



KARLSTADS KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN Tillsynsenheten

Karlstad 2014-05-19

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

Granskning av Gunnerns vårdboende, maj 2014

Bakgrund

Omsorgskonsulenter har den 7 maj 2014 utfört ett förannmält tillsynsbesök vid vårdboendet Gunnern. Syftet var att granska verksamhetens kvalitet ur ett kundperspektiv. En gruppintervju med fem personal varav en arbetar natt samt intervju med enhetschef genomfördes. Granskning av genomförandeplaner och social journal har utförts. Urvalet bestod av 20 kunder som slumpvis valts ut från samtliga avdelningar. 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

Gunnern är ett vårdboende som drivs i kommunens regi. Gunnern ligger i bostadsområdet Rud och består av fyra avdelningar (våningar) med sammanlagt 48 lägenheter. Tre platser finns för korttidsvård/avlastning. Boendet är avsett för personer med demenssjukdom. En lägenhet är uthyrd till ett par och det totala antalet boende var vid tillfället för granskningen 49 personer.

Personal och kompetens

På Gunnern arbetar 40 personal, varav 7 arbetar natt. Personalen har i huvudsak undersköterskekompetens, ett fåtal är vårdbiträden. Många i personalen har lång erfarenhet inom vård och omsorg. Enhetschefen beskriver kompetensen hos personalen som mycket god. Vikarier som kommer via bemanningsenheten kan ha varierande erfarenhet. Semestervikarier rekryteras av enhetschefen och introduceras enligt rutin samt får bredvidgång vid fyra arbetspass. Introduktionen följs upp av enhetschefen genom dialog med personalen. Kompetensutveckling uppmärksammas och erbjuds utifrån behov i verksamheten, t.ex. har samtlig personal genomgått utbildningen Demens ABC. Personalen har uppdrag som ombud för olika områden och erbjuds kompetensutveckling utifrån sin ombudsroll.

Enhetschefen träffar personalen varje dag han är på plats på boendet. Han försöker att alltid finnas till hands för att stötta och handleda personalen utifrån behov som uppstår. Enhetschefen beskriver personalen som självständig, ansvarstagande och kompetent att lösa olika situationer. Kommunikationen med personalen är viktig enligt enhetschefen. Personalen uppger att de uppfattar enhetschefen som en närvarande chef och att de har en bra kommunikation.

Bemanningen är beräknad utifrån en personaltäthet på 0,62. Det finns möjlighet att sätta in extra personal. Detta sker då efter dialog med personalen som signalerar om det behövs men även då det inte längre behövs. ”Det är ett givande och ett tagande” enligt enhetschefen. Enligt personalen kan vissa dagar vara mer köriga och då är det framförallt kundernas oro som inte kan hanteras på ett bra sätt. Personalen anser att dokumentationen tar lite för mycket tid. Natttid arbetar tre personal som roterar mellan de fyra avdelningarna. Även på natten kan arbetsbelastningen variera beroende på kundernas situation och behov. Enligt en intern rutin ska ingen avdelning vara obemannad längre än 30 minuter på natten.

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 levnadsberättelse används och genomförandeplan upprättas.

Enhetschefen ger en inledande information om Gunnern när lägenheten visas. Det blir då ett ”litet välkomstsamtal” direkt. Genomförandeplanen påbörjas omgående när kunden flyttar in och fylls på med information efter hand. Det är svårt att få planen färdig inom två veckor eftersom det tar tid att lära känna kunden. Kunden erbjuds välkomstsamtal med enhetschef, närstående/företrädare, kontaktpersonal, sjuksköterska och eventuellt arbetsterapeut inom två-tre veckor. Kontaktpersonalen ansvarar för att dokumentera i genomförandeplanen och nattpersonalen dokumenterar nattinsatserna. Antingen sitter kontaktpersonal tillsammans med närstående/företrädare och upprättar planen eller så gör kontaktpersonalen planen och närstående/företrädare tar sedan del och skriver under. Enhetschefen ser till att detta blir gjort. Genomförandeplanerna ska revideras två gånger per år enligt

enhetschef. Det är lite olika hur detta sker. Ibland bokas möte med närstående/företrädare eller så gör personalen ändringar och visar sedan för godkännande. Enhetschefen påminner om uppföljning av genomförandeplanerna och personalen berättar att de ska göra uppföljning innan sommaren.

Det är oklart om uppföljningsamtal sker inom två till fyra veckor efter välkomstsamtalet och det behöver följas upp och säkerställas att kund/företrädare erbjuds detta i enlighet med värdighetsgarantin.

Samverkan med närstående och företrädare sker oftast genom kontaktpersonalen. Gemensamma anhörigträffar genomförs samt att närstående är välkomna att vara med vid gemensamma aktiviteter.

Arbetsätt och metoder

Personalen uppger att de arbetar på sådant sätt att kunden själv får utföra det hon/han klarar och anser att det finns tid för att arbeta funktionsbevarande. Kontaktmannaskap är ett förankrat arbetsätt och kunderna får veta vem som är kontaktpersonal vid välkomstsamtalet.

Personalen knackar alltid på kundens dörr, talar om vem de är och vad de ska göra, för att skapa trygghet och förtroende. De beskriver också att de inte flyttar kundens saker utan att först fråga. Om en kund vill ligga kvar i sängen försöker personalen motivera till att stiga upp men det går också bra kunden ligger kvar ett tag. Personalen beskriver att de låter kunden vara delaktig i bl.a. val av kläder genom att presentera flera alternativ. Personalen bär namnbrickor och har tjänste-ID.

