



2012-11-29 Vv 270/2012

Rapport

**Fördjupad Kvalitetsuppföljning i hemvården,
Rex 2012**

Rapporten ingår i en serie rapporter från verksamhetsuppföljningar av enheter inom vård och omsorg i Örebro kommun. Riktlinje för verksamhetsuppföljning och rapporter är tillgängliga på orebro.se.

Sammanfattning

Förvaltningskontor Vård och stöd har på uppdrag av Vård- och omsorgsnämnd väster utfört en kvalitetsuppföljning på Rex hemvård. Uppföljningens syfte är att göra en samlad granskning av verksamhetens kvalitet. Förvaltningskontoret bedömer att den enskilde inom Rex får en vård och omsorg som delvis lever upp till krav men att det finns flera förbättringsområden.

Denna fördjupade uppföljning (typ 2) är den femte av en hemvårdsenhet som genomförts sedan 2010.

Uppföljningen visar att enhetens styrka är en god grundstruktur och ett bra arbetssätt runt den enskilde med teamarbete. Personalen har ett fint bemötande och lyckas skapa trygghet för den enskilde. Andra styrkor är en bra vård i livets slutskede, en i många stycken väl utvecklad hälso- och sjukvårdsdokumentation och en god samverkan med primärvården.

Ett antal förbättringsområden har framkommit vid granskningen. Ett huvudproblem är att insatser inte går att genomföra på ett strukturerat sätt på grund av ständiga omprioriteringar kopplat till medarbetarnas höga sjukfrånvaro. Problematiken med hög frånvaro och stort vikarieintag påverkar i stort sett alla verksamhetens processer i större eller mindre grad. Några tydliga exempel är glömda läkemedel och svårigheter att få instruktion och delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter att fungera. Den allvarigaste konsekvensen är att den enskilde får besök av ett mycket stort antal personer. Bra rutiner, tydlig ansvarsfördelning och en erfaren personalgrupp ser till att brukarna generellt ändå tycker att de får en god vård och omsorg. Den stora omsättningen av chefer har försvårat möjligheterna till ett långsiktigt utvecklingsarbete. Det har bland annat fått konsekvenser i att nödvändig kompetensutveckling för medarbetarna blivit eftersatt. Andra förbättringsområden är att många brukare saknar genomförandeplaner för bland annat individuella aktiviteter och kost. Det finns också ett missnöje bland brukarna med matens smak och möjlighet till aktiviteter och social samvaro.

Vid uppföljningen möter vi ledning och medarbetare som har en stor medvetenhet om alla de utmaningar man har framför sig. Vi ser också att mycket gott arbete har genomförts under det senaste året och utvecklingen tycks gå åt rätt håll. Nuvarande enhetschef kan inte lastas för de problem som finns på enheten. Problemen har i de flesta fall en lång historia. Det är därför av största vikt att områdeschef, och om nödvändigt förvaltningschef, ger ett handfast stöd till enhetschefen så verksamheten får möjlighet att utföra ett målmedvetet långsiktigt förbättringsarbete. Ledningen måste också få stöd i att prioritera bland förbättringsområdena eftersom det är en omöjlighet att genomföra allt på en gång. Högsta prioritet bör vara att komma tillrätta med den höga sjukfrånvaron och den bristande personkontinuiteten.

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till Vård- och omsorgsnämnd väster

- Enhetschef och ansvarig områdeschef rapporterar planerade och hittills genomförda och åtgärder för identifierade förbättringsområden med tidplan till Vård- och omsorgsnämnd väster senast i januari 2013.
- Enheten redovisar fortlöpande genomförda åtgärder i kommande delårsrapport och årsberättelse 2012..

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
1.1	Bakgrund	1
1.2	Syfte.....	1
1.3	Mål.....	1
1.4	Metod för uppföljning.....	1
1.5	Omfattning.....	3
1.6	Begreppsdefinitioner.....	3
2	Resurser, organisation.....	4
3	Resultat 2012	7
3.1	Aktiv och meningsfull tillvaro.....	7
3.2	Bemötande	8
3.3	Kontinuitet	9
3.4	Mat, måltid och nutrition	10
3.5	Personlig omvårdnad och service	12
3.6	Vård i livets slut.....	14
3.7	Den enskildes skydd	15
3.8	Delaktighet.....	17
3.9	Hälso- och sjukvård	19
3.10	Anhörigstöd	21
3.11	Tillgänglighet och information	22
3.12	Medarbetare och ledarskap	23
3.13	Dokumentation	25
4	Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat.....	26
4.1	Sammanfattande tabell bedömning av alla kriterier	26
4.2	Resultat av granskningen – en sammanställning	27
	Källhänvisningar	28

1 Inledning

1.1 Bakgrund

1.2 Syfte

Uppföljningen är en del av vård- och omsorgs ledningssystem¹ för kvalitet och granskar enhetens förmåga att leva upp till lagstiftningens krav och politiska mål med fokus på den kvalitet som tjänsterna skapar för brukaren.

1.3 Mål

Målet med uppföljningen är att:

- Ge beslutande politiker och ledning underlag för beslut.
- Ge granskad enhet en återkoppling på hur framgångsrikt de lever upp till ställda krav.
- Ge medborgaren och alla intresserade underlag för att kunna jämföra verksamheter inför exempelvis ett val av vård- och omsorgsboende eller hemtjänstutförare.

1.4 Metod för uppföljning

Granskningen har haft sin utgångspunkt i olika former av kvalitet²: den kvalitet brukaren erbjuds i form av resurser som utrustning och anställdas kompetens (struktur), arbetssätt, rutiner (processer) och slutligen den kvalitet som upplevs vid utförd tjänst sk (resultat kvalitet) som mäts exempelvis i upplevelse av bemötande och trygghet.

Uppföljningen av verksamheten har skett i tre delar

- Sammanställning och analys av data
- Besök med granskning på plats

Inför besöket har insamling av data skett i form av:

- Enhetens verksamhetsplan
- Enhetens delårsrapport/verksamhetsberättelse
- Täthetsschema
- Medarbetarundersökning³
- Resultat av brukarundersökning
- Kvalitetsinspektioner
- Verksamhetsmått
- Inkomna klagomål
- Avvikelser enligt Hälso- och sjukvårdslagen
- Granskning av tio hälso- och sjukvårdsjournaler (Särskilda kriterier)

¹ Riktlinje för verksamhetsuppföljning av enheter i vård och omsorg

² Egen tillämpning efter A. Donabedian.

³ Gäller ej entreprenader som redovisar resultat från egna medarbetarundersökningar.

- Granskning social dokumentation i tio ärenden, med fokus på genomförandeplaner (Särskilda kriterier)
- Inspektioner från andra myndigheter (inte aktuellt denna gång)
- Socialstyrelsens öppna jämförelser

Den andra delen av granskningen har bestått i att besöka enheten. Vid besöket har en checklista för kvalitetskrav använts. Listan har grupperat kvalitetskriterier⁴ i 13 kvalitetsområden och har skickats ut i förväg till enheten. Enheten gör en självvärdering av hur väl de lever upp till kraven och återsänder listan ifylld innan besöket.

Vid besöket förs ett samtal med ledning och personal från verksamheten och då har kriterierna och svaren använts som diskussionsunderlag. Dialogen kompletteras med att observationer görs under en rundvandring på enheten, samt att samtal med boende genomförs. Granskningsgruppen åt också den mat som serverades brukarna den aktuella dagen.

Slutligen sammanställs en rapport över uppföljningen där enhetens förmåga att leva upp till krav bedöms med en femgradig skala.

Bedömning

Mycket bra		styrka	Excelens, gott exempel, studiebesök
Godkänt		styrka	Full kontroll, har utvecklingsidéer
På god väg		förbättringsområde	Egen åtgärdsplan tillräcklig
Påbörjat		förbättringsområde	Åtgärdsplan redovisas i nämnd
Ej påbörjat		förbättringsområde	Kontroll mot krav och resurs, radikal åtgärd Plan och rapport i nämnd.

Bedömningen sammanfattas i vilka styrkor och förbättringsområden enheten har. Bedömning ”Ej påbörjat” och ”Påbörjat” kan leda till att särskilda åtgärder krävs.

1.4.1 Organisation

I granskningsgrupp har ingått planerare, medicinskt ansvarig sköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och socialt ansvarig samordnare (SAS) /biståndshandläggare. Andra professioner som ekonom, lokalsamordnare och anhörigstrateg har konsulterats i förberedelsearbetet.

Vid granskningen deltog enhetschef, arbetsterapeut, sjuksköterska, administrativ assistent och tre ut omvårdnadspersonalen från enheten.

⁴ Kvalitetskriterier är grundade i lagstiftning, myndigheters riktlinjer och många är tagna ur eller inspirerade av Bra vård för äldre (BraVå) kvalitetskriterier. Genom åren har de blivit beprövade, kompletterade och reviderade för att passa i det specifika som gäller för Örebro kommuns vård och omsorg oavsett utförare.

Ansvarig för sammanställning av rapport är en planerare som i sitt uppdrag ansvarar för att uppföljningsprocessen kan genomföras

1.5 Omfattning

Uppföljningen omfattar en sammanställning och analys av tillgängliga data om enheten, enhetens egen värdering av hur man lever upp till krav (checklista med kvalitetskrav besvaras och kommenteras). Ett förannmält platsbesök med intervjuer och samtal samt en sammanställning med slutsatser

1.5.2 Avgränsning

Uppföljningen innehåller ett förannmält besök på plats och saknar således fördelar som ett oanmält besök kan ha med dess överraskningsmoment. Besöket pågår under några timmar dagtid och kan därför inte göra anspråk på att uttala sig om dygnets alla timmar. Vid besöket möter granskarna representanter för personal som ledningen valt. Samtal med brukare sker också mestadels förberett av ledningen av praktiska skäl. Samtal med anhöriga är inte ett planerat inslag. Utanför uppföljningen ligger också verksamhetens förmåga att leva upp till krav enligt lagen om skydd mot olycksfall (LSO). Arbetet med säkerhet och katastrofberedskap följs upp av annan.

