

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

Karlstad 2017-03-14

Martina Sundler, 054-540 61 60

Linda Rågård, 054-540 55 10

**Tillsyn av Brattska gården vårdboende****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 kund/patientperspektiv samt att följa upp att god och säker vård bedrivs. Gällande lagstiftning (SoL/LSS och HSL), riktlinjer, kvalitetskrav och värdighetsgarantier ligger till grund för tillsynen.

**Tillvägagångssätt**

Socialt ansvarig samordnare och medicinskt ansvarig sjuksköterska har genomfört förannmäld tillsyn på Brattska gården vårdboende. Intervju med enhetschef samt intervju med personal, sammanlagt sju personer varav två arbetar natt, genomfördes den 26 januari. Intervju med enhetens sjuksköterskor genomfördes den 24 januari. Granskning av 20 kunders sociala journal och genomförandeplan har skett. Sjuksköterskornas journaler har granskats vilket redovisas till enhetschef för berörd hälso- och sjukvårdsenhet.

Nedanstående redovisning och bedömning baseras på det som framkommit i intervjuer med enhetschef och personal.

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

## Redovisning och bedömning

### Personal och kompetens

På Brattska gården arbetar ca 40 omvårdnadspersonal varav åtta arbetar nattetid. Merparten av personalen har undersköterskekompetens, någon är vårdbiträde. Personalen anser att de har den grundläggande kompetens de behöver men att de kan sakna viss kompetens när det gäller vissa kunders specifika problematik. Behov av kompetensutveckling fångas av enhetschef i kontakten med personal, på arbetsplatsträffar samt på medarbetarsamtal. Personalen uppger att de får regelbunden kompetensutveckling men att de inte alltid får det de behöver utifrån kundernas olika problematik eller att det kan ta lång tid innan de får det. Personalen uppger att de aktivt söker information på internet om tex specifika demenssjukdomar som vissa kunder har. Det behöver ses över och säkerställas att personalen får den kompetensutveckling de behöver utifrån behov i verksamheten.

Personalen får kännedom om riktlinjer och instruktioner på Apt och värdegrundsdagar. Personalen känner till att de hittar riktlinjer och instruktioner på Solsidan.

Nya medarbetare introduceras enligt en checklista samt genom bredvidgång tre dagar. Ordinarie personalen återkopplar till enhetschefen angående hur introduktionen fungerat.

Enhetschef träffar personal när hon är på plats på boendet, annars finns hon tillgänglig via telefon eller mail. Enligt personalen är chefen tillgänglig, hon är på plats på boendet nästan dagligen och är ute på avdelningarna. Nattpersonalen träffar enhetschefen på Apt en gång per månad däremellan når de henne via telefon och mail.

Det är lite olika uppfattningar bland personalen gällande om bemanningen är tillräcklig för att tillgodose kundernas behov. Dag- och kvällspersonalen uppger att de hinner med det grundläggande men att de inte har tid för det "lilla extra" eller att bemöta kunders oro tillräckligt. Hur arbetet planeras lyfts av personal som en viktig del i om bemanningen upplevs tillräcklig.

Nattpersonalen uppger att de hinner med de planerade besöken hos kunderna. De berättar att det vissa nätter är mycket oro som de upplever att de inte hinner bemöta tillräckligt och att det kan vara många kunder som är vakna nattetid. Personalen arbetar aktivt för att ha så god uppsikt som möjligt. Ibland händer det att avdelningarna lämnas obemannade lite längre stunder då det t.ex. är många larm eller att personalen är tvungna att hjälpa varandra med oplanerade insatser hos kund. Personal uppger att de ser risker med att kunder lämnas ensamma men beskriver inte situationen som ohållbar.

Det är av stor vikt att bemanningen kontinuerligt följs upp för att säkerställa att den är tillräcklig. Chefen behöver ha den insyn som krävs för att kunna stödja och handleda personalen och planera bemanningen. Det är viktigt att uppdraget tydliggörs för personalen så att de inte upplever otillräcklighet och stress, något som kan påverka kunderna negativt.

