



VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN
TILLSYNSENHETEN

Christine Krohn
2023-11-16
SAS

Tillsynsrapport Gunnern

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 fyraårsplan där inriktningen är att samtliga enheter ska granskas minst en gång under en fyraårsperiod. Syftet med tillsynen är att granska kvaliteten i verksamheten utifrån ett kundperspektiv samt följa upp att god 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.

Metod

Socialt ansvarig samordnare (SAS) har genomfört en tillsyn på Gunnerns vårdboende. Intervju med omvårdnadsomvårdnadspersonal genomfördes den 16 oktober 2023 och intervju med enhetschef genomfördes samma datum. Vidare har även kundintervjuer genomförts den 19 oktober 2023.

I samband med tillsynen har granskning av social journal och genomförandeplan skett av tio slumpvis utvalda kunder. Därtill granskning av avvikelser samt synpunkter registrerade mellan perioden 25 oktober 2022 till 25 oktober 2023

Vidare genomfördes den 12 oktober 2023 en anmäld observation i verksamheten. Observationen genomfördes på tre avdelningar mellan klockan 06.45 - 12.30. Observationsguider som utgår från förvaltningens kvalitetskrav, riktlinjer, värdighetsgarantier och gällande lagstiftning användes.

De områden som granskats är omvårdnadspersonal och kompetens, delaktighet och inflytande, arbetssätt och metoder, dokumentation 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: beskriver vad som fungerar bra i verksamheten.

Behöver förbättras: beskriver vad verksamheten behöver arbeta med.

Behöver åtgärdas: beskriver områden där verksamheten ska vidta åtgärder och redovisa till tillsynsenheten.

Resultat

Personal och kompetens

Fungerar bra

I intervjuer med omvårdnadspersonal och enhetschef framkommer det att omvårdnadspersonalen har den kompetens som krävs för arbetet, merparten är utbildade undersköterskor och kompetensutveckling erbjuds vid behov i verksamheten.

Enhetschef finns närvarande i verksamheten och deltar på morgonmöten i mån av tid under vardagar. Även samordnare finns tillgänglig i verksamheten som stöd för omvårdnadspersonal i det dagliga arbetet. Enhetschef träffar omvårdnadspersonalen på arbetsplatsträffar en gång per månad och är därutöver tillgänglig på plats eller via telefon och mejl. Dock uppger både enhetschef och omvårdnadspersonal i intervjuer att den fysiska närvaron av enhetschef kan bli bättre på boendet genom att enhetschefen vistas på avdelningarna mer frekvent.

I intervjuer med omvårdnadsomvårdnadspersonal och enhetschef framkommer det att det finns kännedom om riktlinjer och ledningssystem som styr hur det dagliga arbetet ska utföras.

Av observationen framkommer det att omvårdnadspersonal har förutsättningar för att tillgodose kundernas behov av hjälp och stöd. Omvårdnadspersonalen har tillsyn majoriteten av tiden, dock lämnas kunder ensamma stundvis i de gemensamma ytorna när omvårdnadspersonal besöker andra kunder. Avdelningarna lämnas aldrig obemannade. I kundintervjuerna framkommer det att kunderna tycker att de får den hjälp dom behöver.

Behöver förbättras

Introduktion av nya medarbetare sker enligt fastställda rutiner och enligt checklista och behov. Dock framkommer det av omvårdnadspersonal och enhetschef att introduktionen inte följs upp i verksamheten. Det är viktigt att introduktion av nya medarbetare följs upp för att säkerställa att introduktionen blivit fullständig och att inget område uteblivit.

Delaktighet och inflytande

Fungerar bra

Kundernas delaktighet säkerställs genom att välkomstsamtal genomförs i verksamheten. Enhetschef uppger i intervju att välkomstsamtal planeras att genomföras inom 14 dagar efter inflytt men att det ibland har varit svårt att genomföra. Kontaktpersonal deltar alltid vid välkomstsamtal och enhetschef och sjuksköterska försöker delta i mån av tid. Kundernas delaktighet och önskemål framkommer också i genomförandeplanerna vilket bekräftas i den sociala dokumentationen.

Vid kundintervjuer framkommer det att majoriteten känner sig delaktiga i hur deras dag ska se ut som till exempel när dom vill stiga upp på morgonen eller vart de vill inta sina måltider. Detta bekräftas även vid observation.

Vid intervjuer med enhetschef och omvårdnadspersonal framkommer det att det finns fungerande former för samverkan med kundernas närstående och/eller företrädare. Kundens kontaktpersonal sköter kommunikationen i första hand. Verksamheten anordnar anhörigträffar ett par gånger per termin. Vid entrén finns en tv där anhöriga/företrädare får information om vad som händer i verksamheten och det planeras ett utskick av informationsbrev via e-post.

