



**Falkenbergs
kommun**

Socialförvaltningen

Stab

Anja Sönnerstedt, Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Nina Fjellheim Nielsen, Kvalitetsstrateg ÅO

Eva Bjäräng, Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Granskningsrapport Hjortsberg särskilt boende 2022



Innehåll

1.SAMMANFATTNING	2
2.BAKGRUND	2
3.SYFTE	2
4.TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	3
5.RESULTAT	3
5.1 IDENTIFIERADE OMRÅDEN FÖR KVALITETSGRANSKNING	3
5.1.1 FÖRFLYTTNINGSKUNSKAP	3
5.1.2 DELEGERING	3
5.1.3 INFORMATIONSÖVERFÖRING.....	4
5.1.4DIABETES OCH NEDSATT ALLMÄNTILLSTÅND.....	4
5.1.5 RUTINER FÖR STÄDNING/BYTE AV SÄNGKLÄDER, TVÄTT OCH DISK.	5
5.1.6 PERSONCENTRERAD OMSORG	5
5.1.7 FÖLJSAMHET TILL GIVNA INSTRUKTIONER GÄLLANDE NYA HJÄLPMEDEL.....	5
5.1.8 BRIST VID DIGITAL SIGNERING.....	6
5.1.9 KUNSKAP KRING SMÄRTA OCH ATT SKATTA SMÄRTA	6
5.1.10 KUNSKAP KRING TRYCKSÅR OCH AVLASTNING	7
5.1.11 KUNSKAP KRING LUFTVÄXLANDE/TRYCKAVLASTANDE MADRASSER	7
6. SLUTSATS	7

1. Sammanfattning

En granskning av Hjortsbergs särskilda boende har genomförts efter att synpunkter inkommit. Synpunkterna innefattade både insatser rörande vård och omsorg. De synpunkter som inkom handlade bland annat om kompetens kring förflyttningskunskap, informationsöverföring, kompetens om diabetes och insulinbehandling, trycksår och trycksårsprefylax samt om rutiner för städning, byte av sängkläder och personcentrerad omsorg. Vid besöket i verksamheten framkom även brist i dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsats.

Syftet med granskningen har varit att säkerställa att brukarna får den omsorg, vård och behandling som Falkenbergs kommuns kvalitetsbestämmelser anger.

Vissa områden som granskats har krävt kompletteringar. När dessa gjorts är bedömningen att verksamheten Hjortsberg särskilt boende håller en tillfredsställande nivå för att den enskilde ska få en god och säker vård, behandling och omsorg.

2. Bakgrund

Enligt kommunens riktlinje för granskning av socialnämndens verksamheter kan en verksamhet kvalitetsgranskas på förekommen anledning. Skäl för granskning på förekommen anledning kan vara exempelvis brister som identifierats via synpunkter eller avvikelser. Den genomförda granskningen initierades på grund av synpunkter kring omsorg och hälso- och sjukvårdsinsatser på en av avdelningarna.

I denna granskning undersöktes om brukarna får god och säker vård och omsorg utifrån utförarens skyldigheter enligt avtal, lagar och fastställda kvalitetsbestämmelser.

3. Syfte

Syftet med tillsynen har varit att granska om utföraren följer och arbetar enligt gällande lagar, föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) samt hur utföraren arbetar enligt de kvalitetsbestämmelser som socialnämnden fastställt.



4. Tillvägagångssätt

Granskningen utfördes genom besök i verksamheten på alla avdelningar och genom begäran om åtgärder. Vid besöket observerades omsorgspersonal i arbetet. Intervjuer och samtal genomfördes med verksamhetschef, omsorgspersonal samt legitimerad personal. Begäran om åtgärder delgavs verksamhetschef för Hjortsberg särskilt boende och enhetschef för hemsjukvård för de olika bristerna som identifierats. Inom vissa områden har ytterligare åtgärder begärts.

5. Resultat

Verksamheten har granskats utifrån de områden som identifierats genom synpunkter och beskrivs under respektive rubrik. Varje område bedöms av kvalitetsstrateg, MAS eller MAR.

Granskningen har även identifierat förbättringsbehov i verksamhet som samverkar med den granskade verksamheten, till exempel gällande fortlöpande kunskapsöverföring från sjuksköterskor till omsorgspersonal. Resultatet av föreliggande granskning kommer att återföras till berörd verksamhet i syfte att belysa förbättringsområden.

