



KARLSTADS KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN

Biståndskontor, Tillsynsenheten

Karlstad 2022-04-27

Tillsyn vårdboende Åsbacka

Bakgrund

Tillsynsenheten följer kontinuerligt upp kvaliteten i förvaltningens egna verksamheter inom hemtjänst, vårdboende och funktionsstöd samt hos de externa utförare som kommunen har avtal med.

Tillsynsenheten utför tillsyn enligt en treårsplan där inriktningen är att samtliga enheter ska granskas minst en gång under en treårsperiod. Syftet med tillsynen är att granska kvaliteten i verksamheten utifrån ett kundperspektiv. Gällande lagstiftning (SOL, HSL), riktlinjer, kvalitetskrav och värdighetsgarantier ligger till grund för tillsynen. Utifrån dessa krav har ett bedömningsunderlag tagits fram som används för att ta ställning till om verksamheten uppfyller kraven.

Tillvägagångssätt

Socialt ansvarig samordnare (SAS), medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) samt dietist har genomfört förannmäld tillsyn vid vårdboende Åsbacka. Intervju med verksamhetschef genomfördes den 16 mars samt därtill med två personal den 8 och ytterligare två personal den 9 mars 2022. Vidare genomfördes även intervju med patientansvariga sjuksköterskor den 3 februari 2022 och med arbetsterapeut och fysioterapeut den 24 februari 2022. Samtliga av dessa intervjuer genomfördes digitalt via Teams.

I samband med tillsynen har granskning av social journal och genomförandeplan skett av 15 slumpvis utvalda kunder under perioden 210127–220127. Därtill granskning av avvikelser (SOL och HSL) registrerade mellan 210601–211231.

Vidare genomförde den 14 februari 2022 SAS samt dietist ett oanmälat observationstillfälle vid vårdboende Åsbacka. Observationen genomfördes vid fyra avdelningar (Solberg, Hedås, Västanå och Skogsberg) mellan ca kl. 7.00–13.30. Observationsguider som utgår från förvaltningens kvalitetskrav, riktlinjer, värdighetsgarantier och gällande lagstiftning användes. Vid observationen fokuserade dietist på måltidssituationen.

SAS har därtill under februari och mars 2022 även genomfört intervjuer med fem anhöriga, via telefonsamtal, och tio kunder på plats vid boendet. Dock ingår endast svar från nio kunder då en av kunderna hade svårigheter att

svara på de frågor som ställdes. Urvalet utgjordes från början av slumpvis utvalda kunder från respektive avdelning. Vissa av dessa kunder bedömdes av verksamheten inte kunna delta med anledning av kognitiv svikt, några andra valde själva att inte delta samt att en avdelning vid intervjutillfället fick isoleras på grund av sjukdomsutbrott. I och med detta justerades urvalet.

De områden som granskats är personal och kompetens, delaktighet och inflytande, arbets sätt och metoder, dokumentation samt kvalitetsarbete. Bedömningen baseras på det som framkommit i intervjuer, vid observationer samt granskning av dokumentation. Resultatet presenteras under tre olika rubriker.

- **Fungerar bra:** där det framgår vad som fungerar bra i verksamheten.
- **Behöver bevakas:** som beskriver de delar där verksamheten behöver vara uppmärksam och vid behov vidta åtgärder.
- **Behöver förbättras:** tydliggör de delar där förbättring behöver ske och verksamheten ska här vidta åtgärder och redovisa till tillsynsenheten.

Resultat

Fungerar bra:

Personal och chef beskriver att kompetens och erfarenhet för att tillgodose kundernas behov finns på enheten. Majoriteten av personalen är undersköterskor och chef beskriver att kompetensutveckling erbjuds fortlöpande utifrån lokal utbildningsplan samt att det kartläggs utifrån varje enskild arbetsgrupp. Vid intervju med ett par anhöriga framkommer emellertid upplevelser och synpunkter där kompetens ifrågasätts. Den sammantagna bilden utifrån utförd tillsyn är att det finns en grundläggande kompetens i verksamheten men att det är av vikt att arbetet med kompetensutveckling fortsätter.

