



## KARLSTADS KOMMUN

### VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN

Karlstad 2022-12-22

MAS

MAR

SAS

Dietist

## Tillsynsrapport Sveagatan vårdboende

### 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 en tillsyn på Sveagatan vårdboende. Intervju med patientansvarig sjuksköterska genomfördes den 24 november och intervju med arbetsterapeut och fysioterapeut genomfördes den 25 november. Intervju med omvårdnadspersonal genomfördes den 25 november och intervju med verksamhetschef och gruppleddare genomfördes 30 november. Vidare har även kundintervjuer genomförts. Granskning har skett av patientjournaler, signeringslistor och social journal.

I samband med tillsynen har granskning av social journal och genomförandeplan skett av 9 stycken slumpvis utvalda kunder. Granskning har även skett av patientjournaler, signeringslistor, daganteckningar för 10 patienter. Därtill granskning av avvikelser samt synpunkter registrerade mellan perioden 1 januari 2022 till 29 november 2022.

Vidare genomförde SAS, MAS, MAR samt dietist den 14 oktober 2022 en oanmäld observation på vårdboendet. Observationen genomfördes över hela huset mellan ca kl. 10.00–13.30. Observationsguider som utgår från förvaltningens kvalitetskrav, riktlinjer, värdighetsgarantier och gällande lagstiftning användes. Vid observationen fokuserade dietist på måltidssituationen. SAS har därtill den 1 december 2022 även genomfört kundintervjuer på trygghetsboendet.

De områden som granskats är personal och kompetens, delaktighet och inflytande, arbetssätt 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 och handledning erbjuds utifrån behov i verksamheten.

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 gruppchef. Dock framkommer att uppföljning av introduktion inte har skett på ett tillfredställande sätt senaste tiden. Gruppchefer har inte haft möjligheten att följa upp introduktionerna då dom har fått utökade arbetsuppgifter då det har saknats verksamhetschef under cirka ett års tid.

#### Behöver förbättras

Vid intervju av personal framkommer att det saknats verksamhetschef i cirka ett års tid. Personalen uppger att de får stöd i det dagliga arbetet av gruppchefer som finns på plats på vardagar. På kvällar och helger kan personalen vända sig till den chef som har jour. På grund av att det saknats verksamhetschef har gruppcheferna arbetat 100 % administrativt när det egentligen är tänkt att arbetet ska fördelas 80 % ute i verksamheten och 20 % administrativt.

Ingen av de personal som arbetade vid den oanmälda tillsynen efterfrågade legitimation för att säkerställa att personal från tillsynsenheten var dom vi utgav oss för att vara. Det behöver säkerställas att det finns rutiner som säkrar att personalen inte släpper in någon obehörig på boendet.

### Delaktighet och inflytande

#### Fungerar bra

Verksamheten har ett fungerande arbetssätt när det gäller kontaktmannaskap och det finns fungerande former för samverkan med anhöriga och företrädare.

Kundernas delaktighet säkerställs genom att välkomstsamtal genomförs i verksamheten i samband med inflyttning och det framkommer kontakt tas med anhöriga och företrädare. Personalen beskriver att de enskildas önskemål framkommer i genomförandeplanerna vilket kan bekräftas vid granskning av den sociala dokumentationen. Verksamheten beskriver att det

finns möjligheter till gemensamma aktiviteter och att det i den mån det finns tid även erbjuds individuella aktiviteter.

På enheten erbjuds varje vecka en gemensam hotellfrukost i den allmänna samlingslokalen för de kunder som önskar. För de kunder som inte vill närvara dukas i stället frukosten fram i matsalen på varje avdelning.

Även vid övriga måltider kan kunderna välja plats för sin måltid och har därmed möjlighet att äta enskilt eller tillsammans med andra utifrån önskemål.

#### Behöver bevakas

Vid intervjuerna med chef och personal uppges att kunderna är delaktiga i arbetet kring måltiderna utifrån egen förmåga och önskemål. Under observationen deltar ingen av enhetens kunder vid måltidsförberedelser eller efterarbete.

Personalen uppger att det alltid finns alternativa maträtter att erbjuda om en kund inte tycker om den mat som serveras vid lunch eller middag. Vid observationstillfället presenteras dock inga valmöjligheter för någon av kunderna på enheten.