5.1 Identifierade områden för kvalitetsgranskning

5.1.1 Förflyttningskunskap

Synpunkt inkom på att personal saknade tillräcklig kunskap för att utföra förflyttning med lyft för brukare.

Granskning

Vid besök observerades två förflyttningar med lyft på olika avdelningar däribland berörd avdelning. Förflyttningarna genomfördes korrekt. Handlingsplanen visar att av totalt 46 tillsvidareanställda saknar 19 medarbetare kommunens förflyttningsutbildning som enligt rutin ska vara genomförd under de senaste 3 åren. Av 24 visstidsanställda saknar 15 personer utbildningen. Förflyttningsutbildningen har inte genomförts i samma omfattning som vanligt under pandemin och cheferna har därför inte kunnat skicka sin personal på utbildningen. Förflyttningsutbildningen har sedan januari startat i full skala men utbildningstillfällena blev snabbt fullbokade under våren.

Åtgärd

De 19 tillsvidareanställda som saknar förflyttningsutbildning står på kö att genomföra kommunens förflyttningsutbildning så snart det finns plats under hösten. De 15 visstidsanställda som saknar förflyttningsutbildning är anmälda att delta i utbildningen i maj-juni.

Bedömning

Planerad åtgärd är tillräcklig.

5.1.2 Delegering

Synpunkt har inkommit gällande att det upplevdes finnas för få personal med delegering för att ge insulin och delegering för spolning av urinkateter.

Granskning

Vid kontroll av antal omsorgspersonal med delegering framkom att 36 av 46 personal hade delegering för att ge insulin. 20 av 46 omsorgspersonal hade delegering för att spola urinkateter. 46 av 46 omsorgspersonal hade läkemedelsdelegering.



Bedömning

Enligt vår bedömning är det ett rimligt antal personal som är delegerade för att ge insulin till det antal brukare som är insulinbehandlade. Man hjälps även åt mellan avdelningarna. Vad gäller delegering för att spola urinkateter så var det ungefär hälften av omsorgspersonalen som hade delegering, men detta kan ändå ses som rimligt eftersom man hjälps åt mellan avdelningarna. Det visade sig vara 5 brukare med kateter och enligt sjuksköterska så delegerar man efter behov. Sjuksköterska har även infört hos vissa brukare att spola kateter dagligen, vilket har givit goda effekter. All personal hade delegering för att överlämna läkemedel.

5.1.3 Informationsöverföring

Synpunkt inkom gällande om hur informationsöverföring hanteras mellan omsorgspersonal.

Granskning

Granskningen visade att det fanns tid avsatt mellan natt- och dagtjänstgöring och omsorgspersonal ansåg att de hade lagom tid avsatt för att kunna säkerställa att rapport överförs. Det fanns däremot ingen tid avsatt mellan dag- och kvällspersonal vilket ibland kunde upplevas som en brist. Omsorgspersonal använde Intraphone (IP) för att tala in och dokumentera det som var av vikt. Man ansåg att det fungerade bra att rapportera från kväll till nattpersonal. Sjuksköterska kunde lämna meddelanden i IP till omsorgspersonal vid förändringar i den enskildes allmäntillstånd eller vid t ex ändringar av läkemedelsordination. Det var inte alltid en sjuksköterska lämnade muntlig rapport till berörd omsorgspersonal vid förändringar i vård och behandling, vilket skulle kunna bidra till att patientsäkerhet inte kan säkerställas till fullo.

Åtgärd

Verksamheten har inkommit med befintliga rutiner. En rutin för rapport mellan legitimerad personal och omsorgspersonal och en rutin för när brukaren kommer hem från sjukhus för att säkerställa att berörd personal får kännedom om förändrad vård och behandling. Rutinerna ska förtydligas.

Bedömning

Åtgärden bedöms vara rimlig.

5.1.4 Diabetes och nedsatt allmäntillstånd

Synpunkt inkom om bristande kunskap kring diabetes, insulin och om tecken på förändrat/nedsatt allmäntillstånd hos brukare.

Granskning

Det var svårt att avgöra vid granskningen om personal hade tillräckligt med kunskap kring diabetes, insulinbehandling och om när brukare har förändrat/nedsatt allmäntillstånd. Vid samtal med omsorgspersonal upplevdes dock omsorgspersonal ha insikt om vikten av att ha kompetens i nämnda områden. En lokal rutin fanns utarbetad sedan tidigare kring ansvarsfördelning och om att kontakta sjuksköterska då brukares allmäntillstånd är nedsatt, denna skulle åter göras känd.

