



**KARLSTADS KOMMUN**

## **VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN**

### **Biståndskontor, Tillsynsenheten**

Karlstad 2016-11-23

Martina Sundler, 054-540 61 60

Linda Rågård, 054-540 55 10

## **Tillsyn av Pelargårdens 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 kund/patientperspektiv samt att följa upp att god och säker vård bedrivs. Gällande lagstiftning (SoL 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 gällande Pelargårdens vårdboende. Intervju med enhetschef samt intervju med personal, sammanlagt fyra personer varav en arbetar natt genomfördes den 12 oktober 2016. Granskning av 15 kunders sociala journal och genomförandeplan har skett, vilket redovisas i separat rapport.

Intervju med enhetens sjuksköterska genomfördes den 10 oktober 2016 och journalgranskning av sjuksköterskornas dokumentation har även gjorts i samband med detta. Detta redovisas till berörd enhetschef för hälso- och sjukvården.

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

### **Redovisning och bedömning**

#### Personal och kompetens

På Pelargården arbetar 28 personal, av dessa arbetar sex personal natt. Merparten av personalen har undersköterskekompetens, några få är vårdbiträden. Personalen anser att de har den kompetens som krävs för att utföra sitt arbete. Om behov av kompetensutveckling uppstår signalerar

personalen till chef. Enhetschefen har kännedom om vilka behov av kompetensutveckling personalen har. Personalen uppger att de får den kompetensutveckling de behöver.

Personalen känner till att riktlinjer och instruktioner finns på Solsidan. Enhetschef informerar personalen på Apt om det kommer nya riktlinjer eller instruktioner som berör verksamheten.

Nya medarbetare introduceras genom bredvidgång med en erfaren personal vid två till tre arbetspass samt genomgång av checklistan för introduktion. Enhetschef följer upp introduktionen.

Ett nära ledarskap tillämpas och enhetschefen har god insyn i verksamheten.

Om det uppstår en svår situation eller liknande i det dagliga arbetet försöker personalen reda ut det själva. Om ytterligare stöd behövs så kontaktar de enhetschef eller sjuksköterska. Det finns möjlighet till handledning vid behov.

Personalen anser inte att bemanningen är tillräcklig under dag och kväll. De uppger att de hinner med kundernas grundläggande behov så som omvårdnad och måltider men att de inte alltid hinner med städning. Personalen uppger att de ofta är stressade och att detta påverkar kunderna negativt då de blir oroliga. Personalen säger att nattpersonalen får utföra det som inte hunnits med under kvällen och att det känns ”jobbigt” att lämna över uppgifter.

Det framkommer att personalen är ambitiösa och att de ställer höga krav på sig själva vilket gör att de upplever otillräcklighet och blir stressade. Uppdrag, ansvar och ambitionsnivå behöver diskuteras med personal så att kunderna inte påverkas negativt.

Processen gällande läkemedelsdelegering är känd. Personal som ska delegeras av sjuksköterska genomgår förvaltningens fastställda delegeringsutbildning innan den personliga delegeringen. Personalen känner till deras ansvar att påtala förnyelse av delegering i god tid till delegerande sjuksköterska. Det framkommer att enhetschefen sparar delegeringsbesluten enligt riktlinje.

All fast anställd personal har genomgått förflyttningsutbildning, repetitionsutbildning genomförs varje år. Utbildning erbjuds om det finns ett uttalat behov. Förflyttningsombud finns. Var sjunde vecka har man även återkommande förflyttningsmöten.

Utbildning inför delegering av PEP mask har genomförts där det varit aktuellt. Tippbräda är inte aktuellt för närvarande på enheten.

#### Delaktighet och inflytande

Inför att en ny kund skall flytta till Pelargården åker blivande kontaktpersonal och träffar kunden i hemmet eller på resurscentrum för att presentera sig, skapa en relation med kunden och höra efter vilket behov av stöd kunden har. Utifrån detta besök påbörjas genomförandeplanen. När kunden har flyttat in fylls genomförandeplanen på allt eftersom. Välkomstsamtal hålls inom två veckor och där gås genomförandeplanen igenom med kund och/eller anhörig. Genomförandeplanen färdigställs inom två veckor. Personalen uppger att de känner till och följer det som överenskommit i planen.

