

Kvalitetstillsyn utförd av Christina Lindberg



Det mellanmännsliga mötet och

Gul

En tydlig förbättringspotential har identifierats

Under hösten 2008 har medarbetarna fått utbildning i "Den goda dagen" och Caremas värderingar och "det mellanmännsliga mötet". Det är samma verksamhetschef på plan 6, 7 och 8 sedan starten i september 2008. Det är en ny gruppchef på plan 8 som börjat nu i april 2009. Det finns medarbetare som upplever det svårt att hinna med alla arbetsuppgifter, men det finns också medarbetare som förmedlar en positiv vilja till att fortätta och utveckla arbetsprocesserna. På plan 7 har medarbetarna kommit igång bra i arbetsprocesserna, på plan 6 börjar man också komma igång, medan medarbetarna på plan 8 har extra stöd och handledning av resursperson (omtankeguru) 1-2 dagar/vecka t o m april 2009 när det gäller kontaktmannaskapet och värderingar utifrån omtankeprocessen. De boende möts med respekt och det finns flera medarbetare som påvisar en positiv vilja till flexibilitet och samarbete, men det är många medarbetare som är i behov av kontinuerlig handledning utifrån värderingar och mellanmännsliga möten.



Inflyttning/Hembesök

Gul

En tydlig förbättringspotential har identifierats

Rutinerna vid inflyttningsprocesserna har våningsplanen kommit igång olika långt med. Verksamhetschefen är delaktig när en ny boende flyttar in och går igenom välkomstmappen med den boende och/eller närstående och den ger en tydlig information om vad verksamheten lovar att utföra. Den boende får en välkomstblomma, vilket ordnas av gruppchefen. Information om vem som är kontaktman och omvårdnadsansvarig sjuksköterska är tydligt anslaget hos den boende. Medarbetarna har inte kommit igång fullt ut med att använda befintliga checklistor som gäller när ny boende ska flytta in. Gruppchefen behöver fortsätta och handleda i kontaktmannaskapet och finnas med som stöd i inflyttningsprocessen och vid ankomstsamtal. Mallen för levnadsberättelse och mall för ankomstsamtal som finns på intranätet behöver tydliggöras som "verktyg" för kontaktmannen. De olika yrkeskategoriernas roll och ansvar när ny boende flyttar in behöver kontinuerligt följas upp på teammöten och APT. Syftet och strukturen med teammöten behöver tydliggöras för att säkerställa så att man kontinuerligt följer upp överenskomna insatser för de boende. Rutin för att ha uppföljningar med boende och/eller närstående angående de överenskomna insatser som gjordes vid ankomstsamtalet behöver tydliggöras. Aktuell genomförandeplan ska skrivas under och skickas till uppdragsgivaren, men rutinerna för detta behöver tydliggöras. När det inte finns någon närstående så får VC/GC och kontaktman ta ansvar för den upprättade genomförandeplanen.



Omsorg

Gul

En tydlig förbättringspotential har identifierats

Kontaktmannens roll och ansvar har man haft utbildning om enligt "Den goda dagen" och detta behöver kontinuerligt följas upp. Varje boende har en kontaktman och det pågår implementering genom handledning och stöd från gruppchefen till kontaktmannen när det gäller kontaktmannaskapet. Verksamhetschefen har möten med närstående när så önskas, men annars så har gruppchef och kontaktman ansvar för närståendekontakterna. Det finns även enstaka närstående som har uppföljningsmöten med driftchef och regionchef. Verksamhetschefen har planerat närståendemöten 2 ggr/år och det ska vara ett möte före sommaren med fika och information. Det finns ett närståenderåd för hela Råckstas vård- och omsorgsboende som har regelbundna möten.

