

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: Göteborgs stad

**IVO:s diarienummer i beslutet: 3.5.1-
47273/2022-3**

**Vårdgivarens/kommunens diarienummer:
N160-1821/22**

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
- ☒ 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.

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

Enligt Göteborgs stads hälso- och sjukvårdsprocess ska den personal som är närmast patienten kontakta hälso- och sjukvårdspersonal när patientens hälsotillstånd kräver det. Det är sedan den legitimerade personalen som gör den medicinska bedömningen, vilket innebär att omsorgspersonalen inte gör medicinska bedömningar.

Förvaltningens kort- och långsiktiga kompetensförsörjningsarbete är ett strategiskt och prioriterat område. Arbetet med att attrahera och rekrytera nya medarbetare men även behålla och utveckla befintliga medarbetare påverkas i hög grad av den demografiska utvecklingen. För att möta utmaningarna med kompetensförsörjning har förvaltningen startat kompetensförsörjningsprojektet ARUBA (attrahera, rekrytera, utveckla, behålla, avveckla) i syfte att systematisera, organisera och prioritera förvaltningens kompetensförsörjningsarbete.

Följande åtgärder har vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist:

1. I förvaltningens kompetensförsörjningsplan (2022-2024) har nio strategier tagits fram utifrån nuläge, omvärldsfaktorer och identifierade viktiga områden. Flera insatser är redan uppstartade, exempelvis förvaltningens kompetenscenter, en gemensam rekryteringsenhet för stöd i rekrytering, utveckla kompetensmodellen för att kartlägga förvaltningens behov av kompetens, utveckla introduktionen till medarbetarna. För att höja verksamhetens kompetens uppmuntras medarbetare att läsa via vuxenutbildning. Förvaltningen jobbar aktivt med kompetenssatsningar och har sökt medel genom Äldreomsorgslyftet och omställningsfonden för att kunna upprätthålla en hög kompetens i verksamheten. Göteborgs Stad har utbildat mer än 620 medarbetare genom Äldreomsorgslyftet sedan 2020.
2. Göteborgs kommun ingår Göteborgsregionens vård- och omsorgscollege. Samverkan i vård- och omsorgscollege är formaliserad genom certifiering. De organisationer som deltar arbetar tillsammans för att skapa en hållbar och framgångsrik kompetensförsörjning i vård och omsorg.
3. På vård- och omsorgsboende arbetar över 100 specialistutbildade undersköterskor som har 200 KY/YH poäng och över 50 undersköterskor utbildar sig till specialistundersköterska. Omsorgshandledare, specialistundersköterskor och medarbetare med fördjupade uppdrag arbetar på vård- och omsorgsboende

för att förankra kunskap på arbetsplatsen. Dessa professioner anordnar interna utbildningar på arbetsplatserna utifrån verksamhetens behov. Det pågår flera kompetenshögande insatser för medarbetare i verksamheten, bland annat i palliativ vård och omsorg samt lågaffektivt bemötande. Under 2022 och 2023 har och kommer förvaltningen att Stjärnmärka 20 vård- och omsorgsboende, vilket innebär att medarbetarna fått kompetensutveckling i demensfrågor, reflektionstid och verktyg för att arbeta personcentrerat.

4. Kommunens sjuksköterskor samverkar med läkare kring enskild patient. Avvikelse i samverkan rapporteras i MedControlPro. Dialog om avvikelser och förbättrande åtgärder tas upp inom ramen för närområdessamverkan (Nosam). Kommunen ansvarar inte för att säkerställa tillgången till läkare och läkarkonsultation.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Förvaltningens kompetensförsörjningsplan gäller från 2022 till 2024. Kompetenscenter startade upp vid årsskiftet 2022/2023 och håller på att utvecklas. Rekryteringsenhet startade upp hösten 2022. Utveckling av kompetensmodellen startade upp våren 2023.
2. Göteborgs Stad är certifierade i vård- och omsorgscollege sedan 2011.
3. Äldreomsorgslyftet, utbildning via omställningsfonden samt fortbildning av medarbetare och chefer i verksamheten pågår.
4. MedControlPro infördes 2022.

