



KARLSTADS KOMMUN

VÅRD-OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN

Biståndskontor, Tillsynsenheten

Karlstad 2022-05-20

Tillsyn vårdboende Zakrisdal

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 utförs enligt en plan där inriktningen är att samtliga enheter granskas minst en gång under en treårsperiod. Syftet med tillsynen är att granska kvaliteten i verksamheten utifrån ett kundperspektiv samt att följa upp att god och säker vård bedrivs. Gällande lagstiftning (SOL och HSL), riktlinjer, anvisningar, 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), dietist och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har genomfört föranmäld tillsyn vid vårdboende Zakrisdal. Intervju med enhetschef samt intervju med personal (2 personer) genomfördes den 11 april 2022. Intervju med patientansvarig sjuksköterska genomfördes av MAS digitalt via Teams den 29 mars 2022. Granskning av 15 kunders sociala journal och genomförandeplan har skett. Därtill har SAS genomfört en föranmäld observation och samtal med kunder vid avdelning Långlyckan den 20 april 2022. Dietist genomförde en föranmäld måltidsobservation på avdelning Bellby den 12 april.

De områden som granskats är personal och kompetens, delaktighet och inflytande, arbetssätt och metoder, dokumentation och kvalitetsarbete,

Resultatet av tillsynen baseras på det som framkommer i intervjuer, vid granskning samt observationer och presenteras under tre rubriker enligt nedanstående;

- **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 vidta åtgärder och redovisa till tillsynsenheten.

Resultat

Fungerar bra:

Vid intervjuer med personal och chef framkommer att det inom verksamheten överlag finns den kompetens och erfarenhet som krävs för att kunna utföra arbetet. Kompetensutveckling sker utifrån behov i verksamheten och uppmärksammas till exempel vid medarbetarsamtal. Från personal framkommer en önskan om ännu mer resurser för kompetensutveckling. Bemanningen bedöms som tillräcklig och chef uppger att extraresurser sätts in vid behov.

Av personal och chef framkommer att det finns fungerande rutiner för introduktion av nya medarbetare.Handledarskap och en checklista tillämpas för att säkerställa att alla delar ges, chef ansvarar för att följa upp introduktionen.

Personal och chef beskriver arbetsledning som väl fungerande. Chef, planerare och sjuksköterska finns närvarande och tillgängliga i verksamheten för att stötta personal i det dagliga arbetet. Av chef framkommer att det finns möjlighet till handledning, bland annat har kognitionsteamet och säkerhetssamordnare varit inne i verksamheten. Personal beskriver att de även stöttar varandra och att det ibland upplevs att handledning sätts in för sent.

Vid intervjuer med personal och chef framkommer att det finns forum för samverkan kring kund men att vissa professioner endast deltar sporadiskt vid de operativa teamen. Sjuksköterska och enhetschef finns på plats i stort sett dagligen och för samtal med personal och kunder på respektive avdelning.

Vid upptäckt av våld i nära relation framkommer i intervju med chef att det finns riktlinje att förhålla sig till. Personal beskriver att de känner till att de ska agera om de får till sig att kund far illa i en nära relation genom att de uppmärksammar chefen.

Det framkommer i intervjuer med chef och personal att det finns fungerande former för synpunktshantering.

Rutiner för att besvara larm finns förankrade i verksamheten vilket chef och personal beskriver vid intervjuer. Under observationstillfället sker ett utbyte av det befintliga larmsystemet varpå personalens besvarande av larm inte kunnat bedömas.

Av chef och personal framkommer att det finns ett fungerande arbetssätt kring kontaktmannaskap med skriftligt uppdrag där det bland annat framgår att ansvar för genomförandeplan ingår. Granskning av genomförandeplaner visar att det i samtliga planer framgår när den har upprättats och när insatser skall ges. Det är endast en av planerna som inte är aktuell, det vill säga att den inte upprättats eller följts upp under de senaste sex månaderna. I majoriteten av de granskade planerna framgår det när planen skall följas upp, dock har uppföljningsdatum passerat i två av dessa. Drygt hälften av de granskade planerna beskriver hur den enskilde och/eller dess företrädare har varit delaktig vid upprättandet.

