

**KARLSTADS KOMMUN****VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN****Biståndskontor, Tillsynsenheten**

Karlstad 2015-03-18

Martina Sundler, 054-540 61 60

martina.sundler@karlstad.se

Tillsyn av Stagnellska vårdboende.**Bakgrund**

Omsorgskonsulenter genomförde den 19 februari 2015 ett förannmält tillsynsbesök på Stagnellska vårdboende. Syftet var att granska verksamhetens kvalitet ur ett kundperspektiv. En gruppintervju med tre personal samt intervju med enhetschef genomfördes. Granskning av genomförandeplaner och social journal har utförts, urvalet bestod av 20 kunder. Frågeformulär och granskningsmallar utifrån förvaltningens kvalitetskrav, värdighetsgarantier och gällande lagstiftning har använts i tillsynen. Nedanstående redovisning och bedömning baseras på det som framkommit i intervjuer med enhetschef och personal samt vid granskning av social dokumentation.

Redovisning och bedömning**Beskrivning av verksamheten**

Stagnellska är ett vårdboende för personer med demenssjukdom. Boendet är beläget på Herrhagen i Karlstad och drivs i egen regi. Vårdboendet består av tre våningar med 12 lägenheter på varje. I några lägenheter bor det par varpå det totala antalet kunder vid tillsynen är fler än 36.

Personal och kompetens

På Stagnellska arbetar 29 omvårdnadspersonal varav fem arbetar nattetid. Personalen har övervägande undersköterskekompetens, några få är vårdbiträden. Personalen anser att de har den kompetens de behöver för att klara arbetet men de lyfter att de aldrig kan få för mycket utbildning gällande

Karlstads kommun

Webbplats
karlstad.seE-post
karlstadskommun@karlstad.seOrganisationsnr
212000-1850Postadress
Karlstads kommun
651 84 KarlstadBesöksadress
Kontaktcenter
Västra Torggatan 26Telefon
054-540 00 00Fax
054-18 34 10Bankgiro
405-2213

demens. Eventuella behov av kompetensutveckling fångas upp genom utvecklingssamtal samt på APT och erbjuds utifrån behov i verksamheten. Det är låg personalomsättning i arbetsgrupperna och det är få vikarier i verksamheten. Nya medarbetare introduceras enligt en checklista samt genom bredvidgång en till två dagar. Introduktionen följs upp av enhetschef.

Personalen anser att bemanningen är tillräcklig för att tillgodose kundernas grundläggande behov men att de inte har tid för att tillgodose behoven när kunderna är oroliga och ledsna osv. Enligt personalen är kunderna som mest oroliga på eftermiddagen och kvällarna och de är endast två personal i tjänst då. Personalen uppger att de enligt enhetschefen inte får lämna kunderna ensamma men att det är svårt att uppfylla. Då personalen ibland måste vara två inne hos vissa kunder lämnas de andra kunderna ensamma på avdelningarna och personalen har då inte uppsikt över dem. Personalen berättar att det, på någon våning, flera gånger varje vecka händer att det uppstår hot och våld situationer mellan boende då personal inte är närvarande.

Det behöver säkerställas att det finns den personal som krävs för att uppmärksamma och hjälpa kunderna när behov uppstår. Det behöver även säkerställas att bemanningen planeras och organiseras så att kundernas individuella behov kan tillgodoses.

Delaktighet och inflytande

Det finns förutsättningar för kunderna att ha inflytande över hur insatserna utformas och att vara delaktiga i hur deras vård och omsorg utförs bl.a. genom att levnadsberättelse används och genomförandeplan upprättas. Enligt personalen är det kundernas behov och önskemål som styr när och hur insatserna utförs. Genomförandeplanen påbörjas när kund flyttar in och personal fyller på innehållet allt eftersom. Personalen uppger att de oftast färdigställer genomförandeplanen inom två veckor. Enhetschefen uppger att det är en kund som saknar genomförandeplan. När en ny kund flyttar in på boendet bokar kontaktpersonalen in ett välkomstsamtal, vilket genomförs inom fyra veckor. Enhetschef erbjuder sedan ett uppföljningssamtal men det är sällan anhöriga/företrädare vill ha ett sådant. Genomförandeplanerna följs upp två gånger per år och personalen sitter då gemensamt och går igenom planerna. Är det några förändringar i planerna kommuniceras detta med anhöriga/företrädare som även får läsa igenom planen på nytt. För att all personal ska känna till vad som står i genomförandeplanerna och att personal ska arbetat likartat går hela arbetsgruppen igenom genomförandeplanerna på Apt.

