

**KARLSTADS KOMMUN****VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN**

Karlstad 2022-11-11

SAS

MAS

MAR

Dietist

Tillsynsrapport Ruds trygghetsboende**Bakgrund**

Tillsynsenheten följer kontinuerligt upp kvaliteten i förvaltningens egna verksamheter 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 kundperspektiv samt följa upp att god och säker vård och omsorg bedrivs.

Gällande lagstiftning, 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 (SAS), medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) samt dietist har genomfört förannmäld tillsyn vid Ruds trygghetsboende. Intervju med enhetschef genomfördes den 20 oktober samt därtill med två personal den 20 oktober. Intervju med arbetsterapeut och fysioterapeut genomfördes den 11 oktober 2022 och intervju med patientansvarig sjuksköterska genomfördes den 17 oktober 2022.

I samband med tillsynen har granskning av social journal och genomförandeplan skett av 15 slumpvis utvalda kunder. Granskning har även skett av patientjournaler, signeringslistor, daganteckningar för 12 patienter. Därtill granskning av avvikelser samt synpunkter registrerade mellan perioden 1 januari 2022 till 15 september 2022.

Vidare genomförde SAS samt dietist den 28 september 2022 en oanmäld observation på trygghetsboendet. Observationen genomfördes över hela huset mellan ca kl. 7.00–12.00. Observationsguider som utgår från förvaltningens kvalitetskrav, riktlinjer, värdighetsgarantier och gällande lagstiftning användes. Vid observationen fokuserade dietist på måltidssituationen. SAS har därtill den 17 oktober 2022 även genomfört 12 kundintervjuer på trygghetsboendet.

De områden som granskats är personal och kompetens, delaktighet och inflytande, arbetsätt och metoder, dokumentation, delegerad och ordinerad hälso- och sjukvård samt kvalitetsarbete. Bedömningen baseras på det som framkommit i intervjuer, vid observationer samt granskning av dokumentation. Resultatet bedöms utifrån följande tre olika rubriker:

Fungerar bra; där det framgår vad som fungerar bra i verksamheten.

Behöver bevakas; som beskriver de delar där verksamheten behöver vara uppmärksam och vid behov vidta åtgärder.

Behöver förbättras; tydliggör de delar där förbättring behöver ske och verksamheten ska här vidta åtgärder och redovisa till tillsynsenheten.

Resultat

Personal och kompetens

Fungerar bra

I intervju med personal och enhetschef framkommer att personalen har den kompetens som krävs för arbetet, merparten är utbildade undersköterskor och kompetensutveckling erbjuds utifrån behov i verksamheten. Bemanningen beskrivs vara tillräcklig för att tillgodose kundernas individuella behov.

Introduktion av nya medarbetare sker enligt fastställda rutiner och man använder sig av en checklista och anpassar introduktion efter behov och följer upp introduktionen enligt personal och enhetschef. Vidare framkommer att alla nya medarbetare får en handledare.

Ett nära ledarskap tillämpas och personalen får stöd i det dagliga arbetet. Enhetschef deltar på varje morgonmöte på vardagar och träffas i verksamheten alla vardagar i veckan enligt personal och är alltid tillgänglig via telefon och e-post samt gruppleddare finns tillgänglig och personal stöttar varandra i olika situationer som uppstår i arbetet. Vid verksamhetens operativa team ges tillfälle att lyfta ärenden som behöver hanteras och det finns samverkan mellan berörda professioner utifrån kundens behov. Därtill former för samverkan med närstående och företrädare.

I intervjun med personal framkommer att det finns en kunskap kring vilka riktlinjer och anvisningar som styr hur deras arbete ska utföras och personalen har kännedom om att de finns i vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem. Av enhetschef framkommer att nya riktlinjer och anvisningar går igenom på APT och operativa-team.

Delaktighet och inflytande

Fungerar bra

Kundernas delaktighet säkerställs genom att välkomstsamtal genomförs i verksamheten i samband med inflyttning och enhetschef beskriver att kontakt tas med anhöriga och tidigare utförare. Personalen beskriver att de enskildas önskemål framgår i genomförandeplanerna vilket kan bekräftas vid granskning av den sociala dokumentationen. Det finns möjligheter till gemensamma aktiviteter och kunderna beskriver att det också finns möjlighet till promenader och att personalen är flexibla och lyhörda inför önskemål.

Behöver bevakas

Flera kunder framför under intervjuerna att de inte alltid träffar sin kontaktman en gång per vecka, dock har de kännedom om vilka de har. Av enhetschef framkommer vid intervju att ett arbete kommer påbörjas där kontaktmannaskap ska utvecklas. Enligt värdighetsgarantin ska kund på trygghetsboende få träffa sin kontaktman minst en gång per vecka, vilket gör att detta område bör bevakas.

