

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

Karlstad 2015-05-07

Birgitta Virén, 054-5405576

birgitta.viren@karlstad.se

Tillsyn av Källans vårdboende (gruppboendet)**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, riktlinjer och värdighetsgarantier.

Tillsynen planeras och utförs enligt fastställd treårsplan med inriktningen att samtliga enheter ska granskas minst en gång under en treårsperiod. Utöver det som i förväg planerats kan tillsyn genomföras på förekommen anledning eller efter annat initiativ.

Tillsynsenheten granskar under våren 2015 sex vårdboenden och Källans gruppboende är ett av dem.

Tillvägagångssätt

Granskningen inleddes den 19 mars med besök på boendet av två omsorgskonsulenter.

Intervjuer har gjorts separat med enhetschefen och med en grupp på tre personal, två som arbetar dagtid och en nattetid. De har besvarat frågor utifrån ovan relaterade utgångspunkter. Tillsynen omfattar frågeställningar både inom socialtjänst och kommunens hälso- och sjukvård.

Genomgång av social dokumentation, social journal och genomförandepplaner har skett i samtliga åtta personakter.

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

Observationer av MAR och dietist har genomförts vid separata tillfällen, parallellt med denna tillsyn.

Gemensam återkoppling av resultatet sker muntligt och skriftligt till enhetschef i maj månad. Verksamhetschefen får del av den skriftliga rapporten och den bildar också underlag till Tillsynsenhetens årliga berättelse.

Redovisning och bedömning

Beskrivning av verksamheten

Källans vårdboende är beläget i Skåre nästan en mil från centrala Karlstad. Det består av tre huskroppar som inrymmer 34 lägenheter för boende med insatsen hemtjänst och ett gruppboende med åtta lägenheter för personer med demenssjukdom. Vid tiden för tillsynen bor sex män och två kvinnor på gruppboendet. Boendet är bemannat även nattetid med en personal på gruppboendet och två på servicehuset. Sjuksköterskan sitter i samma byggnad och det finns tillgång till sjukgymnast och arbetsterapeut vid behov. Man kan hjälpas åt med personal mellan husen till exempel när det behövs vikarier inför arbetsplatsträffar.

Personal och kompetens

Enhetschefen har arbetat på Källans vårdboende sedan ett år tillbaka. Dessförinnan var hon chef för ett annat vårdboende i nära sex år. Hon har nu personalansvar för mellan 33 -34 anställda. Enligt chefen har samtliga i arbetsgruppen undersköterskeutbildning. Kontinuiteten är god, utifrån att de flesta har arbetat länge på enheten.

I personalgruppen på gruppboendet är de sex stycken och de ligger därmed lite över normen i bemanning. Personalen upplever att bemanningen är god på gruppboendet. Chefen får den hjälp hon behöver med rekrytering av vårdboendets planerare som är placerad i servicehusdelen.

Personalen har tilldelats olika verksamhetsuppdrag där de får specialkompetens t ex inom demens, förflyttning, kost och hygien. Det har funnits önskemål om fortbildning och handledning inom psykiatri, och man har fått möjlighet att anlita en person från kommunens socialpsykiatri. De som kommer nya har fått introduktion från Bemanningseenheten, som efter hand tagit över mer ansvar för introduktionsutbildningen. Ett arbete pågår enligt enhetschefen med att göra en gemensam checklista som kan användas vid introduktion på enheterna. Som nyanställd får man gå bredvid några arbetspass vilket kan utökas vid behov. Chefen följer upp hur det går för de nya. De senast nytillkomna har tidigare arbetat på servicehusdelen. Önskemål om kompetensutveckling kan personalen lägga fram på APT och vid medarbetarsamtal. Personalen uttrycker att de har möjlighet att få den fortbildning de behöver.

Nattpersonalen har APT var sjätte vecka och dagpersonalen var tredje vecka. Chefen finns mestadels tillgänglig på boendet, i annat fall når personalen henne via mail eller telefonmeddelande. Hon finns tillgänglig på telefon även helger och kvällar.

