



**KARLSTADS KOMMUN**

## **VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN**

### **Biståndskontor, Tillsynsenheten**

Karlstad 2016-03-10

Martina Sundler, 054-540 61 60

Linda Rågård, 054-540 55 10

## **Tillsyn av Stjärnhuset**

### **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.

### **Tillvägagångssätt**

Socialt ansvarig samordnare (SAS) och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har genomfört förannmäld tillsyn gällande Stjärnhuset. Intervju med enhetschef samt intervju med personal, sammanlagt fyra personer varav en arbetar natt, genomfördes den 5 februari 2016. Intervju med enhetens sjuksköterska genomfördes den 29 januari 2016. Granskning av 20 kunders sociala journal och genomförandeplan har skett, vilket redovisas i separat rapport. Sjuksköterskas journal har granskats vilket redovisas till enhetschef för berörd hälso- och sjukvårdsenhet. Observationer av medicinskt ansvarig för rehabilitering och dietist har genomförts vid separata tillfällen, parallellt med denna tillsyn.

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

### **Redovisning och bedömning**

#### **Personal och kompetens**

På Stjärnhuset arbetar 25 omvårdnadspersonal varav sex arbetar nattetid. Merparten av personalen har undersköterskekompetens, några få är vårdbiträden. Personalen anser att de har den kompetens de behöver för att klara sitt arbete. Som vårdbiträde uppges det att man kan sakna lite av de teoretiska kunskaperna som kollegorna har. Behov av kompetensutveckling

fångas i kontakten med personal, på arbetsplatsträffar samt på medarbetarsamtal. Enhetschefen uppmanar personal att genomföra studiebesök, delta på kurser och utbildningar. Personalen anser att de får den kompetensutveckling de behöver.

Nyanställda/vikarier får bredvidgång utifrån behov och en mentor i personalgruppen utses. Mentorn ansvarar för att gå igenom rutiner och hur arbetet ska genomföras. Det saknas idag en skriftlig beskrivning över vad mentorn ska gå igenom med den nyanställde/vikarien, vilket är en risk då det kan bli olika information beroende på vilken mentor som utses. Verksamheten behöver se över detta så att introduktionen blir enhetlig.

Det har den senaste tiden varit en hög personalomsättning på vårdboendet och det är många vikarier inne i verksamheten. Enhetschefen anser att detta är en risk då de inte har kunskap i hur arbetet ska utföras på Stjärnhuset. Enhetschef har daglig kontakt med vikarierna för att följa upp att de arbetar på det sätt som är bestämt på enheten.

Ett nära ledarskap tillämpas. Enhetschef träffar personalen i stort sett flera gånger dagligen och han finns även tillgänglig via telefon och mejl.

Personalen anser att bemanningen är tillräcklig för att tillgodose kundernas grundläggande behov men att de inte har tid för det lilla extra. Enhetschef uppger att personalen har mandat att sätta in extra personal om de märker att behovet ökar hos kunderna eller om något oförutsett inträffar. Detta för att säkerställa att kunderna får sina behov tillgodosedda.

Personalen uppger att det finns flera i personalgruppen som har svårt med det svenska språket. Detta påverkar kunderna då de inte alltid förstår vad personal säger. Missförstånd mellan personal har inträffat som hade kunnat leda till brister för kunderna. Personalen uppger även att det kan vara svårt att förstå dokumentationen. Det är viktigt att följa upp och säkerställa att all personal har tillräckliga kunskaper i det svenska språket.

Processen gällande läkemedelsdelegering är känd. Personal genomgår förvaltningens fastställda delegeringsutbildning. De tilldelas instuderingsmaterial av enhetschef innan utbildningen och kommer väl förberedda. Personalen känner till deras ansvar att påtala förnyelse av delegering i god tid till delegerande sjuksköterska. Det framkommer att enhetschefen har dokumentation på personalens delegationer i viss omfattning.

All fastanställdpersonal har gått förflyttningsutbildning och genomgår repetitionsutbildning årligen. Förflyttningsinstruktörer finns. Utbildning inför delegering av PEP mask eller Tippbräda har inte varit aktuellt.

