



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:

**Stockholm stad,
Södermalms stadsdelsnämnd**

IVO:s diarienummer i beslutet:

3.5.1-37682/2022-8

Vårdgivarens/kommunens diarienummer SÖD 2022/1131

Uppge vilka brister som kommunen kommer att redovisa åtgärder för, utifrån IVO:s beslut i tillsynen

- Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften
- Den personal som gör medicinska bedömningar behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning
- Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk
- Det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård
- Läkemedelshandlingen sker inte på ett patientsäkert sätt
- 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

Omvårdnadspersonal (undersköterskor) gör inte medicinska bedömningar, utan de identifierar förändrad hälsostatus hos patienten och kontaktar då sjuksköterska som gör den medicinska bedömningen. Åtgärd sker sedan på plats av sjuksköterska eller så sker vidare kontakt med läkare.

Nedan insatser görs för säkra kunskapen hos omvårdnadspersonalen om när SSK skall kontaktas för medicinsk bedömning:

1. Kompetensnivå undersköterskor. Löpande kompetenskartläggningar genomförs för att identifiera kompetensbehov. Utifrån behovskartläggning planeras kompetensinsatser inom olika områden.
2. Utbildning och införande av SBAR kommunikationsverktyg. SBAR bidrar till en tydligare struktur genom att väsentlig information förmedlas och möjligheten att fatta korrekta beslut ökar, vilket leder till ökad patientsäkerhet.
3. Augusti 2022 anställdes en vårdpedagog som även är legitimerad sjuksköterska - för att stärka och utveckla vårdnära arbetssätt samt den medicinska kompetensen. Handleder och utbildar omvårdnadspersonal direkt i verksamheterna.
4. Täta samverkansmöten/uppföljningar av anlita sjuksköterskejourn genom möten och annan kontakt för att säkerställa ansvarsområdet under jourtid.
5. För att stärka kompetensen i personalgrupperna har ombud inom olika områden utsetts, såsom palliativa ombud, dokumentationsombud. Ombudens uppdrag är att sprida kunskap, information och arbetssätt vidare i den egna arbetsgruppen. Ombudens arbete systematiseras genom nätverksträffar med olika teman där vårdpedagog eller verksamhetsutvecklare och respektive chef på varje verksamhet deltar.
6. Utveckling av sjuksköterskornas arbetsledande roll – utbildning/fortbildning har genomförts. Syftet är att genom utbildning/fortbildning stärka sjuksköterskornas arbetsledande roll och på så sätt stärka teamarbetet.

7. Verksamhetsutvecklare HSL ger stöd i hälso- och sjukvårdsfrågor/arbetsätt till sjuksköterskor och chefer i verksamheterna.
8. Medicinskt ansvarig rehabilitering (MAR) har anställts för stöd i och utveckling av metoder och arbetsätt inom rehab-området.
9. Utvecklat arbetet kring avvikelseprocessen med fokus på utvärdering av åtgärdernas effekt samt sammanställa och återkoppla erfarenheterna till verksamheten.
10. Kvalitetsråd finns i varje verksamhet som en del i det systematiska kvalitetsarbete där verksamhetens medarbetare och chefer tillsammans uppmärksammar, analyserar, åtgärdar och följer upp resultat från olika uppföljningar.
11. Teammöten veckovis där patienter/omsorgstagare följs upp av hela teamet.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Åtgärder:

1. Kompetensnivå undersköterskor – kartläggning och insatser sker löpande
2. Införande SBAR påbörjades 2022 och pågår.
3. Vårdpedagog anställdes i augusti 2022 och finns fortsatt i verksamheten. Genomför löpande insatser direkt i den vårdnära vardagen.
4. Samverkansmöten med sjuksköterskejour för att snabbt fånga upp brister i verksamheterna, och därmed kunna identifiera och genomföra förbättringar påbörjades 2022 och pågår.
5. Ombud, omtag under hösten 2022 efter covidpandemin och är pågående.
6. Utveckling av sjuksköterskornas arbetsledande roll genom särskild utbildning hösten 2022 och kommer vara återkommande.
7. Verksamhetsutvecklare inom HSL finns sedan 2021.
8. MAR- medicinskt ansvarig för rehabilitering finns sedan 2022.
9. Utvecklat arbete kring avvikelseprocessen inleddes under hösten 2022 och pågår.
10. Kvalitetsråd genomförs månadsvis och är pågående.
11. Teammöten sker veckovis.