Åtgärd

Verksamheten beskriver i sin åtgärdsplan att ge utbildning tillsammans med sjuksköterskor i kunskap om rapporteringsstöd och om sjukdomen diabetes samt kunskap om insulinbehandling.

Bedömning



Planerad åtgärd bedöms vara tillräcklig och även den utarbetade rutinen bedöms vara tydlig i ansvarsfördelning och rimlig, samt att det är viktigt att omsorgspersonal känner till och använder sig av rapporteringsstödet.

5.1.5 Rutiner för städning/byte av sängkläder, tvätt och disk.

Enligt de synpunkter som inkommit upplevs brister i hantering av de enskildas egendom i form av söndertvättade kläder, borttappat porslin mm. Det har också upplevts brister kring städning av den enskildes lägenhet och byte av sängkläder.

Granskning

Verksamheten har därvid reviderat rutiner för både tvätt och städning. Revideringen av rutinen för tvätt innebär att den gemensamma tvättstugan för varje plan endast används av en avdelning per dag. Detta kommer att minska risken för sammanblandning av tvätt och upplevs av personalen som en stor förbättring. Verksamheten har lokala rutiner för tvätt och klädvård och för städning av den boendes lägenhet. De lokala rutinerna är detaljerade och tydliga och verkar vid tidpunkten av besöket kända av personalen i verksamheten. Vid verksamhetsbesöket så ställdes också frågor till personalen kring rutiner vid byte av sängkläder. Ett planeringssystem används för att genom bokade insatser säkerställa att exempelvis dusch och byte av sängkläder utförs. Personalen upplever vid verksamhetsbesöket att planeringen är tydlig och följs.

Bedömning

Bedömningen är att både den reviderade rutinen av tvätt och arbetssättet kring dusch och byte av sängkläder är rimliga. Det förefaller vara tillräckligt detaljerat och möjligt för personal att utföra.

5.1.6 Personcentrerad omsorg

För att säkerställa att omsorgen kring varje individ blir anpassad efter den enskildes önskemål och behov ska verksamheten ha utsett en omsorgskontakt. Omsorgskontakten ska säkerställa skälig levnadsnivå utifrån sin roll/uppdrag. Synpunkter har inkommit på att verksamheten brustit i den personcentrerade omsorgen varpå rutin och uppdragsbeskrivning redovisats. Verksamheten ska säkerställa att varje boende har en omsorgskontakt och att denne förstår vad uppdraget innebär. (*Kvalitetsbestämmelser för utförare av insatser inom Ordinärt boende, Biståndsbedömt trygghetsboende, Särskilt boende och Korttidsplats. §3.9 Omsorgskontakt och §6.1 Delaktighet*)

Granskning

Den redovisade uppdragsbeskrivningen innehåller fyra komponenter; relationen, helhetssynen, samordningen och kvalitetssäkrad dokumentation. Både vad den utsedde omsorgskontakten förväntas ansvara för och vilket stöd som finns, är formulerat tydligt. Särskild lokal rutin finns vid inflyttning till boendet. Vid verksamhetsbesöket så intervjuades personal kring uppdraget och det förefaller särskilt tydligt att omsorgskontakten ansvarar för kontakten med den enskildes anhöriga.

Bedömning

Uppdragsbeskrivningen bedöms vara tillräckligt känd hos personalen vid tidpunkten för besöket. Den förefaller vara tillräckligt detaljerad och inarbetad.

5.1.7 Följsamhet till givna instruktioner gällande nya hjälpmedel

Synpunkt inkom på att personal inte kände till en tryckavlastande polstring som arbetsterapeut bedömt kunde användas för att lindra smärta vid förflyttning i lyftsele för specifik brukare.



Granskning

I utprovningssprotokollet för förflyttning med lyft, som fylls i av arbetsterapeut eller fysioterapeut, saknades information om vaddering av lyftselen hos aktuell brukare. Vid journalgranskning framkom att arbetsterapeuten dokumenterat att personal var närvarande vid genomgång av förflyttningen vid två tillfällen och fick information om hur lyftet skulle ske, inklusive vadderingen av lyftselen. Övrig personal fick information om vadderingen på två arbetsplatsträffar i anslutning till utprovningstillfället. På förflyttningssutbildningen som kommunens rehabenhet genomför ges personal information om att de ska ta del av hur lyftet ska utföras, i utprovningssprotokollet.

