



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 ny verksamhetschef med tidigare erfarenhet från Carema sedan februari 2009 och innan dess har det varit en vikarierande chef sedan hösten 2008 då den förra chefen slutade. Det sker en omorganisation när det gäller gruppchefer på plan 4 och plan 5. Det finns medarbetare som upplever det svårt att hinna med alla arbetsuppgifter, men det finns en positiv vilja att fortätta och utveckla arbetsprocesserna. På plan 4 har medarbetarna kommit igång riktigt bra i arbetsprocesserna, på plan 3 är man också på god väg och på plan 5 planeras det för mer stöd och handledning via gruppchefen. Det börjar infinna sig en påtaglig arbetsglädje hos flera medarbetare och verksamhetschefen har bokat in ett stort antal platser för medarbetarna till ett seminarium i september 2009 som handlar om arbetsglädje. Det har varit mycket korttidsfrånvaro, men som nu har blivit märkbart mindre. De boende möts med respekt och omtanke och medarbetarna påvisar flexibilitet och en god vilja till samarbete, men det behövs en fortsatt kontinuerlig handledning utifrån värderingar och mellanmännsliga möten. Medarbetarna påtalar om vikten av ha ett nära symboliskt ledarskap.

 **Inflyttning/Hembesök**

Gul En tydlig förbättringspotential har identifierats

Rutinerna vid inflyttningsprocesserna har våningsplanen kommit igång olika långt med. Välkomstmappen går igenom med den boende och/eller närstående och den ger en tydlig information om vad verksamheten lovar att utföra. Verksamhetschefen har varit delaktig vid inflyttningar, men roller och ansvar behöver förtydligas bättre så att alla blir trygga i vem som gör vad.. Den boende får en välkomstsblomma, vilket ordnas av gruppchefen. Information om vem som är kontaktman och omvårdnadsansvarig sjuksköterska är tydligt anslaget hos den boende. Verksamhetschefen planerar att stötta sjuksköterskorna i deras roll och ansvar genom att ha kontinuerliga möten med den yrkesgruppen. 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. Definition och syftet 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 överenskommelser 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 på varje APT. 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. Verksamhetschefen har tillsammans med medarbetare haft ett gemensamt närståendemöte för plan 3,4 och 5 med fika och information. Det finns ett närståenderåd för hela Räckstas 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 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 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.

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. På plan 4 känns det som om måltidskonceptet har kommit igång riktigt bra! 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 behöver följas upp..

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 pågår det påskpyssel för fullt 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 utvecklas bättre.

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.

Vård i livets slut

Gul En tydlig förbättringspotential har identifierats

Kontaktmännen framför att det ibland känns som att de inte räcker till som stöd vid vård i livets slut som de skulle önska. Det finns 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.

Hälso- och sjukvård

Röd Allvarliga brister i verksamheten som kräver omdelbar åtgärd.

Det finns en tydlig organisation för omvårdnadsansvariga sjuksköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut. Det är 3 sjuksköterskor på plan 4 respektive 2 sjuksköterskor på plan 5 som 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 Räcksta vård - och omsorgboende, men inget var aktuellt på dessa plan. 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, vilket behöver säkras upp med läkaren. 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. 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 finns.

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. 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 brutit. 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, 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. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter behöver säkerställa dokumenterad ADL-status enligt mall i Vodoc. Det finns en manuell hälso- och sjukvårdspärm 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. 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 bytas ut till aktuella blanketter och 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 pärm 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 närstående råd. Kvalitetsrådet ska påbörjas och verksamhetschefen ska genomgå utbildning i Qualimax och därmed komma igång 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, dock behöver tillgången av mattlarm ses över. 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.



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

Intervjuads roll Intervjuade personer

Verksamhetschef	Barbro Friberg
GC	Anna S
Kontaktman plan 3	Jasmin
Kontaktman plan 4	Shahida
Kontaktman plan 4	Karin
Kontaktman plan 5	Armando
Kontaktman plan 5	Nima J
Sjuksköterska plan 4	Marijoy
Sjuksköterska plan 5	Anna S
Sjuksköterska plan 3	Hurriyd
Arbetsterapeut	Caroline
Arbetsterapeut	Ingela
Sjukgymnast	Shari

Sammanfattande reflektioner

Flera av medarbetarna förmedlar härlig arbetsglädje idag och är positiva till den tydliga strukturen som nu implementeras när det gäller roller, ansvar, arbetsprocesser och värderingar enligt Den goda dagen. De olika våningsplanerna har kommit olika långt i arbetsprocesserna, där plan 3 och främst plan 4 har kommit igång riktigt bra, medan medarbetarna på plan 5 behöver mer stöd och handledning. Lokalerna är trivsamt möblerade och inbjuder till möjligheter för social samvaro tillsammans med de boende.

Det har varit flera byten av verksamhetschef sedan september 2008 och detta har gjort att det nu är viktigt att med den nya verksamhetschefen på plats upprätthålla det nära symboliska ledarskapet och tillsammans med gruppcheferna fortsätta och handleda medarbetarna i arbetsprocesserna. Dokumentation, preventionsbedömningar och informationsöverföring är områden som främst behöver kvalitetssäkras.

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
Påbörja kvalitetsrådet	Påbörja kvalitetsrådet och upprätta dokumentationen i förbättringsloggen.
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 gällande hygienrutiner
Följa handlingsplanen för ESBL	Följa handlingsplan för ESBL från Vårdhygien
Tydliggöra syftet med temmöte	Tydliggöra syftet och strukturen med temmöte