



Östra Göinge Kommun

Elisabet Olsson, Kvalitetsutvecklare

elisabet.olsson@ostragoinge.se

Tel: 044-775 6071

2011-02-18

Rapport

Sid 1/6

Uppföljning av särskilt boende år 2010

Dnr 2011/480. 782

Under hösten 2010 har vi besökt de särskilda boendena Västanvid och Skogsbrynet. Samtal har förts med den personal som varit i tjänst samt enhetschefen. Före besöket skickades ett frågeformulär ut till enhetscheferna med begäran om att få in uppgifterna före det planerade besöket. Frågeformuläret innehöll frågor om ledning och styrning, avvikelser och fel och brister, information/tillgänglighet, samverkan, personal/kompetensförsörjning och kvalitetskriterierna.

Vi har även granskat patientjournaler, genomförandeplaner och biståndsbeslut för 28 personer som hade plats i särskilt boende den 1 november 2010.

Nedan följer en sammanfattning av gjord uppföljning och förslag till förbättringsområden.

1. Ledning och styrning

1.1 Mål

Kvalitetskriterierna är kända av personalen men inget av boendena har några mätbara kvalitetsmål. Fokus ligger på den ekonomiska målbilden.

1.2 Ledning

Båda boendena leds av enhetschef. De är ersättare för varandra. Antalet medarbetare överstiger det rekommenderade 25-30 medarbetare; på Västanvid 32 och på Skogsbrynet 45 medarbetare per enhetschef.

1.3 Struktur (rutiner)

För att vidmakthålla en hög patientsäkerhet är det viktigt att följa givna riktlinjer och rutiner vid överlämnande av medicin. Överlämnat läkemedel skall alltid signeras **efter** intagen dos. Före delegering och före förlängd delegation måste all personal göra kunskapstest.

Vid extern granskning av läkemedelshandlingen har anmärkningarna inte åtgärdats. Anmärkningarna avser lokalerna.

Basala hygienrutiner ska följas av samtliga personal. Det innebär bland annat att kläderna ska ha korta ärmar och personalen ska inte bära smycken eller klockor på händer och armar.

De rutiner som finns är inte fullt ut kända av personalen. Alla riktlinjer och rutiner som är fastställda finns tillgängliga på intranät. Personalen känner inte till att de finns på intranät. Rutinparmar för lokala rutiner finns ute på avdelningarna. En orsak till att de rutiner som



finns på intranät inte är kända, kan vara att de är för många och inte heller har reviderats när organisationsförändringar gjorts.

1.4 Specifika ansvarsområden

I HSL-journalen finns inte namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast för alla boende. Alla avdelningar har utsedda kostombud. På båda boendena är det vaktmästaren som är anläggningsansvarig.

2. Avvikelse och fel och brister

2.1 Avvikelse

Avvikelse hanteras efter nya lokala rutiner (from hösten 2010). Enhetscheferna är involverade i dokumentationen och vid återkoppling till verksamheten. Rutinerna för avvikelshantering är nya och har ännu inte följts upp.

2.2 Fel och brister

Personalen informeras om Lex Sarah på personalmöten och lämnas information lämnas till alla vikarier. På Västanvid har alla sommarvikarier en utsedd mentor som svarar för introduktionen och även informerar om vikten av att anmäla missförhållanden.

3. Information/Tillgänglighet

Information om aktiviteter finns på samtliga avdelningar. Anslagstavlorna är placerade intill allrum/matsal. Kundpärm finns hos alla boende.

Information om hur klagomål/synpunkter kan framföras var synlig vid entrén tillsammans med information om inflyttning till Västanvid. På Skogsbrynet kan informationen synliggöras bättre.

4. Samverkan, extern

Skogsbrynets personal har ett bra samarbete med köket. På Västanvid finns ett kostråd som senast hade möte våren 2010.

Ett anhörigmöte har hållits på Skogsbrynet under 2010.

Både på Skogsbrynet och Västanvid finns samarbete med kyrkan och flera ideella organisationer. På Skogsbrynet, som har inriktning mot demens, finns även samarbete med Demensföreningen för anhöriga.

5. Personal/Kompetensförsörjning

Enligt enhetscheferna finns det för lite personal i verksamheten. Personaltätheten dagtid är på Västanvid 0,59 och på Skogsbrynet 0,64. På natten arbetar 2 personal på Västanvid och 3 personal på Skogsbrynet. Det innebär att det nattetid inte kan finnas en personal på varje avdelning.

Personalen har under året fått utbildning i social dokumentation. I december ska den personal som saknar kursen i livsmedelshygien få detta. Personalen har även under året fått handledning, bland annat av kommunens Silviasystrar.

All personal har arbetskläder men alla har inte namnskyltar på sig.



Under år 2009 har 10 arbetsskador anmälts. Inga tillbud har rapporterats.