Dokumentation enligt socialtjänstlagen

Gul

En tydlig förbättringspotential har identifierats

Det finns en dokumentationsstödjare/plan som bl a har haft ett tydligt uppdrag för att samtliga boende ska ha en nyupprättad aktuell Genomförandeplan, vilket var klart till december 2008. Dokumentationsstödjarna är handledare när det gäller den sociala dokumentationen i Para Sol för sina kollegor. Flera av kontaktmännen saknar kompetens om hur man upprättar och uppdaterar Genomförandeplanerna i Para Sol. Det finns en risk för att överenskomna insatser/instruktioner/ordinationer missas då dessa insatser inte alltid är uppdaterade i Genomförandeplanen, utan de finns endast dokumenterade i löpande daganteckningar. Dokumentationsstödjarna behöver stötta kollegorna i att alltid hålla Genomförandeplanerna aktuella genom att lära sig tekniken i Para Sol. Det finns många medarbetare som även behöver stöd när det gäller att läsa och skriva på svenska.

Alla har skyldighet att läsa aktuell information i daganteckningarna i Para Sol när man börjar sitt arbetspass och därmed ta del av om Genomförandeplanen är reviderad/uppdaterad. Dokumentationsstödjarna har gjort en inventering om vilket behov kollegorna har av att lära sig Para Sol bättre och det finns en plan för att utbilda kollegorna i Para Sol. Det finns boende som kommer från annan kommun och då krävs det att den sociala dokumentationen görs på manuella blanketter från intranätet eftersom inte Para Sol kan användas då. Det har ibland varit svårigheter att logga in i Para Sol, vilket har gjort att man inte dokumenterat i den omfattning som man borde. Rutiner för att kontakta supporten och informera om längre driftstopp behöver tydliggöras.

Kost och måltider

Gul

En tydlig förbättringspotential har identifierats

Det har varit utbildning angående Caremas måltidskoncept för verksamhetschefer, gruppchefer och kostombud. Utifrån det ska nu rutinerna för kost och måltider implementeras. Det finns många boende som äter frukost på sina rum, medan lunch och middag äts i den gemensamma matsalen. Det finns ett ansvarigt kostombud/plan som också ingår i det gemensamma kostrådet som man har för hela huset tillsammans med kostchefen och gruppchef. Rutinerna för livsmedelshygien behöver följas upp när det gäller att använda köksförklädet. Förklädet tvättas av nattpersonalen och byts därmed varje dag.

Aktiviteter

Gul

En tydlig förbättringspotential har identifierats

Mycket bra utbud av gemensamma aktiviteter! En arbetsterapeut är huvudansvarig för att anordna gemensamma aktiviteter i lokaler på entréplanet tillsammans med aktivitetsombuden. Det finns ett gemensamt aktivitetsråd i huset där samtliga VC och GC, en aktivitetsansvarig/plan och sjukgymnasten ingår och de planerar alla aktiviteterna. Det finns ett stort utbud av olika aktiviteter och upplevelser enligt anslag som sätts upp för varje ny vecka på varje våningsplan och de boende visar ett stort intresse för att vara med och det finns en vedertagen rutin för att hjälpa de boende till aktiviteten som de önskar delta i. För dagen så är det glädjefull sång och musik till gott fika i den gemensamma "Träffen" på entréplanet.

På respektive våningsplan så ska aktivitetsansvariga också anordna gemensamma aktiviteter som t ex spela spel, högläsning, bakning mm, men detta behöver man utveckla.

De boendes önskemål om utevistelser behöver tydliggöras bättre i Genomförandeplanerna och utföras enligt denna överenskommelse.

Kontaktmannens egen tid med den boende ska implementeras successivt enligt "Den goda dagen", genom att handleda kontaktmannen med flexibla och individuellt anpassade aktiviteter eller upplevelser tillsammans med den boende. För dagen pågår t ex individuell hårdvård till den boendes glädje.

