



Socialförvaltningen
Kvalitets- och utredningsavdelningen

Sophia Lehnberg, MAS
Eva Bjäräng, MAR

Tillsynsrapport - Hälsa- och sjukvård

Genomförd tillsyn under maj-oktober 2017



Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	3
INLEDNING	4
BAKGRUND	4
SYFTE	4
METOD	4
Övergripande	4
Enkätinsamling	5
Intervjuer	5
Journalgranskning	5
Stickprovsgranskning av dokumentation på Frösundas grupp och serviceboenden	5
Granskning av generella läkemedelsförråden	5
RESULTAT	5
RIKTLINJER, RUTINER OCH EGENKONTROLLER	5
AVVIKELSE- OCH SYNPUNKTSHANTERING SAMT RISKANALYS	6
DOKUMENTATION	7
SAMVERKAN OCH INFORMATIONSOVERFÖRING	8
KOMPETENS	9
PATIENTENS DELAKTIGHET	10
DELEGERING	10
LÄKEMEDELSHANTERING	10
ÖVRIGA PATIENTSÄKERHETSFRÅGOR	11
LISTA FÖRBÄTTRINGSÅTGÄRDER PER ENHET	13
SSK SÖDER:	13
SSK NORR:	14
REHAB:	16
SSK SYNAPSEN:	18
FÖRBÄTTRINGSÅTGÄRDER FÖR STAB/KVALITETS- OCH UTREDNINGSAVDELNINGEN	FEL! BOKMÄRKET ÄR INTE
DEFINIERAT.	
BILAGOR	19
BILAGA 1	19
BILAGA 2	21



Sammanfattning

Kvalitets- och utredningsavdelningen genomför regelbundet tillsyn inom olika verksamheter med syfte att följa upp verksamheternas kvalitet. Med kvalitet avses här att följa lagar, föreskrifter och av socialnämnden fastställda krav. Denna tillsyn omfattar hälso- och sjukvårdens verksamheter.

I samband med tillsynen belystes följande områden: Riktlinjer, rutiner, avvikelser- och synpunktshantering, dokumentation, samverkan, kompetens, delegering, delaktighet, läkemedelshantering samt övriga patientsäkerhetsfrågor.

Medarbetarnas kännedom om riktlinjer och rutiner behöver förbättras för egenregi. Alla enheter arbetar med egenkontroller men i egenregi anger man att egenkontroll för dokumentation behöver genomföras mer regelbundet än idag. Avvikelser skrivs inte i den omfattning det borde i egenregi. Skriftlig sammanställning och analys av avvikelserna sker inte i någon av verksamheterna. Riskanalyser av verksamheten dokumenteras inte av någon chef.

När det gäller dokumentationen finns det behov av uppföljande utbildning i det nya verksamhetssystem som används. Personalen behöver stöd i hur de ska dokumentera och använda funktionerna i systemet.

Samverkan och informationsöverföring mellan kommunala enheter fungerar oftast bra men det saknas skriftliga rutiner. Cheferna saknar vissa former av samverkan.

Det saknas strukturerad plan och budget för kompetensförstärkning inom egenregi. Personalen känner sig inte delaktiga i sin kompetensutvecklingsplan. Kunskap och föreläsningar om senaste evidens inom olika områden ser olika ut och sker ofta utifrån vad som erbjuds för tillfället. På Synapsen används medarbetarsamtalet till att göra en plan för kompetensförstärkning och man bjuder regelbundet in till olika föredrag.

Patientens delaktighet beaktas enligt personal. Flera chefer anser dock att det skulle behöva diskuteras mer. Delaktigheten dokumenteras sällan. Ingen egenkontroll är gjord i egenregi. På Synapsen använder man patientenkätens svar om delaktighet som diskussionsunderlag.

Sjuksköterskor anser att de känner till och tillämpar riktlinje och rutin för delegering. För arbetsterapeuter och fysioterapeuter framkommer brister gällande delegering. Viss otrygghet beskrivs av legitimerad personal i allmänhet kring delegering på enheter där det är stor omsättning av personal.

Granskning av läkemedelshantering under våren 2017 visar att egenregi inte åtgärdat de förbättringspunkter som framkom vid granskningen 2014.

Lista på förbättringsområden per enheter återkopplas på sidan 13.



Inledning

Bakgrund

Kvalitets- och utredningsavdelningen har en tillsynsplan som innebär årlig granskning av hälso- och sjukvården. Under maj till oktober månad 2017 har Kvalitet- och utredningsavdelningen genomfört tillsyn på hälso- och sjukvårdsverksamheter med fokus på hur det systematiska kvalitetsarbetet bedrivs samt hur kvalitetskrav efterföljs. Den huvudsakliga uppföljningen omfattar hälso- och sjukvårdsverksamheterna i egen regi, totalt tre enheter – Ssk Söder, Ssk Norr, Rehab samt en sjuksköterskeverksamhet på entreprenad - Synapsen.

- Ssk Söder inkluderar sjuksköterskor inom områdena söder, natt, vårdplanering(VPL) samt undersköterska.
- Ssk Norr inkluderar sjuksköterskor inom områdena norr, inland, LOV(lagen om valfrihet inom hemtjänst) och LSS(lagen om särskilt stöd och service).
- Rehab innefattar arbetsterapeuter och fysioterapeuter samt rehabassistent.

Viss granskning har också skett genom den tillsyn som gjorts under våren av hemtjänst egen regi och under sommaren av LSS verksamheterna på Frösunda.