Delaktighet och inflytande

Det finns förutsättningar för kunderna att ha inflytande över hur insatserna utformas och att vara delaktiga i hur insatserna utförs. Delaktighet uppnås i

dialog med den boende. Senaste året har endast en ny kund flyttat in på boendet. Välkomstsamtal erbjuds inom två veckor och dokumenteras när de äger rum. Chefen deltar vid samtalet och kunden erhåller bland annat praktisk information i en mapp. Uppföljningssamtal erbjuds men upplevs oftast överflödigt eftersom en fungerande kontakt mellan anhöriga och kontaktpersonal redan har upprättats.

Alla kunder har en genomförandeplan. Arbetet med planen påbörjas direkt vid inflyttning. Den färdigställs efter välkomstsamtalet eftersom de vill använda de uppgifter som framkommer då. Den är därför inte alltid klar efter två veckor. Planen uppdateras två gånger per år eller oftare. Chefen skriver under planen men i övrigt ligger den huvudsakligen inom kontaktpersonalens ansvar. Personalen arbetar mer efter rutiner och kännedom än efter det som står i planen. Den ger viktig information till vikarier och nya.

När det kommer nya uppdrag, t ex en ny vårdplan, kvitteras det och det inaktuella dokumentet byts ut i kundens mapp. Det görs en notering i daganteckningarna, så att kollegorna inte ska missa den nya informationen.

De senaste åren har man inte anordnat anhörigträffar på boendet. Det finns andra former för samverkan med anhöriga som de tycker fungerar väl. All personal har genomgått Anhörigcentrums utbildning om anhörigvänligt boende.

Arbetssätt och metoder

Personalen upplever att det finns tillräckligt med tid för att man ska kunna arbeta funktionsbevarande på gruppboendet. De har märkt att kunderna klarar av att göra mer själva om de ges tid. Alla kunder har en kontaktpersonal och även en vice. Det är ett väl inarbetat arbetssätt, och kunden träffar sin kontaktpersonal i stort sett dagligen. Om man skulle vilja byta kontaktpersonal, så finns den möjligheten.

För att värna om kundens integritet och visa respekt knackar de alltid på dörren och presenterar sig innan de går in. En sak som de tänker på är att plocka undan utrustning i lägenheten för att den inte ska likna en arbetsplats. De tar hänsyn till kundens individuella önskemål exempelvis om sovtider och duschtider. De bär arbetskläder och namnbricka.

Det förekommer gruppaktiviteter i form av högläsning, kyrkkaffe och trubadurbesök. Många har inte förmåga att uttrycka sina önskemål om aktiviteter, utan de får ta hjälp av anhöriga och levnadsberättelser. De erbjuder minst en aktivitet i veckan. Personalen uppger att de inte är så bra på att notera i Treserva om vilka aktiviteter som har gjorts.

När kundens situation och behov förändras kontaktar de sjuksköterskan eller skriver en vårdbegäran till AT/SG, om det behövs. Behov av skydds- och begränsningsåtgärder tas upp på HS-möte eller enhetsteam. Individuella rörelselarm installeras efter diskussion på teammöten. Beslut om åtgärder fattas i samråd med legitimerad personal på teammöten. Det finns inte direkt kännedom om riktlinjerna för skydds- och begränsningsåtgärder, men arbetssättet harmonierar med innehållet. Det framkommer under intervjun en medvetenhet om vikten av bra dokumentation, så resultatet av en åtgärd kan följas upp.

Fysiska nycklar till kundernas lägenheter används bara undantagsvis, eftersom det finns kodlås. Nycklarna förvaras i låst skåp. Dörrarna ut är låsta, och personalen får vara uppmärksamma på om någon vill gå ut. På sommaren är oftast dörren till den gemensamma altanen öppen, och det finns staket utanför som avgränsar. De egna uteplatserna används inte så ofta och är låsta med nyckel.

Dokumentation

Chefen noterar i social journal de anhörigkontakter hon har. Hon sammanfattar personalens daganteckningar och för över dem till social journal två eller tre gånger per år. Hon tar bort hälso- och sjukvårdsanteckningar men ändrar ingenting i övrigt. Personalen antecknar det som avviker från vardagen, till exempel om kunden tackar nej till hjälp. Skriftlig pappersdokumentation förvaras hos kunden och, något oklart hur och var, på kontoret.

