkare i akutsjukvård och en specialistutbildad ambulanssjuksköterska med lång erfarenhet. Bilen kommer att vara utrustad med bl.a. möjlighet till enklare labprover och ultraljudsapparat. Till att börja med kommer bilen vara i drift kl 8 - 16 på vardagar.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Akutiläkarbilen har införts som ett projekt från och med slutet av mars och 6 månader framöver och kommer att utvärderas av regionen när projektet avslutas.

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

Det är viktigt ur-rekryteringssynpunkt för framtiden att det finns en möjlighet för utrikesfödda, som kan ha en gedigen vårderfarenhet från ett annat land, att ta sig in på arbetsmarknaden och få träna sin svenska i yrkeslivet. Förvaltningen har utbildat språkbud som har till uppgift att stödja dessa personer. En kartläggning visar att det är ca 5% av vårdpersonalen som har behov av språkstöd.

I förvaltningens kravprofil i samband med rekrytering inom vård och omsorg står det bland annat; *Förmåga att delge information och idéer, såväl muntligt som skriftligt samt uttrycker kärnan i ett argument på ett tydligt sätt utifrån egna språkliga förutsättningar. Möjlighet att anpassa sin kommunikation efter mottagare, målgrupp och situation.*

Det finns en riktlinje "Insatser vid förändrat hälsotillstånd" som ska säkra upp att patienten ska få läkarbehandling om hälsotillståndet kräver det, att vårdpersonalen ska ha kännedom om hur de ska kontakta hälso- och sjukvårdspersonal när patientens tillstånd försämras samt att all personal ska veta hur närstående ska kontaktas när patientens tillstånd försämras.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Förvaltningens kravprofil uppdaterades senast 2022-11-28.

Riktlinje "Insatser vid förändrat hälsotillstånd" färdigställdes och publicerades 2022-12-20.

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

Förvaltningens krav på språkkompetens följs upp regelbundet och återkopplas till nämnd.

Riktlinje "Insatser vid förändrat hälsotillstånd" håller på att implementerats i verksamheten.

Återkoppling sker via uppföljning i Patientsäkerhetsberättelse.

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

Fortsatt utbildning av språkombud.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Under kommande år.

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

Uppgiften om att det saknas vårdplaner stämmer inte vilket framgår av rapporten Dnr 3.5.1-35460/2022-9, där det står: *Vid intervju med representanter för sjuksköterskorna framkom att samtliga patienter har en vårdplan, dock benämns detta "omvårdningsplan" i det aktuella verksamhetssystemet. Det finns goda förutsättningar för att skapa vårdplaner i befintligt verksamhetssystem och stora delar av dokumentationen i patientens hälso- och sjukvårdsjournal kopieras över till vård- och omsorgspersonalens dokumentation så att vård- och omsorgspersonal ska kunna ta del av viktig information för att utföra åtgärd/observation.*

Det finns en modell för kollegial kvalitetsgranskning för samtliga verksamheter. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) genomför en övergripande kvalitativ journalgranskning i samtliga verksamheter och utöver detta har sjuksköterskor påbörjat kollegial journalgranskning. I sin granskning har MAS funnit vissa kvalitetsbrister.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Alla verksamheter genomförde en kollegial journalgranskning av 10% av journalerna i respektive verksamhet under våren 2022.

MAS och Socialt ansvarig samordning (SAS) granskade ett urval av journaler från respektive verksamhet under sommaren 2022.

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

Respektive verksamhet har upprättat en åtgärdsplan utifrån de brister som framkom i respektive verksamhet. Journalgranskningen presenterades för nämnden. Kollegial journalgranskning ingår som en av de egenkontroller som ska genomföras årligen i respektive verksamhet och följas upp inför redovisning till Patientsäkerhetsberättelsen.

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

Kommunen står under upphandling av nytt verksamhetssystem vilket kommer ge flera fördelar bland annat avseende automatiserad registrering av KVÅ- och ICF-koder samt förstärkta möjligheter till dokumentation och uppföljning. Den sociala dokumentationen kommer att bygga på IBIC (individens behov i centrum) i det nya verksamhetssystemet och utbildningsinsatser pågår i verksamheten.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Införande av det nya verksamhetssystemet ska vara klart till 2024.