Uppföljning av genomförandeplan sker tre månader efter välkomstsamtal och därefter två gånger per år eller vid behov.

Enhetschef träffar alltid anhöriga i samband med lägenhetsvisning och välkomstsamtal. Både enhetschef och personalen beskriver att de har regelbunden och god kontakt med anhöriga/företrädare, efter samtycke från kund. Oftast sker mötena spontant i vardagen, när anhöriga kommer och hälsar på sina närstående. En gång per år bjuds anhöriga in till gemensam träff.

#### Arbetsätt och metoder

Personalen beskriver att de har ett funktionsbevarande arbetsätt. Kunderna får göra det de klarar på egen hand. Vikten av att arbeta funktionsbevarande lyfts och diskuteras regelbundet på apt.

Personalen arbetar aktivt med att alla ska jobba lika för att uppnå kontinuitet i utförandet av insatserna. Att all personal inkl vikarier arbetar efter genomförandeplanen ses som ett viktigt verktyg för att uppnå god kontinuitet i insatserna.

Kontaktmannaskap är väl förankrat i verksamheten. För att kund skall känna sig trygg och respekterad i sitt hem så uppger personalen att de alltid knackar på dörren, använder namnskylt samt att de har ett bra bemötande.

För att fånga kundens önskemål och behov av aktivitet används levnadsberättelse samt välkomstsamtalet. Personalen uppger att målet är att göra det kunderna är intresserade av. På enheten är det två personal som enbart arbetar med aktiviteter och på varje våning är det en personal som är extra ansvarig för aktiviteter. Kunderna får nästan dagligen erbjudande om någon form av aktivitet.

Kundernas behov och önskemål gällande måltider tillgodoses bland annat genom att kund själv får välja var hen vill sitta och äta. I allmänna utrymmet eller mer tillbakadraget. Enhetschef beskriver att en restaurang-känsla eftersträvas genom att maten serveras på ett trevligt sätt. Kunderna som är vakna nattetid erbjuds något att äta.

På enheten är entrédörren samt dörrarna till respektive avdelning låst, dörrarna till avdelning har kodlås. Samtliga lägenhetsdörrar är försedda med kodlås vilka sedan en tid tillbaka är urkopplade vilket innebär att kundernas dörrar är olåsta dygnet runt. Det är viktigt att det inte är personalens behov som avgör detta utan att det är utifrån kundens egna önskemål.

Trygghetslarm, rörelselarm samt dörrlarm används för närvarande på enheten. Personalen känner till vem som bedömer och beslutar om skydds- och begränsningsåtgärder och regelbundna diskussioner förs på Apt och enhetsteam. Det finns dock en osäkerhet hos personalen om vem som kan samtycka till en sådan åtgärd 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.

Personalen känner till hur de går tillväga när en patients hälsotillstånd förändras/försämras och uppger att det finns en tydlighet hur man kommunicerar med sjuksköterska i akuta och icke akuta ärenden. Kontaktuppgifter till sjuksköterska finns.

Personal och enhetschef känner inte till att det ska finnas ett skriftligt dokument upprättat av sjuksköterska gällande vilka rutiner som gäller vid försämrat hälsotillstånd. De känner inte heller till om det finns något dokument upprättat gällande läkarkontakt men man vet vilka rutiner enheten har.

Ett forum för samverkan runt patient/kund är de hälso- och sjukvårdsmöten som de har med sjuksköterskan varje vecka.

