

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 – Nacka kommun

IVO:s diarienummer i beslutet - 3.5.1-02087/2023

Vårdgivarens/kommunens diarienummer - KFKS-2023-00532

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
- Dokumentation 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

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.*

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

Vi invänder mot IVOs bedömning om att brister föreligger.

Enligt Nacka kommuns auktorisationsvillkor krävs att minst 90 procent av personalen har undersköterskeutbildning motsvarande

- Nationella yrkespaketet för undersköterska, 1500 poäng eller
- Vård- och omsorgsprogrammet inom gymnasieskolan

Idag har 96 procent av medarbetarna undersköterskeutbildning.

16 undersköterskor är under utbildning till specialistundersköterskor.

Vid IVOs tillsynsbesök framkom att ledningen anser att kontinuiteten är god gällande såväl sjuksköterskor som vård- och omsorgspersonal. Gällande sjuksköterskor så stämmer det inte att sjuksköterskorna ofta eller ibland saknar förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på plats när det skulle behövas för att uppnå god vård. Varje verksamhet har omvårdnadsansvariga sjuksköterskor (med maximalt 15 kunder per sjuksköterska). Under jourtid arbetar ett begränsat antal sjuksköterskor som är väl kända i verksamheterna. Sjuksköterskorna uppgav vid IVOs besök att de alltid har möjlighet att besöka patienterna för att bedöma hälsotillståndet om de anser att det finns behov av det, oavsett dag och tid på dygnet. Joursjuksköterskorna utgår från hemmet och kan alltid åka ut när det behövs. De intervjuade sjuksköterskorna uppgav att de har goda förutsättningar att arbeta patientsäkert. På jourtid prioriteras alltid palliativa patienter och sjuksköterskorna arbetar förebyggande.

Det finns en patientansvarig läkare per verksamhet som regelbundet går rond och finns tillgänglig vid behov. Vidare uppgav sjuksköterskorna att de alltid har tillgång till läkare när det finns behov och att den totala läkartiden är tillräcklig för att tillgodose alla patienters behov.

8. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Ej relevant, det är ett löpande arbete. Kraven vid nyrekrytering av omvårdnadspersonal är undersköterska.

Idag har 96 procent av medarbetarna undersköterskeutbildning, detta framgick även vid IVOs besök.

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

Detta följs upp regelbundet av verksamheterna samt årligen inom Nacka kommun (på uppdrag av Äldrenämnden). Mäts även vid varje tertialbokslut och via regelbunden egenkontroll.

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

Ej relevant, vi anställer endast undersköterskor och når upp till över 90 procent med godkänd kompetens sedan många år.

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

Ej relevant.

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

Ej relevant.

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

Sedan flera år pågår ett aktivt arbete gällande utveckling av svenska språket för den vård- och omsorgspersonal som behöver det. Pengar för att driva språkprojekt inom vård- och omsorg har tagits både från äldreomsorgslyftet och från kommunens egna fonderade medel.

På alla äldreboende finns språkombud som fått utbildning för att kunna stötta kollegor. Även cheferna inom äldreomsorgen har fått utbildning för att de ska veta vad som behövs för att ge språkombuden förutsättningar att ge språkstöd i det dagliga arbetet. Det finns även expertanvändare avseende dokumentation och dessa samarbetar med språkombuden.

Språkutvecklingen och utveckling av annan kompetens sker. Språkutvecklingen sker på olika sätt, till exempel träning i hur man svarar i telefon eller träning i hur man kontaktar joursjuksköterska. Språkombuden medverkar även vid framtagande av rutiner med synpunkter kring språket för att säkerställa att rutiner är skrivna på ett lättfattligt sätt för de medarbetare som har behov för det.

14. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Pågår löpande sedan ett flertal år.
Arbetet med språkbud påbörjades våren 2022.