Av personal och chef framkommer att det finns fungerande rutiner för introduktion av nya medarbetare. En checklista tillämpas för att säkerställa att alla delar ges, gruppledare ansvarar för att följa upp introduktionen.

Personal och chef beskriver arbetsledning som väl fungerande. Verksamhetschef och gruppledare finns närvarande och tillgängliga i verksamheten för att stötta personal i det dagliga arbetet. Anhöriga beskriver ett gott bemötande från chef och samverkansmöten ordnas inom rimlig tid.

Vid upptäckt av våld i nära relation framkommer i intervju med chef att det finns riktlinje att förhålla sig till. Personal beskriver att de känner till att de ska agera om de får till sig att kund far illa i en nära relation genom att de uppmärksammar chefen.

Av kunder framkommer att samtliga anser att de får hjälp med personlig omvårdnad efter behov. Vid intervjuer med anhöriga beskriver även de att dessa behov tillgodoses. Under observationstillfället framkommer inget som tyder på att kunders personliga omvårdnad inte tillgodoses.

Granskning av social journal visar att händelser av betydelse samt utifrån dessa vidtagna åtgärder dokumenteras i verksamheten. Dokumentationen sker kontinuerligt och är utformad med respekt för den enskildes integritet. I de sex journaler där det varit aktuellt att granska huruvida det framgår att dokumentation skett då insatsen påbörjats, har detta framgått i samtliga. Att

genomförandeplanen följts upp har dokumenterats i majoriteten av de granskade journalerna och särskilt väl har det dokumenterats gällande uppdatering av insatser nattetid.

Det framkommer vid intervjuer och vid observationstillfälle att verksamheten har kunskap om vad en skyddsåtgärd är och vem som bedömer, beslutar och följer upp en skyddsåtgärd.

Vid måltidsobservationen eftersträvar personalen en lugn och harmonisk måltidsmiljö genom att medvetet dämpa ljudnivån och minimera inslag av stress. Kunderna tillfrågas vad de vill äta och dricka, om de vill ha något tillbehör samt om påfyllning önskas. Vidare har kunderna möjlighet att välja om de vill äta i enskildhet eller tillsammans med andra.

Det är möjligt för kund att vid behov få anpassad kost. Personalen tar då alltid kontakt med sjuksköterska för bedömning och ordination.

Kontakt tas alltid med sjuksköterska vid försämrat/förändrat hälsotillstånd och personal vet när och hur kontakten ska tas. Personalen uppger att de kontrollerar vitala parametrar innan de kontaktar sjuksköterska och att de är kunniga inom området vilket även bekräftas av chef.

Vikt kontrolleras regelbundet på alla kunder.

Personalen vet hur de ska gå tillväga om någon kund har självmordstankar.

Delegeringsprocessen är känd och efterlevs på enheten.

Behöver bevakas:

Kunderna deltar i liten utsträckning när det gäller förberedelser och efterarbete vid måltiderna. Deltagandet baseras enligt personalen på kundernas egna önskemål och aktuella förutsättningar. Tidigare har kunderna haft möjlighet att ta sin egen mat, men i samband med pandemin ändrades rutinen för servering, så att personalen nu lägger upp mat på kundens tallrik samt ordnar tillbehör. Det är viktigt att frågan om serveringssystem och kundernas delaktighet i samband med måltid förblir levande, så att nuvarande arbetssätt inte blir slentrianmässigt, utan kan förändras över tid och utifrån kunds förmåga och behov.

Det framkommer i intervjuer med chef och personal att det finns fungerande former för synpunktshantering. Även i anhörigintervjuer visar svaren att de vet vart det ska vända sig för att framföra synpunkter. Dock finns det åsikter från ett par anhöriga som påvisar att saker som beslutas, utifrån synpunkter, inte alltid genomförs eller återkopplas. En kund upplever att framförda synpunkter inte hanteras alls. Den sammantagna bilden är att det finns rutiner för att systematiskt arbeta med synpunkter i verksamheten men det behöver säkerställas att de följs.