### Dokumentation

#### Fungerar bra

Samtliga genomförandeplaner som granskats är aktuella och beskriver hur insatserna ska utföras och den enskildes delaktighet och önskemål framkommer i merparten av planerna. Även målsättning med insatserna och kundernas önskemål om aktiviteter framkommer i samtliga granskade planer.

Samtliga granskade ärenden har en social journal och händelser av betydelse finns dokumenterade, likaså vidtagna åtgärder framkommer i de flesta ärenden. Dokumentationen förs kontinuerligt så att ärendet kan följas över tid. Dokumentationen är också utformad med respekt för den enskildes integritet.

#### Behöver bevakas

Personalen kan beskriva vad som ska dokumenteras dock framkommer det under intervju av personal att dokumentationen kan förbättras då mycket information rapporteras över muntligt och inte skrivs in i kundens journal. Det framkommer även vid intervju av personal att man inte alltid hinner läsa dokumentationen i början av sitt arbetspass. Det är viktigt att det finns arbetssätt i verksamheten för att dokumentera och för att läsa dokumentationen.

#### Behöver förbättras

Det framkommer inte i någon genomförandeplan när de olika insatserna ska utföras vid granskning av planerna, det framgår inte heller när de ska följas upp. Vid intervju av personal framkommer även att genomförandeplanen inte fullt ut används i det dagliga arbetet utan att man främst använder sig utav en pärm för att utläsa vilken hjälp kunderna ska ha. Vid förändringar kring kundernas behov är det först och främst pärmen som uppdateras och inte genomförandeplanen.

### Arbetssätt och metoder

#### Fungerar bra

Det framkommer att personalen över lag har kunskap om vad som gäller kring skyddsåtgärder. Det finns kunskap om vad som kan ses som en sådan åtgärd och vem som kan samtycka till en sådan åtgärd.

Enheten har ett egenkontrollprogram för livsmedelshygien och följer de rutiner som anges gällande temperaturkontroller, rengöring och livsmedelshantering.

#### Behöver bevakas

Vid observationstillfället förekommer det att personal bär plasthandskar vid matning av kunder, vilket enbart är befogat i undantagsfall.

#### Behöver förbättras

I genomförandeplanerna som granskats framgår det på vilket sätt den enskildes förmågor och resurser ska bibehållas eller om möjligt höjas. Vid observation uppmärksammas dock att det funktionsbevarande arbetssättet kan förbättras, vilket också bekräftas vid intervju av personal. Det framkommer även att man inte alltid har tiden till att låta kunderna göra det dom klarar själva. Vid kundintervjuer framkommer att personal inte alltid arbetar funktionsbevarande utan att kunder ibland nekas toalettbesök trots att dom har förmågan om dom får stöd av personal.

Under intervju med personal uppger dom att bemanningen inte alltid är tillräcklig och att vissa sysslor måste bortprioriteras, så som promenad och pratstunder med kunderna samt det funktionsbevarande arbetssättet. Vid kundintervjuerna framkommer att personalen upplevs ha bråttom och vara stressade.

Vid observation uppmärksammas att kunder lämnas utan tillsyn i sina lägenheter under flera timmar. Vid intervju av personal framkommer det att det förekommer ensamarbete flera tillfällen per dag på grund av schemats uppbyggnad. Avdelningar lämnas obemannade utan tillsyn och uppsikt när personal behöver lämna för att hjälpa till på en annan avdelning. Det framkommer även i intervju med personal att det då kan larma på obemannad avdelning utan att någon får kännedom om larmet.

Under observationen framkommer det att kundernas integritet inte alltid är i fokus då det vid flera tillfällen uppmärksammas att personal pratar högt om kunder i de allmänna utrymmena. Verksamheten bör vara uppmärksamma på att de allmänna utrymmena inte bara blir personalens arbetsplats samt att sekretessen gällande andra kunder inte röjs.

Vid observation uppmärksammas att personalen vid några tillfällen brister i sitt bemötande gentemot kunderna genom att vara tillrättavisande och korta i tonen. Vilken även bekräftas vid kundintervjuer. Vid observation över hördes även ett bemötande där personal inte hade ett respektfullt bemötande gentemot kund inne i kundens lägenhet. Det uppmärksammandes under observationen att det hos vissa personal saknas kompetens när det gäller att bemöta personer med demenssjukdom.

