



KARLSTADS KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN

Resurscentrum

Karlstad 2015-07-01

Malin Bergman, Enhetschef Resurs och Stöd, 054-540 57 99

malin.bergman@karlstad.se

Åtgärdsplan utifrån Tillsyn av Resurscentrums Vårdboende

Bakgrund/ Sammanfattning av ärendet

4 maj 2015 genomförs ett förannmält tillsynsbesök på Resurscentrums vårdboende. Tillsynen utgår från ett kundperspektiv och baseras på gällande lagstiftning, förvaltningens kvalitetskrav, värdighetsgarantier och riktlinjer. I tillsynen har framkommit förbättringsområden som behöver uppmärksammas för att gällande lagstiftning, kvalitetskrav och värdighetsgarantier ska uppnås. Dessa anges nedan i punktform.

Verksamhetens förslag till åtgärd redovisas i direkt anslutning till punkterna.

Det behöver säkerställas att vikarier får en tillräcklig och ändamålsenlig introduktion.

Det behöver säkerställas att vikarier har de förutsättningar som krävs för att utföra arbetet.

Vidtagna åtgärder

Alla vikarier får ett häfte med information och checklistor för att säkerställa att ingen information och/ eller relevant utbildning missas.

Den man går bredvid utses till ”mentor” för att man skall känna en trygghet att det finns någon att vända sig till.

Alla nyanställda vikarier får 2 dagars bredvid-gång, sedan görs en utvärdering och vid behov kan man få gå bredvid 1-2 dagar ytterligare. Undantag har skett, vid akut vikariebrist, där van dagvikarie, frivilligt, gått in nattetid utan ”nattinskolning”.

Planerade åtgärder

Det tar tid att ordna SITHS vikariekort till alla, framöver får detta arbete påbörjas ännu tidigare.

Tydliggöra ”mentorns” roll- här ingår att ge tid till att läsa genomförandeplaner

redan under bredvidgången, samt se till att vikarierna tillgodogör sig all information och att de har gått igenom alla punkter på respektive checklistor.

Det behöver säkerställas att användandet av olika larm alltid föregås av en bedömning av relevant profession.

Vidtagna åtgärder

Genomgång av rutin kring bedömning av begränsningsåtgärder har skett, ihop med SSK, på APT. Man har tydligt betonat att det är SSK som gör bedömningar gällande vilken kund som skall ha larm och vilket larm kunden är i behov av.

Bedömning av larm diskuteras också på Enhetsteam.

Det har också tidigare varit otydligt vilka kunder som skall ha vilket larm och där har SSK påbörjat ett arbete med att uppdatera alla vårdplaner gällande begränsningsåtgärder för våra kunder.

Koder för utpassering har setts över och finns nu angivet på samma plats på varje våning.

Planerade åtgärder

Fortsätta lyfta frågan på APT och på Enhetsteam, i samarbete med den/ de som är bedömningsansvarig, tills inga avvikelser från rutin förekommer. Kommer även följa något arbetslag, nattetid, med fokus på begränsningsåtgärder.

Det behöver säkerställas att kund/anhörig/företrädare erbjuds uppföljningssamtal i enlighet med värdighetsgarantin.

Vidtagna åtgärder

Uppföljningssamtal sker i de flesta fall men inte inom strukturerade former.

Planerade åtgärder

Fortsättningsvis kommer uppföljningssamtal bokas in redan under välkomstsamtalet eller i direkt anslutning till annan förekommen anledning för att säkerställa att värdighetsgarantin upprätthålls.

Det behöver säkerställas att genomförandeplan påbörjas och följs upp i enlighet med värdighetsgarantin.

Vidtagna åtgärder

Problem har funnits gällande tekniken, vilket lett till att många planer endast funnits på papper och ej kunnat tillgås i datorn. Detta problem har nyligen retts ut och således finns inga fortsatta hinder för att påbörja arbetet med genomförandeplanen inom angiven ram.

Planerade åtgärder

Underschema skall införas under hösten. På så sätt kan tid till dokumentation och registreringar planeras och schemaläggas för att tydligöra vikten av att detta utförs regelbundet utifrån gällande lagar och i enlighet med värdighetsgarantin.

Det behöver säkerställas att kundens önskemål om hur insatserna ska utföras, vad kunden klarar på egen hand samt önskemål och behov av aktivitet framgår i samtliga genomförandeplaner.

Vidtagna åtgärder

Kontaktmannaskap är nu ett förankrat arbetssätt och man observerar och efterfrågar kunds önskemål gällande utformandet av insatserna. Personal känner väl till kundernas behov och vad de klarar själva- på enhetsteam lyfts hur personal kan skapa meningsfullhet för kund samt delaktighet i de dagliga aktiviteterna utifrån ett

funktionsbevarande arbetssätt, samt i vissa fall hur man kan motivera kund till att bli mer delaktig.

Planerade åtgärder

Genomgång av dokumentation i genomförandeplan skall repeteras regelbundet för att säkerställa att rätt information dokumenteras, i rätt tid, så att genomförandeplanen blir ett tydligt redskap för personalen som skapar trygghet och inflytande för kunden.

Det behöver säkerställas att social journal förs i enlighet med gällande lagstiftning och riktlinje.

Vidtagna åtgärder

Riktlinjer gällande social dokumentation har repeterats under våren av både personal och enhetschef för att förbättra dokumentationen och för att säkerställa att social journal förs i enlighet med gällande lagstiftning och riktlinje.

Planerade åtgärder

Social dokumentation skall repeteras regelbundet för att säkerställa att rätt information dokumenteras, i rätt tid, utifrån gällande lagstiftning och riktlinje.

Uppföljande åtgärder

Tillsynsenheten kommer följa upp verksamhetens förbättringsarbete.

Tidsplan för planerade åtgärder

Hur verksamheten kommer arbeta med de olika förbättringsområdena anges under respektive punkt.

Många åtgärder är redan vidtagna, vissa åtgärder är påbörjade och somliga planeras under hösten 2015.

Några förbättringsområden är av sådan karaktär att de kommer repeteras regelbundet och på så sätt vara ständigt pågående.

Målsättningen är att alla områdena skall ha förbättrats utifrån ovan åtgärdsplan inom de närmaste 6 månaderna.

Malin Bergman

Enhetschef

Kopia skickas till

Omsorgskonsulent Martina Sundler
Chef Resurscentrum Maria Hasslid