

**KARLSTADS KOMMUN****VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN****Biståndskontor, Tillsynsenheten****Tillsynsrapport**, 2015-03-20

Birgitta Virén, 054-5405576, 070-5437233

birgitta.viren@karlstad.se

**Tillsyn av vårdboendet Fryken****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. Tillsynen utgår från ett kundperspektiv och baseras på gällande lagstiftning, förvaltningens kvalitetskrav, riktlinjer och värdighetsgarantier.

Tillsyn planeras och utförs enligt fastställd treårs plan där inriktningen är att samtliga enheter ska granskas minst en gång under en treårsperiod. Utöver det som i förväg planerats kan tillsyn genomföras på förekommen anledning eller andra initiativ på ytterligare enheter.

Tillsynsenheten granskar under våren 2015 sex vårdboenden och Fryken är ett av dem.

**Tillvägagångssätt**

Granskningen påbörjades den 13 februari med besök på boendet av två omsorgskonsulenter.

Intervjuer har gjorts separat med enhetschefen och en grupp på fyra personal. De har besvarat frågor utifrån lagstiftning, kvalitetskrav och värdighetsgarantier. Tillsynen omfattar frågeställningar både inom socialtjänst och kommunens hälso- och sjukvård.

Genomgång av social dokumentation, social journal och genomförandeplaner har skett i tjugo slumpmässigt utvalda personakter.

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

Kontroll har skett i sju ärenden angående samstämmigheten i HS- journaler och personalens daganteckningar.

Återkoppling av resultat sker muntligt och skriftligt till enhetschef. Verksamhetschef får del av den skriftliga rapporten som också bildar underlag till Tillsynsenhetens årliga berättelse.

## **Redovisning och bedömning**

### Beskrivning av verksamheten

Vårdboendet Fryken är anpassat för äldre personer med demensproblematik och har 48 lägenheter inklusive två korttidsplatser. Boendet består av två huskroppar med fem avdelningar. Varje avdelning har mellan åtta och elva platser. Vårdboendet är beläget och integrerat i Ruds bostadsområde.

### Personal och kompetens

Enligt chefen är det en stabil personalgrupp som arbetar på Frykens vårdboende. När Kronoparkens sjukhem lades ner 1997 flyttades både boende och personal till Fryken. De flesta i arbetsgrupperna har undersköterskekompetens. Chefen har sin anställning på boendet sedan ett år tillbaka. Hon genomgår för närvarande kommunens chefsutbildning. Hon har valt att gå bredvid ordinarie personal ett dags- och ett kvällspass för att känna på arbetssituationen.

De intervjuade har alla mångårig erfarenhet inom verksamheten. Personalen har tilldelats olika verksamhetsuppdrag som innebär att de får fortbildning och specialkompetens inom särskilda områden. Det finns ombud för hygien, förflyttningsteknik, demens, kost, värdegrunder med mera. Ombuden utbildar i sin tur sina arbetskamrater. Andra uppdrag som finns på enheten är att vara superanvändare i verksamhetssystemet, och en personal som hjälper chefen med administrativa uppgifter. Inom kort kommer chefen att hålla en halvdag med personalen för genomgång av dokumentation, genomförandeplaner och rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah.

Nyanställda får gå bredvid minst två arbetspass. De flesta kommer via bemanningsenheten, och har redan fått viss introduktion. Chefen brukar stämma av med personalen hur det går för den nye. Semestervikarier får utbildning i förflyttningsteknik, brandsäkerhet och läkemedel.

De flesta i personalgrupperna har arbetat länge i verksamheten och kontinuiteten i personalgruppen är därför relativt god. Det har dock varit och är mycket korttidsfrånvaro.

Chefen träffar sin personal ofta då hon som regel går runt på alla våningar dagligen. De har arbetsplatsträffar var tredje vecka. Vid svåra situationer med boende, t ex vid utagerande, är det möjligt att få extra resurser och handledning. Detta har nyligen varit fallet och de har fått hjälp av demenssjuksköterskan och annan personal som är kunnig i demensfrågor. Personalen upplever att de har fått gott gehör från sin chef när de har behövt extra stöd.

När det gäller bemanningen har chefen och personalen något olika uppfattningar. Personalen tycker att de är för få. De uppger att när de arbetar två tillsammans med en kund, så innebär det att de andra blir utan tillsyn den stunden. Ett arbete pågår tillsammans med verksamhetsutvecklare för att organisera arbetstiden bättre med underscheman, vilket man hoppas kommer att innebära att arbetstiden kan disponeras på ett mer effektivt sätt.