Områden som belystes i samband med tillsynen är följande:

- Riktlinjer, rutiner och egenkontroller
- Avvikelse- synpunktshantering och riskanalys
- Dokumentation
- Samverkan och informationsöverföring
- Kompetens
- Patientens delaktighet
- Delegering
- Läkemedelshantering
- Övriga patientsäkerhetsfrågor

I resultatredovisning redovisas en sammanfattning för de granskade verksamheter utifrån de olika kvalitetsområdena.

Tillsynen genomfördes av medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS och medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR.

Syfte

Syftet med tillsynen är att granska om verksamheten följer och arbetar enligt gällande lagar och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) samt identifiera förbättringsområden. Det systematiska kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården är en del av patientsäkerhetsarbetet.

Metod

Övergripande

I tillsynen har frågor ställts inom områden som generellt sett är viktiga för patientsäkerheten men också mer specifika frågor inom områden som erfarenhetsmässigt brister.



Enkät

Ett frågeformulär skickades i maj ut till legitimerade medarbetare som ombads svara på ett antal frågor. Under juni fick omsorgspersonal inom Frösunda LSS svara på frågor bland annat om hälso- och sjukvård. För hemtjänst LOV utfördes samma enkät under september. Sammanställningen redovisas som bilaga 1 och 2 för de granskade enheterna.

Intervjuer

Intervjuer genomfördes under oktober och november månad med hälso- och sjukvårdsverksamheterna. Enskilda intervjuer med respektive enhetschef samt gruppintervjuer med arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjuksköterskor samt undersköterska och rehabassistent utfördes. Två till fyra personalombud per enhet deltog vid dessa gruppintervjuer. Totalt intervjuades 15 personal vid sex olika tillfällen, två personer fick förhinder i samband med intervjutillfällen.

Intervjuer genomfördes även i samband med granskningen av hemtjänst egen regi under mars. Chefer och omsorgspersonal intervjuades och fick även svara på frågor om hälso- och sjukvård.

Journalgranskning

Tjugo slumpmässiga journaler granskades under oktober och november månad. Hälso- och sjukvårdsjournal skrivs av alla legitimerade gemensamt vilket gör att ingen specifik enhet bedömts separat. Hälften av de granskade hälsoärendena har arbetsterapeut eller fysioterapeut startat och hälften har sjuksköterskor startat vilket innebär att dessa i huvudsak också dokumenterat i dessa.

Stickprovsgranskning av dokumentation på Frösundas grupp och serviceboenden

Stickprov utfördes hos två patienter på varje boende vid verksamhetsbesök under juni månad. Ordinationer och signeringslistor granskades utifrån legitimerads skyldighet att göra dem tydliga och förståeliga.

Granskning av generella läkemedelsförråden

En extern granskning har gjorts på samtliga fyra generella läkemedelsförråd i kommunen. Ett sköts av Synapsen medan övriga sköts av hemsjukvården. Den externa granskaren gör tillsyn av förråden samt de rutiner som används och åtgärdsplan upprättas.

Resultat

Riktlinjer, rutiner och egenkontroller

Inom egenregins enheter finns det enligt enkäten brister bland legitimerade om kännedom om var rutiner och riktlinjer finns. Det framkommer i intervjuerna att de förvaras på flera olika ställen och det ibland finns flera versioner av samma rutindokument. Till viss del saknas också rutiner man tycker sig behöva. På rehab finns flera olika arbetsgrupper som arbetar med kvalitetsarbete inom olika områden. T ex rutingrupp, hjälpmedelsgrupp, basutbildningsgrupp, förflytningsutbildningsgrupp m fl. På övriga enheter har man delat upp kompetens- och ansvarsområden mellan olika sjuksköterskor.



Synapsen har genomfört egenkontroll för dokumentation. På Rehab ska en sådan göras i november. Samtliga enheter ser ett stort behov av journalgranskning och mer utbildning i dokumentation i det nya verksamhetssystemet som infördes för ett och ett halvt år sedan. Egenkontroll av basal hygien har genomförts på Söder och Rehab. Egenkontroll av verksamhetsrutiner har utförts på Söder och Norr. På Rehab har man gjort egenkontroll av delegerad insatser, elrullstolar, väntelista, introduktion, utvärdering av sommaren. Synapsen har genomfört egenkontroll genom personal-, patient- och hemtjänstpersonalenkäter.

Avvikelse- och synpunktshantering samt riskanalys

Det finns skriftliga rutiner för avvikelshantering i verksamheten.

Cheferna beskriver att de utreder inkomna rapporter med berörd legitimerad. Om det finns en risk att avvikelsen kan ske igen diskuteras det i gruppen. Dokumentation av utredningen sker inte i full utsträckning. Skriftlig sammanställning och analys av avvikelserna sker inte i någon av verksamheterna. Svar på avvikelser verksamheten upprättat till andra verksamheter brukar förmedlas på exempelvis arbetsplatsträff (APT).

De legitimerade i egenregi uppger att de inte upprättar rapporter i den utsträckning de borde. Det prioriteras ofta bort. De upplever heller inte att de får återkoppling på upprättade rapporter till andra verksamheter. Någon uppger att man inte gärna skriver avvikelserrapport på sig själv eller kollegor. Någon annan uppger att avvikelserapporter på den egna verksamheten kan bidra till att påvisa brister som också påverkar arbetsmiljön.

Gemensamt för samtliga legitimerade är att de sällan eller aldrig görs delaktiga i utredningar av avvikelser som gäller delegerade insatser. Detta innebär att de inte kan följa upp sitt delegerande, att de inte ges möjlighet att bedöma om en delegering fortsatt är lämplig.

Synapsen upplever att avvikelshantering tas upp regelbundet, att man ser det som positivt förbättringsarbete.