1.6 Begreppsdefinitioner

Begrepp	Beskrivning
Kvalitet	Förmågan att leva upp till behov och krav hos dem vi är till för
Struktur/resurs kvalitet	Här förmåga att använda byggnad, utemiljö, utrustning, teknik, anställdas kompetens för dem vi är till för
Processkvalitet	Förmåga att med tilldelade och skapade resurser använda och utveckla arbetsätt, rutiner, så att det gagnar dem vi är till för
Resultat-/effektkvalitet	Resultat av insatta åtgärder i förhållandet till målet. Mäts ofta i Den kvalitet som de vi är till för upplever och i uppnådda mål.
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering
SAS	Socialt ansvarig samordnare
Teamträff	Mångprofessionellt samarbete. Ofta sjuksköterska, arbetsterapeut, enhetschef och omvårdnadspersonal tillsammans för den enskildes behov.
OAS	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska
DocIT	Vård och omsorgs verksamhetssystem för dokumentation om den enskilde
TES	Elektroniskt tidsregistrerings- och planeringssystem i hemvården (Tryggt, Enkelt Säkert).
NPÖ	Nationell Patientöversikt är en sammanhållen elektronisk journal där legitimerad personal i Örebro kommun kan läsa delar av landstingets dokumentation
Meddix	Internetbaserad tjänst för registrering, utbyte och arkivering av medicinska meddelanden i realtid

2 Resurser, organisation

Rex geografiska område omfattar Baronbackarna, Holmen, Markbacken och delar av Hjärsta. Enheten har sin lokal i bottenplan på Rex gamla skofabrik i gamla Hjärsta, som numera är ombyggt till bostadshus. Området har en varierad karaktär med både villaområden och flerfamiljshus. Bebyggelsen är från flera olika tidsepoker. I Baronbackarna och Markbacken finns många invånare med utländsk härkomst.

Rex har formulerat sin verksamhetsidé på följande sätt i sin verksamhetsplan

”Vår verksamhetsidé är att inom områdena, social gemenskap, omsorg, vård samt rehabilitering, genom delaktighet, god kvalitet och professionalism bidra till livskvalitet. Den omsorg och vård vi utför anpassas utifrån valfrihet, självbestämmande och inflytande. Mötet med brukaren skall vara respektfullt och värdigt. Vi tillgodoser individuella behov och anpassar vår vård och omsorg därefter.”

Hemvård - antal brukare 31/10 2012

Inriktning	Antal
Omsorg	61
Service*	109
Trygghetslarm	162
Mattjänst	46
Avlösning	2
Hälso-och sjukvård	117
- därav sjuksköterskeinsats	79
- därav arbetsterapeutinsats	84
Totalt antal brukare	208

* Serviceinsatser utförs av västers gemensamma serviceorganisation.

I området finns totalt drygt 200 personer med någon form av hemvårdsinsats. Medelåldern är 81 år vilket är samma som i kommunen totalt. Variationen i ålder är dock stor från 33 till 106 år. Anmärkningsvärt är att 40 % av personerna har arbetsterapeutinsats jämfört med 28 % i kommunen totalt.

Antal anställda

Enhet	Anställda	Årsarbetare
Omvårdnadspersonal dag-kväll	31	26,01
Omvårdnadspersonal natt*	0	0,00
Sjuksköterska**	0	0,00
Arbetsterapeut	3	2,75
Ledning	1	1,00
Administration	1	1,00
Övriga	0	0,00
Totalt	36	30,76

*Köp från västers gemensamma nattorganisation.

**Del av Älvtomtaområdets gemensamma sjuksköterskeorganisation

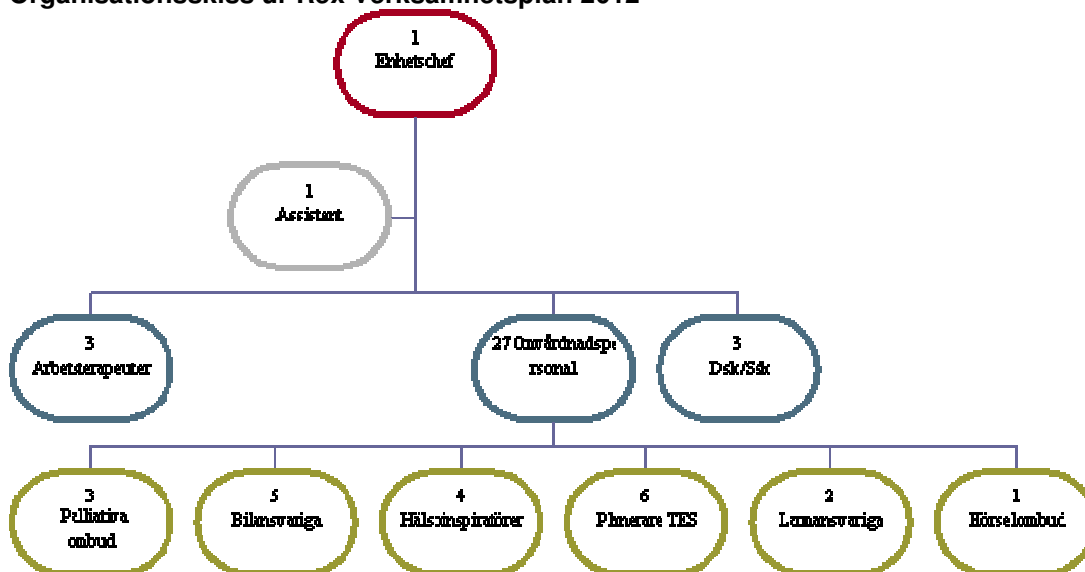
Enheten har totalt 36 personer anställda och fördelning i personalkategorier beskrivs i tabell ovan.

Rex har tre arbetsterapeuter som är ansvariga för varsitt geografiskt område. De tre sjuksköterskorna som arbetar mot Rex är anställda i västers gemensamma sjuksköterskeorganisation som utgår från Älvtomta. Skälet till denna lösning var att Rex

liksom flera andra små enheter på väster tidigare hade svårigheter att rekrytera egna sjuksköterskor. Även sjuksköterskorna har varsitt geografiskt område.

Chef är utbildad i social omsorg på högskola/universitet och har arbetat på enheten sedan i juni 2012. Hon har tidigare cirka 10 års erfarenhet från chefskap från verksamhet för funktionsnedsatta i annan kommun. Som stöd har chefen en administrativ assistent med lång erfarenhet som arbetet i området i många år. Enheten tillhör efter förvaltningens omorganisation 2012 hemvårdsområde väster med områdeschef Fredrik Bergström.

Organisationsskiss ur Rex Verksamhetsplan 2012



I organisationsbild ovan beskrivs förutom antal anställda även omvårdnadspersonalens olika uppdrag. Medarbetarna är uppdelade på tre geografiska kontaktområden, Baron, Gustav och Markbacken för att säkra kontinuiteten. Kvällstid arbetar omvårdnadspersonalen över hela området. I omvårdnadsgrupperna har alla ansvar för att vara kontaktperson. Sex personer har ett särskilt ansvar som planerare i tids- och planeringssystemet TES. Enheten har delat upp andra viktiga ansvarsområden på ett antal ombud. Även arbetsterapeuter är i några fall ombud (Palliativt ombud, Bilansvarig och Hälsoinspiratör), vilket inte framgår av skiss ovan.

Rex har haft ett stort ekonomiskt underskott under många år. Prognos i årets delårsrapport 2 visar ett prognostiserat underskott på nära 2,5 mnkr.

Förutom ekonomin har Rex haft andra stora problem under flera år. Chefsomsättningen har varit ovanligt stor. Nuvarande chef är nummer åtta sedan 2009. Det har funnits ett stort missnöje i personalgruppen och enheten har haft och har fortsatt en mycket hög korttidsfrånvaro. Det bekymmersamma läget gjorde att förvaltningen med början hösten 2011 vidtog åtgärder. Enheten flyttades in under ny områdeschef och en erfaren chef från en annan enhet togs in. Diskussion fördes till och med om att dela upp området och skapa nya konstellationer i personalgrupperna för att få till en nystart. Slutligen bestämde man efter diskussioner med de fackliga företrädarna att enheten skulle hållas intakt. Under 2012 har man arbetat hårt för att se över och förbättra arbetsprocesser och arbeta mer kostnadseffektivt. Strax före sommaren tog den nyrekryterade enhetschefen över och fortsatte arbetet. Både vad gäller ekonomi och arbetsprocesser går utvecklingen åt rätt håll men det finns fortfarande mycket att arbeta med. Ett stort problem är den fortsatt mycket höga korttidsfrånvaron som är dubbelt så hög som genomsnittet i Vård och omsorg. Den nya chefen beskriver en situation där man endast tre dagar sedan i juni

kunnat arbeta med planerad personalstyrka. Den höga frånvaron gör att man ständigt får stuva om i den dagliga planeringen och det långsiktiga arbetet blir lidande.

Trots den turbulens som varit i området tycks medarbetarna ha klarat att ge en godtagbar vård och omsorg. Rex har ett resultat i brukarundersökningen 2011 som låg ungefär på kommunens genomsnitt. Nöjd Kundindex var 74 mot övriga kommunens 73 (se tabell "Brukarnas uppfattning" på nästa sida).