### Delaktighet och inflytande

Målsättningen är att kunderna ska bestämma så mycket som möjligt själva i sin tillvaro på boendet, till exempel hur länge de vill sova, vad de ska ha på sig, när de vill äta frukost, om de vill sitta och äta vid ensamt bord, om de vill gå ut, om de vill vara med på gemensamma aktiviteter med mera. De anhöriga brukar vara behjälpliga och berätta hur kunden har velat ha det tidigare.

När en ny kund flyttar in försöker man vara extra uppmärksam på dennes önskemål. Genomförandeplanen påbörjas omgående. Välkomstsamtal bokas in så snart det går, vilket kan vara svårt att få till ibland när anhöriga bor på annan ort. De är därför inte alltid genomförda inom två veckor. Vid detta samtal tar de bland annat upp levnadsberättelsen och genomförandeplanen. Samtliga kunder har en genomförandeplan. Genomförandeplanerna lämnas alltid till chefen för godkännande. Kontaktpersonalen ansvarar för att uppdatering av planen sker minst två gånger per år, vilket inte gjordes till fullo föregående år. Planerna är särskilt viktiga för vikarier, och alla kunder har ett exemplar hemma. Personalen arbetar enligt både dem själva och chefen mest på rutin och kännedom om de boende.

Chefen tycker kontakten med anhöriga fungerar bra. Kontaktpersonalen sköter den huvudsakliga kontakten med sin kunds anhöriga. All personal har genomgått anhörigutbildning.

### Arbetssätt och metoder

Personalens ambition är att arbeta funktionsbevarande. ”Om det så bara är att knäppa en knapp, så ska man inte ta det ifrån dem”. Chefen påminner ofta om detta på APT, då det kan vara frestande för personalen att ta över för att det ska gå snabbare.

Alla kunder har en kontaktpersonal som presenteras vid välkomstsamtalet. Det finns möjlighet att byta om man önskar det.

För att kunderna ska känna sig trygga och respekterade i sina hem brukar personalen knacka på dörren och hälsa när de går in till dem. De bär namnbricka och arbetskläder.

Kunskap om kundens önskemål om aktiviteter inhämtas bland annat genom levnadsberättelser och från anhöriga. Personalen uppger att de testat sig fram och försöker att inte ge upp om det är någon som inte vill delta i några aktiviteter. Det kommer ofta trubadurer och underhåller på boendet, och en kvinna kommer regelbundet och har högläsning. Det finns ett aktivitetsrum där man kan få fotbad eller få naglarna omskötta. När vädret tillåter är de mycket ute på uteplatsen eller går på promenad upp till centrum eller till Blomsterlandet. De boende erbjuds minst en aktivitet varje vecka.

Alla lägenhetsnycklar förvaras i ett låst skåp på kontoret. Pengar och medicin förvaras i skåp i lägenheterna. De boende har kodlås till sina lägenheter, och med något undantag är det samma kod till alla som bor på samma avdelning. Koden står angiven på sidan av låset. Alla dörrar ut är låsta, men om man säger till får man hjälp att gå ut.

Larm finns installerat utifrån den enskildes behov. Samtliga boende har någon form av larm. Sjuksköterskan beslutar om larm efter att behovet tas upp på HS- eller teammöte. De pratar alltid med HS-funktionerna om vilka åtgärder som är viktiga att vidta för kundens säkerhet. Det kan gälla sänggrindar, bälten, brickbord. Personalen känner inte till befintliga riktlinjer om skydds- och begränsningsåtgärder och det förs inte någon etisk diskussion utifrån den.

## Dokumentation

Chefen uppger att hon dokumenterar bland annat de kontakter som hon har med anhöriga. Hon överför personalens daganteckningar så gott som oredigerade till social journal. Hon låter även HS-anteckningar stå kvar, då hon tycker att de hänger ihop med den sociala situationen. Hon har inte hunnit med att göra sammanfattningar så ofta som hon har tänkt; det har blivit fyra till fem gånger under det gångna året. Personalen uppger att de dokumenterar de händelser som innebär avvikelser från genomförandeplanen. De menar att de skulle kunna bli bättre på att dokumentera. Ett arbete pågår nu med att skapa ett mer strukturerat arbetsflöde som ska underlätta för dem.

