



KARLSTADS KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN

Biståndskontor, Tillsynsenheten

Karlstad 2015-04-10

Anna Setterström, 054-540 56 59

anna.setterstrom@karlstad.se

Tillsyn av vårdboende Gruvan

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, värdighetsgarantier och riktlinjer.

Tillsyn planeras och utförs enligt en treårsplan 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 genomför under våren 2015 tillsyn vid sex vårdboenden, varav Gruvan är ett.

Tillvägagångssätt

Omsorgskonsulenter genomförde den 11 mars 2015 ett förannmält tillsynsbesök på vårdboendet Gruvan. Syftet var att granska verksamhetens kvalitet ur ett kundperspektiv. En gruppintervju med fyra personal samt intervju med enhetschef genomfördes och en rundvandring i boendet gjordes. Granskning av genomförandeplaner och social journal har utförts, urvalet bestod av 20 kunder. Frågeformulär och granskningsmallar utifrån förvaltningens kvalitetskrav, värdighetsgarantier och gällande lagstiftning har använts. Dietist har gjort observation av måltidssituationen parallellt med ovanstående granskning. Nedanstående redovisning och bedömning baseras på det som framkommit i intervjuer, vid besök samt vid granskning av social dokumentation.

Redovisning och bedömning

Beskrivning av verksamheten

Gruvan är ett särskilt boende för personer med demenssjukdom. Boendet drivs i kommunens regi. Boendet är beläget i centrala Karlstad, det består av tre avdelningar och inryms i ett hyreshus där det även finns andra hyresgäster. Totalt finns 33 lägenheter jämnt fördelade på de tre

avdelningarna. En L-formad korridor löper genom varje avdelning där gemensamhetsutrymmen i form av matrum och vardagsrum finns i mitten. Det finns två dörrar för in/utgång till varje avdelning. Ett fåtal lägenheter har balkong, i övrigt finns en gemensam innergård/uteplats. Gruvan har funnits sedan 1996 i dessa lokaler.

Personal och kompetens

Personalen består av totalt 21 personer som arbetar dag- och kvällstid och 5 personer som arbetar natt. All ordinarie personal är undersköterskor och har lång erfarenhet av arbete i vård och omsorg. Fortbildning inom demensområdet har erbjudits och eventuella behov av kompetensutveckling fångas upp vid medarbetarsamtal eller i den dagliga dialogen mellan personal och chef. Utbildning sker även via ombudsfunktionerna. Personalen anser att de har den kompetens som krävs för att klara arbetet men några har specialintressen som de önskar fördjupa sig i, t.ex. sårvård.

Personalomsättningen är låg och det är sällan nya medarbetare introduceras. När detta sker t.ex. inför sommarsemestrar följer introduktion en checklista och bredvidgång erbjuds. När vikarier kommer via bemanningsenheten händer det att vikarien aldrig tidigare varit på avdelningen. Enligt personalen blir detta inte alltid bra för kunderna då vikarien inte känner till kunderna och deras behov. Även enhetschefen upplever ett ”glapp” när det inte går att påverka vilka vikarier som kommer.

Bemanningen på Gruvan är fast och utgår från förvaltningens nyckeltal. Det finns möjlighet att sätt in extra personal vid behov. Dagtid arbetar tre personal och på kvällen arbetar två personal på varje avdelning. Det är samma personalstyrka på helgerna. Personalens uppfattning är att de räcker till för att tillgodose kundernas grundläggande behov. De beskriver även att de utför aktivering och utevistelse men att de inte hinner med dessa sysslor i den omfattning de önskar. På natten är det två personal i tjänst som täcker upp på de tre avdelningarna enligt en rutin som säkerställer att ingen avdelning lämnas obemannad längre tid än 30 minuter.

Det behöver ses över att alla vikarier som kommer till enheten har den kunskap de behöver för att kunna tillgodose kundernas behov på ett bra sätt.