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

Ej aktuellt. Finns ingen angiven 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

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

I riktlinje för Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter med tillhörande rutin finns det en tydlig process viken kompetens vårdpersonal behöver ha för att få påbörja utbildning för att få delegering. Utbildningsmodulen inför delegering av vård- och omsorgspersonal har förstärkts och innehåller flera olika moment som är såväl muntliga, skriftliga och praktiska. Kraven på vård och omsorgspersonal har förändrats under året och det krävs nu mer arbetslivserfarenhet för att man ska kunna få en delegering.

Vårdpersonalen måste klara alla moment i utbildningen för att bli aktuell för en delegering. Den leg. personal som har delegerat vårdpersonalen har därefter ett uppföljningsansvar och ska ansvarar för att följa upp delegeringen inom 6 månader för att kontrollera att den fullgörs med god kvalitet och hög patientsäkerhet. Samverkan ska ske med ansvarig enhetschef. Finns det brister i utövandet kan/ska delegering dras in.

Enligt regional medicinsk riktlinje ska en fördjupad läkemedelsgenomgång genomföras för alla patienter oavsett ålder som flyttar in till vård- och omsorgsboende eller skrivs in i kommunal hälso- och sjukvård (snarast, dock senast inom tre månader). Förvaltningen har en Rutin för Läkemedelsgenomgång och årskontroll som är antagen i samverkan med regionens primärvård. I denna framgår att läkemedelsgenomgången ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Det är alltid en läkare som är ansvarig för den fördjupade läkemedelsgenomgången. Patientansvarig sjuksköterska (PAS) meddelar patientansvarig läkare (PAL) minst en månad i förväg när det är dags för nästa läkemedelsgenomgång. Om läkemedelsgenomgången inte genomförs inom utsatt tid så ska en avvikelse skrivas så att verksamhetschef för vårdcentral blir uppmärksam på problemet och har möjlighet att säkerställa att de genomförs som planerat. Iordningställande av dosett delegeras inte till vård- och omsorgspersonal vilket förtydligas i rapporten Dnr 3.5.1-35460/2022-9.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Riktlinje för Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter, uppdaterades senast 2022-12-21.
 Rutin delegering av läkemedelshantering, uppdaterades senast 2023-01-04.
 Riktlinje för Läkemedelshantering uppdaterades senast 2022-11-21.

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

Antalet delegeringar följs upp årligen genom en enkät till sjuksköterskor. Resultat redovisas i Patientsäkerhetsberättelsen.
 Läkemedelsgenomgångar följs upp i samband med avtalsuppföljning av läkarmedverkan.

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

Kommunen står under upphandling av nytt verksamhetssystem. Det kommer säkerställas att det enkelt går att dokumentera läkemedelsgenomgångar i det nya verksamhetssystemet samt att påminnelser kan skapas.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Införande av det nya verksamhetssystemet ska vara klart till 2024.

Brist: Personal som arbetar med patienter i livets slutskede har inte tillgång till information om hur vården ska genomföras

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

I Riktlinje Vård i livets slut tydliggörs nu att läkaren ansvarar för att en patient med ett livshotande tillstånd ska få en legitimerad läkare som ansvarar för planeringen av patientens vård. Den fasta vårdkontakten (läkaren) bör även planera för hur patientens sociala, psykiska och existentiella behov ska kunna tillgodoses. Den fasta vårdkontakten (läkaren) ska fortlöpande uppdatera, ompröva och följa upp planeringen av patientens vård.

Gällande dokumentation framgår det av riktlinjen att sjuksköterska ska identifiera omvårdnadsbehovet tillsammans med patienten och eller närstående med syfte att patienten ska leva med största möjliga välbefinnande och tillgodose fysiska, psykiska, sociala och existentiella/andliga behov. Dokumentera hur patientens delaktighet och önskemål respekteras. Dokumentera överenskommelser gällande information, hjälp med mediciner, om läkaren *informerat brukare och närstående samt genomförda skattningar och planerade åtgärder*. En bedömning gällande behov av vak ska uppdateras och utvärderas regelbundet. Relevant information gällande planerade åtgärder vid livets slut ska överföras till SOL/LSS-dokumentation.

