

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

Karlstad 2016-05-03

Martina Sundler, 054-540 61 60

Linda Rågård, 054-540 55 10

Tillsyn av Hagaborgs 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.

Tillvägagångssätt

Socialt ansvarig samordnare (SAS) och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har genomfört förannmäld tillsyn på Hagaborgs vårdboende. Intervju med enhetschef samt intervju med personal, sammanlagt fyra personer varav en arbetar natt, genomfördes den 5 april 2016. Granskning av 15 kunders sociala journal och genomförandeplan har skett, vilket redovisas i separat rapport. Sjuksköterskas journal har granskats vilket redovisas till enhetschef för berörd hälso- och sjukvårdsenhet.

Nedanstående redovisning och bedömning baseras på det som framkommit i intervjuer med enhetschef och personal.

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

Redovisning och bedömning

Personal och kompetens

SoL

På Hagaborg arbetar 30 omvårdnadspersonal varav sju arbetar nattetid. Merparten av personalen har undersköterskekompetens, några få är vårdbiträden. De som är vårdbiträden har uppmuntrats att vidareutbilda sig till undersköterska. Personalen anser att de har den kompetens de behöver för att klara sitt arbete. Behov av kompetensutveckling fångas av enhetschef i kontakten med personal, på arbetsplatsträffar samt på medarbetarsamtal. Personalen anser att de får den kompetensutveckling de behöver. Nya medarbetare introduceras enligt en checklista, genom bredvidgång tre dagar samt att en handledare i arbetsgruppen utses. Introduktionen följs upp av enhetschef.

Enhetschef träffar personal varje dag hon är på plats på boendet, annars finns hon tillgänglig via telefon eller mail. Personalen uppger att de erbjuds stöd om det inträffat någon svår situation på boendet.

Personalen anser att bemanningen är tillräcklig för att tillgodose kundernas grundläggande behov men att de inte har tid för ”det lilla extra”. Enhetschef har dialog med personalen för att fånga upp om behovet förändras och vid behov sätts extra personal in.

HSL

För att höja kompetensen hos personalen inom ett specifikt område framkommer att enhetschefen bjudit in extern sjuksköterska för information och utbildning. Det finns en vilja hos enhetschefen att sjuksköterska som arbetar på enheten ibland medverkar på arbetsplatsträffar för att ytterligare höja kompetensen hos personalen.

Processen för utbildning inför läkemedels- och insulindelegering är känd och efterlevs. Kopia på delegeringar förvaras hos enhetschef.

Det framkommer att omvårdnadspersonalen inte har tagit sitt fulla ansvar när det gäller att få en förnyelse av sin delegering och följden har då blivit att de arbetat utan en giltig delegering. Det har under de senaste åren inte varit någon kontinuitet bland sjuksköterskor på boendet vilket kan spela en viss roll i detta.

Förflytningsutbildning genomförs årligen.

Delaktighet och inflytande

SoL

Samma dag en ny kund flyttar in har kontaktpersonalen ett samtal med kunden för att efterfråga hur denne vill ha det och eventuella önskemål. Utifrån detta påbörjas kundens genomförandeplan och genomförandeplanen fylls på allt eftersom. Välkomstsamtal genomförs inom två veckor och genomförandeplanen färdigställs efter detta. Personal uppger att genomförandeplanerna oftast färdigställs inom tre veckor. Personalen berättar att de inte alltid arbetar efter det som överenskommit i genomförandeplan, vilket behöver åtgärdas.

Genomförandeplanen följs enligt personalen upp en gång per halvår eller vid behov. Enhetschefen berättar att hon kontrollerar hur genomförandeplanerna följs upp och vid behov påminner personal om detta. Enligt värdighetsgarantin ska nya genomförandeplaner följas upp efter tre månader vilket inte görs i verksamheten idag. Detta behöver åtgärdas så att värdighetsgarantin efterlevs.

Samverkan med anhöriga/företrädare sker efter kundens önskemål. Personalen uppger att kontakt med anhöriga/företrädare sker efter samtycke från kund.

Arbetsätt och metoder

SoL

Personalen beskriver att de försöker arbeta funktionsbevarande hela tiden men att de som personal ibland gör för mycket hos kunderna då det går fortare. Personalen berättar att de ibland hjälper kunderna lite mer för att kunden ska orka vara med på tex aktiviteter.

För att uppnå kontinuitet i insatserna för personalen regelbundna diskussioner i arbetsgruppen i syfte att alla ska göra lika hos kunderna.

Kontaktsmannaskap är ett förankrat arbetsätt i verksamheten. För att kunden ska känna sig trygg och respekterad i sitt hem uppger personalen att de knackar på dörr innan de går in, att de presenterar sig, att de anpassar sig efter kundens önskemål och behov samt att de använder namnskylt och tjänste-id.

Kundens önskemål och behov av aktivitet efterfrågas på välkomstsamtal och i den dagliga kontakten med kund. Det anordnas någon form av gemensam aktivitet på boendet varje dag. Om inte kunden önskar delta i de gemensamma aktiviteterna försöker verksamheten så långt som möjligt erbjuda kunden en egen aktivitet efter önskemål. Enligt personal och enhetschef erbjuds kunderna aktivitet i enlighet med värdighetsgarantin.

Personalen berättar att kunderna själva bestämmer vart och när de ska äta. Kunderna väljer själva om de äter frukost, lunch och middag gemensamt i restaurangen eller i den egna lägenheten. De kunder som är vakna under natten erbjuds något att äta. Verksamheten arbetar aktivt med att förbättra kundernas helhetsupplevelse kring måltiderna.