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

1. Förvaltningens kompetensförsörjningsplan med strategier och insatser följs upp regelbundet av styrgrupp ARUBA.
2. Inom vård och omsorgscollege finns en beskriven process hur arbetet ska följas upp samt vad som ska genomföras för att behålla sin certifiering.
3. Andel utbildade medarbetare följs regelbundet upp och presenteras till nämnd. Fortbildning av medarbetare och chefer följs upp kontinuerligt av närmaste chef i utvecklingssamtalet. Kompetensmodellen kommer vara ett stöd i detta.

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

1. Förvaltningen arbetar med en karriärvägsmodell tillsammans med Göteborgsregionen (GR). Utifrån denna modell kommer avdelning vård- och omsorgsboende starta upp ett arbete tillsammans med fackliga företrädare kring differentierade arbetsuppgifter på vård- och omsorgsboende. Detta är en del i arbetet för att säkra upp att det finns medarbetare med rätt kompetens dygnet runt.
2. Det finns en rutin för *kontakt med legitimerad personal* och kommunikationsstödet *SBAR*. Alla vård- och omsorgsboende behöver säkerställa att medarbetare har kännedom om rutinen och kommunikationsstödet.
3. Förvaltningen arbetar med att förbättra introduktionen för alla medarbetare. Stora delar av det underlag som tagits fram kan även användas för att löpande fortbilda medarbetare i vård och omsorg.
4. Förvaltningen kommer under hösten 2023 starta ett utvecklingsarbete utifrån frågeställningen hur omsorgspersonal på vård- och omsorgsboende kan få förstärkt handledning och stöd i vård- och omsorgsarbetet.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

1. Arbeta med differentierade arbetsuppgifter under 2023.
2. Kännedom om rutin för *kontakt med legitimerad personal* och kommunikationsstödet *SBAR* ska vara genomfört under 2023.
3. Förbättrad introduktion beräknas vara klar under hösten 2023. Delar av materialet kan redan användas för fortbildning av medarbetare.
4. Förstärkt handledning pågår under 2023 och 2024.

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

1. Uppföljning och tidplan för differentierade arbetsuppgifter är ännu inte beslutad.
2. Kännedom om *rutin för kontakt med legitimerad personal* och kommunikationsstödet *SBAR* följs upp under 2024.
3. Förbättrad introduktion utvärderas löpande efter genomförd introduktion.
4. Uppföljning och tidplan för förstärkt handledning är ännu inte beslutad.

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

En god kommunikativ kompetens är centralt i yrkesutövningen för omsorgsnära yrken inom äldreomsorgen. Under de senaste åren har frågan om språkkompetens aktualiserats på flera sätt och både Socialstyrelsen och förvaltningen arbetar med frågan ur olika perspektiv för att säkerställa kvaliteten i vård och omsorg.

Följande åtgärder har vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist:

1. Förvaltningen har utifrån ett uppdrag från nämnden gjort en in- och omvärldsbevakning för att undersöka vilka metoder och modeller som används för att testa språkkompetensen hos befintliga medarbetare och vid nyrekrytering. Förvaltningen har även undersökt hur förvaltningen systematiskt kan fånga upp medarbetare i behov av språkhöjande insatser. I arbetet har ett ökat samarbete med Förvaltningen för arbetsmarknad och vuxenutbildning skett.
2. Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen arbetar idag med en rekryteringsprocess som i många delar även kontrollerar språkförmåga på flera sätt. Det består av läsförståelse, muntlig och skriftlig språklig förmåga. Rekryteringsprocessen bedöms mot bakgrund av detta som språkligt krävande. En kandidat har förstått skriftliga instruktioner, gjort en skriftlig ansökan, genomfört muntliga telefonavstämning och intervju. Intervjufrågorna är konstruerade för att bedöma kompetens, kommunikationsförmåga och språkförmåga. Kandidater får dessutom möjlighet att testa arbetet med hjälp av bredvidgång där det funktionella språket används. Idag krävs godkänt i grundläggande svenska/svenska som andra språk för att bli antagen till vårdbiträde/undersköterskeutbildningen.
3. Yrkessvenska för medarbetare genomförs regelbundet utifrån behov i samarbete med Förvaltningen arbetsmarknad och vuxenutbildning.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Under våren 2023 har förvaltningen arbetat med uppdraget från nämnden kring språktester samt kompetensinventering för att fånga upp medarbetare i behov av språkhöjande insatser. Ärendet kommer hanteras av nämnd i maj 2023.
2. Arbetet med att kontrollera språkförmågan i rekryteringsprocessen pågår.
3. Minst två utbildningsomgångar i yrkessvenska är planerade 2023 och fler kommer att genomföras utifrån behov.