Behöver förbättras

I intervjuer med enhetschef och omvårdnadspersonal framgår det att gemensamma aktiviteter erbjuds sex dagar i veckan i verksamheten. I kundintervjuer framkommer det att majoriteten önskar erbjudande om fler individuella aktiviteter så som promenader vilket även bekräftas under observationen samt i granskning av några av genomförandeplaner. Enhetschef berättar i intervju att det finns ett förbättringsarbete att göra kring individuella aktiviteter då omvårdnadspersonal har möjlighet att frisätta mer tid till detta genom att låta aktiviteter gå före arbete med praktiska uppgifter i verksamheten. Det ingår i förvaltningens värdighetsgarantier att erbjuda en aktivitet i veckan.

Dokumentation

Fungerar bra

Vid granskning av social dokumentation framgår det att nio av tio slumpvis utvalda genomförandeplaner är aktuella. Majoriteten av de genomförandeplaner som granskats håller en god kvalitet. De beskriver när och hur insatserna ska utföras, kundernas önskemål, hur förmågor ska bibehållas, mål med insatsen samt kundens delaktighet i upprättandet.

Samtliga granskade kunder har en social journal och händelser av betydelse finns dokumenterade, likaså vidtagna åtgärder. Dokumentationen förs kontinuerligt så att ärendet kan följas över tid och är utformad med respekt för den enskildes integritet. Det framkommer också i journal att genomförandeplanen följts upp. Fem av kunderna har påbörjat insatsen under den granskade perioden och i samtliga journaler framgår det när insatsen har påbörjats. Likaså finns uppföljning av skyddsåtgärder dokumenterade i social journal där det är aktuellt.

Omvårdnadspersonal beskriver att dokumentation läses under arbetspasset vilket också bekräftas av observationen. Dokumentation och genomförandeplan finns att läsa i arbetstelefonen vilket gör den lättillgänglig.

Behöver förbättras

I merparten av de ärenden där skyddsåtgärd används framkommer det i genomförandeplanen, dock kan beskrivningen av utförandet tydliggöras i några av planerna för att säkerställa att de används på ett korrekt sätt. Vid granskning av social journal saknas dokumentation om att välkomstsamtal genomförts för de kunder som flyttat in under granskningsperioden. Det är viktigt att välkomstsamtal dokumenteras för att säkerställa att de genomförs i enlighet med förvaltningens värdighetsgaranti.

Arbetssätt och metoder**Fungerar bra**

I kundintervjuerna beskriver samtliga kunder att dom trivs och att dom känner sig trygga på boendet. Vidare framkommer det att kunderna tycker att omvårdnadspersonalen har ett gott bemötande och har tid för att hjälpa.

Vid observationen uppmärksammas att omvårdnadspersonal har ett respektfullt bemötande gentemot kunderna. Kundernas integritet respekteras i omvårdnadssituationer genom stängda badrumsdörrar.

Vid intervju beskriver omvårdnadspersonal att dom arbetar funktionsbevarande genom att kunden får vara delaktig i det hen kan vid utförandet av omvårdnadsinsatser. Detta bekräftas även vid observation samt finns beskrivet i genomförandeplanerna.

Det finns fungerande rutiner för rapportering mellan omvårdnadspersonal i verksamheten, vilket bekräftas vid observation. Enhetschef och omvårdnadspersonal beskriver att rapportering sker på varje avdelning och att ett gemensamt morgonmöte hålls för att göra en dagplanering och för att uppmärksamma om omvårdnadspersonal behöver hjälpa till på en annan avdelning under dagen.

I intervjuer beskriver enhetschef och omvårdnadspersonal att samtliga kunder har två kontaktpersonal och ansvarsbeskrivningen är känd i verksamheten. Varje kontaktpersonal tar lika mycket ansvar för uppdraget vilket ger en god kontinuitet för kund och anhöriga/företrädare.

Enhetschef och omvårdnadspersonal beskriver fungerande samverkan mellan berörda professioner utifrån kundens behov och situation. Bland annat genomförs operativa team varannan vecka samt HS-möten.

Riktlinje gällande självmordstankar, självmordsförsök och självmord är känd och tillämpas i verksamheten.

Behöver förbättras

Vid intervju med enhetschef och omvårdnadspersonal framkommer att genomförandeplanen inte fullt ut används i det dagliga arbetet. Detta bör förbättras för att kunderna inflytande och individuella önskemål kring sitt stöd ska kunna upprätthållas i det dagliga arbetet samt för kontinuitet av utförandet av insatserna.