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

1. Kompetensnivå undersköterskor – utvärdering av insatser sker löpande genom kursutvärderingar av olika slag. Även dokumentationsgranskningar och andra typer av egenkontroller genomförs enligt särskild plan systematiskt under året för att följa upp genomförda insatser.
2. Införande SBAR utvärderas efter varje genomförd insats av vårdpedagog tillsammans med omsorgspersonal och sjuksköterskor.
3. Vårdpedagogs insatser i verksamheterna följs upp löpande av chef och i samband med utvärdering av de planerade insatserna i den vårdnära vardagen.
4. Samverkansmöten med sjuksköterskejour följs kontinuerligt upp av MAS. Effekten kan även mätas genom ökat/minskat antal HSL-avvikelser under jourtid. Analys av avvikelser sker löpande.
5. Ombudsarbetet kommer att utvärderas av verksamhetsutvecklare under 2023.
6. Utveckling av sjuksköterskornas arbetsledande roll har utvärderats. Utvärdering visar behov av fortsatta insatser inom området. Insatser är planerade att genomföras årsvis.

7. Verksamhetsutvecklare HSL följs upp av närmaste chef. Effekt kan ses i form av möjlighet till ökat stöd i hälso- och sjukvårdsfrågor/arbetssätt till sjuksköterskor och chefer i verksamheterna.
8. MAR- medicinskt ansvarig för rehabilitering följs upp av närmaste chef. Effekt kan ses i form av möjlighet till ökat stöd i rehabiliterande hälso- och sjukvårdsfrågor/arbetssätt till sjuksköterskor, rehab-personal och chefer i verksamheterna.
9. Utvecklat arbete kring avvikelseprocessen är ett pågående arbete. Effekt kan ses i form av fler rapporterade avvikelser. Detta möjliggör bättre analys som underlag till förbättringar i verksamheterna.
10. Kvalitetsråd följs upp genom egenkontroll. Beslutade åtgärder delas på verksamhetsmöten.
11. Teammöten följs upp genom reflektion och på verksamhetsmöten med personal och chef där åtgärder och arbetssätt följs upp.

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

Se ovan.

1. Planering för att under hösten införa Sveriges kommuner och regioners analysverktyg för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete genom rutinstöd och samarbete i mindre skala pågår.
2. Ordinarie systematiska kvalitetsarbetet i form av löpande egenkontroller, QUSTA-uppföljning (Quality, uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar)
3. Ordinarie verksamhetsuppföljningar

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Se ovan beskrivet under vidtagna åtgärder.

1. Analysverktyget planeras till hösten 2023.
2. Ordinarie systematiska kvalitetsarbetet i form av löpande egenkontroller, QUSTA-uppföljning (Quality, uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar) sker löpande.
3. Ordinarie verksamhetsuppföljningar sker löpande enligt framtagna plan.

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

1. Införandet av analysverktyget sker under hösten 2023 i liten skala. Innan ett eventuellt breddinförande kommer insatsen att utvärderas. Detta sker troligen i början av 2024.
2. Ordinarie systematiska kvalitetsarbetet i form av löpande egenkontroller, QUSTA-uppföljning (Quality, uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar) utmynnar i handlings- och åtgärdsplaner med tidsatta aktiviteter. Hanteras i respektive verksamhet.
3. Ordinarie verksamhetsuppföljningar sker löpande enligt framtagna plan och utmynnar i handlings- och åtgärdsplaner med tidsatta aktiviteter. Hanteras i respektive verksamhet.

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

Den personal som gör medicinska bedömningar är legitimerade sjuksköterskor. Omvårdnadspersonal som identifierar ett förändrat hälsotillstånd hos en patient kontaktar tjänstgörande sjuksköterska som gör bedömning och som i sin tur kan leda till en läkarbedömning av patienten.

Åtgärder för att säkerställa nödvändiga kunskaper i svenska språket:

1. Bristande språkkunskaper hos personal har identifierats som ett utvecklingsområde. Olika behovsanalyser har genomförts genom intervjuer, uppföljningar och egenkontroller av social dokumentation.
2. Språklärare har anställts för att genomföra fördjupade analyser samt att stötta och coacha medarbetare i olika språkstärkande insatser. Även vårdpedagog arbetar språkstärkande och språkfrämjande i den vårdnära vardagen.
3. Utbildning och införande av SBAR kommunikationsverktyg. SBAR bidrar till en tydligare struktur genom att väsentlig information förmedlas och möjligheten att fatta korrekta beslut ökar, vilket leder till ökad patientsäkerhet. I överrapporteringen stärks personalens språkkunskaper.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Kartläggningar och analyser har främst genomförts under 2022-2023 men även tidigare. Språkutvecklingen och stärkt språkkompetens hos medarbetarna är en pågående och mycket långsiktig process.
2. Språklärare anställd sedan augusti 2022 och pågår.
3. Införande SBAR påbörjades 2022 och pågår.