Dokumentation**Fungerar bra**

De genomförandeplaner som granskats, som är aktuella, håller en god kvalitet. De beskriver tydligt när och hur insatserna ska utföras och den enskildes delaktighet och önskemål framkommer i merparten av planerna.

Samtliga granskade ärenden har en social journal och händelser av betydelse finns dokumenterade, likaså vidtagna åtgärder. Dokumentationen förs kontinuerligt så att ärendet kan följas över tid.

Behöver bevakas

Personalen kan beskriva vad som ska dokumenteras och läser dokumentationen vid varje arbetspass. Det saknas dock information om att genomförandeplan följs upp i hälften av de granskade journaler. Vid granskning framkommer att det i vissa ärenden finns ett behov av en månadssammanfattning då det endast är ett fåtal korta anteckningar varje månad.

Av personal framkommer att genomförandeplanen inte fullt ut används i det dagliga arbetet utan att man främst använder sig av planeringsverktyget TES för att utläsa vilken hjälp kunden ska ha. Detta område bör bevakas för att kundernas inflytande och individuella önskemål kring sin hjälp ska kunna upprätthållas i det dagliga arbetet.

Behöver förbättras

Vid granskning av genomförandeplaner så framkommer att 5 av 15 planer inte är aktuella, det vill säga att de inte har upprättats eller följts inom sex månader. I granskningen uppmärksammas även två ärenden där kunder bött, på trygghetsboendet i över en månad och ingen genomförandeplan har upprättats på denna tid.

Arbetsätt och metoder**Fungerar bra**

Majoriteten av kunderna beskriver att de känner sig trygga på boendet och med hjälpen de får och beskriver att de får ett respektfullt bemötande av personalen.

Det finns rutiner gällande larm och prioritering av larm som är kända och som följs. Vid kundintervjuer framkommer att kunderna upplever att svarstiderna över lag fungerar bra vilket även bekräftas vid observation.

Enhetschef och personal beskriver också ett funktionsbevarande arbetsätt när de beskriver hur de arbetar med kunderna vid utförande av omvårdnadsinsatser.

Under stora delar av dagen finns trivselvärd i den gemensamma matsalen. Vid måltidsobservationen är stämningen i matsalen trivsam. Trivselvärden tar sig tid att småprata med samtliga kunder samt ställa frågor om måendet och vad kunden önskar äta och dricka. Trivselvärden initierar även samtal där flera kunder involveras och får på så vis i gång samtal även kunder emellan.

Behöver bevakas

Under kundintervjuerna framkommer att personalen oftast respekterar att de arbetar i kundernas hem. Dock framkommer det under observation och kundintervjuer att det förekommer att personal pratar och planerar arbetet sinsemellan som inte rör kunden man är inne hos. Det framkommer även vid några tillfällen att personal inte ger sig till känna för båda kunderna vid besök hos make par.

Vid kundintervjuer framkommer att restaurangen ibland upplevs som rörig av kunderna då arbetssättet hos personalen inte skapar en lugn miljö. Kunder beskriver att personalen ibland ”ropar” till andra kunder under måltiderna i allmänna utrymmen. Verksamheten bör vara uppmärksamma på att det inte bara blir personalens arbetsplats. Personalen kan öka kvalitén genom att så långt som möjligt skapa en lugn och trivsam miljö i allmänna utrymmena genom att tänka på detta.

Vid måltidsobservationen i matsalen framgår att personal tar upp beställning av kunderna vid borden och återkommer med en dukad bricka. Det framkommer i intervju av personal att det finns vissa svårigheter att arbeta funktionsbevarande i matsalen då kunderna förväntar sig en viss service. Det observeras dock att kunder får haklappar utan att ha tillfrågats först. Det är viktigt att reflektera över om detta arbetssätt alltid baseras på kundernas förmågor och önskemål eller om det skulle kunna individanpassas i högre utsträckning.

Vid observation uppmärksammas att kundernas besök fram till lunch utförs av flera olika personal. Planeringen av besöken bör så långt som möjligt utföras med kunden i fokus för att god kontinuitet kan uppnås.

Behöver förbättras

Det framkommer att personalen brister i sin kunskap om vad som gäller kring skyddsåtgärder. Det finns en osäkerhet på enheten vad som kan ses som en sådan åtgärd och vem som kan samtycka till en sådan åtgärd. Det framkommer även vid granskning av den sociala dokumentationen att information gällande skyddsåtgärder saknas i flera genomförandeplaner.

Verksamheten bör reflektera över vilka arbetssätt som används då det vid observationen uppmärksammas att kundernas benämns med sina lägenhetsnummer i stället för deras verkliga namn. Vid intervju med enhetschef framkommer att detta arbetssätt grundar sig i att man vill skydda kunden och värna om sekretessen.