6. Kvalitetskriterier

6.1 Boendemiljön

Boendemiljön är tillfredställande. De gemensamma utrymmena är acceptabla.

På Västanvid har alla boende tillgång till nyckel till sin lägenhet. Ingen av avdelningarna är låsta med kodlås.

På Skogsbrynet är alla avdelningarna låsta med kodlås. Informationen om hur kodlåset fungerar saknas. Endast en sifferkod finns uppsatt på kodlåset.

6.2 Serviceinsatser

Städning av lägenheter, tvätt och klädvård och fönsterputsning har inte granskats.

6.3 Omvårdnadsinsatser

Enligt enhetscheferna erbjuds alla boende möjlighet till egen tid utifrån sina önskemål. På Skogsbrynet är målsättningen att alla boende ska få 30 minuter per vecka enskild tid tillsammans med sin kontaktman.

6.4 Kost/Måltider

På Västanvid lägger personalen upp maten på tallrikar till de boende. De boende har möjlighet att välja alternativ lunchrätt. Detta försvårar en eventuell bordservering. Även på Skogsbrynet lägger personalen upp maten på tallrikar till de boende. På några avdelningar går personalen runt med serveringsvagn till respektive bord och serverar därifrån.

Förutom frukost, lunch och kvällsmat serveras något på förmiddagen och eftermiddagen samt på kvällen efter kvällsmaten. Nattpersonalen ger smörgås och dryck vid behov och önskemål.

Nattfastan understiger 11 timmar.

6.5 Aktiviteter

På alla avdelningar finns en anslagstavla där månadens aktiviteter finns anslagna. Det finns minst 3 organiserade aktiviteter per vecka.

På Skogsbrynet finns på varje avdelning en personal som ansvarar för förmiddagsaktiviteter respektive eftermiddagsaktiviteter. Gemensamma aktiviteter ordnas även lördagar och söndagar. Utevistelse erbjuds dagligen.

På Västanvid erbjuds utevistelse till alla men det är inte så många som vill gå ut.

6.6 Hälso- och sjukvård

Patientansvarig läkare har brytpunktssamtal. Avdelningspersonalen har regelbundna möten med ansvarig sjuksköterska.

Uppgifter om omvårdnadsplaner har inte lämnats.



6.7 Aktivering/Rehabilitering

I HSL-journalen saknas ibland ankomststatus. Uppföljning av ärenden saknas. Uppgifter om aktuella rehabiliteringsplaner har inte lämnats.

Alla avdelningarna har regelbundna teammöten (varannan vecka) där sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast samt enhetschef och vårdpersonal deltar.

6.8 Kontaktman

Alla boenden har en kontaktman.

6.9 Genomförandeplan

En genomförandeplan finns för alla boenden. På Västanvid undertecknas planen av den enskilde och kontaktmannen men inte på Skogsbrynet. På Skogsbrynet erbjuds de boende att skriva en levnadsberättelse.

Genomförandeplaner har granskats för totalt 28 personer. Ingen av de granskade genomförandeplanerna är fullständig.

Genomförandeplaner ska vara ett centralt verktyg i det dagliga arbetet och garantera en individanpassad omsorg. Det är även viktigt att genomförandeplanen är så tydlig att en vikarie kan arbeta efter den. Av genomförandeplanen ska framgå:

- Var den enskildes vistas, vilka som deltagit vid upprättande av genomförandeplanen och när uppföljning ska göras.
- Att den enskilde medverkat vid upprättande av planen.
- Anhöriga och viktiga personer i den enskildes närhet.
- Den enskildes hälsa i korthet, t ex fallrisk, syn- eller hörselnedsättning.
- Delmål när det är aktuellt med träning, försök med aktivering mm och när uppföljning ska göras.
- Vad den enskilde klarar själv eller klarar med hjälp av stöttning förutom det som den enskilde behöver hjälp med.
- Den boendes intressen och egna önskemål för att få en så individuell omsorg som möjligt.

Under hösten 2010 har riktlinjer fastställts för social dokumentation och genomförandeplaner. Personalen har även fått utbildning i social dokumentation och hur en genomförandeplan ska tas fram.

7. Patientjournaler

Patientjournaler har granskats för 28 personer. Variationerna mellan kvalitet på journalerna är ganska stora. Det finns några genomgående förbättringsområden:

- Ankomstanteckningar skall skrivas vid inskrivning på särskilt boende, gäller både för omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) och paramedicinare.