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

1. Formera för uppföljning och tidplan av språktester och språkhöjande insatser är ännu inte beslutad. Avvaktar beslut i nämnd.
2. Uppföljning av arbetet med att kontrollera språkförmågan i rekryteringsprocessen är beroende av arbetet med språktester. Former för uppföljning och tidplan av språktester och språkhöjande insatser är ännu inte beslutad. Avvaktar beslut i nämnd.
3. Utbildningsinsatser i yrkessvenska följs upp kontinuerligt av närmaste chef i utvecklingssamtalet.

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

1. För att kvalitetssäkra processen när det gäller bedömning av språklig kompetens vid rekrytering bedömer förvaltningen att en särskild språkmodul som läggs till befintlig rekryteringsprocess ska införas. Språkmodulen utgår från Socialstyrelsens bedömningsstöd och den språknivå som är relevant vid nyanställning. Förvaltningen bedömer att den mest effektiva lösningen för att systematiskt undersöka språkutvecklingsbehov för befintliga medarbetare är att chefer genomför en årlig kompetensinventering med hjälp av en enkät. Enkäten, som förvaltningen tar fram, kopplas ihop med Socialstyrelsens bedömningsstöd för språk och genomförs i ett system som omhändertar resultaten.
2. Avdelning vård- och omsorgsboende planerar att utbilda språkstödjare.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

1. Tidplan för en särskild språkmodul vid bedömning av språklig kompetens vid rekrytering är ännu inte beslutad.
2. Språkstödjare på vård- och omsorgsboende ska utbildas 2024.

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

1. Formerna och tidplan för uppföljning för en särskild språkmodul vid bedömning av språklig kompetens vid rekrytering är ännu inte beslutad. Avvaktar beslut i nämnd.
2. Formerna och tidplan för uppföljning av språkstödjare är ännu inte beslutad. Avvaktar beslut i nämnd.

Brist: Dokumentation 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

Patientens vårdplan finns i patientens hälso- och sjukvårdsjournal. Vid samtycke kan kommunens sjuksköterskor ta del av andra vårdgivares journalinformation som är av relevans för patientens vård. Detta sker via nationell patientöversikt (NPÖ), muntligen eller via en IT-tjänst som används gemensamt inom Västra Götaland för samordnad vård- och omsorgsplanering, SAMSA.

När vård- och omsorgspersonalen ska ha tillgång till vårdplanerna skrivs dessa ut och sätts in i den hälso- och sjukvårdspärmen som förvaras hos patienten. I denna pärm finns även signeringslistor för personal med delegering samt annan information som omsorgspersonalen behöver såsom instruktioner för såromläggning. Omsorgshandledare stödjer omsorgspersonal i dokumentation och informationsöverföring till legitimerad personal. Sjuksköterskorna samlar signeringslistorna och gör en uppföljning av vårdplanen i patientens digitala hälso- och sjukvårdsjournal.

