



KARLSTADS KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN
Tillsynsenheten

Karlstad 2014-03-24

Anna Setterström, 054-540 56 59
anna.setterstrom@karlstad.se

Granskning av Granberga vårdboende, våren 2014

Bakgrund

Omsorgskonsulenter har den 14 februari 2014 utfört ett förannmält tillsynsbesök vid Granberga vårdboende. Syftet var att granska verksamhetens kvalitet ur ett kundperspektiv. En gruppintervju med fyra personal, varav en arbetar natt samt intervju med enhetschef genomfördes. Granskning av genomförandeplaner och social journal har utförts. Urvalet bestod i 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

Granberga är ett vårdboende som drivs i kommunens regi. Granberga ligger i Väse och består av tre avdelningar med sammanlagt 25 boendeplatser. Två avdelningar, Rönnen och Eken, är avsedda för personer med demenssjukdom. Avdelningen Linden har platser för personer med ålderdoms- eller kognitiv svikt.

Personal och kompetens

Granberga har totalt 25 fast anställd personal. Personalen har övervägande undersköterskekompetens. Personalens upplevelse är att de har den kompetens som krävs för att klara arbetet. Omsättningen av personal är låg, det finns en ”fast vikarieår” och semestervikarier återkommer oftast från år till år. När det kommer nya medarbetare introduceras de enligt en checklista som enheten själv tagit fram. Introduktionen innebär även bredvidgång på samtliga avdelningar. Introduktionen följs upp av enhetschefen. Vikarier arbetar natt först när de blivit vana att arbeta dag- och kvällsturer. Personalens eventuella behov av kompetensutveckling kommer fram i den dagliga dialogen mellan personal och enhetschef, fångas upp vid arbetsplatsträffar, medarbetarsamtal eller så kan sjuksköterska uppmärksamma vissa behov. En hel del kompetensutveckling genomförs, bl.a. Demens ABC, värdegrund och dokumentation.

Personalen anser att bemanningen är tillräcklig för att kunderna ska få sina behov tillgodosedda om allt flyter på och det är ”en vanlig dag”. Flera kunder behöver dubbelbemanning och flera är också oroliga vilket kan skapa oro hos övriga kunder på avdelningen. När det kör ihop sig prioriterar personalen bort insatser som städning och tvätt för att kunderna ska få sin omvårdnad. Natttid sover de flesta kunder bra men några kan vara vakna och oroliga. På natten arbetar två personal som utgår från var sin avdelning. De cirkulerar mellan avdelningarna varje halvtimme och den avdelning som är lugnast lämnas obemannad. Flera kunder har rörelselarm som signalerar om de går upp och eventuellt behöver hjälp.

Det är viktigt att personalen som arbetar på natten är organiserad så att de kan ha uppsikt över kunderna och se om någon behöver hjälp eller vägledning.

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 genomförandeplan upprättas. Personalen påbörjar oftast genomförandeplanen i Treserva direkt då kunden flyttar in men det kan ta tid att få den färdigställd. Det är sällan planen är färdig inom två veckor. Vid välkomstsamtalet som utförs två-tre veckor efter att kunden flyttat in, stämmer personal av innehållet i planen med kunden och/eller närstående. Uppföljning av genomförandeplan sker i maj och december om inte några större förändringar inträffar däremellan.

Samverkan med närstående och företrädare sker kontinuerligt då de besöker kunden samt vid uppföljning av genomförandeplan.

Värdighetsgarantierna gällande välkomstsamtal och genomförandeplan och behöver aktualiseras och förankras i verksamheten då det inte framkommer om kunden erbjuds ett uppföljningssamtal inom två till fyra veckor efter välkomstsamtalet samt om nyupprättade genomförandeplaner följs upp inom tre månader enligt gällande garantier.

Arbetssätt och metoder

Personalen beskriver att de arbetar funktionsbevarande och försöker få kunderna att göra det som de själva klarar av utifrån sin förmåga. Förflyttningsinstruktörer finns i varje arbetsgrupp och ses av enhetschefen som en stor tillgång i arbetet.

Kontaktmannaskap är ett förankrat arbetssätt i verksamheten. Kunden träffar sin kontaktpersonal flera gånger i veckan. Det går att byta kontaktpersonal om kunden så önskar.

Personalen beskriver att de försöker arbeta på ett sådant sätt att kunden ska känna sig trygg och respekterad. T.ex. ändrar de inte på något i kundens lägenhet, de knackar på och de går fram och hälsar på kunden innan de sätter igång med arbete. De uppger att de inte stressar och att de förklarar för kunden vad de gör i olika situationer samt att de berättar vilken dag och tid det är. Personalen bär namnbrickor och tjänste-ID.

Det finns ett utbud av gemensamma aktiviteter på boendet och kunderna deltar utifrån eget önskemål. De kunder som inte vill eller klarar av att delta i det gemensamma erbjuds alternativ på avdelningen. Det som framkommer av levnadsberättelse och genomförandeplan ligger till grund för de aktiviteter som utförs. Sommartid vistas en del kunder mycket utomhus.

