



ÖREBRO

13 12 12

dnr Vv354/2013

Rapport

Kvalitetsuppföljning, Tysslinge Hemvård

2013-11-05

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 av Tysslinges hemvård.

Uppföljningens syfte är att göra en samlad granskning av verksamhetens kvalitet. Förvaltningskontoret bedömer att den enskilde inom Tysslinge hemvård får en vård och omsorg som till flera delar är bra och för de flesta förbättringsområden som identifierats är en egen åtgärdsplan tillräcklig och att den redovisas i den för alla enheter årligt återkommande enhetsplanen, delårs- och årsberättelsen. Men för arbetet med kvalitetsregister och dokumentation krävs snara åtgärder.

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

Uppföljningen visar att enhetens styrka är inom ”Aktiv och meningsfull tillvaro”, ”Bemötande”, ”Kontinuitet”, och ”Anhörigstöd”. I Tysslinge finns många fungerande rutiner, utflykt för de äldre, anhörigmöten och ett bra fungerande kontaktmannaskap,

Enheten har en låg personalomsättning, hög trivsel och en grundutbildad personal. De äldre uppskattar personalens goda bemötande och när Tysslinge gjort sitt sätt att arbeta med anhörigstödet känt och kan redovisa återkommande studiebesök i frågan kommer detta tillsammans med systematiska uppföljningar att i framtiden leda till bedömningen ”mycket bra”.

Ett antal förbättringsområden har framkommit vid granskningen. Förbättringsområdena finns inom olika kriterier. Inom ”Tillgänglighet och information” behöver enheten förbättra sin klagomålshantering och inom ”dokumentation” saknas en egenkontroll som komplettering till att dokument tas upp vid teamträffar. Det största problemet är avsaknad av dokumentation i systemen som är till för att garantera den äldre en god vård och omsorg.

Tysslinge hemvård är en fungerande enhet i förändring med en tydlig och närvarande chef där samverkan muntligt fungerar mellan ordinarie personal, men där en tillräcklig skriftlig dokumentation fattas och där riskbedömningar behöver förbättras. Både Socialt ansvarig samordnare(SAS) och medicinskt ansvarig samordnare (MAS) kommer att i möten med enheten förtydliga sina krav på dokumentationen.

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till Vård- och omsorgsnämnd väster

- Tysslinge hemvård rapporterar till Vård- och omsorgsnämnd genom årsberättelse (2013) och genom enhetsplan 2014 om hur de åtgärdat och tänker åtgärda identifierade förbättringsområden för att leva upp till kraven.
- Tysslinge hemvård rapporterar till Vård- och omsorgsnämnd senast i april 2014 om hur de åtgärdat och tänker åtgärda identifierade brist med kvalitetsregister och dokumentation.

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..... | 5 |
| 3 | Resultat 2013 | Fel! Bokmärket är inte definierat. |
| 3.1 | Aktiv och meningsfull tillvaro | 9 |
| 3.2 | Bemötande | 11 |
| 3.3 | Kontinuitet | 12 |
| 3.4 | Mat, måltid och nutrition | 14 |
| 3.5 | Personlig omvårdnad och service | 16 |
| 3.6 | Vård i livets slut..... | 20 |
| 3.7 | Den enskildes skydd | 21 |
| 3.8 | Delaktighet..... | 24 |
| 3.9 | Hälso- och sjukvård | 25 |
| 3.10 | Anhörigstöd | 28 |
| 3.11 | Tillgänglighet och information | 29 |
| 3.12 | Medarbetare och ledarskap | 30 |
| 3.13 | Dokumentation | 33 |
| 4 | Sammanfattande tabeller..... | 37 |
| | utifrån resurs, process och resultat..... | 37 |
| 4.1 | Sammanfattande tabell bedömning av alla kriterier..... | 37 |
| 4.2 | Resultat av granskningen – en sammanställning | 38 |
| | Källhänvisningar | 39 |

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 vårdboende 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 (resultatkvalitet) 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
- Verksamhetsmätt
- Inkomna klagomål
- Avvikelser enligt Hälso- och sjukvårdslagen
- Granskning av tio hälso- och sjukvårdsjournaler (Särskilda kriterier)
- Granskning social dokumentation i tio ärenden, med fokus på genomförandeplaner (Särskilda kriterier)
- Inspektioner från andra myndigheter (inte aktuellt denna gång)
- Socialstyrelsens öppna jämförelser

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.

