

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

Karlstad 2018-01-26

Jennie Halldin, 054-5405576

jennie.halldin@karlstad.se**Tillsyn Granberga 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. Utifrån dessa krav har ett bedömningsunderlag tagits fram som används för att ta ställning till om verksamheten uppfyller kraven.

Tillvägagångssätt

Socialt ansvarig samordnare och medicinskt ansvarig sjuksköterska har genomfört föranmäld tillsyn på Granberga. Intervju med personal (sammanlagt 4 personer) och enhetschef genomfördes den 15 december. Intervju med enhetens sjuksköterska genomfördes den 10 november. Granskning av 15 kunders sociala journal och genomförandeplan har skett. Patientjournal har granskats vilket redovisas till enhetschef för berörd hälso-

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

och sjukvårdsenhet. Observationer av dietist har genomförts som en del i tillsynen, vilket presenteras i en separat rapport.

De områden som granskats är personal och kompetens, delaktighet och inflytande, arbetssätt och metoder, dokumentation samt kvalitetsarbete.

Bedömningen baseras på det som framkommit i intervjuer samt vid besök. Resultatet presenteras under tre olika rubriker.

Detta fungerar bra; där det framgår vad som fungerar bra i verksamheten.

Detta behöver bevakas; som beskriver de delar där verksamheten behöver vara uppmärksam och vid behov vidta åtgärder.

Detta behöver förbättras; tydliggör de delar där förbättring behöver ske och verksamheten ska här vidta åtgärder och redovisa till tillsynsenheten.

Bedömning

Detta fungerar bra

Personalen har den kompetens som krävs för arbetet och det finns fungerande former/rutiner för introduktion av nya medarbetare. Kompetensutveckling erbjuds utifrån behov i verksamheten. Personalen får information om de riktlinjer och instruktioner som styr hur deras arbete ska utföras. Ett nära ledarskap tillämpas, personalen får det stöd de behöver i det dagliga arbetet.Handledning erbjuds vid behov.

Delegeringsprocessen är känd och efterlevs på enheten.

Det finns förutsättningar för kunderna att vara delaktiga och ha inflytande över sina insatser och sin vardag. Personalen utgår från kundernas önskemål och behov i planeringen för när och hur insatserna ska utföras. Verksamheten har ett fungerande arbetssätt gällande välkomstsamtal och det finns former för samverkan med närstående och företrädare.

Enheten arbetar aktivt med förflyttningsinstruktörer och ett funktionsbevarande arbetssätt tillämpas. Arbetet planeras och utförs så att god kontinuitet uppnås. Kontaktmannaskap är ett förankrat arbetssätt i verksamheten. Personalen respekterar kunderna i sitt hem i enlighet med värdighetsgarantierna. Kunderna erbjuds flera aktiviteter varje vecka, framförallt på enhetens café.

Personal känner sig trygga med att de kan ge god och individanpassad vård till den palliativa patienten. Dialog förs med anhöriga om hur de vill medverka/närvara i vården. Personal använder sig av smärtskattningsinstrument vid bedömning av palliativsmärta. Det finns former för samverkan mellan berörda professioner utifrån kundens behov och situation.

Personal vid enheten har god följsamhet till basala hygienrutiner

Personal vet hur de ska gå tillväga om någon uttalar självmordstankar eller om en patients hälsotillstånd försämras.

Enheten arbetar med att göra riskbedömningar, skapa åtgärder och göra uppföljningar gällande fall, trycksår, munhälsa och nutrition och registrerar detta i kvalitetsregistret Senior Alert. Enheten använder även kvalitetsregistret BPSD.

Personalen har kunskap om hur dokumentation ska utföras.

Enheten arbetar för att förbygga risker och oönskade händelser. Personalen har kunskap om förvaltningens synpunktshantering. Personalen känner till sin rapporteringsskyldighet och vet vad som ska rapporteras enligt lex Sarah.

