



Kvalitetstillsyn utförd av Christina Lindberg

 **Det mellanmännsliga mötet och**

Gul En tydlig förbättringspotential har identifierats

På plan 1 och 2 är det sedan 090209 en vikarierade verksamhetschef som är väl bekant med Carema och är en symbolisk och synlig chef med kontor på plan 2. Rekrytering av ny verksamhetschef pågår. Under hösten 2008 har medarbetarna fått utbildning i "Den goda dagen" och Caremas värderingar och "det mellanmännsliga mötet". På varje APT sker uppföljning utifrån Den goda dagens arbetssätt. Idag förmedlar medarbetarna en positiv inställning till att utveckla arbetssätt och rutiner för att säkra kvalitén för de boende. Plan 1 har kommit lite längre med att implementera arbetssättet enligt "Den goda dagen", medan plan 2 behöver mer handledning och stöd. Det finns en utbildad Silviasyster (demenskompetens) som tillsammans med gruppchefen har handledning och utbildning för medarbetarna 3 dagar/vecka på enheten i dagliga situationer. Många av de boende förmedlar trygghet och de har stora möjligheter att vara i närheten av personalen i de trevliga gemensamma utrymmen som finns för social samvaro. Det finns en nyanställd medarbetare som också är utbildad Silviasyster, vilket utökar kompetensen för handledning. Flera medarbetare påvisar bra mellanmännsliga möten och förmågan till flexibilitet och omtanke, men det finns också medarbetare som behöver fortsatt handledning i detta. Dagverksamheterna ingår i verksamhetschefens ansvarsområde samt "intaget". Det är en av sjuksköterskorna på plan 1 som har huvudansvaret för dagverksamheten.

 **Inflyttning/Hembesök**

Gul En tydlig förbättringspotential har identifierats

Inflyttningsprocessen har kommit igång mycket bra! Verksamhetschefen (VC) är aktivt med när en ny boende flyttar in och gruppchefen (GC) ersätter när VC inte är på plats. VC upprättar tidig kontakt med boende och närstående och ger muntlig information och går igenom en välkomstmapp med information om verksamheten. Välkomstmappen ger en tydlig information om vad verksamheten lovar att utföra. Den boende får en välkomstblomma. Information om vem som är kontaktman är tydligt påannonserat hos den boende. Medarbetarna känner väl till befintliga checklistor som gäller när ny boende ska flytta in. Inflyttningsprocessen fungerar bättre när medarbetarna hunnit förbereda sig, medan det ibland blir väldigt kort varsel om att en ny boende ska flytta in och då kan det bli mer improviserat. 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, vilket också sker på teammöten och APT. Rutin för att ha uppföljningar med boende och/eller närstående angående de överenskommelser som gjordes vid ankomstsamtalet behöver tydliggöras. Aktuell genomförandeplan ska skrivas under och skickas till uppdragsgivaren, vilket har fungerat förutom på dem som inte har någon närstående som kan skriva under. När det inte finns någon närstående så får VC/GC och kontaktman ta ansvar för den upprättade genomförandeplanen. Det framkommer att det inte alltid har fungerat med att skickad Genomförandeplan har kommit fram till uppdragsgivaren, vilket VC ska följa upp. Man har kontinuerliga teammöten, minst 1 ggr/vecka för att följa upp respektive boendes insatser, åtgärder, riksbedömningar samt den inrättade checklistan för varje boende. Tjänstgörande sjuksköterska är ordförande vid teammötet.



Omsorg

Gul En tydlig förbättringspotential har identifierats

Kontaktmannens roll och ansvar har man haft utbildning om enligt "Den goda dagen" och detta följs kontinuerligt upp på varje APT. Varje boende har en kontaktman och det pågår en positiv utveckling genom handledning och stöd till kontaktmannen när det gäller kontaktmannskapet. VC har uppföljningsamtal med närstående som så önskat och det finns inga pågående klagomål. VC påtalar vikten om att ha nära kontakter med närstående utifrån behov och önskemål samt att alltid återkoppla snabbt när det finns en fråga/önskemål eller synpunkt. Det planeras ett närståendemöte för plan 1 och plan 2 innan sommaren med fika och information. Det finns ett närståenderåd för hela Råckstas vård- och omsorgsboende som har regelbundna möten och där ingår två närstående från plan 1 och en närstående från plan 2.



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 kan nu upprätta och uppdatera Genomförandeplanerna i Para Sol, men det finns en risk för att överenskomna insatser/instruktioner/ordinationer missas då dessa insatser inte alltid är samlade 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. 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 ett antal Genomförandeplaner som måste skrivas om i Para Sol pga av tekniska problem i Paraplyet, vilket behöver göras så snart som möjligt. När boende kommer från annan kommun så måste den sociala dokumentationen göras på manuella blanketter. 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. Dagverksamhetens medarbetare behöver stöd och handledning i att dokumentera i Para Sol utifrån aktuellt biståndsbeslut.



