

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

Karlstad 2017-10-06

Martina Sundler, 054-540 61 60

Linda Rågård, 054-540 55 10

Tillsyn av Oskarslund enhet 1**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 Oskarslund enhet 1. Intervju med enhetschef samt intervju med personal (sammanlagt 4 personer) genomfördes den 13 september. Intervju med enhetens sjuksköterska genomfördes den 28 september. Granskning av 15 kunders sociala journal och genomförandeplan har skett. Patientjournal har granskats vilket redovisas till enhetschef för berörd hälso- och sjukvårdsenhet. Observationer av dietist har genomförts som en del i tillsynen, vilket presenteras i en separat rapport.

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

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 kompetens och det finns fungerande former/rutiner för introduktion av nya medarbetare.

Ett nära ledarskap tillämpas, personalen får det stöd de behöver i det dagliga arbetet.Handledning erbjuds vid behov.

Bemanningen bedöms vara tillräcklig för att tillgodose kundernas behov. Bemanningen planeras och anpassas efter kundernas behov

Delegeringsprocessen är känd på enheten.

Det finns många förflyttningsinstruktörer och det finns ett fungerande arbetssätt för kunskapsspridning inom förflyttningsområdet.

Kunderna är delaktiga och har inflytande över sina insatser och sin vardag. Det är kundernas önskemål och behov som styr när och hur insatserna ska utföras. Verksamheten har ett fungerande arbetssättet gällande genomförandepplan och välkomstsamtal.

Ett funktionsbevarande arbetssätt tillämpas i verksamheten.

Kontaktmannaskap är ett förankrat arbetssätt i verksamheten.

Personalen respekterar kundernas hem genom att knacka på dörren innan de går in till kund. Personalen använder namnskylt och tjänste-id.

Personalen har kunskap och vet vad som gäller kring skydds- och begränsningsåtgärder. Personalen är trygga i hur de ska hantera situationer om kund vill lämna boendet. Personalen arbetar aktivt för att ha så god uppsikt över kunderna som möjligt.

Det finns former för samverkan mellan de olika professionerna.

Kunderna får erbjudande om aktivitet varje vecka. Aktiviteterna på enheten anpassas efter kundernas intressen och förmågor.

Det beskrivs klart och tydligt hur man går tillväga när en patients hälsotillstånd förändras.

Enheten eftersträvar att den personal som är mest känd för kunden sitter vak vid vård i livets slutskede.

Den lokala arbetsordningen för läkemedelshanteringen är känd och tillgänglig.

De basala hygienrutinerna är kända och en god följsamhet beskrivs. Hygienombud finns.

Enheten arbetar systematiskt och aktivt med riskbedömningar för fall, trycksår, nutrition och ohälsa i munnen. Registreringar görs i kvalitetsregistret Senior alert.

Enheten arbetar aktivt med BPSD registret och använder resultaten i det dagliga arbetet.

Det finns ett fungerande teamarbete när det gäller individuell utprovning av inkontinenshjälpmedel och det finns tid att tillgodose individuella behov av toalettbesök.

Det beskrivs tydligt hur personalen hanterar kunder som uttalar självmordstankar.

Detta behöver bevakas

Enhetschefen och personalen har olika uppfattningar om hur kompetensutveckling, utifrån behov i verksamheten, tillgodoses.

Det framkommer inte fullt ut hur väl insatt personalen är vid omhändertagandet av en kund i livets slutskede. Hur hanterar man och ställer sig till kundernas olika kroppsliga och själsliga behov?

Personalen känner till sin rapporteringsskyldighet och de vet vad som ska rapporteras enligt lex Sarah. Det framkommer dock att syftet är oklart för dem.

Det framkommer att nattpersonalen inte alltid har tid att läsa dokumentationen innan de börjar utföra insatserna vilket kan innebära risker för kunderna.

Detta behöver förbättras

Personalen saknar kunskap om/känner inte till att det finns riktlinjer och instruktioner som styr hur deras arbetat ska utföras eller vart dessa finns.

Det framkommer inte hur man arbetar för att förebygga lång nattfasta eller om kontroller av nattfasta görs regelbundet. Däremot beskrivs att vakna kunder erbjuds nattmål.

Det saknas dokumentation i genomförandeplanen när det gäller kundens individuella behov/önskemål om toalettbesök.

Personal dokumenterar inte resultat av åtgärder som vidtagits.

Personalen saknar kunskaper gällande förvaltningens synpunktshantering.

Personalen saknar kunskap om vad som är en avvikelse, hur avvikelser ska rapporteras och vem som ska rapportera.

Det finns en osäkerhet hos chefen när det gäller bedömning av avvikelser allvarlighetsgrad och hur man agerar när det funnits en risk för allvarlig vårdskada eller när det skett en allvarlig vårdskada.

Det framkommer inte tydligt hur enheten arbetar aktivt med ett systematiskt kvalitetsarbete.

Förbättringsåtgärder

I tillsynen har framkommit förbättringsområden som behöver åtgärdas:

Det behöver säkerställas att personalen har kunskap om att det finns riktlinjer och instruktioner och var dessa finns.

Nattfasta bör kontrolleras regelbundet och man behöver ha rutiner för att minska nattfastan i de fall detta behövs.

Kundernas individuella toalettbehov ska dokumenteras i genomförandeplan.

Det behöver säkerställas att personalen uppfyller sin skyldighet att dokumentera.

Det behöver säkerställas att personalen känner till förvaltningens synpunktshantering.

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

Riktlinjen för avvikelshantering ska följas gällande bedömning av avvikelser allvarlighetsgrad och sannolikhet för att de ska inträffa igen.

Beskrivning av hur enheten arbetar för att följa upp verksamhetens kvalitet bör redovisas.

En tidplan för hur verksamheten kommer att arbeta med dessa förbättringsåtgärder ska redovisas till tillsynsenheten senast den 4 december 2017.

Martina Sundler
socialt ansvarig samordnare

Linda Rågård
medicinskt ansvarig sjuksköterska

Christina Millner
tillsynschef

Bilaga
Bedömningsunderlag