Enhetens resultat vid senaste medarbetarundersökningen var det näst sämsta av alla enheter i Vård och omsorg. Medarbetarindex var 50 mot genomsnitt 63 och endast 13 % av medarbetarna kunde rekommendera en vän att arbeta i kommunen. Det bör dock påpekas att svarsfrekvensen bland medarbetarna var låg (cirka 25 %) och resultatet bör därför värderas med försiktighet.

Resultat från kvalitetsinspektion i Baronbacksguppen i maj 2012 visar bedömning att de flesta rutiner verkar fungera men att det finns en del förbättringsområden.

Enheten har haft tre klagomål som registrerats i diariet. För ett av dessa gjordes även en Lex Sarah-anmälan som handlade om en person som inte fick sitt beslut om matjänst verkställt. Skälet var bristande kommunikation i samband med byte av chefer. Då de vidtagna åtgärderna bedömdes "ha pågående och långvarig" effekt avslutades ärendet och rapporterades inte vidare till Socialstyrelsen.

Nedan ges en samlad bild av enhetens resultat på indikatorer kopplade till måluppfyllelse i delårsrapporten från augusti 2012.

Resultat - Vård och omsorgs indikatorer delårsrapport 2012

Processer

Mått	2010	2011	2012	Rikt värde	Målupp fyllelse
Andel brukartid	39,1%	40,9%	46,5%	48,0%	
Antal personer som besökt brukaren	saknas	saknas	19,7	18	
Andel med kontaktperson	88%	95%	100%	100,0%	
Andel med genomförandeplan	37%	54%	35%	100,0%	
Andel delaktiga i genomförandeplan	89%	86%	100%	100,0%	
Antal genomförda läkemedelsgenomgångar	saknas	0	0	saknas	ej bedömt
Senior alert - Antal riksbedömningar	0	2	14	saknas	ej bedömt
Andel avvikelser per brukare	saknas	1,60	1,56	1,96	ej bedömt

Brukarnas uppfattning

Mått	2010	2011	2012	Rikt värde	Målupp fyllelse
Nöjd Kund Index	saknas	74	ej mätt	73	
Andel nöjda med bemötande	76%	68%	ej mätt	100%	
Andel nöjda med trygghet	76%	82%	ej mätt	85%	
Andel nöjda med inflytande och delaktighet	63%	41%	ej mätt	80%	
Andel nöjda med aktiviteter	32%	22%	ej mätt	60%	
Andel nöjda med matens smak	39%	38%	ej mätt	70%	

Ekonomi

Mått	2010	2011	2012	Rikt värde	Målupp fyllelse
Resultat (Tkr)	-1 962	-2 868	-2 556	0	
Timvikariekostnad (Tkr)	2 361	2 868	2 716	2 868	
Kostnad för utskrivningsklara (Tkr)	468	712	207	183	
Kostnad för köp av ssk från bemanningsföretag (Tkr)	2 196	2 065	7	2 065	
Personalkostnad per utförd timma (Kr/tim)	saknas	666	561	492	

Medarbetare

Mått	2010	2011	2012	Rikt värde	Måluppfyllelse
Korttidsfrånvaro (antal dagar/anställd)- prognos helår	15,0	11,6	14,9	minska	
Total sjukfrånvaro (% av arbetstid)	9,5%	8,6%	10,4%	minska	
Genomsnittlig sysselsättningsgrad	85,9%	85,5%	88,0%	öka	
Andel utbildad omvårdnadspersonal	84%	83%	ej mätt	91%	
Medarbetarindex*	42	50	ej mätt	62	
Rekommendera vän att arbeta i kommunen*	saknas	13	ej mätt	52	

*Resultat för medarbetarundersökning i kolumn 2010 avser resultat 2009

3 Resultat 2012

I rapporten redovisas resultat av granskning under olika rubriker som motsvaras av de krav som finns i checklistan för uppföljning. I tabeller som inleder varje kvalitetsområde är kryssmarkeringarna från enhetens självvärdering. Varje kapitel börjar med en redovisning av ett resultat, följs av en analys och slutar med en värdering där en bedömning görs av hur enhetens förmåga att leva upp till krav bedöms med en femgradig skala. Bedömningen sammanfattas i vilka styrkor och förbättringsområden enheten har. Bedömning "Ej påbörjat" och "Påbörjat" kan leda till att särskilda åtgärder krävs.

Bedömning

Mycket bra	styrka	Excelens, gott exempel, studiebesök
Godkänt	styrka	Full kontroll, har utvecklingsidéer
På god väg	förbättringsområde	Egen åtgärdsplan tillräcklig
Påbörjat	förbättringsområde	Åtgärdsplan redovisas i nämnd
Ej påbörjat	förbättringsområde	Kontroll mot krav och resurs, radikal åtgärd Plan och rapport i nämnd.

3.1 Aktiv och meningsfull tillvaro

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den enskilde har möjlighet att upprätthålla kontakt med släkt och vänner.	X	
Aktivitets- och funktionsbedömningar görs som grund för planering av individuella aktiviteter.	X	
Den enskilde har möjlighet att delta i dagliga aktiviteter som utgår från personens egna intressen, önskemål och förutsättningar.	X	
Den enskilde tillförsäkras utevistelse efter individuella behov.	X	
Samarbete finns med frivilligorganisationer och andra aktörer.		X

Rex hade relativt svaga resultat på samtliga frågor om Social samvaro och aktiviteter och utevistelse i brukarundersökningen 2011. Sammanvägt index för frågeområdet var 50 mot 57 i kommunen totalt.

Kontaktpersonen har ett stort ansvar att utifrån behovsbedömning fånga upp den enskildes intressen och önskemål om aktiviteter och utevistelse. Arbetsterapeut och sjukgymnasts kompetens används som grund i arbetet.

”Bedömning av brukarens förmåga görs som en grund för aktiviteten. Insatser görs för att möjliggöra aktiviteter såsom anpassning av bostad rullstol mm. De aktiviteter som är vanliga är social samvaro och utevistelser. Brukarens individuella intressen och erbjudande av aktivitet utifrån dessa har en stor utvecklingspotential. Prioriteringar behöver ofta göras i arbetsgruppen då blir aktiviteterna lidande. Det finns upprättat en prioriteringslista för ledsagningar som inte är akuta. Samverkan med frivilliginsatser behöver utvecklas. På teamträff beskrevs ett gott samarbete med väntjänsten runt ett ärende.” MAR

Enheten har ingen systematisk samverkan med frivilligorganisationer eller andra aktörer.

Analys

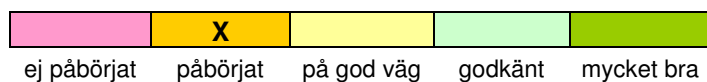
Det finns rutiner på enheten som stödjer möjligheterna att bidra till en aktiv och meningsfull tillvaro för den enskilde. Detta avspeglas inte i att man lyckas erbjuda individuella aktiviteter i tillräckligt hög grad.

”Aktiv och meningsfull tillvaro bör utvidgas från social samvaro och promenader till mer individuellt inriktade aktiviteter utifrån intresse. Varje individs önskemål bör analyseras bättre. På grund av personalens sjukdom så görs ständiga om och bortprioriteringar av dessa aktiviteter. Långsiktiga planer blir på så vis omöjliga.” MAR

Obefintlig samverkan med föreningar och frivilligorganisationer kan delvis förklaras av att det traditionellt inte finns något starkt föreningsliv för äldre i området. Enheten har inte någon plan för hur detta ska förbättras. Det finns till exempel inget formellt samarbete med kommunens egen frivilligverksamhet. Samverkan med frivilligorganisationer är ett tydligt förbättringsområde för enheten om man ska stödja personerna i möjligheterna att få ett aktivare och meningsfullare liv.

Värdering

”Det finns ytliga planer för aktiviteter som behöver utvecklas och individanpassas vilket är ett stort förbättringsområde Insatser som ger aktiv och meningsfull tillvaro för individen behöver utvecklas på ett djupare plan men även den sociala samvaron och utevistelse som är planerad behöver genomföras.” MAR



3.2 Bemötande

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den enskilde är nöjd med bemötandet.	X	X
Den enskildes integritet och självbestämmande respekteras av personalen.	X	X
Verksamheten har tagit ställning till hur olika livsåskådningar bland de äldre ska respekteras		X

Rex hade ett relativt gott resultat på bemötande vid brukarundersökningen 2011 (Medelindex 81 mot kommunsnitt 80). Det har förekommit synpunkter på personalens bemötande enligt chefen. Brister återkopplas till den enskilde medarbetaren vid samtal.

Båda de brukare som granskningsgruppen intervjuade vid uppföljningsdagen är mycket nöjda med personalens bemötande.

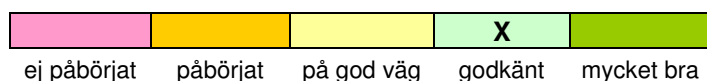
Enheten har inget nedskrivet om hur man har tagit ställning till olika livsåskådningar, Däremot tas hänsyn till individernas önskemål i den individuella planeringen.

Analys

De problem som enheten har haft under de senaste åren tycks inte ha påverkat bemötandet. Tillgängliga data och enhetens egen beskrivning av arbetet med bemötandefrågor pekar på att bemötandet är relativt gott. Detta bekräftas även i genomförda intervjuer med brukare.

Värdering

Bemötandet tycks fungera i Rex. Det finns en medvetenhet hos ledning och medarbetare att man alltid kan förbättra bemötandet.