Följande åtgärder har vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist:

1. Alla sjuksköterskor har genomgått en utbildning i strukturerad dokumentation. Målet var att få ökad kännedom om strukturerad dokumentation, känna till Socialstyrelsens uppdrag och roll kring dokumentation samt fackspråk, förstå hälso- och sjukvårdsprocessens roll i dokumentationen, med fokus på hälsotillstånd och vårdplaner. Denna utbildning finns nu som en del av introduktionen till alla nya sjuksköterskor. Innehållet finns i den så kallade dokumentationshandboken.
2. Organiseringen av arbetet med att förbättra dokumentationen är under uppbyggnad med en avdelningsövergripande dokumentationsgrupp som arbetar genom lokala dokumentationsgrupper i varje stadsområde. En representant från varje enhet ingår i de lokala dokumentationsgrupperna och leds av respektive enhetschef. Tillsammans med enhetschefen identifierar förbättringsområden gällande dokumentation som enheten arbetar vidare med.
3. IT-stödet PMO är ett verksamhetssystem som används av hälso- och sjukvården. Projektet PMO etapp 2 har startats för att vidareutveckla IT-systemet med en mobil tidbok/PMO2GO och vårdplansmodul. Syftet med PMO2GO är att öka patientsäkerheten genom att medarbetaren kommer åt sin personliga tidbok med dagens arbetsuppgifter i mobilen. Detta gör att behovet att ta med sig pappersutskrifter minskar. En av fördelarna med PMO2GO är att tidböckerna kan uppdateras under dagen.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Utbildningen i strukturerad dokumentation genomfördes under 2022. Omfattningen var en och en halv dag per medarbetare. Introduktion till nya medarbetare pågår.
2. Organiseringen i dokumentationsgrupper pågår.
3. Införandet av PMO2GO pågår.

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

1. Effekterna av utbildningen i strukturerad dokumentation kommer att följas upp i rutin för journalgranskning från och med hösten 2023.
2. Effekterna av organiseringen och det förbättrande arbetet kommer att följas upp i rutin för journalgranskning från och med hösten 2023.
3. Införandet av PMO2GO pågår i form av ett pilotinförande. Enheterna som är med i piloten kommer att ge värdefull information om hur webb-appen fungerar och ger stöd i det dagliga arbetet.

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

1. Den andra delen i projektet PMO etapp 2 är en ny vårdplansmodul. Syftet med den nya vårdplanemodellen är att det ska bli enklare för sjuksköterskor (och all legitimerad personal) att dokumentera och följa patientens planerade vård. Vårdplanerna syns i en minimodul på patientens startsida vilket gör att du direkt kan få en uppfattning om vilka åtgärder som är aktuella. En förutsättning för införandet är att dokumentationen sker strukturerat och följer de rutiner som finns i dokumentationshandboken. Det finns möjlighet att arbeta tvärprofessionellt med vårdplanerna.
2. Förändrat arbetssätt för sjuksköterskor på vård- och omsorgsboende som bland annat kommer att medföra planerad och avsatt tid för dokumentation.
3. Avdelning hälso- och sjukvård planerar att förbättra sjuksköterskornas kännedom och användande av nationell patientöversikt (NPÖ) för att säkerställa att sjuksköterskorna får kännedom om relevant patientinformation från andra vårdgivare, såvida samtycke har givits. Exempelvis undersöks möjligheten för en enklare inloggning i NPÖ samt att även själv som vårdgivare kunna delge journalinformation i NPÖ.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

1. Införandet av vårdplansmodul är planerat att ske under hösten 2023.
2. Förändrat arbetssätt för sjuksköterskor på vård- och omsorgsboende kommer att ske löpande. Stadsområde Sydväst kommer att påbörja arbetet höst 2023.
3. Förbättra sjuksköterskornas kännedom och användande av nationell patientöversikt (NPÖ) kommer att påbörjas hösten 2023.

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

1. I samband med införandet av ny vårdplanemodul kommer former och tidplan för uppföljning att beslutas.
2. Förändrat arbetssätt för sjuksköterskor på vård- och omsorgsboende kommer bland annat att följas upp i journalgranskning från och med höst 2023.
3. Formerna och tidplan för uppföljning för hur sjuksköterskornas kännedom och användande av nationell patientöversikt (NPÖ) ska öka är ännu inte beslutade.

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

Förvaltningen arbetar ständigt med att säkerställa att det finns en kontinuitet bland personalgrupperna som främjar en god vård. Förvaltningen delar IVO:s syn på att en förutsättning för en god vård också är att dokumentationen sker enligt gällande regelverk.

