

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

Karlstad 2015-06-17

Martina Sundler, 054-540 61 60

martina.sundler@karlstad.se

**Tillsyn av Resurscentrum 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. Tillsynen utgår från ett kundperspektiv och baseras på gällande lagstiftning, förvaltningens kvalitetskrav, värdighetsgarantier och riktlinjer.

Tillsyn planeras och utförs enligt en treårsplan där inriktningen är att samtliga enheter ska granskas minst en gång under en treårsperiod. Utöver det som i förväg planerats kan tillsyn genomföras på förekommen anledning eller andra initiativ på ytterligare enheter.

Tillsynsenheten genomför under 2015 tillsyn vid sex vårdboenden, varav Resurscentrum är ett.

**Tillvägagångssätt**

Omsorgskonsulenter genomförde den 4 maj 2015 ett föranmält tillsynsbesök på Resurscentrum vårdboende. Syftet var att granska verksamhetens kvalitet ur ett kundperspektiv. En gruppintervju med sex personal samt intervju med enhetschef genomfördes. Granskning av genomförandeplaner och social journal har utförts, urvalet bestod av 20 kunder. 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 dokumentation.

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

### Beskrivning av verksamheten

Resurscentrum är ett vårdboende för personer med demenssjukdom samt personer med omfattande omvårdnadsbehov. På Resurscentrum finns även avdelningar för korttidsvård. Boendet är beläget i stadsdelen Viken i centrala Karlstad och drivs i kommunens egen regi. Vårdboendet består av fyra våningar med 11 lägenheter på varje. En L-förmad korridor löper genom varje avdelning där gemensamhetsutrymmen i form av matrum, köksdel och tv-rum finns i mitten. På varje våning finns även en balkong vid tv-rummet.

### Personal och kompetens

På Resurscentrum arbetar ca 50 omvårdnadspersonal varav nio arbetar nattetid. Drygt hälften av personalen har undersköterskekompetens och övriga är vårdbiträden eller saknar relevant utbildning. Personalen anser att de har den kompetens som krävs för att klara arbetet. Eventuella behov av kompetensutveckling fångas upp genom utvecklingssamtal samt på APT och erbjuds utifrån behov i verksamheten.

Enligt enhetschef introduceras nya medarbetare genom bredvidgång två arbetspass samt genom central introduktion för nyanställda som ordnas i förvaltningen. Introduktionen följs sedan upp av enhetschef.

Enligt personal har det varit hög omsättning av personal på boendet. Det händer ofta att det är vikarier inne i verksamheten, även nattetid. När det är många olika vikarier inne i verksamheten påverkar detta kunderna på så sätt att de blir oroliga enligt personalen. Personalen uppger att det inte är ofta vikarien gått bredvid innan de arbetar. Det är sällan vikarier hinner läsa kundernas genomförandeplaner, de får i stället muntlig information från ordinarie personal om vad som ska göras hos kund. Enligt personalen har inte alla vikarier behörighet att komma in i datorerna och de kan därmed inte dokumentera eller läsa det som tidigare dokumenterats.

*Det behöver säkerställas att vikarier får en tillräcklig och ändamålsenlig introduktion så att de har kännedom om kunderna och deras behov. Det framkommer att vikarier inte hinner läsa kundernas genomförandeplaner och de har heller inte alltid tillgång till dokumentation kring kunderna. Det behöver säkerställas att vikarier har de förutsättningar som krävs för att utföra arbetet.*

På våningarna arbetar tre personal dagtid, två personal kvällstid och på helgerna är det två personal i tjänst dag och kväll. Nattetid är det tre personal som arbetar på vårdboendet samt på våningen för korttidsvård.

Personalen anser inte att bemanningen är tillräcklig, de säger att de hinner utföra allt hos kund men att de inte har tid med det lilla extra. Personalen uppger att de har som målsättning att samtliga kunder ska ha fått frukost och mediciner innan klockan 10.00. På boendets fyra våningar finns även två personalresurser som går utöver ordinarie bemanningen på våningarna. Resurserna finns för att hjälpa till där behov finns samt vid sjukfrånvaro.