#### Delaktighet och inflytande

När en ny kund flyttar in efterfrågar personal hur denne vill ha det och vilka önskemål som finns. Välkomstsamtal genomförs inom två veckor och genomförandeplanen påbörjas efter samtalet och färdigställs så snart som möjligt. Personal har även kontakt med tidigare utförare, samtal med anhöriga och använder levnadsberättelse. Innan genomförandeplanen är påbörjad och färdigställd informerar personalen varandra muntligt om hur kunden vill ha det. Verksamheten behöver se över hur de arbetar med att upprätta genomförandeplan så att värdighetsgarantin uppfylls.

Alla kunder erbjuds varje månad ett enskilt samtal med en personal. Under detta samtal efterfrågar personal bla hur kunden trivs, hur kunden vill ha det och ”vad är en bra dag för dig?” Samtalet utgår från kundens genomförandeplan och framkommer det några förändringar i hur kunden vill ha det uppdateras genomförandeplanen. Enligt enhetschef arbetar inte personalen efter det som överenskommit i genomförandeplan, vilket behöver åtgärdas.

Samverkan med anhöriga/företrädare sker via telefonsamtal eller när de besöker kunden, vid välkomstsamtal och på anhörigträffar som arrangeras på boendet.

#### Arbetssätt och metoder

Personalen beskriver att de har ett funktionsbevarande arbetssätt under hela dygnet. Kunderna får göra så mycket de kan självständigt och personalen stöttar med resten. Personal uppger att vikarierna läser genomförandeplanerna men att de kan missa små detaljer som ordinarie personal känner till om kunderna och utför automatiskt. Om det är saker som är viktiga för kunden ska detta dokumenteras i genomförandeplanen för att all personal ska kunna utföra insatserna på ett sådant sätt som kunden önskar.

Kontaktmannaskap är ett förankrat arbetssätt i verksamheten. För att kunden ska känna sig trygg och respekterad i sitt hem uppger personalen att de är lyhörda på önskemål, att de knackar på dörr innan de går in, att de presenterar sig samt att de använder namnskylt och tjänste-id.

På boendet anordnas ”husråd” med kunder där önskemål och förslag på aktiviteter efterfrågas. De önskemål och förslag på aktiviteter eller eventuella utflykter som kommer fram från kunderna tillgodoses. Ett ytterligare forum för att fånga önskemål om aktiviteter är när personal har enskilda samtal med kund varje månad. Alla kunder får erbjudande om aktivitet flera gånger varje vecka. Enhetschefen uppger att ett utvecklingsområde är att hitta aktiviteter för de kunder som har svårt att ta sig ifrån sin lägenhet.

Personalen uppger att kunderna själva bestämmer vad, vart och när de ska äta. Det är dock svårt för kunderna att påverka lunch och middag då det är färdiga alternativ som finns för dessa måltider. Kunderna väljer själva om de äter frukost, lunch och middag gemensamt i restaurangen som är belägen i bottenplan, i matsalen på avdelningarna eller i den egna lägenheten. De kunder som önskar får något att äta på kvällen innan de går till sängs och de kunder som är vakna under natten erbjuds något att äta.

Det finns inga låsta dörrar på boendet men för att ta sig ut från avdelningarna och öppna dörren behöver man använda ett tvåhandsgrepp. Fler kunder klarar att öppna dörrarna själva och de som inte klarar det efterfrågar personalens hjälp.

De flesta kunder kan påkalla hjälp via trygghetslarm, några få kunder har dörlarm eller sänglarm. Det finns en osäkerhet hos personalen om vem som bestämmer och beslutar om kund ska ha någon form av larm och vem som kan samtycka till insatsen, detta behöver tydliggöras för personalen. När det gäller övriga skydds- och begränsningsåtgärder känner personalen till vad som gäller och vem som beslutar om dessa åtgärder. Om behovet förändras signalerar personalen till sjuksköterskan.

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

Enhetschefen har målet att utbilda omvårdnadspersonalen i SBAR, en fastställd struktur för kommunikation och informationsöverföring. Detta är en bra utveckling av verksamheten för att säkra informationsöverföringen för att säkerställa en god och säker vård.

I hälso- och sjukvårdspärmen finns inget dokument för rutin som gäller vid försämrat hälsotillstånd hos patient. I denna pärm finns inte heller något dokument upprättat när det gäller ansvarig läkare för enheten.

Vid vård i livets slut har personalen en helhetssyn på patienten vilket är en förutsättning för god omvårdnad. Enheten kommer att arbeta aktivt inom detta område framöver. Diskussion med ansvarig sjuksköterska och läkare gällande begränsningsåtgärder/livsuppehållande åtgärder efterfrågas.