Följande åtgärder har vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist:

1. Utöver att åtgärda bristerna i dokumentation arbetar hälso- och sjukvård med att utveckla sjuksköterskornas tjänstgörande arbetssätt under kvällar, helger och natt, till skillnad från det patientansvariga arbetssättet som utförs under dagtid. Exempel på åtgärder är att utveckla rollen som telefonsköterska och tydliggöra vilka arbetsuppgifter som ska göras på kvällar, helger och natt.
2. Inom hälso- och sjukvård pågår flera åtgärder för att uppnå en hållbar bemanning och schemaläggning. Exempel på åtgärder är överanställning av sjuksköterskor, en ambulerande enhet som täcker planerad och akut frånvaro på enheterna, inrättande av alternativa professioner såsom farmaceuter och undersköterskor inom hälso- och sjukvårdsorganisationen.
3. Vård- och omsorgsboende i Göteborg har en personalomsättning på 11 procent och 88 procent av medarbetarna har heltidsanställning, vilket skapar förutsättningar för god kontinuitet. Heltidsanställda medarbetare arbetar verksamhetspass på vård- och omsorgsboendet, istället för att ta in timvikarier.
4. Vård- och omsorgsboende har genomfört en pilotundersökning för att hitta sätt att mäta personalkontinuiteten. Utifrån förvaltningens kompetensförsörjningsarbete och pilotundersökningen pågår flera åtgärder kring hållbar bemanning och scheman som är en del i att främja god kontinuitet. Inrättande av en ny roll administratör med inriktning planering vård- och omsorgsboende, utbildning i bemanning och schemaplanering, framtagande av bemanningshandbok, heltidsanställningar och minskning av andel timanställda samt utveckling av mappverktyg är exempel på åtgärder som pågår för att få en hållbar bemanning med god kontinuitet. Mappverktyget ska säkerställa att hyresgästernas individuella behov tillgodoses samt att arbetet fördelas rättvist och enkelt mellan medarbetarna.

Kommunen ansvarar inte för läkarkontinuiteten på vårdcentralerna.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Utvecklingsarbetet av arbetssätt under kvällar, helger och natt pågår.
2. Arbetet med att uppnå hållbar bemanning och schemaläggning pågår.
3. Heltidsanställningar och minskning av andel timanställda pågår.
4. En ny roll administratör med inriktning planering vård- och omsorgsboende och utbildning i bemanning och schemaplanering genomfördes under hösten 2022. Framtagande av bemanningshandbok och utveckling av mappverktyg pågår under 2023.

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

1. Formerna och tidplan för uppföljning av arbetssätt under kvällar, helger och natt är ännu inte beslutade.
2. Arbetet med att uppnå hållbar bemanning och schemaläggning följs årligen upp i måttet personalomsättning.
3. Personalomsättningen, andel heltidsanställda och timanställda följs regelbundet upp.
4. Administratör med inriktning planering vård- och omsorgsboende och arbetet med bemanning och schemaplanering, bemanningshandbok och utveckling av mappverktyg kommer följas upp 2024/2025.

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

Vård- och omsorgsboende planerar en upphandling av ett digitalt planeringsverktyg. Planeringsverktyget bygger på samma grunder som mappverktyget, men ett digitalt system minskar administrationen och kan hantera fler principer, exempelvis differentierade arbetsuppgifter. Det digitala planeringsverktyget ska precis som mappverktyget säkerställa att hyresgästernas individuella behov tillgodoses samt att arbetet fördelas rättvist och enkelt mellan medarbetarna.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Upphandling av planeringsverktyg planeras att ske under 2024/2025.

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

Formerna och tidplan för uppföljning av nytt planeringsverktyg är ännu inte beslutad.