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.

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 sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och socialt ansvarig samordnare (SAS) /biståndshandläggare.

Vid besöket i Vintrosa hos Tysslinge hemvård hade gruppen följande sammansättning:

Owe Fjellborg, planerare (granskningsansvarig)
 Gunilla By, planerare
 Rebecka Ardeman-Merten, MAS
 Inga Blomstrand, MAR
 Malin Duckert, SAS

Andra professioner som ekonom, lokalsamordnare och anhängigstrateg har konsulterats i förberedelsearbetet.

Vid granskningen deltog enhetschef Arianne Axewill, två undersköterskor, sjuksköterska och arbetsterapeut under hela besöket.

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 förankrat platsbesök med intervjuer och samtal samt en sammanställning med slutsatser

1.5.2 Avgränsning

Uppföljningen innehåller ett förankrat 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. |
| Brukare | Den enskilde, den äldre, hjälpmottagaren, Varierande uttryck för den vi är till för. |
| MAS | Medicinskt ansvarig sjuksköterska |
| MAR | Medicinskt ansvarig för rehabilitering |
| SAS | Socialt ansvarig samordnare |
| OAS | Omvårdnadsansvarig sjuksköterska |
| Teamträff | Mångprofessionellt samarbete. Ofta sjuksköterska, arbetsterapeut, enhetschef och omvårdnadspersonal tillsammans för den enskildes behov. |
| Kvalitetsinspektion | Vård och omsorgs metod för kollegial granskning. Sjuksköterska och undersköterska från annan enhet gör inspektion under en dag, |
| Treserva | 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 |
| Personec | Örebro kommuns verksamhetssystem för att hantera data om personal och anställningar. Kompetens ska registreras i systemet |

2 Resurser, organisation

Enhetens hemvårdsområde sträcker sig längs med Kilsbergen från Vintrosa kyrka genom Latorp, Lannafors, Garphyttan via Filipshyttan till Blackstahyttan och ner till Gräve vägen som går in mot Örebro. Området har en omväxlande natur med skogar, berg, sjöar och slättland. Hemvårdsgruppen utgår idag från en lokal i anslutning till Vintrosas vård- och omsorgsboende. Brukare finns koncentrerat i Garphyttan, Vintrosa och Lanna. Många hushåll finns på småvägar utefter Kilsbergskanten.

Enhetens ”vision är att alla medborgare ska känna trygghet och meningsfullhet livet ut.”

”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.” ur enhetsplan 2013

| Antal brukare - Hemvård Tysslinge | Antal 2013 |
|--------------------------------------|---------------|
| Omsorg | 37 |
| Service | 44 |
| Mat | 27 |
| Larm | 72 |
| HSL | 64 |
| Avlösning | 1 |
| Antal brukare totalt | 102 |

I området finns drygt 100 personer med någon form av omvårdnads och servicesinsats. Medelålder 81 år (ök 83) och den yngste 40 år och den äldste 93 år. Jmfrt med Örebro kommuns medelålder 83 år (spridning 19 -107)

”Tysslinge hemvårds omvårdnadspersonal och sjuksköterskor arbetar veckans alla dagar, dag och kväll. För de som bor i vårt område och som är i behov av omvårdnad på natten så utgår nattpersonalen från Örebro. Arbetsterapeuten och enhetschefen arbetar rak vecka. Vi har regelbundna arbetsplatsträffar som är schemalagda då all personal närvarar. I slutet av varje arbetsplatsträff har vi en gemensam teamträff då nattpersonalen är inbjuden. Detta är ett tillfälle då alla får samma information om brukaren och samverkan med natten gör att vi tänker brukaren på dygnets alla timmar”. Enhetsplan 2013

Tysslinge hemvårds betjäningssområde är till stora delar ett landsbygdsområde med utspridd bebyggelse blandat med tätorter där de själva har uppdraget att förutom vård och omsorg också tillhandahålla servicetjänster. Landsbygd innebär att enheten behöver många bilar för att komma ut till de äldre. Gruppen förfogar idag över sju bilar, varav två är bokade av sköterska och arbetsterapeut.