Det framkommer att personalen upplever bemanningen tillräcklig men att de skulle vilja ha mer tid för t.ex. aktivering och utevistelse. Det är viktigt att uppdraget tydliggörs för personalen så att de inte upplever otillräcklighet och stress, något som kan påverka kunderna negativt.

Delaktighet och inflytande

Det finns förutsättningar för kunderna att ha inflytande och vara delaktiga i hur deras vård och omsorg utförs, bl.a. genom att genomförandeplan upprättas och levnadsberättelse används. Personalen beskriver att de försöker få kunderna att vara så delaktiga som det är möjligt utifrån sin sjukdom och ”dagsform”. Efter en tid lär personalen känna kunden och känner in hur de vill ha det även om kunden har svårt att själv uttrycka sig. De beskriver även att de gör en avvägning mellan vad närstående tycker och vad de kan läsa av hos kunden och att de är lyhörda för att kundens önskemål kan förändras över tid.

Genomförandeplanen påbörjas när kunden flyttar in. Ett välkomstsamtal genomförs inom två-tre veckor, vid samtalet diskuteras genomförandeplanen

och kontaktpersonal fyller på med information från mötet varefter planen färdigställs. Oftast är genomförandeplanen klar inom fyra veckor. Uppföljningssamtal erbjuds men det är sällan närstående anser att det behövs.

Uppföljning av genomförandeplan sker varje halvår. Personalgrupperna har börjat med att vid varje arbetsplatsträff gemensamt gå igenom två kunders genomförandeplan och ändra om förändringar i behov och insatser skett. Är det stora förändringar informeras närstående/företrädare. När uppföljning gjorts noteras det i daganteckningar. Personalen anser att de arbetar utifrån det som står i genomförandeplanerna men använder inte planerna i det dagliga arbetet. Det är mest vikarierna som har nytta av planerna men det är svårt för dem att få tid att läsa och sätta sig in i allt runt kunderna.

Både personal och chef anser att det finns en fungerande samverkan med närstående och företrädare. Anhörigträffar genomförs årligen. All personal har genomgått utbildning i anhörigvänligt boende.

Det behöver säkerställas att vikarier som arbetar på enheten ges möjlighet att inhämta nödvändig kunskap om kundernas behov och insatser, detta är särskilt viktigt om vikarien inte tidigare varit på avdelningen.

Den ordinarie personalen har god kännedom om kunderna och deras behov. Uppföljning av insatser kan dock inte enbart vara en angelägenhet för personalen. Kunden/företrädaren behöver involveras i större utsträckning vid uppföljning av genomförandeplanen för att ett verkligt inflytande ska uppnås.

Arbetsätt och metoder

Personalen uppger att de har ett funktionsbevarande arbetsätt och att de diskuterar med varandra hur de ska arbeta. Kontaktmannaskap är ett förankrat arbetsätt och kunderna och närstående får veta vem som är kontaktpersonal vid välkomstsamtalet.

Personalen knackar alltid på kundens dörr, säger god morgon och talar om vem de är och vad de ska göra. Kunderna tillfrågas om vad de vill äta och vad de vill ha på sig och personalen beskriver att de är måna om att dagen blir så bra som möjligt för kunden och att de får göra egna val då det är möjligt. Personalen bär namnbrickor och har tjänste-ID.

Kunderna erbjuds en egen aktivitet minst en gång per vecka, alla tillfrågas men det är inte alla som vill och detta respekteras. Vad kunden vill och önskar kommer fram vid välkomstsamtal, genom levnadsberättelse eller utifrån personalens kännedom om kunden. Ibland krockar närståendes uppfattning om kundens behov av aktivitet med hur personalen upplever kundens önskemål. I boendet erbjuds en del gemensamma aktiviteter i form av t.ex. musikunderhållning men enhetschefen betonar även vikten av "den lilla" aktiviteten.