Vård i livets slut

Gul

En tydlig förbättringspotential har identifierats

Medarbetarna förmedlar att man känner sig trygg i arbetsprocesserna i samband med vård i livets slut. Det finns dock behov av att följa upp det som är beskrivet angående vård i livets slut i "Den goda dagen". Sjuksköterskorna framför att samverkan med läkaren fungerar bra. Många boende är så svårt sjuka vid inflyttning så att de avlider inom något dygn efter inflyttningen.



Hälsa- och sjukvård

Röd Allvarliga brister i verksamheten som kräver omdelbar åtgärd.

Det finns en organisation för omvårdnadsansvariga sjuksköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut. Det har varit en omsättning av sjuksköterskor på plan 8, vilket gjort att det är 2 nya sjuksköterskor sedan mars 2009 och det ska även rekryteras en till ny sjuksköterska pga av att en till sjuksköterska har sagt upp sig. Detta innebär att det är nya sjuksköterskor på plan 8 behöver fortsatt introduktion i Den goda dagens programförklaring. Läkarsamverkan är med Trygg-Hälsa och innebär en kontinuitet när det är samma läkare som kommer, men rutinerna vid läkarbesöken behöver struktureras bättre. Basala hygienrutiner känner medarbetarna väl till, men det behövs kontinuerlig uppföljning så att alla alltid följer gällande hygienrutiner. På en personaltoalett saknas möjligheten att torka händerna och det finns tillgång till en frottéhandduk, som omgående ska tas bort och torkmöjligheterna ska säkerställas. Gällande rutiner för ESBL provtagningar och eventuella smittspårningar behöver säkerställas genom att följa gällande direktiv. Vårdhygien har tidigare lämnat information om att det finns 3 nya ESBL fall på andra våningsplan på Räcksta vård - och omsorgsboende. Igår har det kommit provsvar om att ytterligare en boende på plan 8 har ESBL. Mycket viktigt att säkerställa med samtliga medarbetare att följa gällande basala hygienrutiner, handlingsplan för ESBL samt att även följa rekommendationerna i protokollet från Vårdhygiensjuksköterskan. Det framkommer att det finns behov av att säkra upp framförhållningen när det gäller beställning av förbrukningsmaterial som t ex handskar och handsprit så att detta alltid finns tillgängligt.

När det gäller läkemedelshanteringen så har det funnits en planering för att samtliga boende skulle övergå till APO-dos och nya boende ska erbjudas att övergå till APO-dos, vilket inte har gjorts. Undertecknad har framfört detta till ansvarig hos Trygg-hälsa och de ska inom kort lämna besked om hur APO-dos övergången ska säkras. Undersköterskor och vårdbiträden kommer att få delegering med start under april månad för att överlämna iordningställda doser, men de planerade praktiska förberedelserna inför delegeringsutbildningen är inte genomförda av sjuksköterskorna. Läkemedel som delegerad personal ska överlämna kommer att förvaras i låsta skåp på de boendes rum och originalförpackningar kommer att förvaras i namnmärkta lådor i läkemedelsskåpet som enbart sjuksköterskorna har tillgång till. Narkotikakontrollen behöver följas upp bättre. Det finns lokala rutiner för läkemedelshantering och nyckelhantering. Läkemedelsförrådsansvarig sjuksköterska har ansvar enligt gällande riktlinje.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för aktuella sår och manuella sårjournaler ska användas.

Sjuksköterskorna har fått utbildning under hösten 2008 av undertecknad när det gäller omvårdnadsansvarig sjuksköterskas roll och ansvar. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska göra preventioner och riskbedömningar på samtliga boende vid inflyttning enligt de bedömningsinstrument som finns i Vodoc, dessa bedömningar ska skrivas ut och sättas in i avsedd hälso- och sjukvårdspärm, vilket behöver säkras upp.

Arbetsterapeuten genomför ADL enligt bedömningsinstrumentet i Vodoc. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter håller i utbildning angående funktionsbevarande arbetssätt för samtliga medarbetare inkl. gruppchefer och verksamhetschefer, vilket innebär 4 utbildningstillfällen med totalt 16 timmar/medarbetare. Sjukgymnast och arbetsterapeuter förmedlar att utbildningarna har tagit mycket tid och att det varit svårt att hinna med att upprätta individuella planer i Vodoc.