*Det framkommer att personalen inte upplever bemanningen tillräcklig, att de inte hinner med det lilla extra för kund. Det är viktigt att uppdraget tydliggörs för personalen så att de inte upplever otillräcklighet och stress, något som kan påverka kunderna negativt.*

### Delaktighet och inflytande

När enheten får en ny kund efterfrågar personal hur denne vill ha det och vilka önskemål kunden har. Personalen uppger att kunderna själva

bestämmer när de ska komma upp, när de ska lägga sig, vilka kläder de ska ha på sig och vilken mat de ska ha. Välkomstsamtal genomförs oftast inom en till två veckor efter att kund flyttat in. Kontaktpersonalen påbörjar genomförandeplanen inom två veckor och planen färdigställs så fort som möjligt. Kunden och/eller anhörig/företrädare får då läsa igenom och skriva på planen. Enligt personalen är det en nyinflyttad kund som saknar genomförandeplan. Genomförandeplanerna följs upp två gånger per år, ändringarna som görs är ofta utifrån det som kommit fram vid enhetsteam. Om det är några stora förändringar i genomförandeplanen kommuniceras detta med kundens anhörig/företrädare. Omvårdnadspersonalen meddelar även nattpersonalen om det sker förändringar i genomförandeplan. Personalen uppger att de känner till och arbetar efter det som överenskommit i genomförandeplanen.

*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 välkomstsamtal genomförs, genomförandeplan upprättas och kontaktmannaskap tillämpas.*

*Det behöver säkerställas att genomförandeplan påbörjas och följs upp i enlighet med värdighetsgarantin. Det behöver även säkerställas att kund/anhörig/företrädare erbjuds uppföljningssamtal i enlighet med värdighetsgarantin.*

Samverkan med anhöriga/företrädare sker via telefonsamtal eller när de besöker kunden, vid uppföljning av genomförandeplan och om kundens hälsotillstånd förändras. I kundens genomförandeplan framgår det hur och när anhörig/företrädare vill bli kontaktad.

#### Arbetssätt och metoder

Personalen beskriver att de arbetar funktionsbevarande på så sätt att kunderna får göra det de klarar på egen hand. Personalen säger att det är viktigt att kunderna är delaktiga i det som görs. Kontaktmannaskap är ett förankrat arbetssätt i verksamheten. Kunden får kännedom om vem som är kontaktpersonal vid välkomstsamtalet. Kunden träffar sin kontaktpersonal flera gånger varje vecka och möjlighet finns att byta kontaktpersonal om kunden önskar.

För att kunden ska känna sig trygg och respekterad i sitt hem uppger personalen att de ringer/knackar på dörr innan de går in, att de hälsar, inte ändrar på saker i kundens hem samt att de använder namnskylt och tjänste-id.

Personalen erbjuder kunderna någon form av aktivitet dagligen. Vilka behov och önskemål kunden har angående aktiviteter efterfrågas på välkomstsamtalet och i den dagliga kontakten med kund. Personalen dokumenterar detta i kundens genomförandeplan.

Om kundens behov och situation förändras kontaktas relevant profession så som sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut.

Avdelningarnas dörrar är låsta med kodlås. Det saknas synliga koder vid dörrarna på några avdelningar. I lägenheterna används s.k. hotellås på dörrarna. På vårdboendet används trygghetslarm, sänglarm samt dörrlarm utifrån en individuell behovsbedömning. Det framkommer att de är många

kunder som har rörelselarm och dörrlarm på boendet och att det tidigare varit personal som bestämt vilka kunder som ska ha larm. Ett omfattande arbete har påbörjats på boendet för att komma till rätta med detta. En genomgång görs av samtliga larm och bedömning och beslut om larm fattas av sjuksköterska. Enhetschefen har haft genomgång och diskussion om detta med personalen på Apt. Personalen uppger vid intervjun att de känner till att det är sjuksköterskan som fattar beslut om larm. Det framkommer att nattpersonalen sätter på dörrlarm för säkerhets skull för att ha koll.

*Det framkommer att personal tidigare avgjort/beslutat vilka kunder som ska ha larm på boendet. Ett arbete har startat på boendet för att säkerställa att bedömning och beslut om larm sker av rätt profession. Det framkommer dock att personal fortfarande gör egna bedömningar gällande hur larm används vilket behöver åtgärdas.*

*Synliga koder för utpassering saknas vid några av de låsta dörrarna, vilket behöver åtgärdas.*

Personal berättar att det finns kunder på boendet som kommer och går som de själva önskar. Detta finns dokumenterat i genomförandeplan. Om någon kund, som inte klarar att gå ut på egen hand, vill lämna boendet försöker personalen avleda kunden. Personalen uppger att det på en avdelning finns en kund som ständigt står vid ytterdörren samt drar i dörren och väntar på att få gå ut. Vid rundvandringen på boendet står kunden i korridoren och vill följa med ut.

*Det är viktigt att personal har ett sådant arbetssätt att de uppmärksammar, kan avleda och så långt som möjligt förebygga att situationer uppstår där kund upplever sig instängd.*

#### Kvalitetsarbete

Personalen känner till vård- och omsorgsförvaltningens riktlinje för synpunkter och vart blanketten för synpunkter finns. Personalen uppger att de hänvisar till blanketten och/eller till enhetschef när någon har synpunkter. Blanketten för synpunkter lämnas ut till kund/anhörig/företrädare vid välkomstsamtalet. Synpunkter som kommer till enhetschefens kännedom tas upp och diskuteras med personal och åtgärdas.