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

1. Kartläggningar och analyser har legat till grund för olika kompetensutvecklingsinsatser och anställningen av en språklärare. Följs upp löpande.
2. Språklärare följs upp löpande av närmaste chef. En större utvärdering av språklärarens arbete pågår och färdigställs i juni 2023.
3. Införande SBAR utvärderas efter varje genomförd insats av vårdpedagog tillsammans med omsorgspersonal och sjuksköterskor.

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

Planering för att under hösten införa Sveriges kommuner och regioners analysverktyg för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete genom rutinstöd och samarbete i mindre skala pågår. Kommer visa på de verksamheter där fortsatta språkinsatser behöver prioriteras.

Vidare kompetensutvecklingsinsatser inom språkområdet identifieras av anställd språklärare och fortsatt systematiskt arbete inom området behöver fortsätta flera år framåt.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Planerade åtgärder påbörjas under senare delen av 2023 och behöver fortsätta under flera år.

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

Införandet av analysverktyget sker under hösten 2023 i liten skala. Innan ett eventuellt breddinförande kommer insatsen att utvärderas. Detta sker troligen i början av 2024.

Vidare kompetensutvecklingsinsatser inom språkområdet identifieras av anställd språklärare under 2022-2023 och fortsatt systematiskt arbete inom området behöver fortsätta flera år framåt. Utvärdering av dessa insatser kommer ske löpande.

Brist: Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk

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

* IVO:s granskning visar att dokumentationen på SÄBO i kommunen inte sker enligt gällande regelverk.

* IVO konstaterar att det för några, flera eller flertalet patienter på SÄBO helt saknas vårdplaner.

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

Södermalms stadsdelsnämnd får kritik för att andelen journaler med dokumenterad vårdplan är få. Stockholms stads dokumentationssystem VODOK har ingen rubrik eller sökord som VÅRDPLAN, utan benämns HÄLSOPLAN. Därför är andel patienter med dokumenterad vårdplan i IVO:s granskning missvisande.

1. Dokumentationsstödare på varje enhet. Sjuksköterska som ger stöd i sin egen verksamhets dokumentation.
2. Dokumentationshandledare i VODOK som är placerad och verksam inom Södermalms stadsdelsförvaltning, har återkommande nätverksträffar.
3. Sjuksköterskenätverk Södermalm, där dokumentation är ett återkommande tema.
4. Egenkontroll journalgranskning minst 2 gånger per år. MAS/MAR genomför stickprovskontroller mer frekvent.
5. Sökordet Läkemedelsgenomgång har tidigare inte funnits i VODOK som sökord eftersom det är en omvårdnadsjournal som används av sjuksköterskor. Ansvaret i den kommunala sjukvården är också upp till sjuksköterskenivå. Nu finns sökordet Läkemedelsgenomgång tillagt.
6. Sjuksköterskorna kan hitta uppgifter om Läkemedelsgenomgång i regionens journalsystem via behörighet i nationell patientsöversikt (NPÖ). I NPÖ ser sjuksköterska direkt journalanteckningar från samverkanspartners som läkarordinationer eller närliggande sjukhus.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Alla åtgärder är vidtagna enligt ovan.

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

1. Egenkontroller dokumentation med analys och åtgärder för varje verksamhet genomförs 2 gånger per år.
2. Dokumentationshandledare som är tillgänglig och delaktiga i den dagliga verksamheten.
3. Nätverksträffar av processledare i dokumentation är uppskattade och har varje gång ett tema som tex. Hälsoplaner.
4. Sökordet Läkemedelsgenomgång skall användas i den kommunala HSL dokumentation efter IVO önskemål- implementeras i sjuksköterskegruppen och följs upp av MAS och processledare för VODOK.

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

Se ovan

Planering för att under hösten 2023 införa Sveriges kommuner och regioners analysverktyg för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete genom rutinstöd och samarbete i mindre skala pågår. Införandet av analysverktyget sker under hösten 2023 i liten skala. Innan ett eventuellt breddinförande kommer insatsen att utvärderas. Detta sker troligen i början av 2024.