3.3 Kontinuitet

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Så få personer som möjligt ska vara inblandade i vården och omsorgen så att den enskilde får hjälp av personal som han/hon känner igen.	X	
Hjälpinsatserna planeras så att de utförs efter den enskildes behov och önskemål oavsett vem i personalgruppen som utför dem och oavsett tid på dygnet.	X	
Rutiner finns för att fånga upp förändrad behovssituation.	X	
Så mycket tid som möjligt av medarbetarnas arbetstid tillbringas hemma hos den enskilde	X	
Vi informerar den enskilde om den planerade tiden förändras eller om det kommer någon annan personal än vad som planerats		X
Kontaktman med tydliggjort ansvar finns för alla brukare.	X	
Kontaktman är känd av alla brukare.	X	

Chefen anger att personalen försöker att utgå från mindre kontaktområden för att minska antalet personer hos den enskilde. Man planerar också att kontaktpersonen så ofta som möjligt ska vara den som utför de för brukaren viktigaste besöken. Planeringen spricker ofta på grund av den stora sjukfrånvaron. Detta bekräftas också i den mätning av personkontinuitet som gjordes i slutet av augusti. Mätningen genomfördes under två veckor på 42 personer som haft hjälp minst två gånger per dag. Mätning visar att varje person i genomsnitt hade besök av 23 personer (kommunsnitt 18). Antalet besökare varierade mellan 13 och 39. Även ett antal personer som inte hade dubbelbemanning hade

runt 30 olika besökare under perioden. Sammantaget visar mätningen siffror som är de sämsta bland kommunens enheter.

Enheten har rutiner för kontaktmannaskap med tydliggjort ansvar för kontaktpersonen. Det är även möjligt att byta kontaktperson.

Ett stickprov på tio av brukarna i augustimätningen visar att kontaktpersonen bara stod för 6 % av besöken hos brukaren. Vid motsvarande mätningar stod kontaktpersonen för i genomsnitt 21 % av besöken i Vivalla och för 16 % av besöken i Fokusområdet.

Andelen tid hemma hos den enskilde har ökat från knappt 44 % till drygt 49 % mellan januari och september i år.

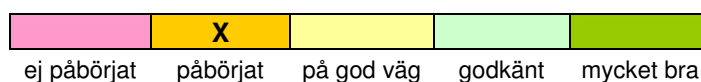
Enheten har rutiner för att fånga upp förändrade behov och samordna insatserna i samband med teamträffar, men saknar rutiner för information till den enskilde om dagliga förändringar.

Analys

Enheten har rutiner för kontaktmannaskap och personkontinuitet men lyckas inte visa att detta fungerar i resultat vid mätningar. De många vikarier som är inne på grund av hög frånvaro är säkert en stor förklaring till varför man misslyckas med att erbjuda kontinuitet. Problemet är dock inte isolerat till vikarier då det också som är stor omsättning på den ordinarie personalen hos den enskilde. Stordriftsfördelar för att öka brukartiden och ekonomin har varit överordnad personkontinuiteten i planeringen. Sedan uppföljningsdagen har ledningen månadsanställt vikarier på två rader för att öka kontinuiteten. Fler åtgärder behöver vidtas.

Värdering

Att så många som 17 av 42 personer har haft besök av 25 medarbetare eller fler under en tvåveckorsperiod är inte acceptabelt. Enheten bör prioritera åtgärder för att komma tillrätta med detta snarast.



3.4 Mat, måltid och nutrition

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den enskilde är nöjd med mat och måltid.		X
Alla har en individuell kostplan i sin genomförandeplan.		X
Måltiderna serveras på ett tilltalande sätt efter individens önskemål och behov i en lugn och trivsamt miljö.	X	
Den enskilde som har behov får stöd och hjälp vid måltiden i hemmet eller i gemensamt matsal.	X	
Måltidssituationen är anpassad efter individens funktionsförmåga.	X	

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Hänsyn ska tas till traditioner och högtider samt att man gör skillnad på vardag och helg.	X	
Enheten har ett system för egenkontroll av livsmedelshygien. Finns rutiner för varmhållning/ att hantera kyld mat?	X	
Det finns rutiner för riskbedömning, åtgärder och uppföljning av vikt, närings- och vätskebehov samt mat- och vätskeintag.	X	
Måltider och mellanmål ska spridas jämnt över dygnet.	X	

Rex får sin mat levererad kyld från Albyköket. Det finns ingen restaurang för äldre i området där man kan äta gemensamt. För närvarande finns ingen person i området som man hjälper till att äta gemensamt med andra i restaurang någon annanstans.

Enheten hade något sämre resultat på alla frågor om maten än kommunens genomsnitt i brukarundersökningen 2011. Ledningen och personalen upplever också att det finns ett missnöje bland flera brukare. Oftast gäller det potatisen som man inte tycker blir god då den varit kyld.

I samband med uppföljningen åt granskningsgruppen Raggmunk med bacon och kokt Kummel med äggsås. Maten uppfattades som god vardagsmat med välbevarad smak och konsistens.

Vid ett av hembesöken visade det sig att brukaren hade varit professionell i matlagning tidigare i livet. Hon klagade inte på något annat än maten och hade ingen möjlighet att äta någon annanstans eftersom hon bor otillgängligt med många trappor upp till lägenheten.

”Verksamheten beskriver att om önskemål finns och vi hjälper med måltiderna så sprider vi det över dygnet. Samtliga Hälso- och sjukvårdsjournaler saknar vårdplaner gällande nutrition. Det finns uppgifter om kontroll av vikt och blodsocker samt uppgifter om normalkost och näringsdryck. Annan information är dålig aptit, kräkningar och slembildning.

Resultatet av journalgranskningen visar att det saknas riskbedömningar som är gjorda i Senor Alert, däremot finns det uppgifter om viktkontroller. Under perioden 2011-2012 har det totalt genomförts 21 riskbedömningar på enheten.” MAS

Analys

Det missnöje som finns hos brukarna som ledning och medarbetare uttrycker behöver behandlas på ett mer systematiskt sätt. Samverkansmöten och löpande kontakter finns med köket men de verkar inte ha lett till förbättringar. Enheten behöver sammanställa synpunkter och klagomål under en längre period för att se om det finns några generella förbättringsområden och sedan framföra dessa till köket.

De enskilda personernas önskemål om mat och måltid behöver ytterligare tydliggöras i genomförandeplanerna.

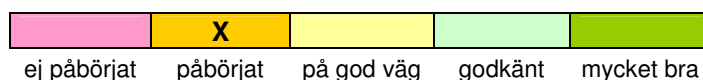
”Att inte ha några alternativa miljöer vid måltider kan också påverka upplevelsen av måltiden. Tillgänglighet i bostäderna påverkar många faktorer och inte bara möjligheten till utevistelse utan deltagandet i samhället.” MAR

Att vårdplaner för kost saknas i flera journaler är inte bra men betyder inte att man inte arbetar med nutritionsfrågor runt den enskilde. Alla personer har inte behov av en vårdplan då man inte har några problem med näringsintaget. Det går ändå ofta att följa att insatser görs gällande kost och nutrition med hjälp av information i löpande dokumentation och genom att riskbedömningar görs i Senior alert.

”Chefen behöver stöd för att ta fram en plan för att kunna stödja legitimerad personal att öka antalet riskbedömningar i Senior Alert.” MAS

Värdering

Det finns ett missnöje bland de personer som har matjänst som behöver analyseras och åtgärdas. Enheten behöver bli mer systematisk i individuella planer runt mat, måltid och nutrition samt göra fler riskbedömningar i Senior alert.



3.5 Personlig omvårdnad och service

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Personlig omvårdnad		
Den enskilde stimuleras att använda sin förmåga att klara sig själv.	X	
Ledningen har säkerställt att varsamt handlag används och diskretion visas vid all kroppslig omvårdnad.		X
Den enskilde får hjälp att sköta sina syn- och hörselhjälpmedel efter sina behov och önskemål?	X	
Den enskilde får vid behov hjälp med daglig munvård och det ska finnas upprättad individuell dokumentation för hur munvården ska genomföras.	X	
Den enskilde stimuleras att upprätthålla sin kontinens och toalettbesök ersätts inte av inkontinenshjälpmedel.	X	
Den enskilde får hjälp att hantera eventuell oro och ångest.	X	
Den enskilde ska i möjligaste mån inte uppleva smärta och smärtbehandlingen ska vara individuellt anpassad.	X	
Service/hemliv	Ja	Nej
Den enskildes kläder tvättas, vid behov.		
Städning och omvårdnadsstädning fungerar	X	
Den enskilde får hjälp med inköp, post och bankärenden	X	
Den enskilde får hjälp med ledsagning vid behov	X	

Verksamheten pekar i sin självvärdering på att man uppfyller samtliga kvalitetskriterier för omvårdnadsinsatserna. Ledningen ser att det behövs ständiga påminnelser så att ett varsamt handlag och diskretion används vid omvårdnadsarbetet.

Ledningen anger att personalen med utgångspunkt från teamträffar utvärderar träning i hemmet och arbetet för att den enskilde ska kunna behålla sina förmågor. Sammanlagt nio brukare i området har eller har haft insatsen Rehab i hemmet under 2102.

Utsedda hörselombud med extra kunskap om hörselhjälpmedel finns.

Verksamheten beskriver att de planerar in tätare tillsynsbesök med toaletthjälp.