Personalen känner till innebörden av lex Sarah samt vilka rutiner som gäller. Personalen ger relevanta exempel på vad som ska rapporteras enligt lex Sarah. Personalen uppger att chefen tar upp lex Sarah och deras rapporteringsskyldighet på utvecklingssamtalen.

#### Social dokumentation

En kund saknar genomförandeplan varpå 19 genomförandeplaner har granskats.

Det framgår i 18 planer när den upprättades, 17 av planerna är upprättade/färdigställda mellan den 22 april och 1 maj 2015. En genomförandeplan saknar datum helt. Det framgår i nio planer om kund och/eller företrädare deltog vid upprättandet och i tre framgår det om någon annan deltagit. Det framgår i 18 planer att kund och/eller företrädare godkännt planen. Det framgår i 18 planer när och hur insatser ska utföras och i samtliga planer framgår målsättning med insatserna. I nio planer saknas en beskrivning av kundens önskemål om hur insatserna ska utföras. I tre planer saknas en beskrivning av vad kund klarar att utföra på egen hand. Kundens önskemål och behov av aktivitet framgår i 15 planer, dock kan detta utvecklas i några planer. I 18 planer framgår en planering för uppföljning och det framgår i 18 planer att den är aktuell.

*Det behöver säkerställas att kundens önskemål om hur insatserna ska utföras, vad kunden klarar på egen hand samt önskemål och behov av aktivitet framgår i samtliga genomförandeplaner. Om kunden och/eller företrädare deltagit vid upprättande ska även framgå i planerna.*

Social journal finns i samtliga 20 granskade ärenden. Journalerna består mestadels av personalens anteckningar som förts över till journal, i några journaler har enhetschef dokumenterat sina kontakter i ärendet. I 19 journaler framgår inte när insatsen påbörjats. Av 18 journaler där det varit aktuellt framgår endast i tre journaler att välkomstsamtal genomförts. Händelser av betydelse är dokumenterade i de flesta journaler men det saknas ofta en beskrivning av vilka åtgärder som vidtagits. Det framgår i tre journaler att genomförandeplanen följs upp.

Det är överlag få anteckningar kring det sociala runt kund, det är övervägande dokumentation gällande hälso- och sjukvård i journalerna. Denna information kan i vissa fall ha betydelse för insatsernas utförande och kundens situation och behov i sin helhet. Hälso- och sjukvård ska däremot inte dokumenteras per automatik i den sociala journalen.

Det är endast i fem journaler dokumentationen har förts kontinuerligt så att det går att följa ärendet över tid. I flera journaler saknas det dokumentation under flera månader, allt från två månader upp till sex månader. I en journal saknas det dokumentation mellan maj 2014 och februari 2015. När det blir så stora luckor i dokumentationen är det svårt att följa ärendet över tid.

I en journal har ingen dokumentation förts på sex månader, sedan kunden flyttade in på boendet. I en journal har ingen dokumentation förts på 10 månader och i två andra inte på fyra månader. I en journal har personalens anteckningar förts över till journal från november 2013 till oktober 2014 i ett svep. I tre journaler har personalens anteckningar förts över till journal från november 2014 till mars 2015.

I fem journaler är inte dokumentationen förd i kronologisk ordning. I de journaler där dokumentation förts är denna till stor del utformad med respekt för den enskildes integritet. I fyra journaler finns förstärkande och värderande ord samt utropstecken dokumenterade.

*Det behöver säkerställas att social journal förs enligt gällande lagstiftning och riktlinje.*

### **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 säkerställas att vikarier får en tillräcklig och ändamålsenlig introduktion.

Det behöver säkerställas att vikarier har de förutsättningar som krävs för att utföra arbetet.

Det behöver säkerställas att användandet av olika larm alltid föregås av en bedömning av relevant profession.

Det behöver säkerställas att kund/anhörig/företrädare erbjuds uppföljningssamtal i enlighet med värdighetsgarantin.

Det behöver säkerställas att genomförandeplan påbörjas och följs upp i enlighet med värdighetsgarantin.

Det behöver säkerställas att kundens önskemål om hur insatserna ska utföras, vad kunden klarar på egen hand samt önskemål och behov av aktivitet framgår i samtliga genomförandeplaner.

Det behöver säkerställas att social journal förs i enlighet med gällande lagstiftning och riktlinje.

En tidsplan för hur verksamheten kommer att arbeta med ovanstående förbättringsområden och åtgärdsförslag ska redovisas till Tillsynsenheten senast den 31 augusti 2015. Tillsynsenheten kommer att följa upp förbättringsarbetet.

Martina Sundler  
omsorgskonsulent