Åtgärd

Chefen för rehabenheten kommer säkerställa att utprovningssprotokollet fylls i så att möjligheten att använda polstring i samband med lyftförflyttningen anges där. Personal som inte gått förflyttningssutbildningen under de senaste 3 åren kommer att genomföra den enligt plan ovan, se 5.1.1.

Bedömning

Planerad åtgärd bedöms vara tillräcklig.

5.1.8 Brist vid digital signering

Vid verksamhetsbesöket upptäcktes att en personal signerade överlämnat läkemedel före det att läkemedlen gavs. Personen kände till att rutinen är att signera efter överlämnandet och hade svårt att förklara varför hen gjorde så denna gång.

Åtgärd

Åtgärd har skett genom samtal av sjuksköterska och chefen med berörd personal.

Bedömning

Åtgärden bedöms vara tillräcklig.

5.1.9 Kunskap kring smärta och att skatta smärta

Synpunkt inkom om bristande kunskap kring smärta och att skatta smärta. I synpunkten var man frågande till om det finns tillräcklig kunskap kring läkemedel och hur äldre påverkas av olika läkemedel, som t ex konsekvenser och biverkningar av smärtlindrande läkemedel. I synpunkten framkom klagomål på att man givit patent smärtlindrande läkemedel då patienten egentligen hade symtom på grund av biverkning av det läkemedel man gav mer av.

Granskning

Det var svårt att avgöra vid granskningen om personal hade tillräckligt med kunskap kring att bedöma smärta och om de hade tillräcklig kunskap om smärtlindrande läkemedel. En ny rutin/lathund var utarbetad av sjuksköterska för att stötta omsorgspersonal i att göra rätt bedömning för brukare vad gäller smärta/oro.

Åtgärd

Åtgärd sker genom att sjuksköterska håller utbildning för personal om smärtlindrande läkemedel och om smärtskattning vid APT möten. Utbildning planeras även till hösten av Apoteket för all personal om "Läkemedel och äldre" vilket ska ge en fördjupad kunskap om hur olika läkemedel påverkar äldre. Sjuksköterska har infört ett bedömningsverktyg för omsorgspersonal att använda sig av för att bedöma smärta och oro hos brukare, vilket enligt sjuksköterska har haft god effekt. Även Humanas egen utbildningsportal ska användas då det finns kurser i smärta och palliativ vård.



Bedömning

Planerad åtgärd bedöms vara rimlig.

5.1.10 Kunskap kring trycksår och avlastning

Synpunkt inkom om brist i kunskap kring trycksår och förebyggande åtgärder mot tryckskada.

Granskning

Det var svårt att bedöma vid granskningen om personal hade tillräckligt med kompetens kring förebyggande åtgärder för att motverka tryck och trycksår. Vid samtal med omsorgspersonal framkom att man hade insikt i hur viktigt det är att arbeta förebyggande och att man har talat om vikten att ha kunskap i området. Vissa åtgärder hade införts, som att dagligen kontrollera trycket i de luftväxlande madrasserna.

Åtgärd

Sjuksköterska planerar hålla utbildning i juni om trycksår och trycksårsprofylax för all personal i samband med APT.

Bedömning

Åtgärden bedöms vara rimlig.

5.1.11 Kunskap kring luftväxlande/tryckavlastande madrasser

Synpunkt inkom om brist i kunskap och hantering av luftväxlande/tryckavlastande madrasser.

Åtgärd

Rutin är införd för omsorgspersonal sedan mars månad att dagligen kontrollera tryck i madrasserna hos varje brukare, och insatsen finns inlagd i Intraphone. Utbildning/information om luftväxlande/tryckavlastande madrasser ges av sjuksköterska. Det är dock sjuksköterskans ansvar att madrasser är rätt inställda i tryck och att installera madrasser på ett korrekt sätt. Sjuksköterske-enheten har även skapat en ny rutin kring luftväxlande/tryckavlastande madrasser för att tydliggöra ansvarsfördelning och tillvägagångssätt för installation och uppföljning.

Bedömning

Åtgärden bedöms vara tillräcklig.

6. Slutsats

De granskade områdena har i vissa fall krävt att verksamheten gör förtydliganden och revideringar av rutiner och handlingsplaner. Efter dessa kompletteringar är bedömningen att verksamheten Hjortsberg särskilt boende håller en tillfredsställande nivå för att den enskilde ska få en god och säker vård, behandling och omsorg.