Den lokala arbetsordningen för läkemedelshantering är inte känd. De basala hygienrutinerna är kända och man följer rutinerna i stor utsträckning. Enheten har jobbat aktivt med detta område och man har sett en ytterligare förbättring. Det finns inte alltid förutsättningar att byta arbetskläder dagligen om man har arbetat en kortare tid inom kommunen eftersom man bara tilldelas ett par byxor per år.

Det framkommer att enheten arbetar aktivt med riskbedömningar för fall, trycksår, nutrition och ohälsa i munnen. Vikt tas en gång varje månad på alla patienter eller tätare intervall om sjuksköterska begär detta. Åtgärder förs in i genomförandeplan. Kvalitetsregister används.

Det framkommer att de flesta patienter har en alldeles för lång nattfasta vilket man bör arbeta mer aktivt med för att förebygga undernäring.

#### Kvalitetsarbete

Personalen känner till riktlinjen för synpunktshantering och blanketten för klagomål och beröm. Blanketten finns på avdelningarna och den lämnas även ut till kund/anhörig/företrädare. Om det kommer några synpunkter får personal kännedom om detta via enhetschefen och de kommer tillsammans fram till åtgärder.

Personalen känner till innebörden av lex Sarah samt vilka rutiner som gäller. Personalen ger relevanta exempel på vad som ska rapporteras enligt lex Sarah. Personal uppger att de fått information om sin rapporteringsskyldighet men att detta inte sker årligen vilket det ska enligt riktlinjen. Enligt enhetschefen får personal information om sin rapporteringsskyldighet flera gånger per år.

Rutinerna runt avvikelserapportering är kända. Avvikelse förs in i avvikelsemodulen och sjuksköterska kontaktas gällande läkemedelsavvikelse och vårdskada eller risk för vårdskada.

Verksamheten har svårt att redogöra för hur händelser så som avvikelser, inkomna synpunkter och missförhållanden, som inträffat på enheten, används i det systematiska kvalitetsarbetet. Det framkommer att avvikelser ibland diskuteras på arbetsplatsträffar.

## Dokumentation

Personalen uppger att de dokumenterar det som avviker, information kring kund och om något av vikt händer. Personalen säger att de inte alltid följer upp det de dokumenterat eller dokumenterar vilka åtgärder som vidtagits. För att kundens situation ska kunna följas är det viktigt att åtgärder, uppföljning och vilket resultat eventuella åtgärder gett dokumenteras.

## Förslag på förbättringsåtgärder

I tillsynen har framkommit förbättringsområden som behöver åtgärdas:

- En översyn behöver göras för att säkerställa att introduktionen blir enhetlig.
- Det behöver följas upp och säkerställas att all personal har tillräckliga kunskaper i det svenska språket.
- Det behöver säkerställas att genomförandeplan påbörjas i enlighet med värdighetsgarantin samt att personalen arbetar efter det som överenskommit i planen.
- Det behöver tydliggöras i verksamheten vem som bedömer och beslutar om larm samt vem som kan samtycka till insatsen.
- Det behöver säkerställas att händelser så som avvikelser, inkomna synpunkter och missförhållanden som inträffat, används som en del i det systematiska kvalitetsarbetet
- Det behöver säkerställas att åtgärder, uppföljning och vilket resultat eventuella åtgärder gett dokumenteras för att kundens situation ska kunna följas.
- Det behöver säkerställas att original på delegering pårmförvara hos enhetschef årsvis i 10 år (samma gäller för ändrade och återkallade delegeringar) enligt riktlinjen för delegering
- Det behöver säkerställas att man kan byta arbetskläder dagligen enligt riktlinjen för vårdhygien, basala hygienrutiner och personalhygien
- Det behöver säkerställas att lokal arbetsordning för läkemedelshantering finns tillgänglig, är känd och efterlevs
- Enheten behöver tillsammans arbeta för att säkerställas att nattfastan inte blir för lång för samtliga patienter

En tidsplan för hur verksamheten kommer att arbeta med ovanstående förbättringsområden och åtgärdsförslag ska redovisas till Tillsynsenheten senast den 30 april 2016.

Martina Sundler  
Socialt ansvarig samordnare

Linda Rågård  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Christina Millner  
Tillsynschef