

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

Karlstad 2016-03-07

Anna Setterström 054-540 56 59

Karina Nykvist 054-540 57 68

**Tillsyn av Vänerviken, 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 ett 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 Vänerviken. Intervju med enhetschef samt intervju med personal, sammanlagt fem personer varav två arbetar natt, genomfördes den 1 februari 2016. Ett förannmält besök med rundvandring på enheten genomfördes den 1 februari 2016. Granskning av 20 kunders sociala journal och genomförandeplan har skett. Sjuksköterskas journal har granskats vilket redovisas till enhetschef för berörd hälso- och sjukvårdsenhet.

Nedanstående redovisning och bedömning baseras på det som framkommit i intervjuer och vid besök.

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

### Personal och kompetens

Personalen har undersköterskekompetens och mycket erfarenhet inom vård- och omsorg. De får kompetensutveckling utifrån behov som uppkommer i verksamheten. Samtlig personal har gått Demens ABC och ytterligare påbyggnadsutbildning inom demensområdet pågår för närvarande. Introduktion av nyanställda genomförs med en checklista som utgångspunkt. Uppföljning av introduktionen sker t.ex. genom att personalen meddelar chefen om någon vikarie är olämplig. Personalen får kunskap om riktlinjer och instruktioner vid APT och känner till att de kan hitta viktiga dokument på Solsidan. Tillgången till arbetsledning uppges vara tillfredsställande.Handledning till personalgrupperna kan erbjudas om behov uppstår och har också genomförts. Däremot framkommer att personal inte haft det stöd som de behövt när det gäller hälso- och sjukvård då enheten inte haft någon fast sjuksköterska under lång tid.

En förändring när det gäller bemanningen har nyligen genomförts vilket innebär att det är färre personal på kvällarna och att de ska hjälpa varandra mellan avdelningarna. Personalen uppger att de inte kan tillgodose kundernas behov som tidigare, bl.a. finns flera kunder som skulle behöva få hjälp med dusch mer än en gång per vecka, aktiviteter är svårare att hinna med och städning prioriteras bort. Matningar måste göras snabbare och stressat. Administrativa sysslor, t.ex. registrering i kvalitetsregister samt dokumentation är också sådant som är svårt att hinna med. En justering av schemat har gjorts sedan förändringen trädde i kraft genom att eftermiddagens personal arbetar till kl. 18 alla dagar i veckan samt att en extra resurs för närvarande finns på en avdelning. Konsekvenserna av förändringen kan därmed inte utsägas fullt ut. Det är viktigt att den förändring som skett gällande bemanning kontinuerligt följs upp så det kan säkerställas att bemanningen är tillräcklig för att tillgodose kundernas behov och att utföra de sysslor som ingår i arbetet.

All personal har fått grundutbildning gällande delegering inför läkemedelshantering, även nyanställd personal får genomgå samma utbildning. Vid förnyelse av delegering känner inte personalen till att det är deras ansvar att påtala i god tid för sjuksköterskan att det är dags för förnyelse. Flera personal har också genomgått delegeringsutbildning inför att ge insulin eftersom det är ett flertal patienter som har diabetes. Chefen har inte någon dokumentation på personalens delegationer och känner inte till innehållet i riktlinjen gällande delegation.

Finns fyra förflyttningsinstruktörer som är fördelade på både dag och natt.

### Delaktighet och inflytande

Verksamheten arbetar med välkomstsamtal, att upprätta genomförande plan och uppföljningssamtal enligt de riktlinjer som finns. Tid avsätts regelbundet för att revidera genomförandeplanerna. Planerna används däremot inte i verksamheten och personalen behöver få större förståelse för hur planerna kan vara ett verktyg för att öka kundernas inflytande och delaktighet. Forum finns för samverkan med kundernas närstående och företrädare.

### Arbetssätt och metoder

Personalen vet att de ska arbeta funktionsbevarande och försöker i den mån de hinner. En del kunder vill inte alltid även om förmågan finns och personalen behöver ”lirka”, vilket uppges vara tidskrävande. Personkontinuiteten är god då personalgrupperna varit stabila under lång tid. Genomförandeplanerna behöver dock användas för att säkerställa kontinuitet

i insatserna, då personalen i dagsläget rapporterar muntligen till varandra. Kontaktmannaskap är ett förankrat arbetssätt i verksamheten. Personalen arbetar för att kunderna ska vara trygga genom att anpassa miljön efter individuella behov. Personal knacker innan de går in i kundens lägenhet och de bär namnskylt och tjänste-ID.

Det finns några fasta gemensamma aktiviteter på boendet. Vissa kunder uppskattar detta medan vissa hellre vill ha en individuell aktivitet. Enligt personal framgår önskemålen av genomförandeplan och levnadsberättelse. En resursperson finns i verksamheten för att arbeta särskilt med aktiviteter.

Även kundens behov och önskemål kring måltider framgår av genomförandeplanen. De flesta kunder äter i dagrummet och där har de bestämda platser för att underlätta det sociala samspelet. Det behöver ses över hur personalen arbetar vid måltiderna då det fram kommer att chef och personal har olika uppfattningar om hur det fungerar. Chefens uppfattning är att personal alltid sitter med vid måltiderna. Personalen uppger dock att de inte alltid hinner detta.

Det finns forum för samverkan runt kund, vissa förändringar har gjorts för att effektivisera mötena. Hälso- och sjukvårdsmöten mellan sjuksköterska och personal sker men skulle kunna förbättras. Även läkarkontakter lyfts som ett förbättringsområde.