Vidare framkommer under observation att kundernas integritet inte alltid är i fokus då det vid flera tillfällen uppmärksammas att personlig omvårdnad utförs med öppna toalettdörrar hemma hos kunderna.

Delegerad och ordinerad hälso- och sjukvård

Fungerar bra:

Det finns en fungerande samverkan mellan enhetschef, personal och legitimerad personal. Professionerna träffas tillsammans på operativt team och sjuksköterska finns närvarande på enheten alla vardagar.

Delegeringsprocessen är känd och efterlevs på enheten. Ny personal genomgår en utbildning i infocaption och träffar därefter sjuksköterska för individuell genomgång. Ordinarie personal omdelegeras oftast i samband med apt. Vid mer avancerade delegeringar som tex insulin eller hantering av Parkinson pump är sjuksköterska med ute hos kund och gör den delegerade uppgiften tillsammans med personal tills alla känner sig trygga i utförandet. Enhetschef använder delegeringsmodulen vid schemaläggning.

Personal vet vad de ska göra om en kunds hälsotillstånd förändras. Sjuksköterska kontaktas och i en akutsituation där sjuksköterska inte är anträffbar tillkallas ambulans. All personal på enheten kan ta vitala parametrar i form av puls, blodtryck och andningsfrekvens och utför alltid kontrollerna innan de ringer till sjuksköterskan. Personal för en god dokumentation i daganateckningar om händelse av betydelse HSL.

Personalen kommunicerar även förändrat hälsotillstånd till arbetsterapeut och fysioterapeut vilket gör att kunden har rätt utprovade hjälpmedel och att mobilisering kan ske.

Enheten arbetar med riskbedömningar i kvalitetsregistret Senior alert. Riskbedömning görs årligen på alla kunder på enheten och om ny kund flyttar in sker riskbedömning omgående. Vid identifierad risk tas beslut om åtgärder och datum för uppföljning.

Om personal uppmärksammar att en kund har behov av anpassad kost, så tas alltid kontakt med sjuksköterska för bedömning. Viktkontroller sker minst 1 gång/månad på alla kunder på enheten.

Vid palliativ vård erbjuds en god omvårdnad. Den palliativa pärmén tillämpas efter att den initieras av sjuksköterska och personal följer den avseende tex munvård och vändningar. Vak sätts in av sjuksköterska vid behov och det alltid ordinarie personal som kunden känner väl som sitter vak. Det finns tre palliativa ombud på enheten.

Personal på enheten följer riktlinjen för egenvård.

Personal känner till vad som ingår i basala hygienrutinerna och klädregler. De uppger att de efterlevs på enheten och att det finns ett hygienombud som utför regelbunden egenkontroll av följsamhet till hygienrutinerna.

Personal vet hur de ska agera om en kund uttalar självmordstankar. Sjuksköterska kontaktas och vårdplan/handlingsplan upprättas.

All ordinarie personal på enheten har genomgått grundutbildning i förflyttning och har lyftkörkort. Repetition av grundutbildningen sker av förflyttninginstruktörer som finns på enheten, de ansvarar även för att lära upp vikarier i förflyttningsteknik.

Efter förflyttning med lyft tas lyftselar bort och placeras om på nytt inför nästa lyft. Inga kunder sitter kvar på sina lyftselar.

Behöver bevakas:

Personal rapporterar inte alltid med hjälp av SBAR för strukturerad kommunikation kring förändrat hälsotillstånd.

Personal ansvarar inte själva för att hålla koll på när deras delegeringar behöver förnyas.

Det finns en lokal arbetsordning för läkemedelshantering upprättad för enheten som sjuksköterska gått igenom på APT. Personalen saknar dock kännedom om dokumentet. Läkemedel beställs inte alltid i god tid innan de tar slut vilket gör att läkemedel oftast behöver hämtas akut från apotek.

Dokumentation om anledning till att ett läkemedel ges vid behov finns inte alltid i den digitala signeringslistan. Det saknas också dokumentation om läkemedlet har givit effekt. Det glöms ibland bort att föra narkotikajournal på papper i samband med att narkotikaklassat läkemedel ges.

Vid risk för fall, trycksår eller undernäring följs inte alltid insatta åtgärder upp i kvalitetsregistret Senior alert efter tre månader. Efter genomförda riskbedömningar saknas dokumentation från personalen om hur enheten arbetar med beslutade åtgärder som rymms inom ramen för SoL.

När personalen registrerar in vikt i mätvärdesmodul, användes oftast den gamla mätvärdesmodulen i Treserva

Sjuksköterska kontaktas inte alltid när en patient fallit om den verkar oskadd. Det är ibland otydligt i personalens dokumentation om det är patienten själv som uttryckt att den är oskadd eller om det är personalens egen bedömning.

Det finns grundutrustning på enheten att använda vid behov men grundutrustningen rengörs inte alltid efter varje användning. Arbetsterapeut och fysioterapeut informeras inte alltid om att grundutrustning har börjat användas hos kund.