Granskning av social dokumentation

Social journal och genomförandeplaner har granskats i samtliga åtta akter.

Social journal: Samtliga på boendet har en social journal. Det framgår i de flesta journaler när insatsen har påbörjats. I tre av journalerna framgår att välkomstsamtal har genomförts. Händelser av betydelse har noterats i tillräcklig omfattning i sex stycken. Det framgår att åtgärder har vidtagits i fem, men endast i en vilket resultatet har blivit. Dokumentationen är i samtliga fall utformad med respekt för den enskilde. Det framgår inte i något fall i journalen om/när genomförandeplanen har följts upp. Dokumentationen har inte förts kontinuerligt så att ärendena kan följas över tid i journalen. Så kallade hjälptexter är inte borttagna och försvårar läsningen.

Genomförandeplaner: Samtliga boende har en genomförandeplan. Det framgår i samtliga planer när de har upprättats. Det framgår också vem/vilka som har deltagit, och att planen har godkänts av den enskilde eller företrädare. Det framgår i alla utom en plan när och hur insatserna ska utföras. I två av planerna anges hur den enskildes förmågor kan bibehållas eller höjas. I hälften anges den enskildes behov och önskemål om aktiviteter. Målen för insatserna framgår i alla planer. Endast i två finns en planering för uppföljning av planen. Det framgår inte i någon plan om den är aktuell. Genomförandeplanerna är inte sparade och är därmed inte tillförda personakten, vilket bör göras.

Det finns brister i den sociala dokumentationen. I journalen ska framgå vilka åtgärder som har vidtagits och av vem, faktiska omständigheter eller händelser av betydelse som har inträffat och om en handling av betydelse har inkommit eller upprättats. Dokumentationen ska ske fortlöpande och utan skäligt dröjsmål. Det ska framgå i genomförandeplanen hur man kan arbeta funktionsbevarande. Det ska framgå om genomförandeplanen är aktuell och när den ska följas upp.

Kvalitetsarbete

Synpunkter och klagomål hanteras enligt gällande riktlinje. Personalen känner till att den finns men har inte tagit del av den på länge. De vänder sig till chefen när de får eller själva har synpunkter på kvaliteten i arbetet. Chefen tar upp inkomna synpunkter med personalen på APT. De informerar kunden/företrädaren var blanketten för synpunkter finns i ledningssystemet, och den ligger också i informationsmappen som delas ut. De uppger att de anhöriga huvudsakligen är nöjda med omvårdnaden och att de sällan får klagomål.

Sociala avvikelserapporter är inte så vanligt förekommande som medicinska. Sjuksköterskan hanterar medicinska avvikelser. Chefen känner till att ansvaret för avvikelshantering blir tydligare formulerat i och med införandet av avvikelsemodulen.

Det finns kännedom om anställdas rapporteringskyldighet gällande missförhållanden, och personalen har fått utbildning av verksamhetsutvecklaren. Som en följd av chefsbyte med mera har information om lex Sarah inte skett senaste året. De känner till att det finns blanketter för rapportering i ledningssystemet. Personalen delges även de rapporter som har gjorts på servicehuset och vilka åtgärder som vidtagits. De upplever att de har en trygghet sinsemellan i personalgruppen och kan tala med varandra om hur de utför sitt arbete.

Det behöver säkerställas att information ges minst en gång per år till personalen om anställdas rapporteringskyldighet.

Hälso- och sjukvård

Sjuksköterskekontakt

När kundens tillstånd förändras kontaktas vid behov sköterskan eller görs en vårdbegäran till AT/SG. Omvårdnadspersonalen har möten med sköterskan en gång i veckan. En gång i månaden har de teammöte då även AT/SG deltar.

Läkemedel

Angående läkemedelshantering hänvisar chefen till den lokala arbetsordningen som sköterskan implementerar hos personalen. Personalen uppger att de får den information de behöver från sjuksköterskan. De känner också till att riktlinjerna finns i förvaltningens ledningssystem på kommunens hemsida. De uppger att de signerar och att de hinner ge medicin inom rätt tidsintervall.