Boendets ytterdörr är låst dygnet runt. På avdelningsdörrarna finns kodlås. Dagtid är avdelningarna låsta men på natten finns sedan nyligen en rutin att ha öppet för att underlätta uppsikten över kunderna. Vissa kunder har dörrlarm, sensorlarm och/eller sänggrindar. När det flyttar in en ny kund inhämtas samtycke från anhöriga gällande skydds- och begränsningsåtgärder. Diskussioner förs även med anhöriga gällande kundens förmåga att på egen hand lämna boendet. Det finns oklarheter när det gäller de larm som används, hur de får användas, vem som kan samtycka och vem som beslutar. Detta behöver klargöras i verksamheten så det kan säkerställas att användandet inte strider mot riktlinje och lagstiftning.

Personalen känner till att de ska kontakta sjuksköterskan om någon av kundernas hälsotillstånd försämras/ändras. Anhöriga kontaktas också. Om så kallat akut läge uppstår så vet personalen att de kan tillkalla ambulans.

När kund kommer till fasen för vård i livets slutskede så kontaktas sjuksköterska som ordnar med smärtlindring och om det är behov av vak. Oftast är det ordinarie personal eller erfarna vikarier som arbetar som vak.

Arbetsordningen för lokal läkemedelshantering är inte uppdaterad, muntlig information om innehållet delges vid tillsynen av MAS. Det är sjuksköterskans ansvar att revidera denna arbetsordning.

Personalen känner till riktlinjen för hygien och arbetar efter den. Enheten har hygienombud som genomgått utbildning av Smittskydd LIV. Hygienfrågor diskuteras på arbetsplatsträffar.

Arbete med riskbedömningar för fall, trycksår, munhälsa och nutrition sker systematiskt. Alla kunder har fått en hälsogenomgång.

#### Dokumentation

Personalen dokumenterar i daganteckningar i verksamhetssystemet om hälso- och sjukvårdshändelser, SoL-händelser, information och om det som

avviker. De uppger att de även ska dokumentera positiva händelser men att det oftast inte görs, bara ”det allra nödvändigaste” skrivs. Det framkommer att personal tycker att det är svårt och tidskrävande att dokumentera, att det finns svårigheter med tekniken, att dokumentation ibland sker på papper och att dokumentation inte alltid hinns med. Det är viktigt att personal har kunskap, tid och förståelse för vikten av att dokumentera. Enhetschefen uppger att hon dokumenterar enligt riktlinjen för social dokumentation.

### Kvalitetsarbete

Enhetschefens uppfattning är att personalen känner till riktlinjen för synpunktshantering, hon har också nyligen satt upp blanketter för klagomål i entrén. Personalen känner inte till om några synpunkter har framförts och har inte kunskap om riktlinjen eller hur de kan använda blanketterna. Personalen har inte fått årlig information om lex Sarah men kan ändå redogöra för vad rapporteringsskyldigheten innebär och ge några relevanta exempel på missförhållanden. I avvikelsemodulen har hittills mest registrerats händelser som gällt läkemedel. Vid intervjun tar personal upp händelser som inträffat vilka inte rapporterats. Det är viktigt att personalen har kunskap och förståelse för varför synpunkter, avvikelser och missförhållanden ska rapporteras och att det som rapporteras används i ett lärande syfte i det systematiska kvalitetsarbetet.

Enhetschefen har kunskap om de olika verktyg som finns för egenkontroll men behöver arbeta vidare med hur resultatet används för att följa upp och säkra verksamhetens kvalitet.

Personalen arbetar preventivt med t ex checklistor för att undvika risker gällande kost och fall, lägesändringar för att undvika trycksår. Konsekvensanalys görs vid personalförändringar.

Personalen känner till vilka rutiner som gäller för avvikelshantering. Chefen uppger att kontakt tas inte så ofta av henne till MAS/MAR om allvarlig eller risk för vårdskada föreligger, det är oftast den som upptäcker avvikelser som kontaktar sjuksköterskan som i sin tur kontaktar MAS/MAR.

### Förslag på förbättringsåtgärder

I tillsynen har framkommit förbättringsområden som behöver åtgärdas:

- Det behöver följas upp att kundernas behov kan tillgodoses efter genomförd förändring av bemanning.

- Enhetschef behöver säkerställa att det finns dokumentation på personalens delegationer.

- Det behöver säkerställas att alla känner till innehållet i riktlinjen för delegation.

- Det behöver säkerställas att personal känner till och arbetar utifrån genomförandeplanerna.

- Det behöver ses över hur personalen arbetar vid måltiderna då det framkommer att chef och personal har olika uppfattningar om hur det fungerar.

- Hantering och användande av skydds- och begränsningsåtgärder behöver klargöras i verksamheten.

- Det behöver säkerställas att personalen har kunskap, tid och förståelse för vikten av att dokumentera.

Det behövers säkerställas att verksamheten har kunskap och förståelse för varför synpunkter, avvikelser och missförhållanden ska rapporteras och att det som rapporteras används i ett lärande syfte i det systematiska kvalitetsarbetet.

Det behöver säkerställas att alla känner till innehållet i riktlinjen för avvikelshantering.

En tidplan för hur verksamheten kommer att arbeta med ovanstående förslag på förbättringsåtgärder ska redovisas till tillsynsenheten senast den 18 april 2016.

Anna Setterström  
socialt ansvarig samordnare

Karina Nykvist  
medicinskt ansvarig sjuksköterska

Christina Millner  
tillsynschef