Det framkommer att följsamheten till riktlinjen gällande delegering är god. Personal som ska delegeras av sjuksköterska genomgår förvaltningens fastställda delegeringsutbildning innan den personliga delegeringen utförs. Personalen känner till deras ansvar att påtala förnyelse av delegering i god tid till delegerande sjuksköterska. Det framkommer att enhetschefen sparar delegeringsbesluten men detta behöver ses över då det finns en osäkerhet om alla är aktuella.

All personal har genomgått förflyttningsutbildning och repetitionsutbildning genomförs varje år. Förflyttningsinstruktörer finns och om mer specifik kunskap behövs i något arbetsmoment tar man hjälp av förflyttningssamordnare.

Personalen och enhetschefen känner till att utbildning behövs inför delegering av PEP mask och tippbräda. PEP mask och tippbräda är inte aktuellt på enheten för närvarande.

#### Delaktighet och inflytande

När en ny kund flyttar in efterfrågar personal hur denne vill ha det och eventuella önskemål. Om kunden själv har svårt att redogöra för detta tillfrågas anhöriga. Personalen uppger att det är viktigt att hitta det som kund tycker om och behöver. Personalen uppger att de är lyhörda mot kund då dennes önskemål kan förändras över tid.

Genomförandeplan påbörjas direkt när kund flyttar in och den fylls på allt eftersom. Välkomstsamtal genomförs inom en till två veckor och där presenteras förslag till genomförandeplan. Genomförandeplanen färdigställs inom fyra veckor efter att kund flyttat in. Uppföljningssamtal genomförs inte enligt enhetschefen, vilket behöver åtgärdas. Genomförandeplanen följs enligt personalen upp en gång per halvår eller vid behov.

Genomförandeplanen kan även följas upp i samband med att biståndsbedömaren följer upp beslut om insatser, en tid efter att kund flyttat in. Personalen uppger att de känner till och följer det som överenskommit i genomförandeplanen.

Samverkan med anhöriga/företrädare sker vid välkomstsamtal, när de besöker kunden eller via telefon. Om kunden inte har någon kognitiv nedsättning sker kontakt med anhöriga först efter samtycke från kund.

#### Arbetsätt och metoder

Personal beskriver att de har ett funktionsbevarande arbetsätt genom att kunderna får göra det de klarar självständigt. För att uppnå kontinuitet i insatserna utgår personalen från genomförandeplan samt att personalen för regelbundna diskussioner i arbetsgruppen i syfte att alla ska göra lika hos kunderna.

Kontaktmannaskap är ett förankrat arbetsätt i verksamheten. För att kunden ska känna sig trygg och respekterad i sitt hem uppger personalen att de knackar på dörr innan de går in samt att de använder namnskyld och tjänste-id.

För att fånga kundens önskemål och behov av aktivitet används levnadsberättelse, välkomstsamtal samt information från kund/anhöriga. Kundernas önskemål om aktivitet dokumenteras enligt enhetschefen i genomförandeplan. Det anordnas i stort sett dagligen någon form av gemensam aktivitet på boendet. Personalen uppger att kunderna dagligen får erbjudande om aktivitet men lyfter att de har svårt att anpassa aktiviteterna som arrangeras på boendet till de yngre kunderna som bor på boendet. Det behöver säkerställas att verksamheten och aktiviteterna anpassas efter de kunder som bor på boendet för att kunna tillgodose deras individuella behov och önskemål.

Boendets ytterdörr är låst, för att ta sig ut behövs en kod samt gå genom dörrar med slussfunktion. I verksamheten arbetar en ”konsult” som bla håller uppsikt vid ytterdörren för att uppmärksamma om någon kund vill gå ut. Dörrarna till avdelningarna hålls öppna under dagtid så att kunderna kan röra sig som de vill inom boendet. Kvällar och nätter är dörrarna till avdelningarna stängda/låsta. Om kund vill lämna avdelning eller boendet försöker personalen avleda kunden, fungerar inte det följer personal med kunden alternativt att kunden får gå själv. Personalen känner till att de inte får neka kunderna att gå ut men tycker det är svårt hur de ska agera när de inte kan följa med. Det finns idag en osäkerhet hos personalen hur de ska hantera situationer där kund vill gå ut från boendet och de inte kan följa med. Detta behöver diskuteras och tydliggöras för personalen för att de ska kunna hantera sådana situationer på ett likvärdigt och bra sätt.