För att komma in till boendet används porttelefon. Avdelningarnas dörrar är alltid låsta. Kodlås finns. Vid rundvandring uppmärksammas att det saknas synlig kod för utpassering. I lägenheterna används s.k. hotellås på dörrarna. Utifrån kundens individuella behov och önskemål är det olika hur de är aktiverade. En del kunder använder även vanlig nyckel till sin lägenhet. Personalen vet att de inte får neka en kund som vill lämna boendet, att gå ut.

Om en kund vill gå ut erbjuder sig personalen att följa med om de har möjlighet, annars avleder de med något.

Personalen har nyligen diskuterat skydds- och begränsningsåtgärder med anledning av att de uppmärksammat behov hos kund. De vet att kunderna måste samtycka till eventuella åtgärder, att de ska användas som ett skydd för kunderna och att det måste bedömas individuellt av sjuksköterskan.

Trygghetslarm används av en del kunder, utifrån behov och förmåga. Säng- och rörelselarm används om behov finns hos kunden, t.ex. vid fallrisk eller då personalen vill "ha koll utan att störa". Samtliga lägenheter är utrustade med ett fast dörrlarm. Larmet aktiveras av personalen för de kunder som är uppegående, framförallt nattetid om personalen anser att det behövs. Det är dokumenterat i genomförandeplanen om dörrlarmet ska användas.

Det finns fler utgångar från avdelningarna och det behöver säkerställas att personalen har den uppsikt som krävs för att uppmärksamma om kunderna behöver hjälp vid någon av dörrarna. Detta för att minimera risken för att någon kund ska uppleva sig inlåst och begränsad. Synliga koder för utpassering saknas vid de låsta dörrarna, vilket behöver åtgärdas.

Det framkommer att dörrlarm finns i samtliga lägenheter och att andra larm används för att signalera eventuella behov av hjälp. Det behöver säkerställas att användandet alltid föregås av en bedömning av relevant profession. Personal och chef behöver också tillsammans reflektera över hur larmen används så att det kan säkerställas att larmen inte inkräktar på kundernas integritet eller används för att ersätta personal.

Det finns flera forum där eventuella förändringar i kundernas behov och situation kan diskuteras. Personal som arbetar natt har inte någon naturlig kommunikation med omvårdnadsansvarig sjuksköterska utan får kommunicera via nattsköterskan. Om kundens behov förändras lyfts detta till berörd profession och ändringar görs i genomförandeplanen vid behov.

Kvalitetsarbete

Det finns en osäkerhet hos personalen när det gäller synpunktshantering. De hänvisar till chefen om det kommer klagomål, dock något som de uppger sällan inträffar. Enhetschef har uppmärksammat denna osäkerhet hos personalen och även genom kund- och brukarundersökningen och kommer under året att tydliggöra hur synpunkter kan lämnas och hanteras.

Även när det gäller lex Sarah finns en osäkerhet hos personalen. De kan ge exempel på någon händelse som skulle kunna vara ett missförhållande och de vet att det finns en blankett för rapportering. De uppger att det var ett tag sedan de fick information om lex Sarah och diskuterade detta. Något som även enhetschef har reflekterat över och därför planerat att ta upp vid vårens planeringsdagar. Det finns viss otydlighet när det gäller kunskapen om lex Sarah hos bemanningens vikarier eftersom det då är två chefer som ansvarar.

Verksamheten har uppmärksammat behov av att repetera hur synpunkter ska hanteras samt vad som gäller enligt lex Sarah bestämmelserna. Det är viktigt att personal får kunskap och förståelse för detta så att synpunkter och händelser rapporteras, tas om hand och används som en del i det systematiska förbättringsarbetet.

Social dokumentation

Personalen dokumenterar i daganteckningar om det som händer kunderna. På någon avdelning finns tid inlagt i underschema för när dokumentation ska ske. Personalen anser att det finns tid att dokumentera. Personalen tar del av det som dokumenterats då de varit lediga. När insatser som dusch och städning utförts noteras detta på separata listor. Enhetschefen uppger att hon regelbundet sammanfattar daganteckningar från personal och för över till social journal.