Detta behöver bevakas

Det framkommer att det inte alltid sätts in vikarier vid ordinarie personals sjukdom, vid medarbetarsamtal eller liknande. Dessutom bemannas caféet, som har öppet varje dag kl 14-16 av en personal från en av avdelningarna, vilket innebär att det finns endast en personal kvar på den avdelningen. Det är viktigt att bemanningen planeras och anpassas efter kundernas behov.

Personalen har kunskap om och vet vad som gäller kring skydds- och begränsningsåtgärder och arbetar utifrån det. Det är viktigt att reflektera över de låsta dörrarna på enheten och säkerställa att ingen kund upplever sig vara inlåst på avdelningen.

Det finns möjlighet till extra personal för att kunna erbjuda vak vid livets slutskede. Det är dock inte alltid den ordinarie personalen som känner den palliativa patienten bäst som sitter vak utan det förekommer att vikarier får göra det. Enheten har inte kommit igång med användandet av pärmen ”omvårdnad i livets slut” ännu.

Personal och sjuksköterska arbetar inte alltid i team för individuell utprovning av inkontinenshjälpmedel. Behovet av toalettassistans tillgodoses i verksamheten men dokumenteras inte i genomförandeplanen.

Enhetschef kan vid behov ta hjälp av sjuksköterska vid bedömning av HS avvikelser. Vid risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada ska MAS/MAR kontaktas för ställningstagande till om avvikelser ska rapporteras enligt lex Maria.

Detta behöver förbättras

Det framkommer att det saknas rutiner för hur tillsyn och uppsikt ska ske nattetid. På natten arbetar två personal som sitter på varsin avdelning. En tredje avdelning är obemannad och det varierar vilken avdelning det är, allt utifrån behov hos de aktuella kunderna. Om det inte inkommit något larm kan en avdelning vara obemannad upp till 3,5 h. Det är viktigt att personalen har uppsikt över kunderna för att kunna uppmärksamma eventuella hjälpbehov och inte bara förlitar sig på larm.

Nuvarande sjuksköterska har inte arbetat så länge på enheten och man har inte fullt ut kommit igång med gemensamma arbetssätt. Personalen är erfaren och använder sig sällan av instruktioner från sjuksköterska och kan därför inte redogöra för om de finns. Det är också oklart om det finns någon lokal arbetsordning för läkemedelshantering på enheten.

Det framkommer att instruktion för hur genomförandeplan ska upprättas och följas upp efterföljs på enheten. Personalen ser dock inget behov av att använda planerna i det dagliga arbetet då de har kännedom om kunderna och deras insatser. För att kundens delaktighet och inflytande ska uppnås i praktiken behöver det ses över att de insatser som utförs utgår från det som överenskommit i planerna.

Personalen har kunskap kring avvikelshanteringen när det gäller hälso- och sjukvård dock saknas kunskap om vad mer som skulle kunna vara en avvikelse. Detta behöver diskuteras och tydliggöras så att alla eventuella händelser utreds, åtgärdas och förebyggs och att erfarenheterna på så sätt tas till vara och blir en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Förbättringsåtgärder

I tillsynen har det framkommit förbättringsområden som behöver åtgärdas:

Det behöver säkerställas att det finns rutiner gällande uppsikt av kunder nattetid och att arbetet planeras utifrån detta.

Det behöver säkerställas att personal har kännedom om instruktioner som upprättats av sjuksköterska och att dessa följs.

Det behöver säkerställas att de insatser som utförs utgår från genomförandeplanen för att kundens delaktighet och inflytande ska uppnås i praktiken.

Det behöver säkerställas att personalen har kunskap om avvikelser och hur dessa ska rapporteras.

En tidsplan för hur verksamheten kommer att arbeta med ovanstående förslag på förbättringsåtgärder ska redovisas till tillsynsenheten senast den 23 februari 2018.

Jennie Halldin
socialt ansvarig samordnare

Evelina Sundström
medicinskt ansvarig sjuksköterska

Christina Millner
tillsynschef