Verksamheten behöver tillse att samtliga kunder har en genomförandeplan. Det behöver säkerställas att uppföljning av genomförandeplan och välkomstsamtal sker i enlighet med värdighetsgarantin.

Samverkan med anhöriga/företrädare sker vid välkomstsamtal, via telefonsamtal eller när de besöker kunden. Vårdboendet anordnar även anhörigträffar en gång per år.

Arbetsätt och metoder

Personalen beskriver att de arbetar funktionsbevarande på så sätt att kunderna får göra det de själva klarar att utföra. Kontaktmannaskap är ett förankrat arbetsätt i verksamheten. Kunden får kännedom om vem som är kontaktpersonal vid välkomstsamtalet. Kunden träffar sin kontaktpersonal flera gånger varje vecka och möjlighet finns att byta kontaktpersonal om kunden önskar.

För att kunden ska känna sig trygg och respekterad i sitt hem beskriver personalen att det är viktigt att de är lyhörda för kundens önskemål. De knackar alltid på dörr innan de går in till kund och de använder namnskylt samt tjänste-id.

Personalen erbjuder kunderna någon form av aktivitet dagligen. För att fånga upp vilka behov och önskemål kunden har angående aktiviteter frågar personalen kunden och/eller dennes anhörige/företrädare samt använder levnadsberättelsen. Personalen dokumenterar detta i kundens genomförandeplan.

Om kundens behov och situation förändras kontaktas relevant profession så som sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut.

Avdelningarnas dörrar till trapphuset är låsta med kodlås. Även hissarna från avdelningarna är låsta antingen med kodlås eller genom att flera knappar måste användas samtidigt för att öppna hissdörren. Det saknas synliga koder vid dörrarna och hissarna. I lägenheterna används s.k. hotellås på dörrarna. Samtycke inhämtas från anhörig/företrädare för att använda kod till lägenhetsdörrarna. På vårdboendet används trygghetslarm, sänglarm samt dörrlarm utifrån en individuell behovsbedömning. Om kund har ett larm framgår det i genomförandeplanen hur det ska användas. Personalen uppger att de känner till riktlinjen för skydds- och begränsningsåtgärder och att de diskuterar detta i arbetsgrupperna och att åtgärder kan tas bort om behovet förändras. Om en kund vill gå ut erbjuder sig personalen att följa med om de har möjlighet, annars försöker de avleda kunden.

Vid rundvandringen på enheten framkommer att dörrarna till gemensamhetsutrymmena vid köket låses nattetid då det finns kunder som är uppe nattetid. I detta utrymme finns även kyl och frys vilka hålls låsta med hänglås.

Det finns låsta dörrar på enheten och det behöver säkerställas att personal har den uppsikt över kunderna som krävs för att de inte ska känna sig instängda eller begränsade.

Det framkommer att gemensamhetsutrymmet inte alltid är tillgängligt för kunderna. Verksamheten behöver reflektera över anledningen till detta och se över möjligheterna att ha utrymmet upplåst så att kunderna får tillgång till de gemensamma utrymmena dygnet runt.

Verksamheten uppger att de inhämtar samtycke från anhöriga/företrädare för vissa åtgärder. Det är dock endast kunden själv som kan samtycka till att skydds- och begränsningsåtgärder används vilket behöver tydliggöras i verksamheten.

Kvalitetsarbete

Personalen känner till vård- och omsorgsförvaltningens riktlinje för synpunkter och blanketten finns tillgänglig på boendet. Synpunkter som kommer till enhetschefens kännedom tas upp och diskuteras med personal och åtgärdas.

Personalen känner till innebörden av lex Sarah samt vilka rutiner som gäller. Personalen ger relevanta exempel på vad som ska rapporteras enligt lex

Sarah. Personalen berättar att de nyligen fått en genomgång gällande lex Sarah. Vid intervjun med personal framkommer att händelser inträffat i verksamheten som personal inte rapporterat enligt lex Sarah då de inte haft förståelse för att kund i och med dessa händelser utsatts för ett missförhållande.

Personal har kunskap om lex Sarah och hur de ska gå tillväga om de uppmärksammar ett missförhållande eller risk för. Personal kan dock inte omsätta kunskaperna till händelser som inträffat i den egna verksamheten. Det behöver säkerställas att personalen kan tillämpa lex Sarah i praktiken och att de har en förståelse för vad som ska rapporteras.