”I tre journaler finns vårdplaner för inkontinensproblematik som handlar om en kvarsittande kateter i urinblåsan (KAD) och utprovning och beställning av inkontinenshjälpmedel. I övriga journaler finns uppgifter om problem med förstoppning, diarré, urininkontinens, beställning av inkontinenshjälpmedel. Förstoppning och diarré behandlas med läkemedel och omvårdnadsåtgärder, genom att ge dryck.” MAS

”Verksamheten beskriver att tandhygienisten dokumenterar vilka insatser som individen behöver för att kunna sköta sin munvård. Dessa instruktioner finns i individens hem. I en journal finns uppgifter om att sjuksköterskan har kontaktat biståndshandläggaren för att individen ska få en munvårdsbedömning.” MAS

Verksamheten beskriver att personalen är bra på att fånga upp sinnesstämningar och förändringar och att ta upp dem på teamträffar för att diskutera eventuella ökade insatser eller andra förändringar. Beträffande smärta så beskriver verksamheten att omvårdnadspersonalen och sjuksköterskan samarbetar för att hjälpa den enskilde.

”I samtliga journaler saknas vårdplaner sömnproblem, oro och ångest. I sju journaler finns inga uppgifter om sömnproblem, oro och ångest. I tre journaler finns uppgifter om oro som leder till sömnproblem, vilket behandlas med läkemedel. I två journaler finns vårdplaner gällande smärta.” MAS

Det ska poängteras att avsaknad av vårdplan inte betyder att omvårdnadsinsatsen uteblir. Alla personer har inte problem med exempelvis inkontinens eller smärta. Sjuksköterskan informerar om att vårdplaner bara görs när ett problem uppstår, vilket innebär att det saknas vårdplaner för hur brukaren exempelvis ska kunna upprätthålla sin kontinens, goda sömn och smärtfrihet.

Serviceinsatserna till brukarna på enheten utförs i huvudsak av västers servicegrupp och samverkan runt den enskilde fungerar på det hela taget bra. Personalen vid Rex utför omvårdnadsstädning och tvättar ibland vid akuta behov.

Analys

”Den höga frånvaron bland personalen påverkar rehabiliteringen och instruktionerna från arbetsterapeut – där tiden går åt till att kontrollera vem det är som kommer att träffa brukaren idag och vilken kunskap den aktuella personalen har.” MAR

”Utifrån journalgranskningen är även det otydligt hur mycket sjuksköterskan är involverad i omvårdanden som rör individernas munvård. För att sjuksköterskan ska kunna bedöma individens hälsotillstånd måste sjuksköterskan vara mer involverad i munvården, eftersom dålig munstatus kan vara kopplat till individens hälsa. Dessutom

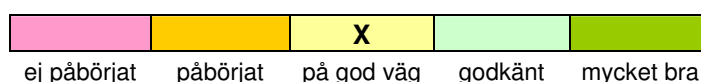
måste tandkrämen som förskrivs av tandhygienisten och klassas som ett läkemedel hanteras inom "Läkemedelshantering, Instruktioner för Kommunal hälso- och sjukvård i Örebro län". MAS

"I journalgranskningen finns uppgifter om olika diagnoser som kan knytas till problematiken med urininkontinens. Ett förbättringsområde är att tydliggöra inkontinensproblematiken i vårdplaner. Ett område som bör diskuteras är planer för att kunna upprätthålla sin kontinens." MAS

"En reflektion gällande oro- ångest- sömn- och smärtproblematik är att tillståndet inte endast lindras med läkemedel. Det är otydligt hur sjukgymnast och arbetsterapeuten är involverad i individernas olika oro- ångest- sömn- och smärtproblematik." MAS

Värdering

Enheten beskriver fungerande rutiner för personlig omvårdnad och samverkan mellan personalkategorier runt insatserna. Dokumentation i form av planer för omvårdnadsinsatserna behöver förbättras.



3.6 Vård i livets slut

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Det finns rutiner för vård i livets slutskede	X	
Den enskilde och anhöriga är väl informerade om vården i livets slutskede.	X	
Den enskilde ska inte behöva dö ensam.	X	
Anhöriga erbjuds ett efterlevandesamtal.	X	

Det finns ett palliativt team som består av sjuksköterska, arbetsterapeut och tre omvårdnadspersonal som är palliativa ombud. Palliativ vård diskuteras vid teamträffarna. Läkaren har samtal med den enskilde och anhöriga.

Sjuksköterskan registrerar i Palliativa registret. Sammanlagt finns sju registreringar under det senaste året.

"Data från Palliativa registret visar att Rex hemvård har uppfyllt målen när det gäller mänsklig närvaro i dödsögonblicket. Andra bra resultat är exempelvis att munhälsan är bedömd och utförd validerad smärtskattning. Förbättringsområden är att exempelvis vara lindrad från ångest och uppfyllt önskemål om dödsplats. Det finns lokala rutiner för vård i livet slutskede. Sjuksköterskan avgör alltid då vak ska sättas in." MAS

Analys

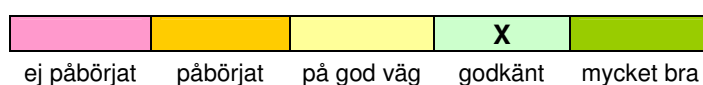
"Uppgifter ovan visar att Rex har bra rutiner för vård i livets slut. Rutinerna har också prövats flera gånger det senaste året då man haft relativt sett många personer som behövt vak. Statistiken i palliativa registret visar att ingen individ behöver dö ensam vilket är ett gott tecken. I kvalitetsuppföljningen uttrycker dock sjuksköterskan att det

finns svårigheter kopplat till den stora frånvaron som medför risk att ordinarie personal inte kan sitta vak. Det finns också en del förbättringsområden exempelvis att vara lindrad från ångest.

Enhetschefen behöver stöd i att ta fram en plan för att kunna förbättra personalsituationen gällande hög sjukfrånvaro. Legitimerad personal behöver ytterligare stöd från palliativa vårdsmordnarna för att öka tryggheten och säkerheten i den palliativa vården.” MAS

Värdering

Enheten har fungerande rutiner för Vård i livets slutskede. Om man åtgärdar sina få förbättringsområden finns potential att ytterligare öka kvaliteten.



3.7 Den enskildes skydd

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den enskilde känner sig trygg med sin vård och omsorg.	X	
Rutiner finns för att den enskilde ska hållas fri från vårdskador och missförhållanden.	X	
Skydds- och begränsningsåtgärder (lås, bälten, grindar etc.) används efter individuell bedömning.	X	
Risker för trycksår registreras, förebyggs, åtgärdas och följs upp.	X	
Landstingets rekommendationer för sårvård följs	X	
Personalen känner till hur avvikelshanteringen går till och gör avvikelserapporter vid behov.	X	
Fallskador förebyggs med individuella och generella åtgärder.	X	
Enheten har fungerande egenkontroll för hygien.		X
Finns beredskap för att klara prioriterade arbetsuppgifter vid extremväder		X
Finns beredskap för att uppmärksamma och hantera våld i hemmet?	X	
Larm fungerar och är individuellt anpassade samt svarstid är så kort som möjligt.	X	

Rex hade goda resultat på frågor om trygghet i senaste brukarundersökningen. Ett index på 81 i den 100-gradiga skalan vilket innebär att nästan alla som svarat är känner sig trygga eller mycket trygga med den hjälp som hemtjänsten ger.

Vid teamträffar där också allvarigare klagomål och avvikelser lyfts för eventuell rapportering enligt Lex Sarah och Lex Maria. Rex har varit föremål för en Lex Sarah utredning under året. (Se kapitel 2 ovan).

”I dokumentationen finns anteckningar om skydds och begränsningsåtgärder och under teamdiskussionerna rapporterades avvikelser som skett så nyligen att de inte var dokumenterade ännu. Det finns en utvecklingspotential att se över och stänga avvikelser i systemet. Vid hembesöket beskrev brukaren hur slutenvården krävt sänggrindar p.g.a. fallrisk vid hemgång från lasarettet. Men brukaren vill absolut inte använda dem i bostaden. Tillsammans har brukaren, teamet och anhöriga gjort en riskanalys och genomfört skyddsåtgärder så att grindarna kan vara nedfällda. Vid teamträffen hade personalen uppmärksammat en början till trycksår och både arbetsterapeut och sjuksköterska planerade in ett hembesök dagen efter, skyddsåtgärder diskuterades direkt och åtgärder i form av ett lämpligt sidenlakan tog gruppen med till eftermiddagens besök. Verksamheten beskriver att riskbedömningar i Senior Alert görs av sjuksköterska och arbetsterapeut och att diskussioner alltid förs på teamträffar.” MAR

”I två journaler finns uppgifter om sår. Det finns inga uppgifter om riskbedömningar i Senior Alert. Rekommenderade sårvårdsprodukter används i samband med behandling av sår.” MAS

”Verksamheten beskriver fungerande rutiner för avvikelshantering. Avvikelser skrivs kontinuerligt och följs upp på teamträffar. Kontrollen vid överlämnande av läkemedel sker genom signering på signeringslistor som finns hos varje individ och att omvårdnadspersonalen har en delegering för att överlämna läkemedel.” MAS

”Verksamheten uppger att de har inte har någon egenkontroll för hygien, däremot följs hygienriktlinjerna i ”största mån”. Ibland använder inte omvårdnadspersonalen arbetskläder. Omvårdnadspersonalen som använder exempelvis privata byxor, påminns om att bära sina arbetskläder under arbetstid.” MAS

Ledningen beskriver att ett larm endast i undantagsfall tar längre än 30 minuter att besvara. Man har en rutin där larmloggen kontrolleras dagligen. Vid en av intervjuerna med brukarna framkommer att man missat att besvara larmet på grund av förväxling av person. Misstaget ledde inte till allvarliga konsekvenser då det inte var något akut tillstånd hos personen som föranledde larmet.