På vårdboendet används trygghetslarm, mattlarm, rörelselarm samt dörrlarm. Personalen känner till vad som gäller kring skydds- och begränsningsåtgärder och vem som bedömer och beslutar om åtgärder. Enligt enhetschefen diskuteras detta och följs upp på enhetsteam. Det finns dock en osäkerhet hos personalen gällande vem som kan samtycka till en sådan åtgärd vilket är något som behöver tydliggöras.

Personal uppger att om de uppmärksammar att någon kund blir utsatt för våld i nära relationer kontaktar de enhetschef direkt. Enhetschefen känner till riktlinjen och instruktionen för detta.

Personalen känner till hur de går tillväga om en patients hälsotillstånd förändras/försämras och uppger att det finns en tydlighet hur man kommunicerar med sjuksköterska i akuta och icke akuta situationer. Personalen kontrollerar alltid blodtryck och tar temperaturen på patienten innan de kontaktar sjuksköterska. Kontaktuppgifter till sjuksköterska finns lätt tillgängliga. Personal och enhetschef känner inte till att det ska finnas ett skriftligt dokument upprättat av sjuksköterska gällande vilka rutiner som gäller vid försämrat hälsotillstånd.

Vid vård i livets slut har personalen en helhetssyn på patienten vilket är en förutsättning för god vård. Personalen och chefen beskriver att de eftersträvar att ordinarie personal sitter vak och att vikarien som sätts in arbetar med andra patienter. Anledningen är att ordinarie personal oftast känner patienten och det skapar större trygghet både för patient och närstående. Omvårdnadspersonalen uppger att de är trygga och har den kompetens som behövs. Den ”palliativa pärmerna” finns på Brattska gården och man arbetar för att det ska finnas en pärm på respektive avdelning.

Den lokala arbetsordningen för läkemedelshantering ska vara tillgänglig och känd på enheten. Enhetschefen uppger att hon inte helt känner till dess innehåll och var den finns att ta del av. Någon ur personalen berättar att den finns på varje avdelning, i en speciell pärm, medan andra känner sig osäkra på var den finns och vad den innehåller.

De basala hygienrutinerna är kända och man uppger att många har bra följsamhet till rutinerna och de kan även redogöra på ett bra sätt vad som ingår i rutinerna. Det framkommer dock att nagellack förekommer och att en del av personalen går hem i arbetskläderna och tvättar därmed kläderna hemma. Att konfrontera en arbetskamrat som inte följer rutinerna är inte enkelt. Hygienombud finns.

Personalen uppvisar god kunskap om hur de ska göra om en patient har ramlat och även hur de går tillväga om en patient faller mer frekvent.

Enheten arbetar med riskbedömningar för fall, trycksår, ohälsa i munnen, undernäring och arbetar även för att förhindra lång nattfasta. Personalen uppger att en del av patienterna har för lång nattfasta. Patienterna blir alltid erbjudna nattmål och man pratar om betydelsen av att minska tidsintervallet.

Kvalitetsregister används. Det finns en osäkerhet hos omvårdnadspersonalen vem som kan lämna samtycke till olika kvalitetsregister.

Demensombud finns och BPSD skattningar görs som i sin tur ligger till grund för bemötandeplan.

Personalen kan på ett bra sätt redogöra för hur de tänker och agerar om en patient uttalar självmordstankar.

### Kvalitetsarbete

Personalen känner till synpunktshanteringen och blanketten lämnas ut till kund/företrädare vid välkomstsamtalet och den finns även tillgänglig på boendet. Personalen känner till innebörden av lex Sarah samt vilka rutiner som gäller. Personalen har lite olika uppfattning om hur ofta de får information om sin rapporteringsskyldighet.