Vidare framkommer att det finns kunskap om hur dokumentationen ska utföras och personal och chef kan ge exempel på vad som ska dokumenteras gällande kund. Granskning av social journal visar att händelser av betydelse

samt utifrån dessa vidtagna åtgärder dokumenteras och den är utformad med respekt för den enskildes integritet. I de fyra journaler där det varit aktuellt att granska huruvida det framgår att dokumentation skett då insatsen påbörjats, har detta framgått i tre av de fyra journalerna. Att genomförandeplanen följts upp har dokumenterats i drygt hälften av de granskade journalerna.

Vid observationstillfället uppmärksammas att personalen har ett gott bemötande i samspelet med kunderna. Kunder uppger att personalen är trevliga. De sitter tillsammans vid förmiddagsfika och en stund ute på gården. Personal fångar kundernas önskemål gällande bland annat vart de vill sitta för att äta lunch, vad de önskar dricka, om förmiddagsfika samt glass ute i solen. Vid intervjuer framkommer att personalen arbetar för att kunderna ska känna sig trygga och respekterade. De ringer alltid på/knackar på innan de går in till kunden. Vid observationstillfället finns det några personal som saknar namnskylt men alla bär arbetskläder.

Av personal och chef framkommer att det finns en fungerande organisation för aktiviteter i verksamheten, personal som ansvarar för att planera och genomföra. Både inomhus- och utomhusmiljön är inbjudande och det finns goda förutsättningar för aktiviteter av olika slag.

Delegeringsprocessen är känd och efterlevs på enheten. Enhetschefen säkerställer att personalen har giltig delegering och personalen ansvarar för att förnya den varje år.

Skillnaden mellan egenvård och delegerad hälso- och sjukvård är känd. Om det finns oklarheter gällande läkemedelshanteringen kommuniceras det alltid med sjuksköterska.

Förflyttningsinstruktörer finns på enheten och personalen har genomgått grundutbildning och årlig repetitionsutbildning i förflyttningsteknik.

Sjuksköterska kontaktas alltid vid förändrat/försämrat hälsotillstånd och vitala parametrar tas oftast innan kontakt.

Personalen har kompetens kring omvårdnad i livets slutskede. Den palliativa pärmén används alltid vid vård i livets slutskede,

Den personal som är mest känd för kunden sitter vak.

Personalen känner till de basala hygienrutinerna och klädreglerna och uppger att de efterlevs på enheten. Hygienombud finns på enheten och egenkontroll av följsamheten görs månadsvis.

Riskbedömningar görs och vid risk för fall, trycksår och undernäring och åtgärder sätts in. Vikt kontrolleras varje månad.

Kundens rätt till toalettbesök säkerställs och man arbetar utifrån varje kunds individuella behov. Inkontinenshjälpmedel förskrivs av patientansvarig sjuksköterska.

Personal kan redogöra för hur de ska agera om en kund uttalar självmordstankar och de uppger att riktlinjen är känd på enheten.

Korrekt hantering av hjälpmedel säkerställs på enheten då det alltid finns en skriftlig instruktion på de personligt förskrivna hjälpmedlen. Personalen har god kännedom om hur grundutrustningen ska användas.

Förflyttningsinstruktörer hjälper till om personal känner sig osäker i hanteringen av hjälpmedlet.

Vid måltidsobservationen framgår att kunderna kan välja plats för sina måltider och att tidpunkt för måltiden i möjligaste mån anpassas efter kundens önskemål. Alla kunder erbjuds tre huvudmål samt tre mindre måltider varje dag. De mindre måltiderna dukas på en vagn som kan köras runt på avdelningen, så att alla kan serveras på valfri plats. Utöver nämnda måltidsordning finns möjlighet för kund att vid behov få extra måltider.

Matsalen innehåller ändamålsenliga möbler samt har en ombonad inredning som bidrar till en hemlik och trygg miljö. Personalen skiljer på vardag och helg genom val av porslin och dekorationer. Det är lugnt och harmoniskt vid måltiderna och personalen undviker medvetet stressande moment.