Det finns flera forum där eventuella förändringar i kundernas behov och situation kan diskuteras av berörda professioner. Samverkan runt kund uppges fungera bra.

Boendets ytterdörr är låst nattetid. Samtliga avdelningar är låsta med kodlås dygnet runt. På en avdelning finns koden synlig. På lägenhetsdörrarna används hotellås men vissa lås är inte aktiverade. Personalen känner inte till att det finns en riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder men vet att de inte kan sätta in t.ex. ett larm eller en sänggrind utan att kontakta sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast.

Det behöver säkerställas att personalen har kännedom om riktlinjen för skydds- och begränsningsåtgärder samt att det finns en synlig kod för utpassering vid avdelningsdörrarna.

Social dokumentation

20 ärenden har granskats. Aktuell genomförandeplan finns i 18 ärenden, i dessa ärenden finns även en planering för när uppföljning ska ske. I två ärenden har kunden flyttat in på boendet i början av januari månad och genomförandeplan har ännu inte färdigställts. I dessa planer finns enbart kontaktuppgifter och nattinsatser beskrivna. Av de 18 planer som är färdigställda uppnår 12 planer godkänt resultat utifrån kvalitetssäkringsnyckeln.

Genomförandeplan för de nyinflyttade kunderna behöver snarast färdigställas för att personalen ska kunna tillgodose behoven på ett sätt som kunden har

inflytande över. För att fler planer ska uppnå godkänd nivå behöver det tydligare framgå om kund och/eller företrädare medverkat när planen upprättats samt att kund och/eller företrädare skriver på att de godkänner planen. En del planer behöver också utvecklas när det gäller att beskriva kundens egna önskemål om hur insatserna ska utföras samt kundens eventuella önskemål om aktiviteter.

Social journal finns i samtliga granskade ärenden. Samtliga 20 journaler uppnår godkänt resultat utifrån kvalitetssäkringsnyckeln. Anteckningarna i social journal består i huvudsak av personalens daganteckningar som förts över till journalen med olika tidsintervaller. I flera ärenden har ”sammanfattning” gjorts med 6-9 månaders mellanrum. I några ärenden har enhetschef dokumenterat händelser av betydelse. I de flesta fall går det att följa kundens situation och eventuella förändringar av behoven. Samtliga journaler innehåller anteckningar om hälso- och sjukvårdsinsatser, i större eller mindre omfattning. Denna information kan i vissa fall ha betydelse för insatsernas utförande och kundens situation och behov i sin helhet. Hälso- och sjukvårdsanteckningar ska däremot inte per automatik föras över till den sociala journalen. Granskad dokumentationen är i huvudsak utformad med respekt för den enskildes integritet. Det finns dock några exempel på värderande text, utropstecken samt att versaler använts för att understryka innehållet i det som dokumenterats.

Det är viktigt att dokumentation sker kontinuerligt i den sociala journalen för att ärendet ska kunna följas över tid. Det behöver säkerställas att hälso- och sjukvårdsdokumentation som inte är av vikt för ärendet förs över till social journal samt att det inte förekommer värdeomdömen eller liknande i journalen.

Kvalitetsarbete

Personalen känner till vård- och omsorgsförvaltningens riktlinje för synpunkter. Blanketten för klagomål och beröm finns på varje avdelning enligt personalen och blanketten delas även ut vid välkomstsamtalet. De synpunkter som framförs tas till vara och åtgärdas. Enhetschefen uppger att t.ex. en synpunkt som lämnats in lett till en omorganisation på avdelningen.

Personalen kan ge några exempel på vad som ska rapporteras enligt lex Sarah och vet också hur de ska gå tillväga om de uppmärksammar ett missförhållande eller risk för missförhållande. De har fått information och utbildning gällande lex Sarah men det var några år sedan.

Det behöver säkerställas att personal får information om lex Sarah och sin rapporteringsskyldighet minst en gång per år.

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.

Värdighetsgarantierna gällande välkomstsamtal och genomförandeplan behöver aktualiseras och förankras i verksamheten.

Det behöver säkerställas att personalen har kännedom om riktlinjen för skydds- och begränsningsåtgärder samt att det finns en synlig kod för utpassering vid avdelningsdörrarna.

Genomförandeplanerna behöver utvecklas när det gäller att beskriva kundens egna önskemål om hur insatserna ska utföras samt kundens eventuella önskemål om aktiviteter.

Kundens och/eller företrädarens delaktighet i upprättande av genomförandeplanen behöver framgå tydligare.

Det behöver säkerställas att social journal förs i enlighet med gällande lagstiftning och upprättade riktlinjer.

Det behöver säkerställas att personal får information om lex Sarah och sin rapporteringsskyldighet minst en gång per år.

En tidplan för hur verksamheten kommer att arbeta med ovanstående förbättringsområden och åtgärdsförslag ska redovisas till Tillsynsenheten senast den 5 maj 2014. Tillsynsenheten kommer att följa upp förbättringsarbetet under 2014.

Anna Setterström
omsorgskonsulent

Bilaga

Bedömningsunderlag tillsyn SoL och LSS