Det finns en låst låda på kontoret där pappersdokumentation förvaras. I lägenheterna finns en blå mapp för genomförandeplan med mera och en röd mapp för HS-handlingar.

## Granskning av social dokumentation

**Social journal:** I ett några månader nytt ärende saknas aktuell social journal förd på boendet. Endast i en av de granskade journalerna framgår det när insatsen påbörjats. Det framgår inte om och när välkomstsamtal har genomförts. Avvikelser från genomförandeplanen finns dokumenterade, och även att åtgärder har vidtagits vid behov. För det mesta framgår resultat av vidtagna åtgärder i texten. Dokumentationen är utformad med respekt för den enskildes integritet. Det framgår inte i journalen när uppföljning har gjorts av genomförandeplanen. Sammanfattningar i social journal har inte gjorts tillräckligt ofta av enhetschef. I journalen framgår att nattpersonalen dokumenterar noggrant hur kundens sömn och mående har varit nattetid. Dagpersonalen noterar frekvent vilka aktiviteter som erbjudits och gjorts.

**Genomförandeplaner:** Det framgår i samtliga granskade planer när de har upprättats, och i de flesta fall vilka som har deltagit vid upprättandet. I alla utom i fyra framgår att den enskilde eller företrädare har godkänt planen. I fem planer framgår inte när planen ska följas upp eller att den är aktuell. Det framgår i samtliga granskade genomförandeplaner hur och när insatserna ska utföras. I cirka en tredjedel framgår inte den enskildes önskemål om hur insatserna ska utföras. Det framgår i alla utom två vilka önskemål den enskilde har om aktiviteter. I alla utom en finns målsättning angiven för

insatserna. En av de granskade genomförandeplanerna har struktur enligt ÄBIC.

#### Kvalitetsarbete

Oftast inkommer synpunkter på verksamheten muntligt och kan besvaras direkt. Om det kommer skriftliga synpunkter besvaras de av chefen. Det har enligt henne inkommit tre skriftliga synpunkter senaste året, och en av dem hade enbart positivt innehåll. Chefens brukar ta upp inkomna synpunkter på träffar med personalen. De vet att det finns en blankett på nätet som kan användas. Det är oklart om personalen känner till riktlinjen för synpunktshantering.

Personalen känner till att de är skyldiga att rapportera missförhållanden i verksamheten. Chefens har planerat in en förnyad information om rapporteringsskyldigheten närmaste månaden. När personalen upptäcker någon avvikelse i utförandet av insatser går de till chefen som sedan avgör hur de ska gå vidare.

## Hälso- och sjukvård

**Sjuksköterskekontakt:** Sjuksköterskan kontaktas enligt personalen alltid när en kunds tillstånd förändras. Det var lättare att nå henne när de satt i samma byggnad, nu är hon placerad i Ruds centrum. Personalen har regelbundna möten med sjuksköterskan en gång i veckan. En gång i månaden har de teammöte då AT/SG även medverkar.

**Läkemedel:** Personalen har inte kännedom om riktlinjen och instruktioner för läkemedelshantering, men utgår ifrån att de finns på nätet. De får sina anvisningar av sjuksköterskan om hur medicinen ska förvaras, hur signering ska ske i pärmar och doskort som ska stämmas av. Medicinen förvaras i skåp hemma hos kunden. Det är samma nyckel till alla skåp på samma våning.

**Delegering:** Det är sjuksköterskan som ansvarar för att personalen får nödvändig delegering. Det finns ett häfte som ska läsas igenom till den första utbildningen. Personalen håller själva reda på när delegeringen behöver förnyas; det ska ske årligen. Detta görs alltid skriftligt, och det händer att det ges ett kunskapstest innan.

**Hygien:** Kännedom finns inte hos personalen om riktlinjerna för hygien. Det finns två hygienombud på boendet. Både personal och chef uppger att det inte är helt förankrat bland all personal att man inte får ha ringar, nagellack osv. Handskar, handsprit och förkläden finns och används.

**Mun- och tandhälsa:** Personalen har fått utbildning i tandvård av tandhygienist. Riskbedömning görs med hjälp av ROAG och man kommer då fram till åtgärder som är lämpliga. En tandläkare kommer vid behov och de har fasta tider med tandsköterska.

**Hjälpmedel:** Det finns kunskap om vad som är grundutrustning och vad som är personligt förskrivna hjälpmedel. Grundutrustningen har en grön markering. Chefen är osäker på vilka regler som gäller angående sänggrindar.