Legitimerad personal ansvarar för att fylla i en checklista/boende/vecka enligt direktiv från cheferna för att säkra uppföljning av aktuell hälso-och sjukvård och omvårdnad när det gäller t ex att uppmärksamma omvårdnadsproblem, följa bedömningar, instruktioner och åtgärder. Denna checklista har främst upprättats inför att omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska upprätta dokumenterade omvårdnadsplaner, upprättade bedömningsinstrument och kontinuerligt följa upp dessa på teammöten.



Dokumentation enligt hälso- och

Röd Allvarliga brister i verksamheten som kräver omdelbar åtgärd.

Det framkommer att det varit många driftstörningar i Vodoc, men rutinerna för att felanmäla detta har brustit. Dokumentationen i Vodoc har kommit igång bra, men det saknas omvårdnadsplaner och preventionsbesömningar, vilket respektive omvårdnadsansvarig sjuksköterska nu börjat att upprätta i Vodoc. Det finns en plan för att omvårdnadsplanerna och rehab/habiliteringsplanerna ska vara färdigupprättade inför sommaren, men en del sjuksköterskor behöver stöd och hjälp i hur man gör det i Vodoc. Individuell bedömning av inkontinenshjälpmedel ska finnas noterat i omvårdnadsjournalen, vilket är bristfälligt idag. Arbetsterapeuterna dokumenterar ADL-status enligt mall i Vodoc. Det finns en manuell hälso- och sjukvårdpärm för respektive boende där bl a bedömningsinstrumenten från Vodoc ska förvaras. För att säkra informationsöverföringen och undvika att överenskomna insatser missas så finns nu en manuell blankett "Rapport för hälso- och sjukvård" där man skriver väsentlig information/rapport som ska läsas av medarbetarna varje gång man börjar ett nytt pass. Rutinen för att alltid läsa aktuell rapport behöver omgående säkerställas.



Samverkan

Grönt Inga anmärkningsvärda brister har noterats under kvalitetstillsynen

Samverkan med uppdragsgivaren sker regelbundet med driftchef och regionchef. Undertecknad har regelbundna kontakter med kommunens MAS. Samverkan med Trygg-hälsa behöver följas upp med tanke på övergången till APO-dos. Vårdhygiensjuksköterskan och undertecknad har planerat datum för uppföljning av hygienrutiner. Man samverkar med frivilliga och Ung omsorg vid aktiviteter.



Avvikelsehantering och

Röd Allvarliga brister i verksamheten som kräver omdelbar åtgärd.

Strukturen för avvikelsehanteringen behöver tydliggöras. Blanketter för avvikelser, fallrapport och Lex Sarah anmälningar behöver omgående placeras på en mer lättillgänglig plats inom enheten. Gruppcheferna registrerar avvikelser i Q-maxit, dock behöver uppföljningen dokumenteras bättre och legitimerad personal behöver ansvara för uppföljningen av hälso- och sjukvårdavvikelser. Regelbunden uppföljning av avvikelsestatistiken behöver säkerställas. Avvikelser ska även registreras i Vodoc, vilket sker bristfälligt idag. Information angående synpunkter och klagomål finns på anslagstavla och blanketterna finns i anslutning till anslagstavlan.



Mötesforum

Gul En tydlig förbättringspotential har identifierats

Gruppcheferna ansvarar för APT. Teammöten har man kommit igång med, men syftet och strukturen behöver tydliggöras eftersom det händer att sjuksköterska inte är med på teammötet och att man inte har klart för sig vad som ska tas upp på mötet. Verksamhetschefen har ledningsgrupp tillsammans med gruppcheferna. Det finns gemensamt kostråd, aktivitesråd och närståenderåd. Kvalitetsrådet är påbörjade och verksamhetschefen har genomgått utbildning i Qualimax och ska nu börja med dokumentationen i förbättringsloggen i Q-maxit.