Stockholm stad planerar att byta journalsystem 2026, förvaltningen ser fram emot ett mer användarvänligt system med sammanhållen journalföring, där det finns gemensamma sökord/rubriker för tex Vårdplan-Hälsoplan.

Vikariekort för tillfälligt anställda sjuksköterskor för åtkomst till NPÖ och Pascal har fattas i en del Säbo, kommer säkerställas åtkomst av under 2023.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Se ovan.

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

Se ovan.

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

I VO skriver i sitt beslut att det finns brister i personalkontinuiteten bland vård- och omsorgspersonal och sjuksköterskor vilket inte främjar god vård. Förvaltningen menar att en av anledningarna till patienter träffar fler än sex sjuksköterskor på en månad är att det i en av verksamheterna finns en avdelning för korttidsvård. På denna avdelning vistas patienter/omsorgstagare med mer komplicerade och akuta tillstånd vilket genererar fler medicinska bedömningar som leder till fler journalanteckningar. Det innebär också att det i den verksamheten är fler sjuksköterskor verksamma. Södermalms särskilda boenden i nämndens regi har haft en låg omsättning av sjuksköterskor, men precis som flera andra stadsdelar och kommuner påverkats av pandemin med effekten att bemanningspersonal använts i högre utsträckning i alla yrkesgrupper för att trygga patientsäkerheten för de boende.

1. På Södermalm har man ett resursteam med undersköterskor som fungerar som en personalpool för att öka kontinuiteten.
2. Nytt schema planeras för undersköterskor för att förbättra kontinuiteten.
3. Sjuksköterskor finns anställda på alla tjänster.
4. På två av fyra verksamheter finns sjuksköterskebemanning på plats dygnet runt. De resterande två verksamheterna har sjuksköterskepatrull på kvällar, nätter och helger och denna har 30 minuters inställelsetid på boendet.
5. Läkorganisationen Familjeläkarna är stabil och förvaltningens upplevelse är att det är hög kontinuitet i ansvarig läkare dagtid. Kvällar, nätter och helger är det organisationens jourläkare som är i tjänst.
6. Introduktionsprogram för alla yrkesgrupper finns för att stärka kontinuiteten och som gör att personalen i förlängningen trivs och därmed stannar kvar i verksamheten.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Resursteam omvårdnadspersonal sedan hösten 2022
2. Nytt schema undersköterskor under slutet av 2023
3. Inga vakanta sjukskötersketjänster sedan vår 2023
4. Fortsatt avtal med samma jour SSK patrull för att säkerställa kontinuiteten
5. Samverkansavtal med samma läkarorganisation för fortsatt kontinuitet.
6. Introduktionsprogram finns men uppdateras/utvecklas under 2023, som exempelvis checklista för varje yrkesgrupp vid nyanställning.

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

Se ovan

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

Se ovan

Införandet av analysverktyget sker under hösten 2023 i liten skala. Innan ett eventuellt breddinförande kommer insatsen att utvärderas. Detta sker troligen i början av 2024.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Se ovan.

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

Effekterna utvärderas och följs upp av enhetschef, MAS och andra funktioner i verksamheterna. Detta sker genom olika egenkontroller och nyckeltal och i verksamhetsuppföljningar.

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 IVO:s beslut presenteras resultat från sjuksköterskeenkäten om att delegerad personal iordningsställer dosett. Detta menar förvaltningen inte förekommer och ingen av de egna uppföljningarna visar detta.

IVO begär även en särskild redovisning då sjuksköterskornas svar om delegering skiljer sig åt mellan enkäten och intervjun. Vid uppföljande samtal av MAS med sjuksköterskorna är alla väl insatta i att delegering inte ska göras om sjuksköterska bedömer att det inte är patientsäkert. Utförda delegeringar kontrolleras löpande enligt egenkontrollplanen.