Vid vård i livets slut har personalen en helhetssyn på patienten vilket är en förutsättning för god omvårdnad. Man arbetar tillsammans runt patienten och för diskussioner över professionsgränserna. Ibland är även omvårdnadspersonalen med vid brytpunktssamtalen. Vid vård i livets slutskede beskriver personalen och chefen att de eftersträvar att ordinarie personal sitter vak och att vikarien som sätts in arbetar med andra patienter/kunder. Anledningen är att ordinarie personal oftast känner patienten och det skapar större trygghet både för patient och närstående. Omvårdnadspersonalen uppger att de är trygga och har den kompetens som behövs men välkomnar ytterligare kompetensutveckling inom området. Har bra samarbete och stöd av sjuksköterska dag- och nattetid.

Den lokala arbetsordningen för läkemedelshantering är inte känd hos personalen men enhetschefen känner till denna och uppger att den finns i en pärm. De basala hygienrutinerna är kända och man uppger att rutinerna följs och kan även redogöra på ett bra sätt vad som ingår i de basala hygienrutinerna.

Personalen uppvisar god kunskap om hur de ska göra om en patient har ramlat och även hur de går tillväga om en patient faller mer frekvent.

Enheten arbetar med riskbedömningar för fall, trycksår, ohälsa i munnen, undernäring och arbetar även för att förhindra lång nattfasta. Kvalitetsregister används. Det finns en osäkerhet hos omvårdnadspersonalen vem som kan lämna samtycke till olika kvalitetsregister.

Demensombud finns och BPSD skattning har gjorts i något enstaka fall där det varit aktuellt.

Omvårdnadspersonalen kan på ett bra sätt redogöra för hur de tänker och agerar om en patient uttalar självmordstankar.

#### Kvalitetsarbete

Personalen känner till riktlinjen för synpunkter och blanketten finns tillgänglig på varje avdelning på boendet. Om personalen får muntliga synpunkter till sig hänvisar de till synpunktsblanketten. Inkomna synpunkter hanteras och åtgärdas på enheten.

De finns en osäkerhet hos personalen gällande lex Sarah och vilka rutiner som gäller. Personalen uppger dock att de skulle informera enhetschefen. Enligt enhetschefen har personalen under året fått genomgång av lex Sarah. 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.

Personalen känner till rutinerna för rapportering av avvikelser och registrerar in dem i Treservas avvikelsem modul och vid avvikelser gäller läkemedel kontaktas alltid sjuksköterska skyndsamt för snabb åtgärd. Sjuksköterska

kontaktas också alltid vid allvarlig vårdskada, eller om det funnits risk för allvarlig vårdskada.

Avvikelse diskuteras på arbetsplatsträffar och personalen kommer med förslag till åtgärder och känner sig delaktiga i förbättringsarbetet på enheten. Uppföljning och utvärdering är också en del i arbetet.

Risker i verksamheten identifieras och analyser av eventuella risker görs. Egenkontroll görs inom olika områden regelbundet.

#### Dokumentation

Personalen uppger att de bla dokumenterar om kundens hälsotillstånd förändras, information kring kund, aktiviteter och om kunden haft besök. Personalen berättar att de börjat skriva månadssammanfattningar kring varje kund. Personalen uppger att de dokumenterar vilka åtgärder som vidtagits och även resultat. Personalen poängterar vikten av att det ska gå att följa den röda tråden i dokumentationen.

### **Förslag på förbättringsåtgärder**

I tillsynen har framkommit förbättringsområden som behöver åtgärdas:

- Det behöver säkerställas att den lokala arbetsordningen för läkemedelshantering finns tillgänglig för all personal, är känd i verksamheten och efterlevs
- Det behöver säkerställas att personalen har kunskap gällande samtycke och vem som kan lämna samtycke.
- Det behöver säkerställas att personalen känner till lex Sarah och hur de ska tillväga om de uppmärksammar ett missförhållande.

En tidsplan för hur verksamheten kommer att arbeta med ovanstående förbättringsområden och åtgärdsförslag ska redovisas till Tillsynsenheten senast den 5 januari 2017.

Martina Sundler  
socialt ansvarig samordnare

Linda Rågård  
medicinskt ansvarig sjuksköterska

Christina Millner  
tillsynschef