- Aktuella namn på omvårdnadsansvarig sjuksköterska och patientansvarig läkare skall anges. Många gånger är uppgifterna flera år gamla och härrör från den tid patienten bodde i eget boende
- Enligt sökordsinformationen skall aktuellt status vara så aktuellt att det kan skrivas ut och skickas med vid sjukhusvistelse. I de flesta fall av granskade journaler så var fallet inte så, om bedömningen görs utifrån senaste datering.
- Uppdatera journalanteckningarna
- Sökordsinformation och innehåll under sökorden har ibland dålig överensstämmelse. För patientsäkerheten är det viktigt med enighet om sökordens innehåll och användning.
- Informationen under skydd och säkerhet fyller i många fall inte lagens krav för orsak och ev. samtycke.
- I några journaler saknas uppgift om samtycke.
- Några journaler saknar uppgifter om överkänslighet. Om överkänslighet ej finns skall ”**ingen känd**” noteras.

8. Biståndsbeslut om särskilt boende

Biståndsbeslut har granskats för 28 personer som hade plats i särskilt boende den 1 november 2010. Biståndsbeslut för en boende saknas i verksamhetsprogrammet, då beslutet tagits före år 2001.

Hela utredningen med bedömning och målsättningen med insatsen utgör grunden för den kommande verkställigheten. Det viktigt att bedömningen av den enskildes resurser är tydliga, vad den enskilde kan själv och vad den enskilde behöver hjälp och stöd med. Lika viktigt, som den enskildes hälsa och funktionshinder, är den enskildes sociala situation, levnadsförhållanden, intressen, vanor och livsstil och önskemål. Allt som framkommit om vad den enskilde klarar eller inte klarar och som har avgörande betydelse för ställningstagandet i ärendet ska dokumenteras. Hänvisning till andra utredningar kan inte göras.

Dokumentation om att ansökan är gjord saknas då någon journal (personakt) saknas i verksamhetsprogrammet. Det saknas även dokumentation om när och hur beslutet blivit verkställt. Efter att beslut tagits finns möjligheten att göra följdanteckningar till beslutet. Denna möjlighet används sällan. Ibland finns dokumentation i ett ”SoL-dokument”. Detta kan dock inte betraktas som någon journal då dokumenten oftast inte har blivit ”lästa” och därför kan redigeras.

Uppföljning av beslut om särskilt boende har inte gjorts i något ärende. För att biståndshandläggarna ska få kunskap om målsättningen med beslutet har uppnåtts är det viktigt att följa upp besluten.

Tre av de granskade besluten avsåg personer som fått boende på Skogsbrynet, ett boende med demensinriktning. Av utredningarna framgår inte att dessa personer har någon demensdiagnos.



Bedömning

De rutiner som finns är inte fullt ut kända av personalen. För att säkra vårdkvaliteten är det viktigt att riktlinjer och rutiner följs. Det är också viktigt att verksamheten har en vision som är känd av alla och tydliga mätbara mål. En tydlig struktur för ledning och styrning bör därför utarbetas.

Personalen har under det gångna året fått några timmars utbildning i social dokumentation och viss handledning. För att bibehålla och stärka kvaliteten i omsorgen är återkommande planerad utbildning viktigt.

Verksamheten lever inte helt upp till de kriterier som fastställt vad gäller maten; den boendes möjligheter att delta och påverka hur dukningen ska vara och möjligheten att ta sin egen mat. Här bör man se över om verksamheten kan ändra sitt arbetssätt eller om kriterierna ska ändras.

Minst två organiserade aktiviteter per vecka erbjuds de boende. På Skogsbrynet är målsättningen att alla boende ska få enskild tid, 30 minuter per vecka, tillsammans med sin kontaktman. Personalen på Skogsbrynet vill på detta sätt tillgodose de individuella behoven.

Enligt kriterierna ska omvårdnadsplaner upprättas om det finns risk för ohälsa, undernäring, fall mm. Omvårdnadsplanerna ska inte vara äldre än 6 månader. Uppgifter på hur många aktuella omvårdnadsplaner som finns har inte lämnats.

Biståndshandläggaren ansvarar för att biståndsbeslutet innehåller mål och en tydlig behovsbedömning. Någon uppföljning av biståndsbesluten görs inte. Inte heller görs den övergripande organisatoriska uppföljningen var 6:e månad som anges i gällande riktlinjer.

HSL-journalerna saknar ankomststatus. Enligt gällande riktlinjer ansvarar HSL-personalen för att ADL-status upprättas i anslutning till utredning eller vid inflyttning.

Genomförandeplanerna ska vara ett centralt verktyg i det dagliga arbetet och garantera en individanpassad omsorg. Biståndsbeslutet och aktuell ADL-status vid ankomsten ska vara utgångspunkten för genomförandeplanen.

Förbättringsområden

- Översyn av riktlinjer och rutiner bör göras. Tydliga mätbara mål bör fastställas.
- Uppföljning av biståndsbesluten bör göras kontinuerligt.
- Patientjournalerna ska skrivas enligt riktlinjer och ankomststatus ska anges.
- Genomförandeplaner ska upprättas tillsammans med den enskilde och utgöra grunden för en individanpassad omsorg.
- Översyn och revidering av kvalitetskriterierna bör göras.