1. Delegeringar sker efter att personal gått sin introduktion inom verksamheten och genomfört webbutbildningen "Hantera läkemedel säkert". Webbutbildningen utförs i närvaro av sjuksköterska och uppföljande frågor ställs av sjuksköterska till den tilltänkta delegaten. Sjuksköterska gör sedan bedömningen om delegering ska utföras.
2. Digital signering av läkemedel genom verktyget Appva, som ger en röd tråd från delegering till läkemedelsadministrering har införts nämndes alla särskilda boenden. Delegeringen kopplas i Appva ihop med läkemedelsadministreringen för att säkerställa processen och ge en god patientsäkerhet i delegeringsförfarandet och läkemedelsadministreringen. Genom Appvafunktionen kan inte personal som inte har en giltig delegering administrera läkemedel. Sjuksköterskor och omvårdnadspersonal får också en påminnelse om när delegeringen är på utgående. Detta för att patientsäkra delgeringsprocessen.
3. Verksamhetsutvecklare HSL kan med hjälp av Appvafunktionen samarbeta med sjuksköterskor för att påminna om att uppföljning av befintliga delegeringar ska genomföras två månader efter varje utförd delegering. Detta för att säkerställa och kvalitetssäkra att delgeringsförfarandet sker patientsäkert.
4. Kvalitetsuppföljning av läkemedelshantering sker årligen på plats i varje verksamhet av extern aktör. Rapporterna efter kvalitetsgranskningen leder till en handlingsplan i varje verksamhet med regelbunden uppföljning av åtgärder.

5. Avvikelseprocessen gällande hälso- och sjukvård har tydliggjorts hos omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och chefer genom en tydlig arbetsprocess. Detta för att snabbt hitta svagheter/bristande arbetssätt i läkemedelshantering.
6. Läkemedelsgenomgångar har utförts årligen av läkarorganisationen. År 2022 var siffran 98% men detta dokumenteras i regionens journal. Då IVO valt att inspektera ett av två journalsystem så blir siffran låg. Förvaltningen säkerställer att patienterna/omsorgstagarna regelbundet får läkemedelsgenomgångar av läkarorganisationen eftersom ett nära och tätt samarbete finns. Sjuksköterskorna är delaktiga i detta arbete och kommer att dubbeldokumentera läkemedelsgenomgångarna även i kommunens journal eftersom IVO efterfrågar det.
7. Sökordet Läkemedelsgenomgång har lagts till i VODOK så att sjuksköterskan kan dubbeldokumentera uppgiften. Sjuksköterska har tillgång till journal NPÖ.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Delegeringar sker löpande efter att personal gått sin introduktion inom verksamheten och genomfört webbutbildningen "Hantera läkemedel säkert"
2. Digital signering av läkemedel har införts under 2022-2023.
3. Uppföljning av utförda delegeringar sker kontinuerligt.
4. Apoteket AB utför årligen granskning av läkemedelshantering på alla särskilda boenden i egen regi. Protokollet följs upp av MAS och enhetschef samt åtgärdsplan tas fram vid behov.
5. Utvecklat arbete kring avvikelseprocessen är ett pågående arbete. Effekt kan ses i form av fler rapporterade avvikelser. Detta möjliggör bättre analys som underlag till förbättringar i verksamheterna.
6. Utveckling av avvikelseprocessen är ett pågående arbete som inleddes 2022
7. Läkemedelsgenomgångar utförs kontinuerligt inom en 11-månadersperiod av ansvarig läkare.
8. Sökordet Läkemedelsgenomgång är tillagt i VODOK 2022.

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

Följs kontinuerligt upp via avvikelshantering,

1. Genom uppföljning Qusta (Quality, uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar) årligen. Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård inom stadsdelens särskilda boenden.
2. Läkemedelsadministreringar och delegeringar följs kontinuerligt och systematiskt upp via digitala verktyget Appva. Statistik och underlag för signeringar av läkemedels nås lätt för uppföljning av effekt.
3. Utförda delegeringar följs upp genom löpande egenkontroller enligt framtaget årshjul.
4. Protokoll från externa granskningar följs upp enligt ovan.
5. Utvecklat arbete kring avvikelseprocessen är ett pågående arbete. Effekt kan ses i form av fler rapporterade avvikelser. Detta möjliggör bättre analys som underlag till förbättringar i verksamheterna.
6. Läkemedelsgenomgångar följs upp i löpande samverkan med läkarorganisationen.
7. Sökordet "läkemedelsgenomgång" finns på plats i systemet och utbildning/information pågår om användandet av detta under 2023. Uppföljning genom kontroller av chef/MAS.