Kunderna erbjuds egen aktivitet minst en gång per vecka tillsammans med kontaktpersonalen. Det finns även ett utbud av gemensamma aktiviteter. Närstående kan ofta tipsa om vilka aktiviteter kunden uppskattar och personalen beskriver också att de provar sig fram för att hitta det som fungerar för var och en. Det kan vara allt ifrån att bara sitta och hålla handen till att göra utflykter. Önskemål dokumenteras i genomförandeplanen. Det finns ett utbyte mellan våningarna när det gäller aktiviteter.

Boendets entrédörr är öppen mellan 06.30-16.00. Övriga tider är det låst, framförallt för att hindra obehöriga att ta sig in. Avdelningarnas dörrar till trapphuset är låsta med kodlås, kod finns synlig. På några våningar finns kåpor över knapparna vid hissdörrarna. I lägenheterna används s.k. hotellås på dörrarna. Närstående vill ofta att deras anhörig ska vara ”inlåst” på boendet och det är något som tas upp vid välkomstsamtalet. Några få kunder klarar att gå ut själva. Personalen känner till riktlinjen för skydds- och begränsningsåtgärder och vet att kunden måste samtycka till eventuella åtgärder. 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.

Trygghetslarm finns i alla lägenheter och det finns även möjlighet att ha säng-, rörelse- eller dörrlarm. En individuell bedömning görs av behovet.

Det är alltid kunden som samtycker till att skydds- och begränsningsåtgärder används. Det är viktigt att tydliggöra för närstående, gode män eller förvaltare att de aldrig kan samtycka till eller kräva en åtgärd om detta inte är kundens vilja.

Det finns flera forum där eventuella förändringar i kundernas behov och situation kan diskuteras. Om kundens behov förändras lyfts detta till berörd profession. Personalen tipsar varandra om arbetssätt för att möta kundens förändrade behov.

Social dokumentation

20 ärenden har granskats, avseende 15 kvinnor och 5 män i åldrarna 77-99 år. Genomförandeplan finns i samtliga ärenden. I 18 av ärendena framgår att planen är aktuell. I 16 ärenden finns en planering för när nästa uppföljning ska ske. Av de 20 granskade planerna uppnår 11 godkänd nivå utifrån kvalitetssäkringsnyckeln. Det finns skillnader mellan avdelningarna när det gäller planernas kvalitet.

Det finns några genomförandeplaner som inte har följts upp enligt gällande värdighetsgaranti och det behöver säkerställas att detta sker. När uppföljning skett ska detta dokumenteras så det tydligt framgår att planen är aktuell. De planer som ej uppnår godkänd nivå saknar information om kundens önskemål om hur insatserna ska utföras, kundens eventuella önskemål om aktiviteter samt en beskrivning av det funktionsbevarande arbetssättet. Övriga utvecklingsområden när det gäller genomförandeplanerna är att synliggöra kundens och/eller företrädarens medverkan och godkännande av planen.

Social journal finns i samtliga granskade ärenden. Anteckningarna i social journal består i huvudsak av personalens daganteckningar som förts över till journalen med olika tidsintervaller, de flesta fall flera månader samtidigt. I flera journaler finns inte något dokumenterat sedan februari 2014. Det finns anteckningar från enhetschefens kontakter i ärendet och det framgår att enhetschefen summerat, analyserat och sammanfattat det personalen skrivit. I de fall det varit aktuellt att genomföra välkomstsamtal framgår av journalen att detta skett. Granskad dokumentationen är utformad med respekt för den enskildes integritet.

Det behöver säkerställas att dokumentation sker kontinuerligt i den sociala journalen för att ärendet ska kunna följas över tid.

Kvalitetsarbete

Personalen känner till vård- och omsorgsförvaltningens riktlinje för synpunkter och känner även till blanketten för klagomål och beröm. Blanketten delas ut till alla nya kunder. Synpunkter som kommer till enhetschefens kännedom tas upp och diskuteras med personal och åtgärdas. Ofta kan det handla om missförstånd som

genom en dialog med kunden/företrädaren enkelt reds ut. Det är först när man inte kommer till en lösning som man hänvisar till blanketten.

Personalen kan ge några exempel på vad som ska rapporteras enligt lex Sarah. De känner till blanketten som används och uppger att de går till chefen om de skulle behöva rapportera ett missförhållande eller risk för missförhållande. Lex Sarah diskuteras på APT, enhetsteam och utbildning har genomförts för några år sedan. Verksamhetsområdet för vårdboende sammanställer och diskuterar inträffade händelser regelbundet.

Det är viktigt att synpunkter som framförs hanteras på ett sådant sätt att den kunskap de ger, används i det systematiska förbättringsarbetet. Det behöver säkerställas att personalen 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:

Det behöver följas upp och säkerställas att kund/företrädare erbjuds uppföljningssamtal i enlighet med värdighetsgarantin.

En översyn behöver ske för att säkerställa att genomförandeplanerna är aktuella och följs upp i enlighet med värdighetsgarantin.

Genomförandeplanerna kan utvecklas när det gäller att beskriva kundens önskemål om hur insatserna ska utföras, kundens eventuella önskemål om aktiviteter samt hur personalen ska arbeta funktionsbevarande.

Det behöver säkerställas att dokumentation sker kontinuerligt i den sociala journalen.

Det behöver säkerställas att personalen 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 15 augusti 2014.

Anna Setterström
omsorgskonsulent

Bilaga

Bedömningsunderlag tillsyn SoL och LSS