Personalen känner till rutinerna för rapportering av avvikelser och registrerar dem i Treservas avvikelsemodul. Personalen ger exempel på avvikelser både utifrån SoL och HSL. Vid avvikelser gällande läkemedel kontaktas alltid sjuksköterska skyndsamt för åtgärd. Det framkommer att man ser det som mycket fördelaktigt att det finns sjuksköterskor placerade på boendet. Det underlättar samarbetet och åtgärder sätts in snabbare. Enhetschefen diskuterar även avvikelser med sjuksköterska på boendet. Enhetschefen upplever att det kan vara svårt att analysera vissa läkemedelsavvikelser när det gäller allvarlighetsgrad och sannolikhet samt att veta när medicinskt ansvarig sjuksköterska behöver kontaktas.

Avvikelser diskuteras på arbetsplatsträffar och man kommer gemensamt fram till förbättringsåtgärder. Det framkommer inte vid intervjun hur man följer upp åtgärderna och utvärderar.

Risker i verksamheten identifieras och analyser av eventuella risker görs. Det kan handla om risker i lägenheter, riskmoment i arbetet eller hur de boende fungerar tillsammans.

Enhetschefen uppger att hon genom att ta del av och granska genomförandeplanerna följer verksamhetens kvalitet. Den gemensamma berättelsen för vårdboendet utarbetas av verksamhetschefen.

Att patienterna känner trygghet ses som en viktig del i att säkerställa patientsäkerheten.

### Dokumentation

Personalen uppger att de bl.a. dokumenterar avvikelser, information kring kund, aktiviteter samt kontakt med sjuksköterska.

Personalen uppger att de brister när det gäller att dokumentera eventuella åtgärder som vidtagits, att de inte följer upp det som dokumenterats eller dokumenterar vilket resultat eventuella åtgärder gett. Det behöver säkerställas att åtgärder, uppföljning och vilket resultat eventuella åtgärder gett dokumenteras för att kundens situation ska kunna följas.

Enhetschefen uppger att hon sammanfattar och för över personalens daganteckningar till social journal. Övrig dokumentation i social journal uppger enhetschefen är ett förbättringsområde.

### **Förslag på förbättringsåtgärder**

I tillsynen har framkommit förbättringsområden som behöver åtgärdas.

Det behöver säkerställas att bemanningen kontinuerligt följs upp för att säkerställa att den är tillräcklig.

Uppdraget behöver tydliggöras för personalen.

Det behöver ses över och säkerställas att personalen får den kompetensutveckling de behöver utifrån behov i verksamheten.

Det behöver säkerställas att verksamheten och aktiviteter anpassas efter de kunder som bor på boendet.

Det behöver tydliggöras för personalen hur de ska hantera situationer när kund vill gå ut från boendet.

Det behöver säkerställas att den lokala arbetsordningen för läkemedelshantering finns tillgänglig för all personal, är känd i verksamheten och efterlevs.

Det behöver säkerställas att personalen har kunskap gällande samtycke och vem som kan lämna samtycke.

Det behöver säkerställas att alla följer de basala hygienrutinerna.

Det behöver säkerställas att personal och enhetschef känner till det skriftliga dokument som upprättats av sjuksköterska gällande vilka rutiner som gäller vid försämrat hälsotillstånd samt att detta finns tillgängligt på varje avdelning.

Det behöver säkerställas att instruktionen för avvikelseprocessen är helt känd och efterlevs.

Det behöver säkerställas att om osäkerhet finns vid analys av läkemedelsavvikelser ska sjuksköterska alt MAS kontaktas för ställningstagande.

Det behöver säkerställas att åtgärder, uppföljning och vilket resultat eventuella åtgärder gett dokumenteras för att kundens situation ska kunna följas.

En tidsplan för hur verksamheten kommer att arbeta med ovanstående förbättringsområden och åtgärdsförslag ska redovisas till Tillsynsenheten senast den 25 april 2017.

Martina Sundler  
socialt ansvarig samordnare

Linda Rågård  
medicinskt ansvarig sjuksköterska

Christina Millner  
tillsynschef