Det är ordning och reda i köksdelen. Kylplattor används vid behov. Avdelningen har skriftliga rutiner för hur arbetet med måltiderna ska genomföras samt ett egenkontrollprogram för livsmedelshygien. Även intervjuad personal bekräftar ovanstående och beskriver att rutinerna efterlevs. Det finns en medvetenhet hos personalen kring de kunder som har behov av anpassad kost. Vid intervjuerna framgår att ett uppmärksammat behov av anpassad kost hos kund, alltid följs av en kontakt med sjuksköterska.

Behöver bevakas:

Vid intervju med personal framkommer att de har kännedom om att riktlinjer och anvisningar finns på solsidan och att dessa styr hur arbetet ska utföras. De kan dock inte redogöra för något exempel på något styrdokument och enligt chef har någon genomgång inte gjorts under det senaste året.

I hälften av de granskade sociala journalerna brister kontinuiteten då det endera helt saknas dokumentation eller inte finns något antecknat sedan februari 2022. I de två journaler där det saknas helt har kunderna flyttat in under april 2022. Det är viktigt att den sociala journalen hålls aktuell för att ärendet ska kunna följas över tid samt att dokumentationen ska svara mot gällande lagstiftning. Av personal och chef framkommer att verksamheten har ett fungerande arbetssätt gällande välkomstsamtal i enlighet med värdighetsgarantier. Att välkomstsamtal genomförts finns dock endast dokumenterat i en av fyra journaler där detta varit aktuellt.

Personal och chef uppger att diskussioner förs om att man i verksamheten ska jobba för att kunder ska kunna behålla sina förmågor och funktioner. Det framkommer dock att detta inte alltid görs då de upplever att tiden inte räcker till hos kund och att man då som personal hjälper kunden med moment som kunden kan självständigt.

Det framkommer vid intervjuer med chef och personal att verksamheten har kunskap om vad en skyddsåtgärd är och vem som bedömer, beslutar och följer upp en skyddsåtgärd. Vid dokumentationsgranskning framkommer i en social journal att det förekommer skyddsåtgärd men att det där saknas dokumentation i enlighet med riktlinje/anvisning i form av samtycke, riskbedömning och planering för uppföljning.

Av chef och personal framkommer att kunder har möjlighet att röra sig självständigt inomhus samt utomhus på inhägnad gård. Kundernas taggar

styr vilka dörrar de kan öppna. Vid observationstillfället iaktogs att uppsikt och tillsyn fanns inom avdelningen. Det råder dock oklarheter kring hur verksamheten säkerställer uppsikt och tillsyn för de kunder som rör sig utanför avdelningen då bedömningen är att man tenderar att förlita sig på att kundens tagg styr vart de kan röra sig. Det är viktigt att det finns någon form av systematik för att säkerställa uppsikt och tillsyn av kunder även utanför den avdelning man har sin lägenhet på.

Det framkommer vid intervju med chef att avvikelser skrivs och utreds i verksamheten, dock framkommer att inga avvikelser skrivs då kund uttalar självmordstankar. Personal uppger att de är delaktiga i att utarbeta åtgärder, vid arbetsplatsträff eller HS-möte. Både personal och chef är eniga om att uppföljningsarbetet kopplat till kvalitetsarbete med såväl avvikelser som lex Sarah, lex Maria och synpunkter kan förbättras. Detta är en viktig aspekt i det systematiska kvalitetsarbetet och för att sprida kunskap i hela verksamheten.

Det framkommer att det finns en osäkerhet hos omvårdnadspersonalen att ta manuella blodtryck.

Det finns en osäkerhet om ”Anvisning för omvårdnadspersonal/stödassistent gällande kontakt med legitimerad personal om kund/patient får förändrat hälsotillstånd och/eller vid akuta situationer” är känd av all personal på enheten.

Den lokala arbetsordningen för läkemedel är delvis känd hos personalen, dokumentet finns i pärmen för HS-möten. Personalen har inte fått någon genomgång och är osäkra på vad dokumentet syftar till.