I intervjuerna verkar de flesta bekanta med synpunktshantering och berättar att de ibland rekommenderar anhöriga att lämna synpunkter. Någon uppger att de inte känner till blanketten. I enkäten framkommer däremot att legitimerade i egenregi inte informerar och bistår patienter att lämna synpunkter om vården som man borde.

Eftersom hälso- och sjukvård är en högriskverksamhet ska verksamheten fortlöpande utföra risk- och händelseanalys. Syftet är att identifiera risker i verksamheten som kan medföra försämrad kvalitet eller patientsäkerhet. Det kan vara risker i den befintliga verksamheten eller risker som uppstår vid förändringar. Riskanalyser av verksamheten dokumenteras inte av någon chef även om de ibland utförs.

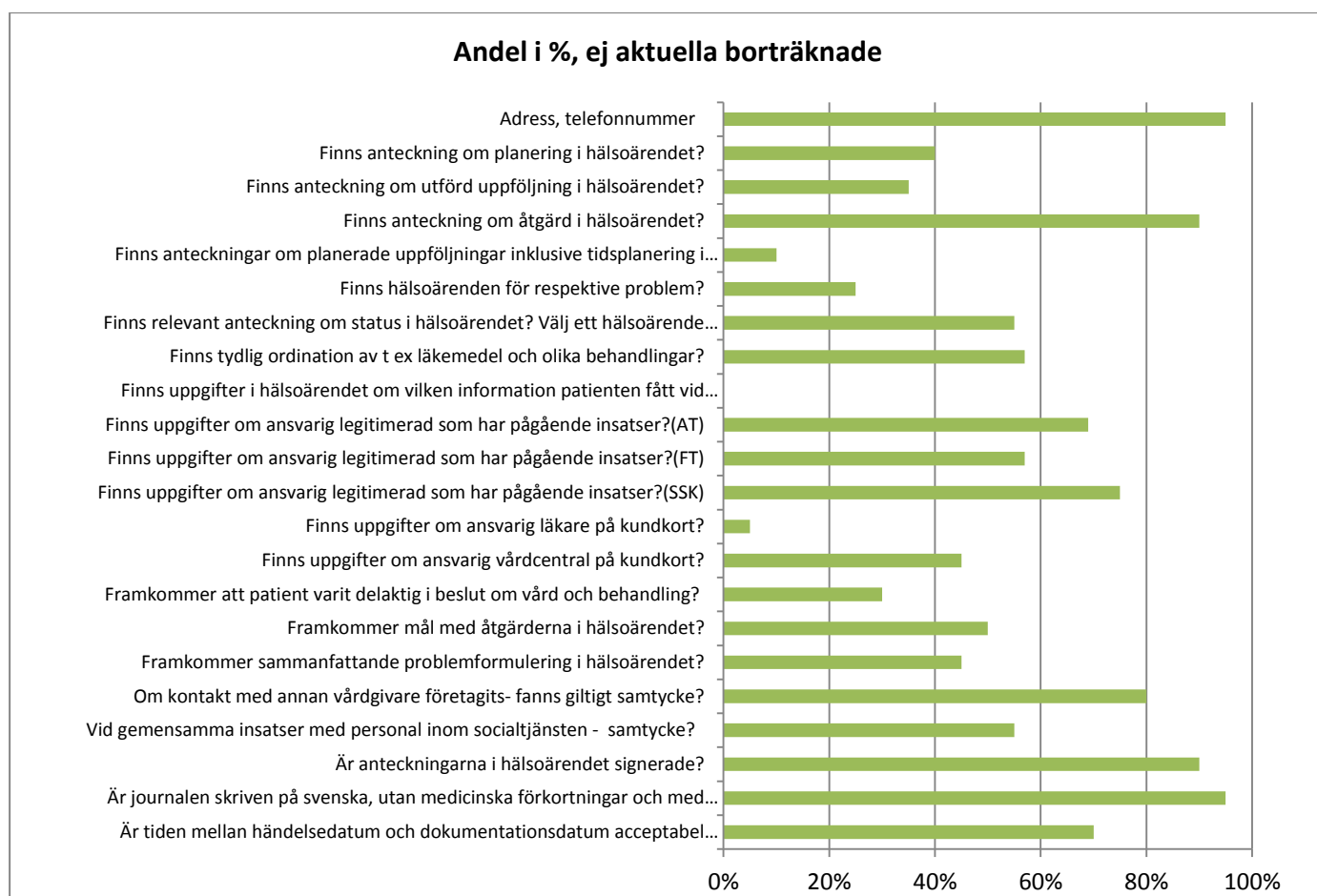


Dokumentation

Journalgranskning visar att journalen i de flesta fall är skriven med ett tydligt språk, att åtgärder är dokumenterade och att patientens kontaktuppgifter finns. I tio procent av de granskade journalerna återfanns osignerade anteckningar. Detta är att betrakta som en allvarlig brist då spårbarheten uteblir.

I många journaler saknas uppgifter på kundkortet om ansvariga legitimerade i kommunen, ansvarig vårdcentral och ansvarig läkare. Giltiga samtycken för kontakt med omsorgsgivare och andra vårdgivare saknas ibland. Det saknas ofta sammanfattande problemformulering, mål, planering, uppföljning och tydliga ordinationer liksom anteckningar om patientens delaktighet och vilken information denne fått. Det skrivs många gånger anteckningar i fliken ”Inskrivning hemsjukvården” istället för ett befintligt eller nytt ”Hälsoärende”. Se figur 1.

Personalen beskriver att man önskar fortbildning och en gemensam syn i var och hur man dokumenterar i det nya verksamhetssystemet som infördes under 2016.