Delegering

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter sker alltid skriftligt. Mestadels ges ett kunskapstest av sköterskan innan delegeringen förnyas. Den nuvarande sköterskan har sett till att få träffa all personal för genomgång. Muntlig delegering har skett någon gång när situationen har varit akut och då i nära stöd och samråd med sköterskan vid utförandet.

Hygien

Personalen har en pärm på kontoret, där de kan slå upp gällande riktlinjer om vårdhygien. De har hygienombud som ger kollegorna påminnelser om riktlinjerna. De uppger att de använder handskar, förkläden, handsprit och att de inte bär smycken på arbetet.

Mun- och tandhälsa

Personalen har fått utbildning i munhälsa. De hjälper kunderna med tandborstning morgon och kväll. Munhälsobedömning görs en gång per år och tandläkare kontaktas vid behov. Enligt chefen fanns inte tillfälle att ta emot tandhygienisten i höstas, så det återstår.

Hjälpmedel

Personalen känner till skillnaden mellan grundutrustning och individuellt förskrivna hjälpmedel. Plombering sker av sänggrindar. Enligt personalen behövs ordination för att öppna den, utom när kunden själv uttrycker önskemål. De använder sänggrind mot väggsidan utan ordination, och den har då funktionen av handtag. Det händer att AT/SG ordinerar insatser, men de brukar inte få begäran från dem om signering efter utförande. Det finns en aktiv dialog mellan dag- och nattpersonal när nya hjälpmedel provas.

Omarbetning av förvaltningens riktlinjer för skydds- och begränsningsåtgärder är under omarbetning och ny version kommer inom kort att finnas i ledningssystemet.

Demensvård

Kännedom finns inte om riktlinjen för demenssjukdom. De arbetar aktivt med BPSD och de har demensombud. De diskuterar på APT hur de ska följa upp riskbedömningarna som görs.

Kvalitetsarbete

Än så länge ligger det mest inom sköterskans ansvar att hantera avvikelser. Man brukar använda APT för lärande om hur man kan förhindra att oönskade händelser upprepas. Personalen har kännedom om att MAS kan göra anmälan till IVO vid allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada.

Vård i livets slutskede

Chefen bedömer att personalen har god kompetens när det gäller vård i livets slutskede. De tar stöd av varandra och även av sköterskan när de behöver det. De har som rutin att ta in extra personal så att en ordinarie personal kan sitta vak. Det förekommer en diskussion med andra boenden om metoder och förhållningssätt på detta tema.

Avvikelsehantering

Det görs relativt få rapporter om avvikelser på boendet. En avvikelsemodul är under installation, vilket innebär att enhetschefens ansvar för hanteringen av HS-avvikelser kommer att bli tydligare.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

I personalens daganteckningar framgår den enskildes hälso- och sjukvårdsbehov i samtliga fall. Det framgår i anteckningarna att legitimerad HS-personal har kontaktats vid förändringar av den enskildes hälsotillstånd. HS-avvikelser är noterade i samtliga ärenden.

Förslag till åtgärder

Det behöver säkerställas

Att personliga handlingar förvaras säkert enligt bestämmelser om sekretess.

Att faktiska omständigheter eller händelser av betydelse som har inträffat framgår i den sociala journalen och vilka åtgärder som har vidtagits och av vem.

Att dokumentationen i social journal sker fortlöpande och utan skäligt dröjsmål.

Att det framgår i genomförandeplanen om den är aktuell och när den ska följas upp.

Att det framgår i genomförandeplanen hur man kan arbeta funktionsbevarande.

Att information ges minst en gång årligen till de anställda om deras rapporteringsskyldighet.

En beskrivning och tidsplan över hur verksamheten kommer att arbeta med ovanstående förbättringsområden ska ha inkommit till Tillsynsenheten senast den 2 juni 2015.

Bedömningsunderlag som använts enligt SoL i tillsynen bifogas.

Birgitta Virén
Omsorgskonsulent