Vid intervjuerna uppger personalen att kunder är delaktiga i måltidsförberedelser och påföljande efterarbete, utifrån egna önskemål och förutsättningar. Vid måltidsobservationen deltar ingen kund i måltidsarbetet och ingen blir heller tillfrågad. På avdelningen tillämpas servering ur kantiner på en vagn som kan förflyttas. Vid observationen tar ingen kund själv upp sin egen mat.

Det är angeläget att frågan om kunds delaktighet vid måltiderna fortsätter vara levande på enheten och att arbetssätt inte blir slentrianmässiga, utan kan anpassas individuellt utifrån kundens situation.

Detta behöver förbättras:

De områden som behöver förbättras utifrån granskning av genomförandeplaner i verksamheten handlar om att det behöver beskrivas tydligare hur insatser ska utföras och vilka önskemål den enskilde har kring detta. I flertalet av de sociala journaler som granskats framkommer detaljer kring hur kunden önskar utförandet och bedömningen är att dessa detaljer ska stå i respektive kunds genomförandeplan. Beskrivning av på vilket sätt den enskildes förmågor kan bibehållas eller om möjligt höjas beskrivs bristfälligt. De önskemål och behov av aktiviteter den enskilde har är alldeles för allmänt beskrivna eller inte beskrivna alls. Ovan beskrivna delar saknas i majoriteten av de granskade planerna och innebär en risk att kundernas delaktighet och inflytande begränsas. Då dessa delar saknas i genomförandeplanen finns även en risk för att arbetet inte utförs och planeras så att god kontinuitet i utförandet av insatser uppnås. Personal

uppges vid intervju att allt ska stå i genomförandeplan men samtidigt att inte alla läser denna, de uttrycker en förhoppning om att fler ska läsa och använda innehållet i genomförandeplanerna nu när den finns digitalt i arbetsmobiler.

Av chef framkommer att det finns rutiner för information om rapporteringsskyldighet i enlighet med lex Sarah och lex Maria samt att händelser rapporteras, utreds och att åtgärder vidtas. Dock blir det i intervjuer med personal uppenbart att kunskapen inom området brister då de inte kan ge något exempel på en händelse som skulle kunna vara av den art att den skulle rapporteras. De känner heller inte till att någon genomgång varit gjord.

Omsorgsmåltider förekommer på enheten, men i relativt låg utsträckning. Den intervjuade personalen beskriver att omsorgsmåltider tillämpas vid behov. Enhetschefen uppges att personalen är medveten om arbetssättet, men att det sällan förekommer. Vid observationstillfället genomförs inte någon omsorgsmåltid, även om det för vissa kunder troligen varit positivt.

Tillämpningen av omsorgsmåltider verkar alltså variera på enheten, varvid det behövs en ökad samsyn i frågan. Enheten behöver hitta arbetssätt som möjliggör omsorgsmåltider på samtliga avdelningar.

Förbättringsåtgärder

I tillsynen har det framkommit förbättringsåtgärder som behöver åtgärdas

- Det behöver säkerställas att genomförandeplaner beskriver hur insatser skall ges, kundens önskemål om hur, hur förmågor bibehålls eller om möjligt höjs samt behov och önskemål om aktiviteter.
- Det behöver säkerställas att personalen har kunskap och förståelse för vad som skulle kunna vara ett missförhållande i enlighet med lex Sarah och en vårdskada enligt lex Maria. Därtill att årlig genomgång av rapporteringsskyldigheten genomförs i verksamheten samt att allvarliga händelser rapporteras till MAS/ MAR.
- Det behöver säkerställas att enheten har ett arbetssätt som vid behov möjliggör omsorgsmåltider på samtliga avdelningar.

En åtgärdsplan för hur verksamheten ska arbeta med ovanstående förbättringsåtgärder och tid för genomförandet ska redovisas till tillsynsenheten senast den 23 juni 2022. Uppföljning kommer att ske under 2023.

Madeleine Ahlborg
tillsynschef

Ida Karlsson
dietist

Linda M Nilsson
socialt ansvarig samordnare

Linda Rågård
medicinskt ansvarig sjuksköterska