Vid observationen framgår det att mellanmål inte erbjuds i någon större utsträckning under förmiddagen. Omvårdnadspersonal serverar kunderna lunch och de tillfrågas inte om dom vill ta sig mat själva. Kunderna är heller inte i någon större utsträckning delaktiga i hur mycket mat som läggs upp på tallriken. Detsamma gäller val av dryck till måltiden. På en avdelning sitter omvårdnadspersonal med och äter omsorgsmåltid. Det är viktigt att reflektera över hur kundernas förmågor och önskemål kan individanpassas i högre uträkning i samband med arbetssätt kring måltider.

Vid observation framgår det att majoriteten av omvårdnadspersonalen knackar eller ringer på när dom går in hos kunderna och majoriteten bär namnskylt. Det är viktigt att uppmärksamma att all omvårdnadspersonal följer värdighetsgarantierna vilket gör detta till ett förbättringsområde. Vid intervju med omvårdnadspersonal framkommer det att det finns olika typer av larm i verksamheten. Det finns fungerande rutiner för att besvara larm och vid observation bekräftas detta genom att larm besvaras omgående. Dock uppger omvårdnadspersonal att det finns kunder som larmar regelbundet utan att behöva hjälp och risken är då att omvårdnadspersonal inte alltid besvarar kundens larm. Några kunder berättar i intervju att det ibland kan ta lång tid innan larm besvaras. Utifrån detta är det viktigt att se över rutinerna kring larm vilket gör detta till ett förbättringsområde.

Behöver åtgärdas

Riktlinjen för skydds- och begränsningsåtgärder är inte känd i verksamheten och det framkommer brister i kunskap hos både enhetschef och omvårdnadspersonal. Det finns en osäkerhet kring vem som kan samtycka till en skyddsåtgärd och rutin kring införandet. Det framkommer vid granskning social journal att dokumentation saknas gällande samtycke och riskanalys vid införandet av skyddsåtgärder för de kunder som fått skyddsåtgärder insatta under granskningsperioden.

Riktlinje för handläggning av misstanke om eller upptäckt våld mot kund som utförs av anhörig är inte känd i verksamheten. Kunskapsbrister framkommer vid intervjuer med både enhetschef och omvårdnadspersonal.

Kvalitetsarbete

Fungerar bra

Vid intervjuer framkommer det att både enhetschef och omvårdnadspersonal har kännedom om förvaltningens synpunktshantering. Vid granskning av synpunkter framkommer att inga synpunkter har diarieförts under granskningsperioden. Det framkommer heller inga synpunkter vid granskning av social journal. Vid kundintervjuer uppger samtliga kunder att de vet vart dom ska vända sig om dom inte är nöjda med stödet dom får.

Verksamheten har kännedom om riktlinje för avvikelserapportering och tillämpar denna vilket även bekräftas vid granskning av avvikelser i verksamhetssystemet. Det finns även en vana att skriva avvikelser gällande fall och läkemedel.

Verksamheten arbetar aktivt med att identifiera risker genom avvikelserapportering, sprida kunskap om lex Sarah utredningar som lyfts på kvalitetsråd samt att uppsiktplan finns upprättad. Lex Sarah eller avvikelser som rapporterats i verksamheten lyfts på arbetsplatsträffar för att hela arbetsgruppen ska ta del av och lära av det inträffade.

Behöver förbättras

Det finns en diskrepans mellan vad som framkommer vid intervjuer med enhetschef och omvårdnadspersonal vad gäller årlig genomgång av omvårdnadspersonalens rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah. Enhetschef uppger att rapporteringsskyldigheten diskuteras på arbetsplatsträffar samt att det finns med i verksamhetens årshjul. Omvårdnadspersonal uppger i sin tur att de har kännedom om sin rapporteringsskyldighet genom tidigare händelser som inträffat i verksamheten men att dom inte fått någon årlig genomgång av denna. Det är viktigt att säkerställa att all omvårdnadspersonal får information om lex Sarah och sin rapporteringsskyldighet minst en gång per år.

Förbättringsområden

I tillsynen har det framkommit förbättringsområden som behöver åtgärdas:

- Det behöver säkerställas att tillämpningen av skyddsåtgärder sker i enlighet med lagstiftning och kommunens riktlinje.
- Det behöver säkerställas att riktlinje för handläggning av misstanke om eller upptäckt våld mot kund som utförs av anhörig är känd i verksamheten.

Verksamheten har ett ansvar för att arbeta med och åtgärda de områden som presenteras under **behöver förbättras** och **behöver åtgärdas**.

En tidsplan för hur verksamheten ska arbeta med de områden som redovisas under rubriken "Förbättringsområden" ska skickas till tillsynsenheten senast den 31 december 2023.

En uppföljning av hur dessa förbättringar har genomförts kommer att ske inom ett år.

Christine Krohn
Socialt ansvarig samordnare

Sara Lundgren
Tillsynschef