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 stadens styrande dokument gällande delegering av uppgifter om läkemedelshantering finns information om vilken kompetens vård- och omsorgspersonal behöver ha för att få påbörja utbildning för att få delegering. Det inkluderar både utbildning och arbetslivserfarenhet. Göteborgs Stads utbildning inför delegering av läkemedelshantering sker i tre steg. Första delen är digital utbildning med tillhörande prov (Svenskt Demenscentrums Webutbildning "Jobba säkert med läkemedel"), därefter sker steg två genom deltagande i läkemedelsutbildning som utsedda sjuksköterskor håller. Vård- och omsorgspersonalen måste klara alla moment för att bli aktuell för det sista steget, som är delegeringstillfället med delegerande sjuksköterska. Den sjuksköterska som har delegerat ska följa upp delegeringen för att kontrollera att den fullgörs med god kvalitet och hög patientsäkerhet. Samverkan ska ske med ansvarig enhetschef. Finns det brister i utövandet kan delegering dras in.

Göteborgs Stads hälso- och sjukvård samverkar med den regionalt finansierade primärvården kring gemensamma patienter och medverkar till att läkemedelsgenomgångar utförs genom att bland annat påtala behov för läkare. Dock är det den regionalt finansierade primärvården som ansvar för och genomför läkemedelsgenomgångar. Det är därmed den regionalt finansierade primärvården som är huvudmannen som ska säkra att läkemedelsgenomgångar genomförs. Göteborgs stad har inte mandat att säkra annan huvudmans skyldigheter varför kritiken bör riktas till den regionalt finansierade primärvården.

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). Det är den regionalt finansierade primärvården som har ansvaret. Läkemedelsgenomgången ska dokumenteras i vårdcentralens journal och om det är aktuellt ska sjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård meddelas.

Följande åtgärder har vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist:

1. Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor (MAS) har tillsammans med bland annat utbildningsansvariga sjuksköterskor utfört förbättringsarbete gällande utbildningsmaterial och rutiner för läkemedelsutbildning. Exempelvis har rutin och arbetssätt för att anmäla personal till utbildning uppdaterats
2. MAS har justerat riktlinje för läkemedelshantering. Bland annat har förtydligande gjorts gällande att kontroll av ordinationshandling och signeringslista alltid ska ske innan patienten ges läkemedel. Riktlinjen har även kompletterats med direktiv om

	särskild riskbedömning gällande delegering av flytande narkotiska läkemedel till stöd för sjuksköterska.
3.	Alla sjuksköterskor har genomgått en utbildning i hantering av läkemedel i kommunal hälso- och sjukvård. Denna utbildning ingår numer som en del av introduktionen för alla nyanställda sjuksköterskor, tillsammans med utbildning i delegering.
4.	Det pågår upphandling av digital läkemedelsutbildning steg två. Genom att digitalisera utbildningen kommer den att bli mer effektiv, likvärdig och patientsäker. Den kommer att frigöra tid för utbildningssjuksköterskorna som istället kan arbeta mer patientnära. Den kommer att ge vård- och omsorgspersonal möjlighet att genomföra utbildningen tills de har uppnått den kunskap som krävs.
5.	Organisering av den nya enheten med farmaceuter inom kommunal hälso- och sjukvård är ett pågående arbete. Farmaceuternas dagliga arbetsuppgifter planeras i samarbete med sjuksköterska utifrån verksamhetens behov. Det inkluderar arbete i Kommunalt Akutläkemedelsförråd (KAF) och kring patientbundna läkemedel, till exempel vid läkemedelsgenomgång utifrån patientens behov.
6.	I Göteborgs stads arbete kring dokumentation i patientjournal har de uppgifter som sjuksköterskor ska dokumentera vid läkemedelsgenomgång omhändertagits.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1.	Under 2022 har förbättringsarbete gällande läkemedelsutbildningen utförts och arbetet fortsätter under 2023.
2.	Uppdateringen av riktlinjen genomfördes och kommunicerades ut i slutet av april 2023. MAS ser kontinuerligt till att styrande dokument så som riktlinjen uppdateras utifrån gällande lagstiftning och behov i verksamheten.
3.	Utbildningen i läkemedelshantering genomfördes våren 2023. Utbildningen finns med som del i introduktionen sedan våren 2023.
4.	Upphandlingen av digital läkemedelshantering beräknas att vara klar innan sommaren 2023 med införande hösten 2023.
5.	Det fortgår en kontinuerlig utveckling kring farmaceuternas uppdrag och arbetsuppgifter.
6.	Senaste utvecklingsarbetet kring KVA-koder var klart januari 2023. Förbättringsarbete och uppdatering kring dokumentation sker kontinuerligt.