Analys

”Rex bedöms ha fungerande rutiner för avvikelshantering. Att enhetschefen har signerat avvikelserna i avvikelsemodulen tyder på ett sätt att hantera avvikelserna. Trots detta är det bekymmersamt med antal avvikelser gällande läkemedel finns (se vidare avsnitt 3.9. nedan).” MAS

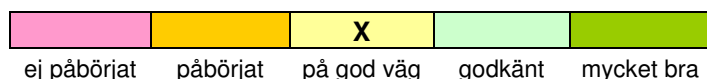
”På teamträffen diskuterades avvikelser och skyddsåtgärder. En början till trycksår hade upptäckts och åtgärder sattes in direkt. Avvikelser blir liggande utan att de avslutas – det är ett förbättringsområde.” MAR

”Det är allvarligt att hygienriktlinjerna enbart följs i ”största mån”. Till hygienfrågor hör att vårdarbetet ska utföras i arbetskläder som kommunen tillhandahåller. Den basala hygien måste tas på allvar i vårdarbetet. Ett exempel på basal hygien i vårdarbetet är att tillsammans med individen planera hygien i samband med toalett- och duschvanor, samt att följa riktlinjen för basal hygien. Enhetschefen behöver stöd i att ta fram en plan så att verksamheten följer Örebro kommuns hygienriktlinjer.” MAS

Det finns bra rutiner för trygghetslarm på enheten. Man bör dock säkerställa rutin tillsammans med Trygghetscentralen för att undvika förväxlingar av personer.

Värdering

Brukarna i Rex upplever sig trygga och enheten har genom sina rutiner och strukturerade teamträffar ett bra verktyg för att hantera risker och avvikelser. Det finns dock en osäkerhet hur arbetet fungerar hos den enskilde brukaren på grund av den dåliga kontinuiteten bland personalen. Riktlinje för basal hygien måste tydliggöras och riskbedömningar i Senior Alert måste öka.



3.8 Delaktighet

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den enskildes behov av att vara en individ ska synas i den individuella planeringen och i enhetens gemensamma värdegrund. Hänsyn tas till jämställdhet och mångfald.	X	
Den enskilde erbjuds själv eller tillsammans med anhöriga att beskriva sin levnadsberättelse, sina önskemål och göra sina målformuleringar.	X	
Den enskildes vård- och omsorgsbehov planeras och utvärderas genom att regelbundet följa upp mål i dokumenterade genomförandeplaner.	X	
Den enskilde erbjuds att ta del av innehållet i den dokumentation som gäller honom/henne.	X	
Den enskildes behov säkerställs genom teamarbete mellan personalkategorier och över dygnet	X	
Biståndsbeslut verkställs inom rimlig tid.	X	
Den enskilde ska alltid erbjudas bästa möjliga vårdform enligt Örebro kommuns riktlinjer vid demens där trygghet, meningsfullhet och säkerhet kan erbjudas.	X	

Enheten har relativt låga värden för delaktighet i senaste brukarundersökningen. Betygsindex var 61 mot kommunsnittet 66. Endast 41 % av de svarande gav betyget 8-10 (Mycket nöjda) på frågan om personalen tar hänsyn till åsikter och önskemål om hjälpen.

”Av dokumentationen framgår det i sju journaler att individen har varit med i planeringen av sin vård. I tre journaler är det otydligt om individen har varit med i planeringen. Det saknas samtycke helt i en journal.” MAS

I enhetens självvärdering i samband med delårsrapport 2 hade endast 35 % av brukarna en godkänd genomförandeplan. Däremot var alla som hade en plan varit delaktiga i utformandet. Målet att följa upp planerna inom tre månader är inte uppnått enligt ledningen.

SAS granskning av 10 Sociala journaler visade följande resultat för genomförandeplaner

Godkända	3
Delvis godkända	1
Ej godkända	5
Saknas planer	1

”Många av planerna är för allmänt hållna. Det går alltså inte att läsa ut vad som ska utföras. Bristerna finns företrädesvis under rubriken *hur*. Två av planerna bedöms som

inaktuella. Den ena upprättades 2010 och det finns ingen dokumenterad uppföljning. Den andra planen följdes upp i januari 2012, därefter finns ingen dokumenterad uppföljning trots att journalanteckningar påvisar att förändringar sker. På de planer som inte blivit godkända saknas också vem som är ansvarig för uppföljningen och/eller när nästa uppföljning ska ske” SAS

För levnadsberättelser gav granskningen följande resultat

Godkända	1
Delvis godkända	3
Ej godkända	6

”Det är frivilligt för den enskilde om det ska upprättas en levnadsberättelse men ett erbjudande ska alltid ges. Erbjudandet ska framkomma i den sociala journalen (daganteckningar). När det saknas en levnadsberättelse och det inte går att läsa i journalen att den enskilde har tackat nej – då blir det inte godkänt. Det levnadsberättelser som får bedömningen delvis godkänt, där är det uppenbart vid granskningen att kompletteringar behövs.” SAS.

Enligt SAS går det att följa händelseförlopp över tid i den sociala journalen undantaget processen individuell planering. Det framkommer inte i anteckningarna när samtal bokas in och när de genomförs.

”Det framkommer att personalen identifierar behov men det adresseras ut i ”tomma luften”. Det finns ingen adressat för problemen, det framkommer inte (generellt) om problemen lyfts på teamträffar, åtgärder och resultat saknas och likaså att nya strategier lyfts in i genomförandeplanen. Utan struktur så försvinner möjligheten att följa upp och utvärdera arbetet.” SAS

På uppföljningsdagen framkom att enheten hade bra rutiner för sina teamträffar där alla personalkategorier samverkar runt den enskilde. Den stående dagordningen var heltäckande och för att se hur det fungerade i praktiken deltog MAR i en teamträff några veckor senare.

”Hela dagordningen berördes på detta möte – imponerande. Teambesöket gjordes mitt i bytet mellan DocIT och Treserva så allt gick inte att läsa och dokumentera som i vanliga fall. På drygt 1 timme diskuterade hela teamet 8 patienter på ett djuplodande sätt. Alla var uppdaterade och deltog i diskussionen och strukturen hölls på ett mycket bra sätt av de båda undersköterskorna. Planering inför nästa möte gjordes och uppföljningar planerades.” MAR

Analys

Enhetens egen bedömning av att man uppfyller alla kvalitetskrav gällande delaktighet går inte att utläsa ur den sociala dokumentationen.

”Omvårdnadspersonalen är duktig på att beskriva när insatser uteblir. Det är anmärkningsvärt många gånger som dusch uteblir för de granskade brukarna. Här behöver man kunna läsa ut vilka strategier ni har för att stödja och hjälpa. Om den enskilde fortsätter att tacka nej till erbjudandet så kanske vi behöver arbetssätt ändras – det behöver framkomma både i genomförandeplan och i den sociala journalen.” SAS

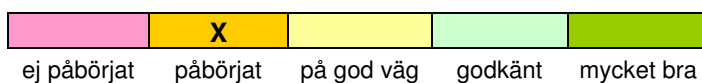
”De flesta individerna har varit med i planeringen av sin vård de flesta gett olika samtycken till vården. Då det gäller information om läkemedelsgenomgångar är individen troligtvis informerad, men det är otydligt i dokumentationen.” MAS

”Vi kan sällan läsa den enskildes uppfattning – deras röst är sällsynt, dokumentationen beskrivs av personalen.” SAS

”Vid teamträffen såg personalen till att diskutera hela dygnet både natt och dag och även dagverksamhet.” MAR

Värdering

Brukarna är inte nöjda med delaktigheten. Det är svårt att säkerställa hur den enskilde görs delaktig i den sociala journalen. Här finns ett tydligt förbättringsområde. Samverkan mellan yrkeskategorier runt den enskilde är en styrka med tanke på det systematiska arbetet vid teamträffar.



3.9 Hälsa- och sjukvård

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Omvårdnadsansvarig sjuksköterska finns tillgänglig för den enskildes behov	X	
Arbets terapeut finns tillgänglig för den enskildes behov.	X	
Sjukgymnast finns tillgänglig för den enskildes behov	X	
Läkare finns tillgänglig för den enskildes behov	X	
Samverkan sker med andra aktörer utifrån individens behov t.ex. vårdcentral, sjukhus, dagverksamhet, korttidsvård.	X	
Instruktion och delegering säkerställs utifrån omvårdnadspersonalens kompetens.	X	
Den enskilde tar/får rätt läkemedel och rätt dos i rätt tid.		X
Läkemedelsgenomgångar genomförs regelbundet där den enskilde är delaktig.		X
Rutiner finns för att minska olämpliga läkemedel	X	
Rutiner för läkemedelshantering upprättas och följs.		X
Medicintekniska produkter används i den utsträckning som den enskilde har behov av	X	

Enligt MAS finns uppgifter i samtliga tio granskade journaler som tyder på en multisjuklighet stora sammansatta vårdbehov. Huvudsakliga diagnoser och problem hos gruppen är sjukdomar i rörelseorganen, sjukdomar i cirkulationsorganen, Diabetes, tumörsjukdomar, smärtproblematik, inkontinensproblematik och psykiska problem. Eftersom det är första gången en sammanställning av diagnoser görs i samband med granskning går det inte att säga om den granskade gruppen i Rex skiljer sig från andra områden i kommunen.

Enheten har haft en stabil situation med låg omsättning bland sjuksköterskorna de senaste åren vilket gör att sjuksköterskan finns tillgänglig för arbetsgruppen.

”Arbetsterapeut finns tillgänglig i varje hemtjänstgrupp – de tar ett stort ansvar för att stödja kontaktpersonerna. De är fysiskt placerade i anslutning till gruppen och det upplever de som en stor fördel, en mindre nackdel kan vara att de blir involverade i många frågor som inte direkt är arbetsterapi. De känner sig hela tiden uppdaterade. Samarbetet med sköterskorna är annorlunda nu när de inte längre finns i lokalerna, det upplevs av arbetsterapeuterna som en svårighet, teamarbetet blir lidande.” MAR

Arbetsterapeuterna har ett nära samarbete med sjukgymnasten. Samverkan med läkaren sköts mest av sjuksköterskan.