Figur 1. Andel av granskade journaler som innehållit godkänd information i respektive fråga. De journaler där frågan inte är aktuell har räknats bort före beräkningen av andel.

Vid tillsyn av Frösundas verksamheter i juni gjordes observationer av ordinationer och signeringslistor i 32 ärenden. Arbetsterapeut och/eller fysioterapeut hade hälso- och sjukvårdsinsatser i 14 granskade fall. Sjuksköterskor hade hälso- och sjukvårdsinsats i samtliga 32 fall.



Arbetsterapeuter/fysioterapeuter:

Samtliga signeringslistor var tydliga. Hälften av ordinationerna (som informerar den delegerade om vad och hur hälso- och sjukvårdsinsatsen ska utföras) var oklara i olika grad. Två granskade ärenden visade sig inte vara utvärderade på länge. Då verksamhetens rutiner förändrats över tid hanterades hälso- och sjukvårdsinsatserna felaktigt avseende signeringslistor och delegeringar.

I två ärenden var förflyttning med lyft ordinerad och instruktionerna i hemdok tydliga.

Sjuksköterskor:

Övervägande del av signeringslistorna var bristande gällande signering vilket kräver åtgärder från den delegerande legitimerade. I några fall var insatsen på signeringslistan så otydlig att det innebär stora risker att delegerad personal inte gör rätt. I något fall stämde heller inte läkemedelslistan överens med signeringslistan.

Samverkan och informationsöverföring

Chefer anger att skriftliga rutiner saknas för de flesta former av samverkan. Det finns samverkan t ex på chefsnivå bland enhetschefskollegorna i Falkenberg, bland kommunerna i Halland, med vårdcentralscheferna och rehabchefen har också samverkan med hjälpmedelscentrum Halland och med rehabchefer på sjukhusen. Cheferna beskriver dock att det saknas dialog på mötena med omsorgscheferna i kommunen. Synapsen medverkar varken på chefsmöten med egenregins omsorgschefer eller på Hallandskommunernas chefsträffar. Det saknas samverkan på chefsnivå med de privata utförarna inom äldreomsorgen. En chef uttrycker att det inte finns tillräckligt med utrymme att samverka så mycket som egentligen hade behövts för hitta gemensamma förbättringsområden.

Teammöten fungerar i mycket varierande grad. Sjuksköterskor anger bland annat att t ex rehab uteblir från vissa av Centrums teammöten. På Boken har teammötena ersatts av veckomöte där inte rehab deltar och i Inlandet har det under en tid saknats arbetsterapeut. Man anger också att för nya kollegor är det inte lätt att veta hur samverkan fungerar mellan olika parter på det egna området eftersom var och en skapar egna kontaktnät och egna rutiner. Det pågår ett arbete inom egenregin med att ta fram nya skriftliga rutiner för teammöten. Dessa rutiner kommer då att gälla samtliga utförare.

Över 60 % av alla legitimerade anger att de finns svårigheter att få kontakt med läkare i närsjukvården inom rimlig tid. Sjuksköterskor uppger att det är omständigt och att många samtal behöver ringas innan man får kontakt.

I enkäten till Frösundas omsorgspersonal framkommer att 88 % av dem anser att legitimerade informerar angående ändringar gällande läkemedel, träningsprogram eller andra ordinationer. För omsorgspersonal i hemtjänst LOV är det endast 53 % som anser att legitimerade informerar om sådana ändringar. Det kan finnas flera orsaker till detta. Dels kan det vara en brist hos legitimerade och dels kan det vara brist på informationsöverföring mellan omsorgspersonal.



Sjuksköterskorna på Norr uppger att man har många informella korridor möten som inte dokumenteras, inkl morgonmötet. Detta skapar otydlighet kring beslut som fattas. Sjuksköterskorna i Inlandet saknar agenda för möten och tid för verksamhetsutveckling på APT.

Kompetens

Cheferna inom egenregi har ingen plan för kompetensförstärkning och har inte heller avdelad budget för detta. Det gör att det är svårare att fördela kompetensförstärkningen över året. Sjuksköterskecheferna försöker fånga upp behoven som framkommer efterhand och någon chef utgår från vilka utbildningar som ges.

Synapsen använder medarbetarsamtalen till att göra en plan för kompetensförstärkning och har också börjat prata om hospitering i andra verksamheter för att öka kompetensen.

Vid rekrytering av ny personal bedöms ofta arbetslagets samlade kompetens och vad som behövs. Ett par chefer anger att deras personal inte har nödvändig reflektionstid. I egenregins enkätsvar framkommer att legitimerad personal inte känner sig delaktig i framtagandet av sin kompetensutvecklingsplan.

Ingen enhet har någon säker metod att säkerställa att senaste evidens används men på Rehab och Synapsen diskuteras evidens ibland på arbetsplatsen. Personalenkäten visar att alla enheter brister i att ge personalen möjlighet till uppdatering av senaste evidens. Egenregins personal får vid intresse skaffa denna kunskap på ledig tid. Synapsen har regelbundna lunchföredrag av både obundna och företagsanknutna föreläsare för att bygga på med kunskap och senaste evidens inom olika områden. Rehab håller på att tillsammans med de andra kommunerna och sjukhusen bygga upp nätverk kring diagnoser/områden där man hoppas kunna ta del av senaste evidens. Ett sårvårdsprojekt som pågått i Halland under året med medverkan från Regionen har uppskattas av sjuksköterskorna i samtliga verksamheter. Ibland tas evidensfrågor kring rehabilitering upp på chefernas nätverksträffar med de andra kommunerna.