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

Följs upp löpande vid dokumentationsgranskningar, i egenkontroller och via kundråd (forum för patienter och närstående) och via synpunkter och klagomål. Verksamheterna efterfrågar aktivt synpunkter från patienter och närstående i stället för att passivt invänta eventuella synpunkter.

Vid nyrekrytering är goda språkkunskaper (i tal och skrift) ett krav.

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

Arbete pågår med att utforma en S-BAR-mall för informationsöverföring (även för språksvaga).
Vårdhandbok för språksvaga.

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

S-BAR är pågående under våren 2023
Vårdhandboken för språksvaga planeras centralt i Nacka kommun 2023.

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

Följs upp löpande. Vid nyrekrytering är goda språkkunskaper (i tal och skrift) ett krav.

Ledningen ser förbättringar i dokumentationen och ser också att det blivit mer accepterat att prata om problem med språket. Det diskuteras öppet på arbetsplatsträffar och numera kommer även personal själva och ber om utbildning i svenska.

Äldreomsorgen har en egenkontrollplan för uppföljning av ett flertal områden under året och den innehåller bland annat uppföljningar av språkinsatserna och övrig kompetens.

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

Vi invänder mot IVOs bedömning om att brister föreligger.

Metoden för IVOs journalgranskning är oklar och resultaten stämmer inte överens med de granskningar som genomförs av verksamheterna själva och inte heller de granskningar som görs av kommunens myndighet. Till exempel om fel sökord används för att leta i en stor mängd journaler så är det stor risk att väsentlig information missas. Vi har därför starka indikationer på att granskningarna som ligger till grund för riskbedömningarna har stora felkällor.

Ett exempel är att i vårt journalsystem används begreppet hälsoplaner (inte vårdplaner). Våra granskningar visar att andel hälsoplaner (vårdplaner) är 100 procent. Likaså är siffran gällande KVÅ och ICF missvisande, Nacka kommun använder både ICF och KVÅ och har gjort så under många år (detta rapporteras årligen till Socialstyrelsen).

20. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Se fråga 19

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

Ej relevant.

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

Vi anser inte att bristen finns (se fråga 19)

Dokumentation är dock ett kontinuerligt utvecklingsområde. Vid IVOs tillsynsbesök framkom att verksamheterna nyligen infört ett nytt system för dokumentation, där alla sjuksköterskor fått utbildning i hur de ska dokumentera. Systemet förbättras kontinuerligt och bland annat har frastexter tagits fram och kommer att implementeras löpande. Ett exempel på utvecklingsområde är ledningens arbete med att följa upp att information som finns i hälsoplanerna även ska föras över till vård- och omsorgspersonalens genomförandeplaner. Ledningen börjar se effekter av utvecklingsarbetet.

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

Det sker ett kontinuerligt arbete med uppföljning och egenkontroll (av dokumentation).

Frastexter implementerade under 2023.

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

Se fråga 23

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

Vi invänder mot IVOs bedömning om att brister föreligger.

Vid Nacka kommuns egen uppföljning (2022) som bland annat bestod av 65 intervjuer med kunder/patienter framkom att 77 procent upplever att man får träffa samma personal i mycket hög eller ganska hög utsträckning. Vid IVOs intervjuer med kunder/patienter uppger samtliga (5 personer) att det är bra eller ganska bra kontinuitet gällande vård- och omsorgspersonal.

Fyra av fem när det gäller kontinuitet av sjuksköterskor (en person vet ej)

Fyra av fem när det gäller läkare (en person vet ej)

Vår bedömning är att det är en god personalkontinuitet i verksamheterna.

Sjuksköterskor:

Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor (med maximalt 15 kunder per sjuksköterska) finns inom alla verksamheter. Under jourtid arbetar ett begränsat antal sjuksköterskor som är väl kända i verksamheterna.

Läkare:

Det finns en patientansvarig läkare per verksamhet som enligt sjuksköterskorna de alltid har tillgång till när det finns behov. Den totala läkartiden är tillräcklig för att tillgodose alla patienters behov.