Behöver förbättras:

Individuella lyftselesinstruktioner finns för det mesta placerade på lyften men saknas i röd mapp trots att de har lämnats till personal. Detta gäller även övriga skriftliga instruktioner från arbetsterapeut och fysioterapeut som vid flertal tillfällen har försvunnit efter att de har överlämnats till personal att placeras i röd mapp.

Personal ändrar ibland på inställningar av personligt utprovade hjälpmedel utan föregående dialog med arbetsterapeut och fysioterapeut.

Personal har som vana att kontrollera mot signeringslista att läkemedel ges till rätt person, på rätt datum och i rätt tid. Läkemedelslistan kontrolleras dock inte avseende rätt läkemedel i rätt dos innan läkemedelsadministration.

Enhetschef följer dagligen upp signeringar i den digitala signeringslistan och personal kontrollerar två gånger per arbetspass att de utfört delegerade och ordinerade insatser på den digitala signeringslistan. Avvikelser och kommentarer till uteblivna signaturer saknas dock.

Kvalitetsarbete

Fungerar bra

Individuella riskbedömningar görs i samband med kunderna flyttar in enligt enhetschef och även vid förändring av kundernas behov.

Förvaltningens synpunktshantering är känd på enheten. Personalen tar emot synpunkter i det dagliga arbetet, kan inte personal på plats lösa situationen hänvisar de till enhetschef. Merparten av kunderna vet var de ska vända sig för att framföra synpunkter men flera framför dock att de inte känner till kommunens synpunktsblankett.

Enheten har en vana av att skriva fall och läkemedelsavvikelser.

Behöver bevakas

Utifrån tidigare händelser som utretts enligt lex Sarah så känner personalen till viss del till rapporteringsskyldigheten. Det finns en osäkerhet hos personal om vad som ska rapporteras som en vårdskada. Dock har personalen inte fått någon årlig genomgång om sin rapporteringsskyldighet.

Behöver förbättras

Vid granskning så framkommer att avvikelser inom socialtjänstområdet inte rapporteras i lika stor omfattning som avvikelser inom hälso- och sjukvård. Det finns en osäkerhet hos personalen kring vad som ska rapporteras som en avvikelse. Verksamheten kan förbättra arbetet med att systematiskt rapportera, bedöma, åtgärda och följa upp inträffade avvikelser med den lägre allvarlighetsgraden inom socialtjänstområdet.

Legitimerad personal involveras sällan i analysarbetet av avvikelser gällande delegerad och ordinerad hälso- och sjukvård vilket skulle kunna förbättra det systematiska kvalitetsarbetet.

Förbättringsområden

I tillsynen har framkommit förbättringsområden som behöver åtgärdas:

- Det behöver säkerställas att alla kunder har en aktuell genomförandeplan samt att genomförandeplan upprättats inom två veckor när ny kund flyttar in
- Det behöver säkerställas att verksamhetens arbetsätt så långt som möjligt värnar om kundernas integritet
- Det behöver säkerställas att personalen får kunskap kring sekretess och på så vis kan skapa arbetsätt som skyddar kunderna sekretess samtidigt som det är förenligt med äldreomsorgens nationella värdegrund
- Det behöver säkerställas att verksamheten har kunskap om skyddsåtgärder och dokumentation gällande skyddsåtgärder samt att dokumentation gällande beslut, bedömning och uppföljning förs i enlighet med riktlinje
- Det behöver säkerställas att verksamheten arbetar med att systematiskt rapportera, bedöma, åtgärda och följa upp inträffade avvikelser och att andra professioner involveras i analysarbetet vid behov.

- Det behöver säkerställas att skriftliga instruktioner från arbetsterapeut och fysioterapeut alltid förvaras i röd mapp. Ibland ska även en kopia av denna instruktion placeras på hjälpmedlet
- Det behöver säkerställas att inställningar på personligt utprovade hjälpmedel inte ändras av personalen utan att det i stället tas kontakt med arbetsterapeut eller fysioterapeut
- Det behöver säkerställas att läkemedelslista alltid kontrolleras innan ett läkemedel administreras
- Det behöver säkerställas att uteblivna signeringar följs upp och avvikelserapporteras enligt rutin

En tidplan för hur verksamheten ska arbeta med ovanstående förslag på förbättringsåtgärder ska redovisas till tillsynsenheten senast 23 december 2022. Verksamheten har ett ansvar att arbeta med och åtgärda identifierade förbättringsområden.

Annika Stenholm
Socialt ansvarig samordnare

Madeleine Ahlborg
Tillsynschef

Caroline Törnqvist
Socialt ansvarig samordnare

Ida Karlsson
Dietist

Evelina Sundström
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Carina Thorling
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Anette Ljungberg
Medicinskt ansvarig för rehabilitering