När det gäller kompetens kring förskrivning av madrasser upplever sjuksköterskorna behov av mer utbildning kring aktuellt utbud. Några av egenregins sjuksköterskor uppger också att man fått förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel utan att få utbildning först.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter anser att de får den kompetens de behöver via förskrivarutbildningar. Det är dock oklart hur man sedan håller kunskapen uppdaterad.

Det finns brister i kännedom om de nationella och regionala riktlinjer som påverkar legitimerades arbete t ex demenssjukdom, palliativ vård, stroke, vårdplanering. När det gäller personer med demenssjukdom uppger personal på Norr och Rehab i enkäten brist i kompetens för att säkra vården kring dessa patienter.

När det gäller kännedom om rutinen för att hantera hjälpmedel som kan vara till skydd samt tvångsåtgärder i specifika situationer finns det brister i alla verksamheter. Vid intervjuerna framkommer att många känner till att man inte får begränsa patienten med hjälpmedel men att



man sällan blir involverad som team i dessa frågor. Rutinen har under tiden tillsynen pågått bytt namn till Riktlinje för trygghetsskapande hjälpmedel/välfärdsteknologi inom vård och omsorg.

Introduktion för nyanställda sker enligt checklista på alla enheter men brister inom Norr. Uppföljning av introduktionen sker på Rehab och Synapsen. Personal inom egenregi anser att introduktionen inte fungerar optimalt.

Patientens delaktighet

Flera chefer anser att patientdelaktighet är svårt och något man behöver diskutera i grupperna. Att det också handlar om information om vad patienten kan förvänta sig av hälso- och sjukvården i hemmet. Internationella studier visar att den svenska vården överlag visar ett sämre resultat än de flesta länder när det gäller patienters upplevelse av delaktighet inom vård och behandling. Synapsen genomför regelbundet en patientenkät där delaktighet tas upp och bidrar till diskussionen. Någon egenkontroll inom egenregi är inte gjord. Journalgranskningen visar att dokumentationen kring delaktighet brister överlag.

De legitimerade anser själva att de försäkras sig om att göra patient och anhöriga delaktiga i vården när det är möjligt.

Delegering

Viss otrygghet beskrivs av legitimerad personal kring delegering på enheter där det är stor omsättning av personal. Det är ibland svårt att få en bild av personal som ska delegeras och att göra uppföljning. Det är sällan legitimerade får medverka i den utredning av HSL- avvikelser som omsorgscheferna ska göra och som bidrar till uppföljning av lämplighet att inneha delegering. På rehabenheten uttrycker legitimerad personal att man inte tillämpar riktlinje och rutin för delegering. Det kan bero på att arbetsterapeuter och fysioterapeuter har betydligt större personalgrupper att delegera än sjuksköterskor och därför inte har möjlighet att följa rutinen fullt ut.

Undersköterska och rehabassistent i egenregi känner sig trygga med sina delegeringar.

Vid intervjuerna med hemtjänstpersonal i egenregi framkom att personal önskar mer praktisk utbildning vid vissa delegeringar av fysioterapeut.

Läkemedelshantering

Samtliga verksamheter där det hanteras läkemedel ska upprätta en lokal läkemedelsrutin. Det är enhetschefen som ansvarar för att detta sker i samråd med sjuksköterskan. Några sjuksköterskor uppger att de inte blivit involverade i detta framtagande. Någon nämner också att personal inte följer den lokala läkemedelsrutinen. I enkäten till legitimerad personal framkommer att kännedomen om de lokala läkemedelsrutinerna är hög, men delaktigheten i framtagandet brister.

Den externa granskningen av läkemedelshantering som genomfördes under våren 2017 visade att hemsjukvården inte hade åtgärdat bristerna från förra granskningen.

Bristerna 2014 fanns i:

lokala rutiner,



dokumentation i generella läkemedelsförråd,
kontroll av narkotika,
ihopblandning av olika batchnummer,
kontroller av kylskåpstemperatur,
akutväskor samt
förvaring av olika läkemedel.

2017 kvarstod behov av åtgärder kring:

lokala läkemedelsrutinerna,
dokumentation i generella läkemedelsförråd,
kontroller av kylskåpstemperatur,
kontroll av narkotika,
akutväskor samt
nyckelrutiner.

Verksamheten har tagit fram en tidplan för att åtgärda ovanstående punkter.

Synapsen visade att de åtgärdat de förbättringsområden som framkommit vid granskningen 2014. De brister som återfanns 2017 gällde:

rutiner för narkotika,
rutiner för förvaring av kylvaror samt
metod för temperaturmätning i kylskåp.

Övriga patientsäkerhetsfrågor

Basal hygien är något som legitimerade anser sig ha kunskap om men flera nämner vid intervjuerna att man behöver påminnas ändå. Det händer t ex att kollegor har ringar på sig. Några upplever att sedan införandet av arbetskläder har följsamheten till basala hygienrutiner ökat.

På Norr och Rehab anger stor del av personalen i enkät att man inte regelmässigt använder evidensbaserade bedömningsinstrument/checklistor i det dagliga arbetet. Det kan innebära att godtyckliga bedömningar utförs och att behandlingar kan vara svåra att utvärdera.

Enligt enkäten brister uppföljning av ordinationer eller delegerade insatser enligt plan på Rehab. Årlig uppföljning av de hjälpmedel man förskrivit brister i alla verksamheter. Det kan innebära att hjälpmedel inte används längre eller att patienten har fel hjälpmedel och skulle ha bättre nytta av annat eller rentav riskerar att skadas.