Säkerhet

Grönt Inga anmärkningsvärda brister har noterats under kvalitetstillsynen

De boende har trygghetslarm och man gör bedömning om det finns behov av individuellt utprovat rörelselarm. Dörrarna är låsta och det finns tillgängliga koder i anslutning till dörrarna, förutom två dörrar som krånglar med låsen för dagen och är felanmälda och ska åtgärdas omgående. Rutiner för felanmälan vid driftstörningar i de elektroniska dokumentationssystemen ska nu följas bättre.



Miljö

Gul En tydlig förbättringspotential har identifierats

Caremas miljöpolicy kommer att introduceras. Det finns ett "miljörum" på varje våningsplan där man sopsorterar glas, plast och plåt, batterier mm.

Vidtalade personer

<i>Intervjuads roll</i>	<i>Intervjuade personer</i>
Verksamhetschef	Maud Kärfve Eneqvist
GC plan 7	Lisa
Arbetsterapeut	Emma
Sjuksköterska plan 6	Farhan
Sjuksköterska plan 8	Annika
Kontaktman plan 6	Kent
Kontaktman plan 7	Anita
Kontaktman plan 8	Merone

Sammanfattande reflektioner

På plan 6, 7 och 8 pågår implementering av de olika arbetsprocesserna utifrån Den goda dagen, dock har våningsplanen kommit olika långt i arbetsprocesserna. På plan 8 har medarbetarna extra stöd och handledning i kontaktmannaskapet utifrån omtankeprocessen. Flera av medarbetarna upplever utvecklingen av arbetsprocesserna positivt, medan andra tycker att det är svårt att hinna med alla nya arbetsuppgifter och är i behov av kontinuerlig handledning.

Det finns ett påtagligt behov av att fortsätta och tydliggöra roll och ansvar för omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktman i de olika arbetsprocesserna. Sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna har kommit igång bra när det gäller deras roll och ansvar, dock behöver dokumentationen och informationsöverföringen mellan de olika yrkeskategorierna säkerställas.

Viktigt att fortsätta och stötta medarbetarna och skapa förutsättningar för en gemensam värdegrund genom det symboliska ledarskapet.

Förbättringsförslag

Handleda i kontaktmannaskapet	Fortsätta och handleda i kontaktmannaskapet utifrån Caremas värderingar och Den goda dagen
Tydliggöra kontaktmannens ansvar för ankomstsamtal och uppföljning	Tydliggöra kontaktmannens ansvar för ankomstsamtal och uppföljning
Säkra rutin för att alltid läsa aktuell rapport/information	Säkra rutinen för att medarbetarna alltid läsa aktuell rapport/information varje gång man börjar sitt arbetspass
Säkra rutin för att alltid ha aktuella Genomförandeplaner	Säkra rutin för att alltid ha aktuella Genomförandeplaner
Upprätta dokumentationen i förbättringsloggen	Upprätta dokumentationen i förbättringsloggen i samband med kvalitetsrådet
Uppföljning av avvikelser i Q-maxit	Uppföljningen av avvikelser i Q-maxit behöver dokumenteras bättre i loggen.
Upprätta omvårdnadsplaner	Upprätta omvårdnadsplaner i Vodoc enligt gällande tidsplan
Upprätta avvikelser i Vodoc	Upprätta avvikelser i Vodoc
Upprätta preventionsbedömningar i Vodoc	Upprätta preventionsbedömningar i Vodoc
Uppföljning av gällande hygienrutiner	Kontinuerligt följa upp och säkra gällande hygienrutiner
Följa handlingsplanen för ESBL	Följa handlingsplanen för ESBL från Vårdhygien
Tydliggöra syftet med temmöte	Tydliggöra syftet och strukturen med temmöte