Vid IVOs tillsynsbesök framkom att ledningen anser att kontinuitet är god gällande såväl sjuksköterskor som vård- och omsorgspersonalen.

Vård- och omvårdnadspersonal:

Grundbemanningen har utökats så att det ska finnas tillräckligt med personal för att täcka korttidsfrånvaro i stället för att ha en stor andel timvikarier. Vård- och omsorgspersonal har en viss del av sin schemalagda tid flytande vilket medför att de kan täcka upp arbetspass i den egna verksamheten när det behövs.

26. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Flexibel arbetstidsmodell för omvårdnadspersonal infördes inom äldreomsorgen 2010 och är under kontinuerlig utveckling. Modellen innebär att ett mycket begränsat antal vikarier arbetar i verksamheterna och därmed säkras en god kontinuitet.

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

Mäts och följs upp kontinuerligt.

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

Ej relevant.

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

Ej relevant.

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

Se fråga 27

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

Vi invänder mot IVOs bedömning om att brister föreligger.

Enligt kommunens egen granskning finns 94 procent läkemedelsgenomgångar journalförda och tydligt dokumenterade. Samtliga siffror i IVOs granskning är missvisande.

32. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Ej relevant.

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

Enligt avtal med läkarorganisationen görs läkemedelsgenomgångar (per kund) varje år.

Följs upp löpande via verksamheternas egenkontroll.

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

Ej relevant.

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

Ej relevant

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

Ej relevant.

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 brytpunktsamtalen 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

Verksamheterna har ett nära samarbete med läkarorganisationerna avseende palliativ vård och Palliativa registret används inom alla verksamheter.

Brytpunktsamtal genomförs men finns inte alltid dokumenterat i journalen utan införs i Svenska palliativregistret. Det finns numera ett specifikt sökord för brytpunktsamtal i journalsystemet vilket kommer att leda till en förbättrad dokumentation och sökbarhet.

När palliativ vård inleds informeras samtlig personal muntligen samt skriftligen och individuella genomförandeplaner uppdateras omgående. Alla palliativa kunder prioriteras på läkarens rond varje vecka.

Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket är en självklar rättighet som är väl känd bland samtliga medarbetare. Tjänstgörande sjuksköterska har fullt mandat att begära in extrapersonal oavsett tid på dygnet.

Det finns palliativa ombud på alla boenden och det pågår diskussioner kring tidig palliativ vård, när den startar och vad som ingår i den.

Verksamheterna arbetar ständigt med att utveckla det befintliga

teamarbete som finns gällande palliativ vård där även paramedicinare medverkar.

Även ett nära samarbete med PKC (Palliativt kunskapscenter) pågår och samtliga verksamheter skickade medarbetare på den årliga PKC-dagen i maj 2023.

38. Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Arbetet och utvecklingen av den palliativa vården har stått i fokus de senaste åren. Detta viktiga utvecklingsarbete kommer alltid att vara prioriterat.

PKC-dagen i maj 2023.

I övrigt se fråga 37

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

Affärsområdet har specifika indikatorer för palliativ vård och följs upp minst varje tertiäl. Målet är att det ska vara 100 procent närvaro av någon vid dödsögonblicket (om den enskilde så önskar).

MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) redovisar statistik och spindeldiagram från Svenska palliativregistret inför varje tertiäl. Det går att se tydliga förbättringar både avseende brytpunktsamtal och mänsklig närvaro det senaste året.

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

MAS följer upp den palliativa vården löpande och har kontinuerlig dialog med sjuksköterskorna om eventuella avvikelser.

Verksamheterna har ett samarbete med det regionala kunskapscentrumet för palliativ vård (PKC) och har en målsättning att gå med i den nationella vårdplanen för palliativ vård (NVP) under 2024.

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

Se fråga 40.

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

Ej relevant.

Övriga identifierade brister

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

Ja

Nej