Under observationen genomförs inte omsorgsmåltider. Personalen uppger vid intervjun att omsorgsmåltider sker ibland, men inte i den utsträckning som det är tänkt.

Vid observationstillfället framgår att personalen på olika avdelningar, står upp och matar sittande kunder. Det förekommer också att personal matar två kunder som sitter vid samma bord samtidigt. Detta trots att personalen både

vid observationen samt under intervjun uppger att man har vetskap om att den typen av matning inte bör förekomma.

## **Delegerad och ordinerad hälso- och sjukvård**

### **Fungerar bra:**

Personalen kommunicerar förändrat hälsotillstånd till arbetsterapeut och fysioterapeut vilket gör att kundernas eventuellt förändrade hjälpmedelsbehov bedöms och åtgärdas av arbetsterapeut och fysioterapeut.

Delegeringsprocessen är känd och efterlevs på enheten. Ny personal genomgår en digital utbildning framtagen av Karlstads kommun och träffar därefter sjuksköterska för individuell genomgång. Personal håller själva koll på när delegeringen behöver förnyas och bokar in tid med sjuksköterskan för kunskapstest och nytt delegeringsbeslut. Gruppchefer sparar en kopia av delegeringsbeslut som används vid schemaläggning.

Det finns en lokal arbetsordning för läkemedelshantering upprättad för enheten som sjuksköterska gått igenom på APT.

Sjuksköterska kontaktas vid fall. Omvårdnadspersonal brukar vid inträffade fall kontrollera om patienten behandlas med blodförtunnande läkemedel. Inträffade fall dokumenteras och fallrapporter skrivs och tas upp på operativa team.

Hälsogenomgång sker årligen på alla kunder på enheten och om ny kund flyttar in sker hälsogenomgång omgående. Vid identifierad risk tas beslut om åtgärder och datum för uppföljning.

Viktkontroller sker minst 1 gång/månad på alla kunder på enheten.

Näringsdrycker ordinerar av sjuksköterska och följs upp med hjälp av signeringslista.

Vid palliativ vård erbjuds en god omvårdnad. Vak sätts in av sjuksköterska vid behov och enheten försöker ordna så att personal som känner kunden väl som sitter vak.

Omvårdnadspersonal känner till vad som ingår i basala hygienrutiner och klädregler. Hygienombud utför regelbundna hygienmätningar och all personal utför självskattning i följsamhet till basala hygienrutiner varje månad.

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

Kunderna på enheten har individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel. Personal kontaktar sjuksköterska i de fall inkontinensskydden inte fyller sin funktion och en ny utprovning behöver ske.

### **Behöver bevakas:**

Basala hygienrutiner och klädregler efterlevs inte alltid. Det förekommer att personal använder bommullsvantar under plasthanskar och att det inte alltid finns tillgång till handdesinfektionsmedel i alla rum.

Personal vet att de ska kontakta legitimerad personal om en kunds hälsotillstånd förändras men all personal på enheten känner sig inte trygga med att ta vitala parametrar i form av puls, blodtryck och andningsfrekvens. SBAR används inte för strukturerad kommunikation kring förändrat

hälsotillstånd och det finns en osäkerhet i vilka situationer personal får/ska tillkalla ambulans.

Boendet hade fram till den 1 mars 2022 eget vårdgivaransvar och arbetade utifrån egna rutiner. Efter att Karlstads kommun tagit över vårdgivaransvaret har flera arbetssätt förändrats och personal har inte fått förutsättningar och stöd för att ställa om.

Genomförda hälsogenomgångar dokumenteras inte i kvalitetsregistret Senior alert. Efter genomförda hälsogenomgångar saknas dokumentation från personalen om hur enheten arbetar med beslutade åtgärder som ryms inom ramen för SoL.

Smärtskattning sker inte med hjälp av validerade smärtskattningsinstrument men personal observerar fysiska tecken på smärta och kontakter sjuksköterska vid behov. Den palliativa pärmen finns på enheten men har ännu inte blivit använd.

Det finns en osäkerhet kring vad som ingår i enhetens grundutrustning av hjälpmedel samt var den finns placerad på enheten.

Det finns inget arbetssätt för att säkerställa att personal lär sig att utföra förflyttningar på ett säkert sätt.