Av chef framkommer att det finns rutiner för att tillgodose aktiviteter och sociala behov. Vid observationstillfället förekom ytterst lite social stimulans eller aktivitet på avdelningarna. Däremot fanns möjlighet att delta i gemensamma aktiviteter för boendet, vilket några gjorde. Personal beskriver i intervju att det saknas möjlighet till individuella aktiviteter på grund av att det inte hinns med. Under intervjuer framkommer från flera kunder att de har

önskemål om utökade möjligheter till aktiviteter, både individuella och gemensamma. Vid granskning av genomförandeplaner framkommer att det saknas beskrivning kring önskemål och behov av aktiviteter i merparten av planerna. Det är viktigt att verksamheten uppmärksammar och tillgodoser kunders behov av en meningsfull dag.

Att som personal bära namnskylt och knacka på dörren innan besök i kundens lägenhet ingår i de värdighetsgarantier som verksamhetens kunder ges. Av observationstillfället framkommer att detta inte alltid görs och någon kund beskriver i intervju att en del ur personalen inte alltid knackar. Verksamheten behöver vara uppmärksam så att kundernas lägenheter inte enbart blir personalens arbetsplats utan att kundernas hem och personliga integritet respekteras. Vid dokumentationsgranskning framkommer att välkomstsamtal, i enlighet med värdighetsgarantier, endast dokumenterats för två av sex kunder som flyttat in under den granskade perioden.

Vid observationstillfället uppvisar personalen överlag ett gott bemötande gentemot kunderna. Dock är det av vikt att personalen inte diskuterar känsliga personuppgifter i närvaro av andra kunder, vilket skedde. Majoriteten av kunderna uttrycker i intervjuer att de får ett gott bemötande av personalen och att de känner sig trygga. I intervju med anhöriga framkommer åsikter om att personalens kompetens kring bemötande emellanåt brister gentemot kunder. Två anhöriga beskriver därtill tillfällena då de upplever att de fått ett dåligt bemötande från personal. I intervjuer med legitimerad personal framkommer att all personal inte alltid har ett professionellt förhållningssätt gentemot anhöriga. Detta kan ibland bero på att de känner varandra privat eller att de vill väl och vara till lags. Den sammantagna bilden i verksamheten är att personal vid flertalet av boendets avdelningar har ett gott bemötande. Dock framkommer motstridiga uppgifter vad gäller bemötande vid avdelning Skogsberg.

Ingen av den personal som arbetade vid det oanmälda observationstillfället efterfrågade legitimation för att säkerställa att SAS eller dietist var den de utgav sig för att vara. Det behöver beaktas att det finns rutiner som säkrar att inte personalen ger någon obehörig tillgång till känsliga person- eller sekretessbelagda uppgifter om kunderna.

Några fler än hälften av de intervjuade kunderna och några personal upplever att insatser inte alltid utförs i enlighet med behov, till exempel utevistelse eller ett träningsprogram. Även grundläggande behov så som att få gå på toaletten eller till sängs när man önskar kan vara problematiskt att tillgodose enligt personal. Kunder uttrycker i intervjuer att personalen stundtals upplevs stressade och att tiden inte räcker till. Av anhöriga framkommer att vissa insatser sällan är förekommande, till exempel utevistelse, trots att det finns uppgörelse kring insatsen, men för övrigt upplever de att personalen har tillräckligt med tid. Personalen besvarade vid observationstillfället samtliga inkommande larm från kunder utan dröjsmål. Det är viktigt att verksamheten beaktar att det finns tillräckligt med tid för att tillgodose insatser utifrån kunders behov och önskemål.