Vid omsorgsverksamheternas planering av brukarnas dagliga aktivitet bör arbetsterapeutens kompetens tas tillvara för att optimera omsorgen. Arbetsterapeuterna lyfter att detta inte sker i den utsträckning som skulle kunna ge positiva effekter för brukaren och omsorgsverksamheten.

För att säkra att inga insatser missas bland egenregins sjuksköterskor arbetar man sedan en tid tillbaka med uppdragspärm med gott resultat. Detta upplevs tryggt och säkert. Cheferna



önskar en digitalisering av denna planering. Man har också morgonmöte varje dag där patienter fördelas utifrån område och arbetstyngd. På Synapsen har man liknade möten.

På Synapsen lyfter man problemet med att de verksamhetssystem som används inte är kompatibla med varandra och att det administrativa har ökat.

I enkäten anges av Rehab att man har många grupper att samarbeta med och därmed många teammöten som ska genomföras per legitimerad vilket upptar en stor del av arbetstiden.

I enkäten till legitimerade svarade en stor del av personalen att man inte hinner utföra sina arbetsuppgifter. Uppgifter som flera personer på varje enhet angett som svåra att hinna med är uppföljning och dokumentation.



Lista förbättringsområden per enhet

Ssk Söder:

Rutiner, riktlinjer och egenkontroll

- Säkerställ kunskapen kring var riktlinjer och rutiner som påverkar arbetet finns och att rutiner som saknas upprättas.

Avvikelser och synpunktshantering

- Säkerställ att avvikelse rapport skrivs när brister identifieras
- Säkerställ att utredning och analys av avvikelser sker
- Säkerställ medarbetarnas kunskap och användning av synpunktshantering för att informera och bistå patienter så de kan lämna synpunkter om vården

Dokumentation

- Säkerställ att kundkortet innehåller väsentliga uppgifter
- Säkerställ att giltiga samtycken finns dokumenterade
- Säkerställ att patientens delaktighet och vilken information hen fått dokumenteras
- Säkerställ att mål, planering, uppföljning och ordinationer dokumenteras
- Säkerställ att det nödvändiga hälsoärende skapas och används
- Säkerställ att signeringslistor och läkemedelslistor är tydliga och aktuella

Samverkan

- Säkerställ att behovet av samverkan mellan chefer på olika nivåer och att de samverkansformer som krävs för att säkra vården finns

Kompetens

- Öka medarbetarnas delaktighet i framtagandet av sin kompetensutvecklingsplan
- Säkerställ att de legitimerade arbetar efter senaste evidens
- Säkerställ att introduktionen för nyanställd personal fungerar tillfredställande
- Säkerställ kunskap kring nationella och regionala riktlinjer som påverkar arbetet
- Säkerställ kunskapen kring riktlinjen för trygghetsskapande hjälpmedel/välfärdsteknologi (f d rutinen för att hantera hjälpmedel som kan vara till skydd samt tvångsåtgärder i specifika situationer)

Patientens delaktighet

- Säkerställ att patientens behov av delaktighet och information beaktas och dokumenteras

Delegering

- Säkerställ legitimerades delaktighet i utredning av HSL-avvikelser med bedömning om eventuella åtgärder kring delegering

Läkemedelshantering

- Säkerställ medarbetarnas deltagande i framtagande av lokal läkemedelsrutin på den omsorgsenhet man arbetar

**Ssk Norr:****Rutiner, riktlinjer och egenkontroll**

- Säkerställ kunskapen kring var riktlinjer och rutiner som påverkar arbetet finns och att rutiner som saknas upprättas.

Avvikelse- synpunktshantering

- Säkerställ kunskapen om rutinen för avvikelshantering
- Säkerställ att avvikelserapport skrivs när brister identifieras
- Säkerställ att dokumentation av utredning och analys av avvikelser sker
- Säkerställ medarbetarnas kunskap och användning av synpunktshantering för att informera och bistå patienter så de kan lämna synpunkter om vården

Dokumentation

- Säkerställ att kundkortet innehåller väsentliga uppgifter
- Säkerställ att giltiga samtycken finns dokumenterade
- Säkerställ att patientens delaktighet och vilken information hen fått dokumenteras
- Säkerställ att mål, planering, uppföljning och ordinationer dokumenteras
- Säkerställ att det nödvändiga hälsoärende skapas och används
- Säkerställ att signeringslistor och läkemedelslistor är tydliga och aktuella

Samverkan och informationsöverföring

- Säkerställ att behovet av samverkan mellan chefer på olika nivåer och att de samverkansformer som krävs för att säkra vården finns
- Säkerställ att legitimerade informerar omsorgspersonal om det sker ändringar i patienters aktuella läkemedel eller andra ordinationer

Kompetens

- Säkerställ att introduktionen för nyanställd personal fungerar tillfredställande
- Säkerställ att de legitimerade arbetar efter senaste evidens
- Öka medarbetarnas delaktighet i framtagandet av sin kompetensutvecklingsplan
- Säkerställ att kompetens finns bland medarbetarna att förskriva hjälpmedel och förbrukningsartiklar
- Säkerställ kompetensen kring demenssjukdom
- Säkerställ kunskap kring nationella och regionala riktlinjer som påverkar arbetet och säkra att dessa tillämpas
- Säkerställ kunskapen kring riktlinjen för trygghetsskapande hjälpmedel/välfärdsteknologi (f d rutinen för att hantera hjälpmedel som kan vara till skydd samt tvångsåtgärder i specifika situationer)

Patientens delaktighet

- Säkerställ att patientens behov av delaktighet och information beaktas och dokumenteras

Delegering

- Säkerställ legitimerades delaktighet i utredning av HSL-avvikelser med bedömning om eventuella åtgärder kring delegering



Läkemedelshantering

- Säkerställ medarbetarnas deltagande i framtagande av lokal läkemedelsrutin på den omsorgsenhet man arbetar

Övriga patientsäkerhetsfrågor

- Säkerställa att personal byter arbetskläder varje dag eller oftare om det behövs.
- Säkerställ att medarbetarna använder evidensbaserade bedömningsinstrument/checklistor i det dagliga arbetet
- Säkerställ att uppföljning av hjälpmedel utförs enligt riktlinje

**Rehab:**

Rutiner, riktlinjer och egenkontroll

- Säkerställ kunskapen kring var riktlinjer och rutiner som påverkar arbetet finns och att rutiner som saknas upprättas.