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

1. I väntan på att digital utbildning är infört kommer uppföljning ske genom utbildningssjuksköterskornas löpande utvärderingar.
2. Effekten av justeringen av riktlinjen kommer att omhändertas av MAS och ytterligare justering kommer att utföras vid behov.
3. Effekten av utbildningen i läkemedelshantering följs löpande upp i dialog på verksamhetsmöten och enskilt med ansvarig enhetschef.
4. Vid införandet av digital delegeringsutbildning kommer först en pilot att genomföras. Vid utformning av piloten kommer utvärdering ingå.
5. Uppföljning av farmaceuter i kommunal primärvård sker fortlöpande genom dialog med berörd personal och verksamhet.
6. Uppföljning av dokumentation sker kontinuerligt genom bland annat dokumentationsgranskning och dialoger mellan medarbetare med särskilda uppdrag kring dokumentation.

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

Göteborgs Stad ser över möjligheten att införa digitala läkemedelsskåp som ska användas för att säkra att endast rätt delegerad personal har tillgång till läkemedel samt digital signering av utförda delegerade åtgärder.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Tidplanen för arbetet med att införa digitala läkemedelsskåp och digital signering är ännu inte beslutad.

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

Tidplanen och formerna för uppföljning för arbetet med att införa digitala läkemedelskåp och digital signering är ännu inte beslutad.

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 brytpunktssamtal 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

Kommunen ansvarar inte för att utföra brytpunktssamtal utan det är läkarens ansvar att både genomföra och dokumentera. Göteborgs Stads sjuksköterskor samverkar med läkaren bland annat genom att påtala behov.

I hälso- och sjukvårdsdokumentationen används inte den åtgärdskod IVO söker efter gällande brytpunktssamtal och resultatet kan därför bli missvisande i IVO:s journalgranskning. Det går att se att brytpunktssamtal erbjudits och genomförts i 82 procent av de förväntade dödsfallen under perioden maj 2022 till maj 2023, enligt Svenska palliativregistret.

Följande åtgärder har vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist:

1. Avsaknad av tillgång till regionala primärvårdsjournaler - se åtgärder under rubriken "Dokumentation sker inte enligt gällande regelverk".
2. Göteborgs Stads har organiserat den palliativa vården i kompetensteam för palliativ vård (KPV). Kompetensteamet arbetar med egna patienter såväl som konsultativt. Exempel på arbetsuppgifter som har genomförts är att ta fram arbetssätt för att tidigare identifiera ett palliativt vårdbehov samt arbetssätt som stärker delaktighet för närstående och patienten i vården.
3. Kompetensutveckling med alla sjuksköterskor (och all legitimerad personal) har påbörjats för att öka kompetensen i att identifiera ett palliativt vårdbehov i ett tidigare skede.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Se tidplan under rubriken "Dokumentation sker inte enligt gällande regelverk".
2. Inrättande av de nya kompetensteamet för palliativ vård skedde under 2021.
3. Kompetensutveckling för all legitimerad personal påbörjades våren 2023.

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

I rapporten "Uppföljning av systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete" rapporterar alla verksamhetschefer två gånger per år analys och sammantagen bedömning av den palliativa vården, utifrån data från palliativa registret. Rapporteringen avser senaste halvåret och sker i april och november varje år.

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

En översyn av hälso- och sjukvårdsprocessen, inklusive rutiner, planeras för att säkerställa det palliativa perspektivet.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Uppstart av översynen planeras till hösten 2023.

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

Tidplan och former för uppföljning av översyn av hälso- och sjukvårdsprocessen är ännu inte beslutade.

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

Carin Bringestedt, avdelningschef för hälso- och sjukvård
Tina Isaksson, avdelningschef för vård- och omsorgsboende

Datum för inrapportering