Kost och måltider

Gul En tydlig förbättringspotential har identifierats

Det har varit utbildning angående Caremas måltidskoncept för verksamhetschefer, gruppchefer och kostombud nu i mars 2009. Utifrån det ska nu rutinerna för kost och måltider implementeras. På plan 1 känns det som om måltidskonceptet redan är implementerat! Det finns anslag i köket om rutinerna som ska gälla vid måltiderna. 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 ska följas och förklädet ska bytas varje dag, vilket det förmedlas att det görs.



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. På respektive våningsplan så anordnar aktivitetsansvariga också gemensamma aktiviteter som t ex spela spel, högläsning, bakning mm. och plan 1 kommit igång riktigt bra med detta, medan plan 2 behöver utveckla detta bättre. De boendes önskemål om utevistelser behöver tydliggöras bättre i Genomförandeplanerna och utföras enligt denna överenskommelse. På korttidsboendet har det inte varit så många utevistelser för de boende, men detta ska följas upp av VC på kommande APT så att man följer rutinen att erbjuda utevistelse. Kontaktmannens egen tid med den boende implementeras successivt enligt "Den goda dagen", genom att handleda kontaktmannen med flexibla och individuellt anpassade aktiviteter eller upplevelser tillsammans med den boende.



Vård i livets slut

Gul

En tydlig förbättringspotential har identifierats

Det har fungerat bra och medarbetarna upplever en trygghet runt vård i livets slut.. Man upplever bra stöd från sjuksköterskor och läkare och kontakterna med närstående har varit bra. Det kommer att ske en uppföljning av det som är beskrivet angående vård i livets slut i "Den goda dagen".









Hälsa- och sjukvård

Röd

Allvarliga brister i verksamheten som kräver omdelbar åtgärd.

Det finns en tydlig organisation för omvårdnadsansvariga sjuksköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut. Det är tre sjuksköterskor som har valt att sluta och det finns nu nyrekryterade sjuksköterskor. Läkarsamverkan är med Trygg-Hälsa och innebär en kontinuitet när det är samma läkare som kommer, men rutinerna vid läkarbesöken behöver struktureras bättre. Rutiner för APO-dos och läkemedelsgenomgångar behöver tydliggöras bättre med Trygg-Hälsa. Basala hygienrutiner känner medarbetarna väl till, men det behövs kontinuerlig uppföljning så att alla alltid följer gällande hygienrutiner. Gällande rutiner för ESBL provtagningar och eventuella smittspårningar behöver säkerställas genom att följa gällande direktiv. Vårdhygien har lämnat information om att det finns 3 nya ESBL fall på Råcksta vård - och omsorgboende, varav en boende finns på plan 2. Mycket viktigt att säkerställa med samtliga medarbetare att följa gällande basala hygienrutiner, handlingsplan för ESBL samt att även följa rekommendationerna i protokollet från Vårdhygiensjuksköterskan. När det gäller läkemedelshanteringen så har man övergått till APO-dos och nya boende ska erbjudas att övergå till APO-dos. Undersköterskor och vårdbiträden kommer att få delegering med start under april månad för att överlämna iordningställda doser. 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. Läkemedelslistorna för växelvårdsboende behöver säkerställas genom att sjuksköterskorna ska ha läkemedelslistor som är signerade av ordinerande läkare. Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor behöver säkerställa så att det finns kontaktuppgifter om aktuell husläkare (PAL) för boende på korttidsboende. Det finns lokala rutiner för läkemedelshantering och nyckelhantering. Läkemedelsförrådsansvarig sjuksköterska har ansvar enligt gällande riktlinje. Sjuksköterskorna har fått utbildning under hösten 2008 av undertecknad när det gäller omvårdnadsansvarig sjuksköterskas roll och ansvar. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska göra preventions 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. 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. 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.