Av chef framkommer att det finns rutiner för samverkan med anhöriga/företrädare. Personal beskriver i intervjuer att samtal förs med anhöriga/företrädare, dock inte på ett strukturerat sätt. I fler än hälften av de genomförda intervjuerna med anhöriga framkommer att de anser att informationen kring sin anhörig/huvudman är bristfällig. Någon beskriver att

den inte blivit kontaktad då anhörig sviktade i sitt mående. Annan beskriver att överenskommelse med kontaktman gällande kontakt inte följts. En tredje upplever att hög omsättning på personal gjort att kontaktman bytts fem gånger och att det fungerat olika med kontakten beroende av individ. Bedömningen är att det behöver säkerställas att följsamheten till upprättade rutiner och det ansvar som följer kontaktmannauppdraget gentemot anhöriga/företrädare efterlevs.

Chef beskriver hur samverkan runt kund ska ske genom teammöten. Både chef, omvårdnadspersonal och legitimerad personal uppger att samarbetet runt kund delvis har brustit sedan hösten 2021.

Samarbetet med den legitimerade personalen kan förbättras ytterligare så att det blir en ökad samsyn i arbetet med kunderna. Det har ibland också varit svårt att få kontakt med den legitimerade personalen.

Vid måltidsobservationen framgår att verksamheten har ett gemensamt egenkontrollprogram för livsmedelshygien, där rutinerna efterlevs. Det framkommer dock att följsamheten när det gäller dokumentation av temperaturkontroller kan försämrats något under semesterperioder när ordinarie personal inte finns på plats, varvid den rutinen behöver förstärkas, oavsett vem som är i tjänst.

Vid måltidsobservationen framgår att personal använder engångsförkläden av plast vid servering i matsalen. Detta kan vara befogat i undantagsfall, men vid normalläge, så rekommenderas tvättbara tygförkläden vid all mathantering och servering.

I enlighet med bestämmelse om den nationella värdegrunden i Socialtjänstlagen ska omsorgen om äldre personer inriktas på att de får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Bedömningen utifrån observation är att inredningen och möblering vid avdelningar Västanå, Skogsberg och Hedås kan ses över för att öka trivselen, och på så vis bidra till ett ökat välbefinnande. Bland annat observeras avsaknad av anpassade möbler i matsalen på vissa avdelningar.

Det behöver säkerställas att riskbedömningar görs regelbundet och följs upp för att undvika fall, trycksår och undernäring.

Möjligheten för varje kund att kunna välja när, var och hur toalettbesök ska genomföras bör förbättras och att kunderna integritet beaktas och bibehålls samt att kunderna har de hjälpmedel som möjliggör detta.

Det framkommer vid intervju med chef att det finns ett strukturerat arbetssätt gällande avvikelseprocessen. Personalen uppger att de är med i vissa delar i processen men saknar en helhet. De rapporterar avvikelser, kan ibland vara med i förbättringsarbetet men saknar ofta återkoppling.

Behöver förbättras

I intervju med personal framkommer att kunskap om de riktlinjer och rutiner som styr det dagliga arbetet brister och det saknas kunskap om vart de är att finna. Chef beskriver att kunskapen sprids via gruppchefer genom digital plattform. Bedömningen är att det finns en diskrepans mellan dessa uppfattningar och att kunskapen kring styrande dokument behöver öka.

Av chef och vid dokumentationsgranskning framkommer att det i verksamheten finns rutiner för genomförandeplan. Kontaktman ansvarar för upprättande och uppföljning, samtlig personal ansvarar för att läsa och hålla sig uppdaterad. Personal beskriver dock att genomförandeplanen mer är en pappersprodukt som inte används i arbetet med kunderna. En anhörig beskriver att det finns en otydlighet i när insatser ges, till exempel vilken dag man får duscha och hur ofta vilket kan kopplas till bristfälligt arbete med genomförandeplaner. Granskning av genomförandeplaner visar att det i merparten av dem behöver tydliggöras på vilket sätt den enskilde eller dess företrädare varit delaktig i upprättandet, när olika insatser ska utföras, hur förmågor ska bibehållas eller om möjligt höjas. Det framkommer inte i någon av de granskade planerna när den ska följas upp. Utifrån ovanstående påverkas kundernas möjligheter till att vara delaktiga i planering och utförandet av sina insatser.