Palliativ vård prioriteras väldigt högt i alla beslut om insatser och fördelning av resurser. Det finns ett nära samarbete med en palliativ specialistenhet på sjukhuset i Alingsås. I rapporten Dnr 3.5.1-35460/2022-9 framgår det att sjuksköterskorna anger att ingen behöver avlida i ensamhet. IVO:s formulering skiljer sig från det krav som finns från nämnden. I Alingsås kommuns kvalitetskrav står det; "Utföraren ska säkerställa att personal finns närvarande, om så önskas av brukaren, under den sista perioden i livets slut". Sjuksköterskorna har troligen svarat på frågan utifrån det krav som nämnden formulerat. Alla vill inte ha någon närvarande i dödsögonblicket vilket innebär att siffran för "ska inte behöva avlida i ensamhet" aldrig kommer att bli 0%.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Riktlinje Vård i livets slut uppdaterades 2022-12-07.

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

Arbetsätt kring vård i livets slut följs bland annat upp via Svenska Palliativregistret. Verksamheterna ska genom egenkontroll följa sin statistik i Palliativregistret. Resultatet presenteras till nämnd i Patientsäkerhetsberättelse samt vid delårsuppföljning.

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

Kompetenssatsning med fokus på Vård i livets slut.
Lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation som syftar till att förbättra och förenkla kommunikationen mellan vårdgivare och omsorgsgivare och därmed förbättra vården till och insatserna för den enskilde, kan förbättra möjligheten att dela information mellan olika yrkesutövare.
Kommunen står under upphandling av nytt verksamhetssystem och detta system är anpassat till de möjligheter som den nya lagen ger.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Kompetenssatsningar kommer genomföras under det kommande året.

Brist: Brytpunktsamtal dokumenteras inte i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen

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

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

I hälso- och sjukvårdsdokumentationen används inte den åtgärdskod IVO söker efter gällande brytpunktsamtal och resultatet kan därför bli missvisande i IVO:s journalgranskning. Det går att se att brytpunktsamtal förekom i 82,5% procent av de förväntade dödsfallen under 2022, enligt palliativregistret. Förvaltningen har tagit fram en riktlinje Vård i livets slut i vilken det tydliggörs att: Brytpunktsamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede är samtal mellan den ansvariga eller tjänstgörande läkaren och patienten om beslutet att övergå till palliativ vård i livets slutskede. Samtalen utgår från patientens situation och önskemål så långt det är möjligt och anpassas till patientens kognitiva förmåga, kulturella bakgrund och önskan om delaktighet. Oftast rör det sig inte om en enda brytpunkt utan en process över tid, och därmed behövs upprepade samtal. Läkaren ansvarar för att brytpunktsamtal genomförs med patienten och/eller anhörig. Har brytpunktsamtal inte utförts ska sjuksköterska kontakta ansvarig läkare och informera om att brytpunktsamtal bör genomföras.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Riktlinje Vård i livets slut uppdaterades 2022-12-07

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

Arbets sätt kring vård i livets slut följs bland annat upp via Svenska Palliativregistret. Verksamheterna ska genom egenkontroll följa sin statistik i Palliativregistret. Resultatet presenteras till nämnd, i Patientsäkerhetsberättelse samt vid delårsuppföljning. Andelen brytpunktsamtal följs upp i samband med avtalsuppföljning av läkarmedverkan.

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

Kompetenssatsning med fokus på Vård i livets slut.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Införande av det nya verksamhetssystemet ska vara klart till 2024.

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

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

Karin Alvermalm, Tf Förvaltningschef, Vård och omsorgsförvaltningen
Helen Gillqvist, tf verksamhetschef hälso- och sjukvård
Titti Davidsson, tf avdelningschef äldreboendeavdelning
Annika Fallqvist, MAS
Ingela Oscarsson, MAS

Datum för inrapportering

2023-03-22