”Rex hemvård har regelbundna fungerande träffar med vårdcentralen. Det går lätt att komma i kontakt med läkaren. Sjuksköterskan har regelbundna träffar med läkaren varje vecka och läkaren kan göra hembesök.” MAS

Sjuksköterskan har ansvaret för att kontrollera MEDDIX, enligt en rutin som finns i Örebro kommun. Sjuksköterskan och arbetsterapeut söker information om individen NPÖ, den sammanhållande journalföringen.” MAS

”Det finns svårigheter i samband med delegering och instruktioner till omvårdnadspersonalen. Det finns en otydlighet för legitimerad personal om hur en instruktion av en hälso- och sjukvårdsinsats utförs”. MAS

”Omvårdnadspersonalen får instruktioner från arbetsterapeut de registreras in i besöksplanen. Problemet är att de inte alltid genomförs p.g.a. personalens höga sjukfrånvaro. Mycket av den fina planeringen slås sönder av de oändliga omprioriteringar som hela tiden måste göras.” MAR

Avvikelsestatistik tyder på att det finns problem runt läkemedelshandlingen på enheten. Detta bekräftar också i journalgranskningen där det fanns noteringar om ”Glömd dos” i fyra av tio journaler.

”Avvikelser gällande ”Glömd dos” (20 st), dominerar men trots det har ingen brukare kommit till skada. MAS

Verksamheten beskriver att de delvis har påbörjat arbetet med läkemedelsgenomgångar och att det finns rutiner för att minska olämpliga läkemedel. Detta sker genom att sjuksköterskan alltid vid tveksamheter ifrågasätter läkemedelsbehandlingen. Totalt har det gjorts elva läkemedelsgenomgångar under 2012.

”I tre journaler finns uppgifter om förberedelse för läkemedelsgenomgångar. Det är otydligt hur individen har fått information om förberedelse för läkemedelsgenomgångar.” MAS

Analys

Det goda samarbetet mellan Rex och Mikaeli vårdcentral i syfte att kunna erbjuda individerna en trygg och säker hälso- och sjukvård är en styrka för enheten. En annan styrka hos enheten är att sjuksköterskan och arbetsterapeuten hämtar information i de elektroniska system som finns för informationsöverföring (NPÖ och MEDDIX).

”Sjuksköterskor och arbetsterapeuter uttrycker att de inte känner sig säkra på att instruerade hälso- och sjukvårdsinsatser utförs. Därför inbjuds, enhetschefen,

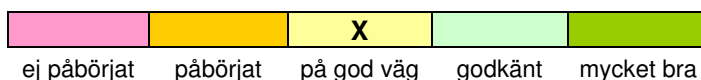
sjuksköterskor och arbetsterapeuter till ett möte med medicinskt ansvariga i syfte att analysera problem, som verkar bestå av informationsöverföring i syfte att tillrättalägga dem. Delegerade och instruerade hälso- och sjukvårdsinsatser kan vara från de mest enkla till mycket komplicerade insatser. För att individen ska få en trygg och säker vård under hela dygnet är det nödvändigt att det finns en känd struktur för arbetssättet.” MAS

”Ett observandum är att avvikelser gällande glömda läkemedel handlar om att individen inte var inplanerad i TES, att hembesöket var stressigt som medfört att vårdpersonalen glömt att överlämna läkemedel till individen. Samma analys gjordes med ”Läkemedel övrigt” (4 st) som exempelvis visar att det saknas läkemedel i dosetten och att individen inte var hemma då överlämnandet skulle göras. Enhetschefen behöver stöd i att ta fram en plan för att kunna stödja legitimerad personal och omvårdnadspersonal att öka en trygg och säker läkemedelshantering genom att minska antalet avvikelser gällande Glömd dos.”MAS

Enligt ”Aktivitetsplan för läkemedelsdokumentation och läkemedelsgenomgång i samverkan mellan kommunerna och landstinget i Örebro län, 2012” ska sjuksköterska vid kommunens vård och omsorgsboende eller i hemsjukvården ansvara för att läkemedelsgenomgång initieras för individer som nyinsätts på Dos, flyttar in på vård- och omsorgsboendesamt individer med stora förändringar av vård/omsorgsbehov. I journalgranskningen finns uppgifter om att endast några förberedelser är gjorda inför en läkemedelsgenomgång. En förklaring kan vara att verksamheten bara delvis påbörjat arbetet med läkemedelsgenomgångar. Chefen behöver stöd för att ta fram en plan för att kunna stödja legitimerad personal att öka antalet läkemedelsgenomgångar.” MAS

Värdering

Enheten har i många stycken goda förutsättningar för en god hälso- och sjukvård Man har god tillgång till kompetent sjuksköterska och arbetsterapeut och ett gott samarbete med läkare och sjukgymnast. I de flesta fall finns fungerande rutiner och arbetssätt. Som för flera andra områden leder den höga frånvaron hos personalen till att det som planerats inte alltid genomförs. Detta märks bland annat i att läkemedel glöms bort och i svårigheter att få instruktion och delegering att fungera.



3.10 Anhörigstöd

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den anhörige ska känna sig välkommen att vara delaktig i vården och omsorgen i den mån önskemål finns.	X	
Den anhörige blir sedd av personalen och får möjlighet att ställa frågor och själv ge information.	X	
Anhörigträffar anordnas regelbundet.		X
Ett anhörigråd finns.		X
Anhörigombud finns	X	

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Enheten har en lokal rutin för att stödja anhöriga	X	
Anhöriga erbjuds avlösning i hemmet eller i andra former vid behov.	X	
Enheten informerar om och förmedlar kontakt med Anhörigcentrum.		X

Enhetens självvärdering pekar på att man klarar de flesta kriterier för ett gott anhörigstöd. Detta bekräftas av den bild som förmedlas av Anhörigcentrum

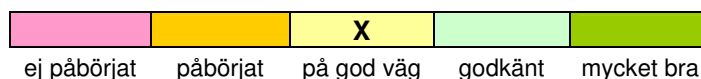
Det finns utsedda anhörigombud bland medarbetarna som bevakar frågor runt anhörigstöd och dessa samordnar arbetet. En folder med information delas ut till anhöriga. Anhörigperspektivet finns med som punkt vid teamträffar. Rex har inte haft anhörigräffar regelbundet och saknar liksom alla enheter i hemvården ett anhörigråd. En plan finns för att framåt arrangera anhörigräffar regelbundet.

Analys

Enheten har kommit en bra bit på väg i arbetet med anhörigstöd och det finns en medvetenhet om var man behöver förbättras.

Värdering

Enheten bedöms ha rutiner och arbetssätt som stödjer anhöriga. Man bör genomföra sin plan för att regelbundet bjuda in till anhörigräffar.



3.11 Tillgänglighet och information

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Relevant och uppdaterade kontaktuppgifter till enheten finns på kommunens hemsida.		X
Skriftlig information finns om enheten med kontaktuppgifter till ansvarig chef och andra nyckelfunktioner.		X
Verksamheten är tillgänglig och serviceinriktad. Det finns säkrade rutiner för kontakt via telefon, e-post och vid besök.		X
Utföraren svarar för att den boende får hjälp med information såväl vid tal, syn- och hörselnedsättning som vid annan språktillhörighet. Tolk anlitas vid behov.	X	
All personal bär väl synliga namnskyltar och legitimation?		X
Klagomålshantering fungerar	X	

Uppgifter om enheten på kommunens hemsida är inte uppdaterad efter och i vissa fall felaktig efter att enheten har omorganiserats. Det saknas information om hur man kommer i kontakt med enheten om ingen svarar.

Aktuell skriftlig information om enheten saknas. Däremot sätts blad med kontaktuppgifter till personalen i varje enskilda pärm som finns i hemmet.

Verksamheten har inte tydliggjort hur man ska säkra sin tillgänglighet via telefon och e-post i någon skriftlig rutin. Oftast innebär det enligt ledningen inte något problem då enheten är bemannad stora delar av dagen.

Det finns flera i personalgruppen som talar andara språk. Detta är till hjälp i kontakt med personer med annan språktillhörighet. Tolk anlitas vid behov.

Vid kvalitetsinspektion i maj fick enheten kritik för att endast hälften av medarbetarna bar namnskylt och ingen bar legitimation. Enligt enhetens självvärdering är detta inte fullt ut åtgärdat. Nya namnskyltar har beställts för att ersätta trasiga men har inte kommit och några fast anställda saknar ännu legitimation.

Enheten har registrerat tre klagomål i det kommungemensamma klagomålssystemet och sex i vård och omsorgs verksamhetssystem DocIT. Klagomål tas upp som stående punkt vid teamträffar.

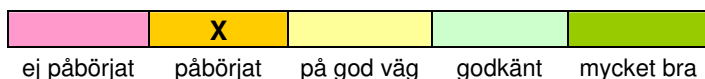
Analys

Rex har flera förbättringsområden när det gäller tillgänglighet och information som bör vara enkla att åtgärda genom att uppdatera och tydliggöra hur man kommer i kontakt med enheten. Ledningen bör även snarast säkerställa att all personal bär namnskylt och legitimation.

Enheten har rutiner för att samla in och behandla klagomål, vilket pekar på en fungerande klagomålshantering.

Värdering

De brister som finns gör att enheten i dagsläget inte fullt ut lever upp varken till kommunens tillgänglighetsgaranti eller servicegaranti gällande namnskylt och legitimation.