Vid observationstillfället lämnas avdelning Skogsberg (övre) obemannad under cirka 30 minuter. Det framkommer i intervju med personal att eftermiddagar är särskilt sköra på grund av låg bemanning. Då kan avdelningar lämnas obemannade till exempel om personal behöver hjälpa kollega på annan avdelning. I intervjuer med personal och chef framkommer inget om att det finns särskilda rutiner gällande uppsikt och tillsyn på de olika avdelningarna. Bedömningen är att det i och med detta kan finnas svårigheter att säkerställa god uppsikt och tillsyn.

Av chef framkommer att det finns rutiner för information om rapporteringsskyldighet i enlighet med lex Sarah samt att händelser utreds och åtgärder vidtas. Dock blir det i intervjuer med personal uppenbart att kunskapen inom området brister då de inte kan ge något exempel på en händelse som skulle kunna vara av den art att den skulle rapporteras. De känner heller inte till att någon genomgång varit gjord.

Enligt chef har verksamheten en skriftlig rutin som i detalj beskriver hur avdelningarna ska arbeta med måltider. Tillfrågad personal beskriver antingen avsaknad av en sådan rutin alternativt osäkerhet kring rutinens förekomst och innehåll.

Enligt personalen finns en medvetenhet om att omsorgsmåltider rekommenderas vid behov, men att låg bemanning gör det omöjligt att tillämpa detta arbetssätt på vissa avdelningar.

Personalen uppger att alla kunder har möjlighet att serveras ett mellanmål på förmiddagen om kunden själv efterfrågar, men det finns inget rutinmässigt arbetssätt för att vid behov erbjuda mellanmål till kunderna.

Personalen känner inte till innehållet i den lokala arbetsordningen för läkemedelshanteringen och vet inte var denna finns att ta del av.

Förbättringsåtgärder

I tillsynen har det framkommit förbättringsområden som behöver åtgärdas:

- Det behöver säkerställas att all personal har kunskap om de riktlinjer och rutiner som styr hur det dagliga arbetet i verksamheten ska utföras samt var de hittas.
- Det behöver säkerställas att samtliga genomförandeplaner beskriver kundernas behov samt följer gällande lagstiftning.
- Det behöver säkerställas att det finns arbetssätt för tillsyn och uppsikt så att ingen avdelning lämnas obevakad.
- Det behöver säkerställas att personalen har kunskap och förståelse för vad som skulle kunna vara ett missförhållande som ska rapporteras i enlighet med lex Sarah. Därtill att årlig genomgång av rapporteringsskyldigheten genomförs i verksamheten.
- Det behöver säkerställas att den lokala arbetsordningen för läkemedel är känd i hela personalgruppen och att en årlig genomgång görs.
- Den skriftliga rutin som finns för måltidsarbete behöver tydliggöras för personalen och återimplementeras i verksamheten.
- Det behöver säkerställas att samtliga avdelningar har förutsättningar att genomföra omsorgsmåltider vid behov.
- Det behöver säkerställas att samtliga kunder vid behov erbjuds mellanmål på förmiddagen.

En tidsplan för hur verksamheten kommer arbeta med dessa förbättringsåtgärder ska redovisas till tillsynsenheten senast den 23 juni 2022. Tillsynsenheten kommer att utföra en uppföljning under 2023.

Madeleine Ahlborg
Tillsynschef

Linda M Nilsson
socialt ansvarig samordnare

Anette Ljungberg
medicinskt ansvarig för rehabilitering

Linda Rågård
medicinskt ansvarig sjuksköterska

Ida Karlsson
dietist