Det finns en osäkerhet hos personalen om vem som bestämmer och beslutar om skydds- och begränsningsåtgärder vilket behöver tydliggöras för personalen.

Personal uppger att om de uppmärksammar att någon kund blir utsatt för våld i nära relationer kontaktar de enhetschef och sjuksköterska direkt. Enhetschefen känner till riktlinjen och instruktionen för detta.

HSL

Det är känt i verksamheten hur man går tillväga när en patients hälsotillstånd försämras/förändras. Det finns rutiner för hur man kontaktar sjuksköterska/distriktssköterska vid akuta och icke akuta ärenden. Dokument gällande försämrat hälsotillstånd finns upprättat av sjuksköterska och är kommunicerat och känt i verksamheten.

Servicehuset har ett genomtänkt arbetsätt för palliativ vård. Det är ett prioriterat område som man har arbetat med för att patienterna ska erhålla en god vård i livets slutskede. När det gäller kontinuiteten kring personen som befinner sig i vård i livets slutskede så finns det uttalat att det är den ordinarie personalen som ska "sitta vak" och i första hand kontaktpersonen. Man har också skapat speciella "vakteam" med personal som är van att sitta vak.

Den lokala arbetsordningen för läkemedelshantering är inte känd i verksamheten.

De basala hygienrutinerna är kända och efterlevs till stor del. Personalen känner till att arbetskläder ska bytas dagligen eller oftare vid behov men man efterlever inte alltid denna regel. Hygienombud finns men ingen egenkontroll utförs i nuläget.

Det framkommer att man har ett väl fungerande arbetssätt och en god struktur runt riskbedömningar gällande fall, trycksår etc. Kvalitetsregister används.

Personalen har god kännedom hur de ska göra om en kund/patient har ramlat. Enhetschefen får alltid kännedom fall och fallskador på enheten.

Dokumentation

SoL

Personalen uppger att de dokumenterar om något hänt runt kund, om kundens hälsotillstånd försämrats och om kunden tackat nej till en insats. Personalen säger att de sällan följer upp det de dokumenterat eller dokumenterar eventuella åtgärder som vidtas. För att kundens situation ska kunna följas är det viktigt att åtgärder, uppföljning och vilket resultat eventuella åtgärder gett dokumenteras.

Kvalitetsarbete

SoL

Personalen känner till riktlinjen för synpunktshantering och blanketten för klagomål och beröm. Blanketten finns tillgänglig på boendet och den lämnas även ut till kund/anhörig/företrädare när kund flyttar in. Om det kommer några synpunkter får personal kännedom om detta via enhetschefen och tillsammans kommer de fram till åtgärder.

De finns en osäkerhet hos personalen gällande lex Sarah och vilka rutiner som gäller. Personalen uppger dock att de skulle informera enhetschefen. Personalen säger att det var längesedan de fick information om sin rapporteringsskyldighet. Det behöver säkerställas att personal känner till vad som ska rapporteras enligt lex Sarah och hur de ska gå tillväga om de uppmärksammar ett missförhållande.

Enhetschef uppger att händelser som inträffat i verksamheten diskuteras och följs upp på Apt.

HSL

Personalen registrerar avvikelser i avvikelsemodulen förutom fall som registreras i Senior alert. Avvikelser analyseras men ingen speciell metod används. Avvikelser finns som en punkt på varje arbetsplatsträff och när en negativ händelse inträffar diskuterar man hur man skulle kunnat göra istället.

Personalen uppger att de alltid tar kontakt med sjuksköterskan när de upptäcker en allvarlig vårdskada eller om det har funnits en risk för allvarlig vårdskada. När det gäller läkemedelsavvikelser gör oftast sjuksköterskan en åtgärd direkt i samband med avvikelserna. Om chefen tar kontakt med sjuksköterskan i förbättringsarbetet gällande avvikelser framkommer inte vid intervju tillfället.

Förslag på förbättringsåtgärder

I tillsynen har framkommit förbättringsområden som behöver åtgärdas:

Det behöver säkerställas att original på delegering påräknas hos enhetschef årligen i 10 år (samma gäller för ändrade och återkallade delegeringar) enligt riktlinjen för delegering

Det behöver säkerställas att personalen känner till de delar i delegeringsriktlinjen som gäller deras ansvar och att samtlig personal har en giltig delegering

Det behöver säkerställas att personalen arbetar efter det som överenskommit i genomförandeplanen.

Det behöver säkerställas att genomförandeplanen följs upp i enlighet med värdighetsgarantin.

Det behöver tydliggöras för personalen om vem som bedömer och beslutar om skydds- och begränsningsåtgärder.

Det behöver säkerställas att man byter arbetskläder dagligen enligt riktlinjen för vårdhygien, basala hygienrutiner och personalhygien

Det behöver säkerställas att lokal arbetsordning för läkemedelshantering finns tillgänglig, är känd och efterlevs

Det behöver säkerställas att åtgärder, uppföljning och vilket resultat eventuella åtgärder gett dokumenteras för att kundens situation ska kunna följas.

Det behöver säkerställas att personalen känner till vad som ska rapporteras enligt lex Sarah och hur de ska gå tillväga om de uppmärksammar ett missförhållande.

Riktlinjen gällande avvikelshantering och risk- och händelseanalys bör studeras för att sedan vara en hjälp i arbetet med att göra händelseanalyser när en oönskad händelse inträffar

En tidsplan för hur verksamheten kommer att arbeta med ovanstående förbättringsområden och åtgärdsförslag ska redovisas till Tillsynsenheten senast den 2016.

Martina Sundler
socialt ansvarig samordnare

Linda Rågård
medicinskt ansvarig sjuksköterska

Christina Millner
tillsynschef