20 ärenden har granskats, avseende 19 kvinnor och 1 man i åldrarna 79-98 år. Genomförandeplan finns i samtliga ärenden. I 12 planer framgår när de upprättats vilket skett med spridning under åren 2011-2015, varav merparten upprättats hösten 2013. I hälften av planerna finns datum för när uppföljning ska ske, detta datum har i de flesta fall passerats och det framgår inte om någon uppföljning gjorts. I 18 planer saknas uppgift om och när uppföljning av planen har skett och endast i två ärenden framgår att planen är aktuell.

I hälften av planerna framgår inte om kunden eller företrädare medverkat vid upprättandet. Det framgår i 7 planer om någon annan medverkat när planen upprättats. I 16 ärenden har kunden eller företrädare skrivit under att de godkänt planen.

Samtliga planer beskriver när och hur olika insatser ska genomföras men endast i hälften framgår kundens önskemål om hur insatserna ska utföras. Det framgår hur personalen ska arbeta för att bibehålla kundens förmågor samt vilka mål som finns för insatserna. När det gäller kundens behov och önskemål om aktivitet framgår detta delvis, dock ofta beskrivet utifrån "det utbud som finns".

Kundens delaktighet kan öka när det gäller hur insatserna planeras och utförs. Detta kan ske genom att planerna utvecklas när det gäller att beskriva kundens önskemål om hur insatserna ska utföras samt vilka individuella behov och önskemål kunden har om aktivitet och socialt innehåll. Planerna tenderar att bli mer av en arbetsbeskrivning för hur personalen ska arbeta snarare än att vara ett verktyg för att säkerställa kundens inflytande över sin vardag.

Vid granskning framkommer otydligheter när det gäller uppföljning. Många planer har upprättats under 2013 eller tidigare och det är inte alltid möjligt att utläsa om och när uppföljning skett. När uppföljning sker ska detta dokumenteras så att det framgår om planen är aktuell.

Social journal finns i samtliga 20 granskade ärenden. Anteckningarna i social journal består av personalens daganteckningar som varje månad förts över till journalen, endast i något ärende har enhetschef gjort egen anteckning. Anteckningarna innehåller händelser av betydelse och vidtagna åtgärder och det går att följa kundens situation och eventuella förändringar av behoven i samtliga journaler. Samtliga journaler innehåller anteckningar om hälso- och sjukvård, 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. I de fyra ärenden där kunden det senaste året flyttat till Gruvan framgår i 3 ärenden när insatsen påbörjats. I ett av dessa ärenden framgår att välkomstsamtal genomförts. I

sex ärenden framgår att genomförandeplanen har följts upp. Granskade journaler är förda med respekt för den enskildes integritet.

Att välkomstsamtal och uppföljning av genomförandeplan skett är händelser av betydelse som ska dokumenteras i den sociala journalen.

Det behöver säkerställas att endast den hälso- och sjukvårdsinformation som är av vikt för ärendet noteras i social journal.

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:

- Det behöver säkerställas att enhetens vikarier har nödvändig kunskap om kundernas behov och insatser.
- Kundens/företrädarens delaktighet vid uppföljning av genomförandeplan behöver öka.
- Det behöver säkerställas att personal har uppsikt över de låsta dörrarna samt att synlig kod för utpassering finns.
- Det behöver säkerställas att användandet av olika larm alltid föregås av en bedömning av relevant profession.
- Genomförandeplanerna kan utvecklas när det gäller att beskriva kundens önskemål om hur insatserna ska utföras samt vilka individuella behov och önskemål kunden har om aktivitet och socialt innehåll.
- Dokumentation om uppföljning av genomförandeplan behöver förbättras.
- Endast den hälso- och sjukvårdsinformation som är av vikt för ärendet ska noteras i social journal.

En tidplan för hur verksamheten kommer att arbeta med ovanstående förbättringsområden och åtgärdsförslag ska redovisas till Tillsynsenheten senast den 18 maj 2015.

Anna Setterström
omsorgskonsulent

Bilaga

Bedömningsunderlag tillsyn SoL och LSS