Social dokumentation

Samtliga 20 granskade ärenden har en genomförandeplan. I 15 planer framgår det när den upprättades och om kunden och/eller företrädare deltog vid upprättandet. Det framgår i 14 planer att kund och/eller företrädare godkänt planen. Samtliga planer är skrivna utifrån ett funktionsbevarande arbetssätt. I 18 planer framgår kundens behov och önskemål om aktiviteter, dock kan detta utvecklas i några planer. I nio planer saknas en beskrivning av kundens önskemål om hur insatserna ska utföras. I elva planer saknas en planering för uppföljning och det framgår inte i tretton planer om den följts upp/är aktuell.

Det behöver säkerställas att kundens önskemål gällande hur insatserna ska utföras synliggörs i genomförandeplanerna. Det behöver även säkerställas att en planering för uppföljning sker samt att uppföljningen dokumenteras så att det framgår att planerna är aktuella.

Social journal finns i samtliga 20 granskade ärenden. Journalerna består mestadels av personalens anteckningar som förts över till journal, i några framgår även enhetschefen kontakter i ärendet. Det är överlag få anteckningar dokumenterade i journalerna. Av tio journaler där det varit aktuellt framgår det endast i en journal när insatsen påbörjats samt att välkomstamtal genomförts. Händelser av betydelse är dokumenterade i drygt hälften av journalerna men det saknas ofta en beskrivning av vilka åtgärder som vidtagits. Det framgår endast i en journal att genomförandeplanen följts upp. Flera journaler innehåller hälso- och sjukvårdsdokumentation. Denna information kan i vissa fall ha betydelse för insatsernas utförande och kundens situation och behov i sin helhet. Hälso- och sjukvård ska däremot inte dokumenteras per automatik i den sociala journalen. Dokumentation har inte förts kontinuerligt så att det går att följa ärendet över tid i någon utav de granskade journalerna. I sju journaler har ingen dokumentation förts sedan juni-december 2013. I fyra journaler har personalens anteckningar förts över till journal från september 2013 till mars 2014 i ett svep, ingen dokumentation finns efter det. I fem journaler har ingen dokumentation förts sedan april-oktober 2014. I tre journaler har ingen dokumentation förts sedan kunderna kom till boendet i augusti 2014 och december 2014. I de journaler där dokumentation förts är denna till stor del utformad med respekt för den enskildes integritet. I några journaler finns dock förstärkande ord och utropstecken dokumenterande.

Det behöver säkerställas att social journal förs enligt gällande riktlinje

Förslag på åtgärder

I tillsynen har framkommit förbättringsområden som behöver uppmärksammas för att gällande lagstiftning, kvalitetskrav och värdighetsgarantier ska uppnås. Följande förslag på åtgärder lämnas:

Verksamheten behöver säkerställa att det finns den personal som krävs för att uppmärksamma och hjälpa kunderna när behov uppstår. Det behöver även säkerställas att bemanningen planeras och organiseras så att kundernas individuella behov kan tillgodoses.

Det behöver säkerställas att personal har den uppsikt som krävs över kunderna för att de inte ska känna sig instängda eller begränsade.

Verksamheten behöver se över hur gemensamhetsutrymmet kan vara tillgänglig för kunderna dygnet runt.

Det behöver tydliggöras i verksamheten att det endast är kunden som kan samtycka till att skydds- och begränsningsåtgärder används.

Det behöver säkerställas att personalen kan tillämpa lex Sarah i praktiken och att de har en förståelse för vad som ska rapporteras.

Samtliga kunder ska ha en genomförandeplan upprättad.

Det behöver säkerställas att välkomstsamtal och uppföljning av genomförandeplan sker i enlighet med värdighetgarantin.

Det behöver säkerställas att kundernas egna önskemål om hur insatserna ska utföras framgår i genomförandeplanerna.

Det behöver säkerställas att en planering för uppföljning av genomförandeplan sker och att uppföljningen dokumenteras.

Det behöver säkerställas att social journal förs enligt gällande riktlinjer.

En tidsplan för hur verksamheten kommer att arbeta med ovanstående förbättringsområden och åtgärdsförslag ska redovisas till Tillsynsenheten senast den 30 april 2015. Tillsynsenheten kommer att följa upp förbättringsarbetet.

Martina Sundler
Omsorgskonsulent

Bilaga

Bedömningsunderlag tillsyn SoL och Lss