Avvikelse- synpunktshantering

- Säkerställ kunskapen om rutinen för avvikelshantering
- Säkerställ att avvikelserapport skrivs när brister identifieras
- Säkerställ att dokumentation av utredning och analys av avvikelser sker
- Säkerställ medarbetarnas kunskap och användning av synpunktshantering för att informera och bistå patienter så de kan lämna synpunkter om vården

Dokumentation

- Säkerställ att kundkortet innehåller väsentliga uppgifter
- Säkerställ att giltiga samtycken finns dokumenterade
- Säkerställ att patientens delaktighet och vilken information hen fått dokumenteras
- Säkerställ att mål, planering, uppföljning och ordinationer dokumenteras
- Säkerställ att det nödvändiga hälsoärende skapas och används
- Säkerställ att ordinationer är tydliga

Samverkan och informationsöverföring

- Säkerställ att behovet av samverkan mellan chefer på olika nivåer och att de samverkansformer som krävs för att säkra vården finns
- Säkerställ att legitimerade informerar omsorgspersonal om det sker ändringar i patienters aktuella träningsprogram eller andra ordinationer

Kompetens

- Säkerställ att introduktionen för nyanställd personal fungerar tillfredställande
- Säkerställ att de legitimerade arbetar efter senaste evidens
- Öka medarbetarnas delaktighet i framtagandet av sin kompetensutvecklingsplan
- Säkerställa att kompetens finns bland medarbetarna att förskriva hjälpmedel och förbrukningsartiklar
- Säkerställ kompetensen kring demenssjukdom
- Säkerställ kunskap kring nationella och regionala riktlinjer som påverkar arbetet och säkra att dessa tillämpas
- Säkerställ kunskapen kring riktlinjen för trygghetsskapande hjälpmedel/välfärdsteknologi (f d rutinen för att hantera hjälpmedel som kan vara till skydd samt tvångsåtgärder i specifika situationer)

Patientens delaktighet

- Säkerställ att patientens behov av delaktighet och information beaktas och dokumenteras

Delegering

- Säkerställ att alla medarbetare känner till och tillämpar rutin och riktlinje för delegering.
- Säkerställ att personal som ska delegeras även får praktisk utbildning



- Säkerställ legitimerades delaktighet i utredning av HSL-avvikelser med bedömning om eventuella åtgärder kring delegering

Övriga patientsäkerhetsfrågor

- Säkerställ att medarbetarna använder evidensbaserade bedömningsinstrument/checklistor i det dagliga arbetet
- Säkerställ att uppföljning av ordinationer sker enligt plan
- Säkerställ att uppföljning av hjälpmedel utförs enligt riktlinje

**Ssk Synapsen:**

Avvikelse- synpunktshantering

- Säkerställ att dokumentation av utredning och analys av avvikelser sker

Dokumentation

- Säkerställ att kundkortet innehåller väsentliga uppgifter
- Säkerställ att giltiga samtycken finns dokumenterade
- Säkerställ att patientens delaktighet och vilken information hen fått dokumenteras
- Säkerställ att mål, planering, uppföljning och ordinationer dokumenteras
- Säkerställ att det nödvändiga hälsoärende skapas och används
- Säkerställ att signeringslistor och läkemedelslistor är tydliga och aktuella

Samverkan och informationsöverföring

- Säkerställ att behovet av samverkan mellan chefer på olika nivåer och att de samverkansformer som krävs för att säkra vården finns
- Säkerställ att legitimerade informerar omsorgspersonal om det sker ändringar i patienters aktuella läkemedel eller andra ordinationer

Kompetens

- Säkerställ kunskapen kring riktlinjen för trygghetsskapande hjälpmedel/välfärdsteknologi (f d rutinen för att hantera hjälpmedel som kan vara till skydd samt tvångsåtgärder i specifika situationer)

Delegering

- Säkerställ legitimerades delaktighet i utredning av HSL-avvikelser med bedömning om eventuella åtgärder kring delegering

Läkemedelshantering

- Säkerställ medarbetarnas deltagande i framtagande av lokal läkemedelsrutin på den omsorgsenhet man arbetar

Övriga patientsäkerhetsfrågor

- Säkerställ att uppföljning av hjälpmedel utförs enligt riktlinje

Övergripande förbättringsområde Hälso- och sjukvård

- Behov av en tydlig struktur för hantering och förvaring av övergripande riktlinjer och rutiner föreligger



Bilagor

Bilaga 1.

Resultat av enkät till legitimerad personal, d v s arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor

Svarsalternativ

Instämmer inte alls, instämmer delvis, instämmer till stor del och instämmer helt.