<p> Dokumentation enligt hälso- och <i>Röd Allvarliga brister i verksamheten som kräver omdelbar åtgärd.</i></p>	<p>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 ska vara färdigupprättade inför sommaren. Individuell bedömning av inkontinenshjälpmedel ska finnas noterat i omvårdnadsjournalen, vilket är bristfälligt idag. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter behöver säkerställa dokumenterad 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 säkerställas.</p>
<p> Samverkan <i>Grönt Inga anmärkningsvärda brister har noterats under kvalitetstillsynen</i></p>	<p>Samverkan med uppdragsgivaren sker regelbundet med driftchef och regionchef. Undertecknad har regelbundna kontakter med kommunens MAS. Vårdhygiensjuksköterskan och undertecknad har planerat datum för uppföljning av hygienrutiner. Man samverkar med frivilliga och Ung omsorg vid aktiviteter.</p>
<p> Avvikelsehantering och <i>Gul En tydlig förbättringspotential har identifierats</i></p>	<p>Chefer och legitimerad personal har fått utbildning i hur man registrerar avvikelser enligt ledningssystemet Qualimax och nu görs detta i Q-maxit, dock behöver uppföljningen dokumenteras bättre. Avvikelser ska även registreras i Vodoc, vilket sker bristfälligt. Blanketter för avvikelser, fallrapport och Lex Sarah anmälningar ska placeras på en mer lättillgänglig plats inom enheten. Information och blanketter för synpunkter och klagomål finns på anslagstavla inom enheten.</p>
<p> Mötesforum <i>Gul En tydlig förbättringspotential har identifierats</i></p>	<p>Det finns nu en tydlig mötestruktur med APT, teammöten, ledningsgrupp, kostråd, aktivitesråd och närståenderåd. Kvalitetsrådet ska påbörjas och dokumentationen i förbättringsloggen i Q-maxit behöver upprättas.</p>
<p> Säkerhet <i>Grönt Inga anmärkningsvärda brister har noterats under kvalitetstillsynen</i></p>	<p>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. Rutiner för felanmälan vid driftstörningar i de elektroniska dokumentationssystemen ska nu följas bättre.</p>
<p> Miljö <i>Gul En tydlig förbättringspotential har identifierats</i></p>	<p>Caremas miljöpolicy kommer att introduceras. Det finns ett "miljörum" på varje våningsplan där man sopsorterar glas, plast och plåt, batterier mm.</p>

Vidtalade personer

<i>Intervjuads roll</i>	<i>Intervjuade personer</i>
Verksamhetschef	Azra B
Sjuksköterska, plan 2	Birgitta
Sjuksköterska, plan 1	Therese
Sjuksköterska, plan 2	Linda
Sjuksköterska, plan 1	Efti
Arbetssterapeut	Katarina
Sjukgymnast	Mattias
Kontaktman, plan 1	Ricardo T
Kontaktman, plan 2	Svetlana L
Kontaktman, plan 2	Maude K
Kontaktman, plan 1	Maria M

Sammanfattande reflektioner

Idag fylls de gemensamma utrymmerna av många boende och de påvisar trivsel och trygghet. Lokalerna är trevligt inredda med stora möjligheter till social samvaro. Medarbetarna förmedlar mindre frustration och mer arbetsglädje och det pågår en mängd olika förbättrings- och utvecklingsarbeten. Verksamhetschefen bedriver tillsammans med gruppcheferna ett symboliskt ledarskap och har nu kontoret på plan 2.

Inom plan 1 har medarbetarna kommit mycket långt med arbetsätt och värderingar enligt "Den goda dagen"!

Hälso- och sjukvården behöver förbättras genom att säkra med dokumenterade preventionsbedömningar och upprätta omvårdnadsplaner samt kontinuerligt följa upp gällande hygienrutiner.

Rutiner för att upprätthålla Genomförandeplanerna aktuella behöver säkerställas och samtliga medarbetare behöver följa rutinerna för informationsövering.

Det är mycket positivt att medarbetarna visar på en stor kunskap och medvetenhet om vad programförklaringen "Den goda dagen" innebär och nu är aktiva i att utveckla roller, ansvar och arbetssätt!

Förbättringsförslag

Handleda i kontaktmannaskapet	Fortsätta och handleda i kontaktmannaskapet utifrån Caremas värderingar
Tydliggöra kontaktmannens ansvar för ankomstsamtal och uppföljning	Tydliggöra kontaktmannens ansvar för ankomstsamtal och uppföljning
Säkra rutin för att alltid läsa aktuell 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
Säkerställa läkemedelslistor	Läkemedelslistorna för växelvårdsboende ska säkerställas genom att sjuksköterskorna ska ha läkemedelslistor som är signerade av ordinerande läkare.
Kontaktuppgifter till aktuell husläkare	Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor behöver säkerställa så att det finns kontaktuppgifter om aktuell husläkare (PAL) för boende på kortidsboende.
Påbörja kvalitetsrådet	Påbörja kvalitetsrådet och upprätta dokumentationen i förbättringsloggen.
Uppföljning av avvikelser i Q-maxit	Uppföljningen av avvikelser i Q-maxit behöver dokumenteras bättre.
Upprätta omvårdnadsplaner	Upprätta omvårdnadsplaner 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 gällande hygienrutiner