Vid behov skickas en vårdbegäran till rehabiliteringen. Om den som ordinerat en insats begär det, sker signering av utförandet. Detta händer enligt personalen sällan

**Demensvård:** Riktlinjen om demenssjukdom är inte känd av chef och personal. Alla boende är registrerade i BPSD, men uppföljningen har inte hunnits med. Demensombud finns. För att sprida kunskapen låter chefen annan personal än ombuden besöka årets Demensdagar.

**Kvalitetsarbete:** Arbete med hälsogenomgångar pågår med registreringar och riskbedömningar. Man har bland annat noterat att nattfastan kan bli för lång och de arbetar på att åtgärda detta. Nyligen har det uppstått allvarliga problem med ett trycksår hos en kund, och utredning pågår om hur detta kunde hända. Fallrisken är ett stort och vanligt förekommande problem.

**Vård i livets slutskede:** Chefen menar att det är viktigt att det råder lugn och stillhet runt en person som befinner sig i livets slutskede på boendet. Hon bedömer att personalen är bra på att visa respekt för den enskilde och deras anhöriga. Personalen stöttar varandra i svåra lägen och kontaktar ibland diakonissan. Det framkommer att det finns visst behov av professionellt stöd för personalen i detta sammanhang.

**Avvikelsehantering:** Chefen läser avvikelserapporterna och ger dem vidare till sköterskan, som sedan tar hela ansvaret för hanteringen av dessa. Den intervjuade personalgruppen säger att de inte vet vad som händer med de avvikelserapporter de lämnar. De känner till att medicin har delats till fel person, och detta har rapporterats.

De intervjuade känner till att MAS kan göra anmälan till IVO om det har uppstått en allvarlig vårdskada eller risk för sådan.

**Hälso- och sjukvårdsdokumentation:** Chefen känner till att personalen tar emot nya uppdrag från HS-sidan. Personalen kvitterar vårdplanerna i verksamhetssystemet och byter ut de fysiska dokumenten i den röda mappen. Detta antecknas i daganteckningarna för att kollegorna inte ska missa informationen, men det noteras inte alltid i genomförandeplanerna.

Det framgår i samtliga granskade genomförandeplaner att den enskilde använder någon form av hjälpmedel. I hälften av planerna framgår inte hur man ska arbeta funktionshöjande med kunden.

I de granskade daganteckningarna finns aktuella uppgifter om den enskildes hälso- och sjukvårdsbehov i alla utom fem fall. Kundens hälsotillstånd framgår i alla utom tre genomförandeplaner.

Det framgår i anteckningarna att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har kontaktats vid förändringar av den enskildes tillstånd. Efter kontroll av sju HS-journaler framgår samstämmighet med de noteringar som finns i daganteckningarna angående sjukvårdsbehov och åtgärder.

## **Förslag till åtgärder**

I tillsynen har framkommit förbättringsområden som behöver uppmärksammas för att gällande lagstiftning, kvalitetskrav och värdighetsgarantier ska uppnås.

Följande förslag på åtgärder lämnas:

Det behöver säkerställas att en diskussion förs utifrån befintliga riktlinjer innan bedömning görs om användning av skydds- och begränsningsåtgärder.

Det behöver säkerställas att åtgärder som vidtas vid genomförande av en insats fortlöpande och utan oskäligt dröjsmål dokumenteras i journal. Dokumentationen ska innehålla faktiska omständigheter och händelser som är av betydelse för genomförandet eller uppföljningen av en insats. Hälso- och sjukvårdsanteckningar ska normalt inte föras över till social journal.

Det behöver säkerställas att det i genomförandeplanen framgår om den är aktuell och när den kommer att följas upp. Uppföljning ska ske två gånger per år och vid behov.

Det behöver säkerställas att personalen känner till och tillämpar riktlinjen om vårdhygien.

Det behöver säkerställas att avvikelshanteringen ingår som en del i det systematiska kvalitetsarbetet. Enhetschefen har ansvaret för att se till att det finns förutsättningar för analys och uppföljning.

En tidplan för planerade och vidtagna åtgärder utifrån ovanstående förbättringsområden ska ha inkommit till Tillsynsenheten senast den 13 maj 2015.

Birgitta Virén  
Omsorgskonsulent

**Bilaga:** Bedömningsunderlag tillsyn SoL och LSS