Hur personalen svarat och grad av åtgärdsbehov

Fler än 75 % svarat instämmer till stor del och instämmer helt = **grönt**, inga förbättringsåtgärder krävs

Mellan 25 och 50 % har svarat instämmer inte alls och instämmer delvis = **gult**, behov av förbättringsåtgärder

Fler än 50 % har svarat instämmer inte alls och instämmer delvis = **rött**, omedelbar åtgärd

Svarsfrekvens	Ssk- Inland, Norr, LSS, LOV	Ssk – Söder, Nat, VPL	Ssk- Synapsen	Rehab
Antal anställda som fick enkäten	29	28	10	25
Antal svarande	13	18	7	21
Svarande i %	45 %	64 %	70 %	84 %

Resultat enkät HSL	SSK Norr, LSS, LoV Inland	Ssk Söder, VPL, Nat	Ssk Synapsen	Rehab
Jag känner till var de olika riktlinjerna och rutinerna finns	grönt	grönt	grönt	gult
Jag upplever att de skriftliga rutiner jag behöver finns	rött	gult	grönt	gult
Jag känner till de regionala och nationella riktlinjer som påverkar mitt arbete (ex. demens, palliativ vård, stroke, vårdplanering)	gult	gult	grönt	gult
Jag tillämpar dessa riktlinjer	gult	grönt	grönt	gult
Jag känner till riktlinjen och rutinen för delegering	grönt	grönt	grönt	gult
Jag tillämpar denna riktlinje och rutin	grönt	grönt	grönt	rött
Jag känner till rutinen för att hantera hjälpmedel som kan vara till skydd samt tvångsåtgärder i specifika situationer	rött	rött	gult	gult
Jag känner till föreskriften om basal hygien i vård och omsorg	grönt	grönt	grönt	grönt
Jag upplever att introduktionen av ny personal fungerar tillfredställande	rött	rött	grönt	gult
Jag deltar aktivt i enhetens arbete med och uppföljning av rutiner	gult	gult	grönt	gult
Jag känner till min enhets lokala läkemedelsrutin	grönt	grönt	grönt	gult



Resultat enkät HSL	SSK Inland, Norr, LSS, LoV	Ssk Söder, VPL, Natt	Ssk Synap- sen	Rehab
Jag är delaktig i framtagandet av lokal läkemedelsrutin i den omsorgsenhet jag arbetar med	Red	Red	Yellow	White
Jag känner till rutinen för avvikelshantering	Yellow	Green	Green	Yellow
Jag skriver avvikelserapport när jag identifierar brister	Yellow	Green	Green	Red
Jag får återkoppling på mina upprättade avvikelserapporter	Red	Red	Green	Yellow
Jag deltar aktivt i utredning av avvikelse jag varit inblandad i	Red	Yellow	Green	Yellow
Jag informerar och bistår patienter så att de kan lämna synpunkter om vården	Red	Yellow	Green	Yellow
Jag håller mig uppdaterad med senaste evidens	Yellow	Yellow	Green	Red
Jag upplever att arbetsgivaren ger mig möjlighet till uppdatering om senaste evidens	Red	Red	Yellow	Red
Jag har kunskap om reglerna för sekretess vid informationsöverföring	Green	Green	Green	Green
Jag känner mig säker i att handleda omsorgspersonal	Green	Green	Green	Green
Jag är delaktig i framtagandet av min kompetensutvecklingsplan	Yellow	Yellow	Green	Red
Min arbetsgivare har säkerställt att jag har kompetens för att förskriva de hjälpmedel och förbrukningsartiklar jag föreskriver	Red	Green	Green	Yellow
Jag upplever att jag har den kompetens jag behöver för att säkra vården kring personer med demenssjukdom	Red	Green	Green	Yellow
Min arbetsgivare har säkerställt att jag har kompetens för utprovning av lyftsele samt handledning av patient och omsorgspersonal i förflyttning med lyft	White	White	White	Green
Jag byter arbetskläder varje dag eller oftare om det behövs	Yellow	Green	Green	Green
Hygienutrustning finns där jag behöver den (handsprit, handskar, förkläden osv.)	Green	Green	Green	Green
Jag får kontakt med läkare i närsjukvården inom rimlig tid	Red	Red	Red	Red
Jag deltar i de teammöten jag ingår i	Green	Green	Green	Green
Jag använder teamträffens kompetenser som en del av underlaget till mina bedömningar	Yellow	Green	Green	Green
Jag använder regelmässigt evidensbaserade bedömningsinstrument/checklistor i det dagliga arbetet	Red	Green	Green	Red
Jag försäkrar mig om att göra patient och anhöriga delaktiga i vården när det är möjligt	Green	Green	Green	Green
När jag informerar gör jag en bedömning om skriftlig information behövs	Yellow	Green	Green	Green
Jag följer upp mina ordinationer eller delegerade insatser enligt plan	Green	Green	Green	Red
Jag följer årligen upp de hjälpmedel som mina patienter fått förskrivna	Red	Red	Yellow	Red
Jag anser att jag hinner utföra mina arbetsuppgifter	Yellow	Yellow	Yellow	Red



Bilaga 2

Enkät till vård- och omsorgspersonal inom Frösunda och hemtjänst LOV

		Svara på muntliga frågor	Svara på skriftliga frågor	Utbildning i grupp	Träna praktiskt tillsammans	Annat
När du fick din senaste delegering, hur gjorde legitimerad (ssk, at, ft) för att bedöma att du förstått uppgiften rätt. Det går att uppge flera svar	Frösunda.	39,5 %	82,7 %	76,5 %	21 %	3,7 %
	Hemtjänst LOV	45,3 %	46,9 %	53,1 %	25 %	20,3 %
		Instämmer helt	Instämmer delvis	Instämmer inte alls.		
Legitimerad informerar om det sker ändringar i boendes aktuella läkemedel, träningsprogram eller andra ordinationer	Frösunda	88 %	11 %	1 %		
	Hemtjänst LOV	53 %	25 %	22 %		