3.12 Medarbetare och ledarskap

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Medarbetare		
Verksamheten är bemannad dygnet runt med sådan kompetens och med sådan personalstyrka att de boende alltid tillförsäkras en god vård och omsorg.		X
Omvårdnadspersonal ska vara utbildad undersköterska eller ha genomgått omvårdnadsprogrammet samt bör ha erfarenhet av vård- och omsorgsarbete.	X	
All personal ska behärska svenska språket på ett sådant sätt att han/hon kan kommunicera muntligt och skriftligt.		X
Medarbetarna ska ha den kompetens, som behövs för att klara av sina arbetsuppgifter.		X
Enheten har en plan för långsiktig kompetensutveckling som berör alla personalkategorier (för individen, arbetsgruppen och enheten)		X

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Personalen har grundläggande kunskaper inom demensvård och möjlighet till ständig fortbildning/fördjupning inom området.		X
Personalen har grundläggande kunskaper inom X och möjlighet till ständig fortbildning/fördjupning inom området (X = andra kunskapsområden viktiga för granskad verksamhet)		X
Personalomsättningen bevakas för att säkerställa kontinuitet för den enskilde	X	
Ledarskap och organisation		
Ansvar för olika arbetsuppgifter är tydligt och enheten har en förmåga att åtgärda eventuella brister	X	
Enheten arbetar systematiskt med ständiga förbättringar.	X	
Resultatet från medarbetarenkäten används för att förbättra organisationen.	X	

Rex har som tidigare beskrivits dåliga resultat på sina mått för medarbetarna. Korttidsjukfrånvaron är mycket hög och man hade svaga resultat på medarbetarundersökningen.

Alla utom två i den fast anställda omvårdnadspersonalen har grundutbildning och flertalet har lång erfarenhet. Vidareutbildning tycks dock ha blivit eftersatt under det senaste året. Ledningen planerar att genomföra en genomlysning av medarbetarnas kompetens under 2013 för att inventera behoven. Bland vikarierna saknar de flesta utbildning.

Vissa medarbetare behöver enligt ledningen stärkas i sina kunskaper i svenska.

Personalomsättningen hos omvårdnadspersonal och arbetsterapeuter är låg. Även bland sjuksköterskorna finns kontinuitet sedan ett par år. Däremot har omsättningen på chefer som tidigare nämnt varit anmärkningsvärt hög de senaste åren. Man har också fått många nyanställda vikarier efter sommaren.

Analys

Det största problemet i Rex är den höga sjukfrånvaron i Rex. Som framgått i flera av de tidigare avsnitten så påverkar detta planeringen av vården och omsorgen nästan varje dag. Inte minst blir kontinuiteten för brukarna lidande. Den stora frånvaron får också effekter på arbetsmiljön för dem som är på plats eftersom man aldrig vet vems man ska arbeta med och dagens planering nästan alltid får ändras. Situationen skapar osäkerhet och stress.

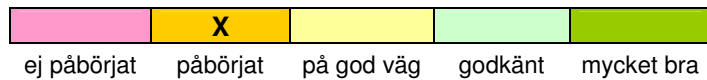
Det ständiga arbetet med att lösa planeringen för varje dag inverkar också negativt på möjligheterna att arbeta långsiktigt med ständiga förbättringar.

”Verksamheten beskriver att de påbörjar en genomlysning av kompetens och behov av utveckling 2013. Det beskriver att det är få som har grundläggande kunskaper inom demensvård. Det är bra att ledningen har en strategi för kompetensutveckling för all personal. Kompetensutvecklingen bör innehålla en fördjupad kunskap om det friska åldrandet och fördjupad kunskap om sjukdomar under åldrandet, som är av största vikt för att säkerställa god hälso- och sjukvård.” MAS

Rex har en väl genomarbetad verksamhetsplan för 2012 där man bland annat tydliggjort olika ansvarsområden.

Värdering

Den stora frånvaron är enhetens viktigaste förbättringsområde och om den åtgärdas ökar förutsättningarna att lösa många andra av enhetens problem. Kompetensutvecklingen har varit eftersatt och det är av största vikt att den kartläggnings som planeras genomförs.



3.13 Dokumentation

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Enheten lever upp till kraven i Socialstyrelsens föreskrifter Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS	X	
Enheten lever upp till kraven i Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården, SOSFS 2008:14 och med tillägg SOSFS 2011:8.	X	
Rutin för egenkontroll av dokumentation SOL finns		X
Rutin för egenkontroll av dokumentation HSL finns		X

Dokumentation enligt SOL granskas enligt särskilda kriterier.

Dokumentation enligt HSL granskas enligt särskilda kriterier under utveckling.

”Det är företrädesvis hälso- och sjukvård som beskrivs i den sociala journalen.. De sociala konsekvenserna uteblir och framkommer sällan.” SAS

”Sjuksköterskans dokumentation inom områdena kost och nutrition, munvård, kontinens, ångest, oro, sömn, smärta och trycksår finns i journalerna. Inom dessa områden finns ett fåtal vårdplaner.” MAS

”Vid granskning av 10 arbetsterapijournaler framkommer en enhetlig struktur mellan arbetsterapeuternas dokumentation. Samtliga journaler innehåller vårdplaner främst i kompensatoriska åtgärder i form av hjälpmedelsutprovningar. I flera av journalerna förekommer insatser i brukarens miljö såsom bostadsanpassningar. En av journalerna innehåller insatser för rehabilitering i hemmet. Ingen journal är granskad där enbart arbetsterapeuter gör insatser utifrån primärvårdsuppdraget.” MAR

Enheten saknar rutiner för egenkontroll av såväl den sociala som HSL-dokumentationen..

Analys

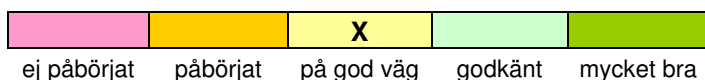
”Enheten lever upp till när det gäller att de flesta individer varit med i planeringen av sin vård och att de flesta gett olika samtycken till vården.” MAS

”Arbetsterapijournaler skrivs med en jämn kvalitet. Insatserna fokuserad på kompensatoriska utprovningar av hjälpmedel och tydliggör inte den ökade aktivitetsförmågan. Detta är ett förbättringsområde i hela kommunen och det nya verksamhetssystemet Treserva förväntas ge en bättre möjlighet till detta.” MAR

”Dokumentationen är i detta läge god men det finns en utvecklingspotential för hela kommunen och våren 2013 kommer kollegial journalgranskning att genomföras” MAR

Värdering

Enhetens hälso- och sjukvårdsdokumentation bedöms som godkänd och lever upp till kraven i Socialstyrelsens föreskrifter men den sociala journalen behöver förbättras framförallt vad det gäller den individuella planeringen.



4 Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat

4.1 Sammanfattande tabell bedömning av alla kriterier

I tabell nedan görs en sammanställning av värdering av de olika kvalitetskriterierna Rex styrkor är ett gott bemötande och en fungerande vård i livets slutskede. Rex största förbättringsområden finns i kriterier gällande att förbättra möjligheterna till en aktiv och meningsfull tillvaro, personkontinuiteten, maten, delaktigheten tillgänglighet, information och den stora sjukfrånvaron hos medarbetarna.

Kvalitetsområden	Ej Pb	Pb	På G	Gk	Mbra
1. Aktiv och meningsfull tillvaro		X			
2. Bemötande				X	
3. Kontinuitet		X			
4. Mat, måltid och nutrition		X			
5. Personlig omvårdnad och service			X		
6. Vård i livets slut				X	
7. Den enskildes skydd			X		
8. Delaktighet		X			
9. Hälso- och sjukvård			X		
10. Anhörigstöd			X		
11. Tillgänglighet och information		X			
12. Medarbetare och ledarskap		X			
13. Dokumentation			X		
14. Särskilda granskningspunkter					
Summa	0	6	5	2	0

4.2 Resultat av granskningen – en sammanställning

I tabell nedan görs en sammanställning av resultatet uppdelat i struktur- process- och resultat-kvalitet

Typ av kvalitet	Förklaring	Granskat	Bedömning
Struktur-kvalitet	Resurser som personal, byggnad, lokaler, utrustning	Dokument, besök	<p><u>God kvalitet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Samverkan med primärvård <p><u>Behöver förbättras</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kompetensutveckling <p><u>Bristande kvalitet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hög frånvaro hos medarbetarna
Process-kvalitet	Arbetsätt, rutiner, funktion	Dokument, besök	<p><u>God kvalitet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Intern samverkan genom fungerande teamträffar - Vård i livets slut <p><u>Behöver förbättras</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuella aktiviteter - Individuell kostplanering - Genomförandeplaner - Hygien - Läkemedelshantering - Instruktion och delegering - Tillgänglighet och information - Samverkan med civila samhället <p><u>Bristande kvalitet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Personkontinuitet
Resultat-kvalitet	Bemötande, trygghet, smärtlindring mfl	Dokument, brukarundersökningar, be	<p><u>God kvalitet</u></p> <p>Bemötande Trygghet</p> <p><u>Behöver förbättras</u></p> <p>Mat och måltid</p> <p><u>Bristande kvalitet</u></p>

Totalt sett bedömer vi att Rex bedriver en vård och omsorg som delvis lever upp till kvalitetskriterier men att det finns flera förbättringsområden.

Sammanställt av Jan Sundelius, planerare

Källhänvisningar

:

Vård och omsorg, Riktlinje för verksamhetsuppföljning av enheter i vård och omsorg
Tillgänglig 121030 på <http://www.orebro.se/1935.html>

Bra Vå

Tillgänglig 121030 på <https://vardforbundet.se/BraVard/Kvalitetskrav/> |