#### **Behöver förbättras:**

Personal tar inte alltid del av nya vårdplaner som upprättats av legitimerad personal och upprättade vårdplaner följs inte alltid avseende delegerade arbetsuppgifter.

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.

Individuella lyftselesinstruktioner finns vanligtvis placerade i kundens lägenhet, men en kopia saknas i röd mapp.

## Kvalitetsarbete

### Fungerar bra

Vid intervju av personal och chef så framkommer att verksamheten har ett fungerande arbetssätt när det gäller avvikelser, dock rapporteras avvikelser inom socialtjänstområdet inte i lika stor omfattning som avvikelser inom hälso- och sjukvård. Personalen beskriver att enheten arbetar vidare med avvikelserna på sina kvalitetsråd och att återkoppling ges på APT.

### Behöver bevakas

Enheten har en vana av att skriva fall och läkemedelsavvikelser. På grund av att det inte funnits någon verksamhetschef för enheten har legitimerad personal inte involverats i analysarbetet av avvikelser gällande delegerad och ordinerad hälso- och sjukvård.

### Behöver förbättras

Kommunens synpunktshantering är inte känd på enheten utan personalen beskriver att de arbetar utifrån ett internt arbetssätt med en egen synpunktsblankett. Personalen tar emot synpunkter i det dagliga arbetet, kan inte personal på plats lösa situationen hänvisar de till gruppchef. Dock framkommer vid granskning av social journal samt vid intervju av gruppchefer att synpunkter och klagomål tas emot men inte dokumenteras i den utsträckning som det borde för att bli en del av det systematiska kvalitetsarbetet.

Vid intervju av personal och chef framkommer att personalen inte fått någon årlig genomgång om sin rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah. Personalen kan ge exempel på vad som skulle kunna rapporteras dock framkommer att det inte finns någon kännedom om de tidigare händelser som utretts på enheten. Personalen beskriver att dom aldrig fått ta del av dessa utredningar i ett lärande syfte och det framkommer att personalen har en föreställning om att utredningar enligt lex Sarah skulle vara något hemligt.

## Förbättringsområden

I tillsynen har framkommit förbättringsområden som behöver åtgärdas:

- Det behöver säkerställas att det finns rutiner som säkrar att obehöriga inte släpps in på vårdboendet
- Det behöver säkerställas att det finns ett arbetssätt kring ledning och styrning
- Det behöver säkerställas att det finns ett fungerande arbetssätt när det gäller genomförandeplaner
- Det behöver säkerställas att personalen har kunskap om att de arbetar under sekretess och vad som gäller kring detta
- Det behöver säkerställas att bemanningen är sådan så att personal utan dröjsmål kan uppmärksamma när kund behöver hjälp och stöd och att bemanningen anpassas efter kundernas behov
- Det behöver säkerställas att det finns fungerande arbetssätt gällande tillsyn och uppsikt

- Det behöver säkerställas att personalen har kompetens och möjlighet att arbeta utifrån ett funktionsbevarande arbetssätt
- Det behöver säkerställas att personalen har den kunskap som krävs för att bemöta personer med demenssjukdom och att personalens bemötande överensstämmer med den nationella värdegrunden för äldreomsorgen
- Det behöver säkerställas att enheten har rutiner för att vid behov genomföra omsorgsmåltider.
- Det behöver säkerställas att personalen har de förutsättningar som krävs för att mata kunderna på ett värdigt och säkert sätt.
- Det behöver säkerställas att personal alltid tar del av vårdplaner och utför delegerade och ordinerade uppgifter på det sätt som vårdplanen beskriver.
- Det behöver säkerställas att läkemedelslista alltid kontrolleras innan ett läkemedel administreras
- 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 det finns ett fungerande arbetssätt på enheten för att systematiskt arbeta med synpunkter och klagomål
- Personalen behöver ges förutsättningar att förstå syftet med bestämmelsen enligt lex Sarah

En tidplan för hur verksamheten ska arbeta med ovanstående förslag på förbättringsåtgärder ska redovisas till tillsynsenheten senast den 20 februari 2023. Verksamheten har ett ansvar att arbeta med och åtgärda identifierade förbättringsområden. En uppföljning av hur förbättringar har genomförts kommer att ske inom ett halvår.

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