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

- Planer finns att använda Apotekets AB delgeringsutbildning för att säkerställa att den delegerade utför kontroll av läkemedel till aktuell läkemedelslista innan administrering till signering fungerar patientsäkert.
- Planering för att under hösten 2023 införa Sveriges kommuner och regioners analysverktyg för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete genom rutinstöd och samarbete i mindre skala pågår. Införandet av analysverktyget sker under hösten 2023 i liten skala. Innan ett eventuellt breddinförande kommer insatsen att utvärderas. Detta sker troligen i början av 2024.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

- Under 2023/2024

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

- Genom avvikelsegranskning
- Egenkontroller i verksamheterna
- Kontinuerliga uppföljningar i Appva/digital läkemedelssigenering
- Extern granskning av Apoteket AB
- I patientsäkerhetsberättelsen för 2023

Brist: Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

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

** Patienten ska få inflytande över hur den sista tiden i livet ska bli. Resultatet från brytpunktsamtalet behöver vara känt av den personal som vårdar patienten i livets slutskede.*

** Patienter i livets slutskede ska inte behöva avlida i ensamhet.*

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

IVO begär särskild redovisning på grund av motstridiga uppgifter i enkät och intervju från sjuksköterskor om extravak får sättas in när en patient är döende. I sjuksköterskeintervjun framkom att en del sjuksköterskor upplevde att extravak inte alltid får sättas in. Förvaltningen framhåller, precis som ledningsfunktionerna för äldreomsorgen gjorde i sin intervju, att ingen människa ska dö ensam. Detta innebär att extravak alltid får och ska sättas in när sjuksköterska gjort bedömningen (i samråd med läkare) att en patient är döende.

1. Information om att extravak skall användas har gått ut till sjuksköterskegruppen på flera sätt; i enskilda möten, på verksamhetsmöten samt skriftlig information.
2. Gällande IVO:s kritik om att brytpunktsamtal inte har dokumenterats i den kommunala journalen. Av tradition har brytpunktsamtal dokumenterats i läkarjournalen hos regionen. Sjuksköterska kommer därför att dokumentera även i Vodok (kommunal journal). Sökordet "brytpunktsamtal" har inte funnits, Stockholm stad har nu lagt till det i journalsystemet.
3. Förvaltningens sjuksköterskor kontaktar alltid läkare för ställningstagande om att påbörja läkemedelsbehandling vid livets slutskede.
4. Samverkanmöten med läkarorganisationen har genomförts under vintern 2022 för att säkerställa samarbetet och skapa samsyn i frågan. Samarbetet har följts upp vid nytt samverkanmöte med goda resultat.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

1. Information om extra vak har gått ut och säkerställts under våren 2023 och information kommer kontinuerligt att spridas i Södermalms sjuksköterskenätverks nyhetsbrev, på HSL-möten och övriga verksamhetsmöten. Genom det palliativa registret följer verksamheterna upp att patienter i livets slutskede har extra vak om inte anhörig närvarar. Regelbundna kontroller av dessa registreringar sker månadsvis i respektive verksamhet.
2. Brytpunktsamtal – journalförs av sjuksköterska i kommunens journalsystem. Information har gått ut genom nyhetsbrev och på HSL-möten. Kommer att följas upp löpande av MAS och verksamhetschef.
3. Att förvaltningens sjuksköterskor alltid kontaktar läkare för ställningstagande om att påbörja läkemedelsbehandling vid livets slutskede är redan genomfört och ett vedertaget arbetssätt.

4. Samverkansmöten sker löpande med läkarorganisationen.

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

1. Uppföljning av antalet registreringar och att information om att extra vak dokumenterats följs upp månadsvis i respektive verksamhet samt kvartalsvis av MAS.
2. Att brytpunktsamtal journalförts av sjuksköterska i kommunens journalsystem följs upp i ordinarie journalgranskning varje höst och vår.
3. Att förvaltningens sjuksköterskor alltid kontaktar läkare för ställningstagande om att påbörja läkemedelsbehandling vid livets slutskede är redan genomfört och ett vedertaget arbetssätt och följs upp i ordinarie kvalitetsuppföljningar.
4. Samverkansmöten sker löpande med läkarorganisationen och redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.

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

Se ovan.

Planering för att under hösten 2023 införa Sveriges kommuner och regioners analysverktyg för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete genom rutinstöd och samarbete i mindre skala pågår. Införandet av analysverktyget sker under hösten 2023 i liten skala. Innan ett eventuellt breddinförande kommer insatsen att utvärderas, troligen i början av 2024.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Se ovan.

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

Se ovan.

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

Caroline Loogna, medicinskt ansvarig sjuksköterska på Södermalms stadsdelsförvaltning

Datum för inrapportering

23/5 2023