| Resurser enligt budget 2013 | Omv Dag/Kväll | Omv Natt | SSK | AT | Adm | Ledning | Övriga | Summa Budget |
|--|------------------|-------------|------|------|------|---------|--------|-----------------|
| Tysslinge | | | | | | | | |
| Antal årsarbetare per yrkeskategori (åa) | 9,96 | 0,00 | 1,19 | 1,01 | 0,22 | 0,58 | 0,00 | 12,96 |
| Antal anställda per yrkeskategori (st) | 12 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 15 |
| Total budget 2013 (Tkr) | -2 365 | | | | | | | |

Av de 12 i omvårdnadspersonalen arbetar två heltid, åtta mellan 68 och 92 % och två 60 %. Alla med deltid kan anmäla när och om de vill jobba mer genom att ta turer som blir lediga, förlänga sina arbetspass eller arbeta extra turer.

På morgonen jobbar det 4-7 omvårdnadspersonal och på kvällen 3. Enheten utför cirka 210 timmar i veckan eller 30 timmar om dagen och har en brukartid på 52%.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och arbetsterapeut jobbar båda heltid. Enhetschefen (Sociala omsorgsprogrammet 2010) har 60 % i sin grundtjänst men genom att också vara sin egen assistent och fungera som larmsamordnare för kommunen så kommer hon upp i en heltid.

Tysslinge hemvård är en liten och sårbar verksamhet och i samband med att hemtjänsten 2014 ska bli valbar så stärker enheten sina förutsättningar för att klara sig i konkurrensen genom att bli en del av det större Haga hemvård. Uppgåendet i Haga hemvård som en självständig grupp har redan börjat ske och sjuksköterska och arbetsterapeut utgår redan från Haga centrum dit också hemvårdsgruppen beräknas flytta så småningom. Tysslinge hemvård kommer alltså att finnas kvar men få en annan samlingspunkt. Genom flytten kommer de att förutom rum i Haga ha en "Satellitlokal" i Garphyttan där personal kan stationeras dagtid.

Brukarundersökning 2012 visar att Tysslinge hemvård har relativt nöjda hjälpmottagare. Hemvårdsgruppen hamnar i mitten som nr 17 av 40 grupper i den rangordning som gjordes på resultatet från några av de viktigaste frågorna i undersökningen. Bra betyg i jämförelse med andra grupper fick man av brukarna för att de kan påverka tider, att de får meddelande vid ändringar och känner förtroende för personalen. I botten av rangen hamnade gruppen på frågan om trygghet vilket blev lite missvisande eftersom de med ett annat sätt att värdera resultatet hamnat i topp. Rangordningen tog bara hänsyn till de svar som markerat alltid och inte de som svarat alltid eller oftast. Den senare varianten hade för Tysslingegruppen gett ett bättre resultat.

I en jämförelse av det sammanvägda resultatet, för 2012, där brukarundersökningsresultat sammanvägs med processmått, medarbetarmått och ekonomimått kommer enheten på sjätte plats bland kommunens 15 hemvårdsenheter. Bäst är enheten på kontinuitet (borde vara bra med tanke på att det "bara" är 12 anställda omvårdnadspersonal). Bästa resultat fås också för korttidssjukfrånvaro som då var nere på 4 % och bra var också medarbetarindex (nr 3 av 15) på 73 (Riktvärde 62) och brukartid. Sämre resultat fås för sysselsättningsgrad och brukarens upplevelse av trygghet.(se kommentar ovan)

Resultat kvalitetsinspektioner

Resultatet från en kvalitetsinspektion (maj 2013) visar att många rutiner fungerar och inspektörerna framhåller en bra planerad ordning där olika insatser hos en brukare läggs ihop så att personal kan vara hos den enskilde en mer sammanhängande tid. Utflykter tillsammans med brukarna och anhörigstödet framhålls också.

Förbättringsområden är hygien, användandet av arbetskläder och användandet av legitimation. Inspektörerna ser också att enheten har problem med att få registreringen i Senior alert att flyta.

Lex Sarah och klagomål

Två klagomål finns registrerade sedan okt 2012 och det ena gäller en utebliven sjuksköterskeinsats och den andra brist på kontinuitet. De är inte avslutade i registret.

I brukarundersökning 2012 får brukaren svara på en fråga om de vet var de ska vända sig om de har synpunkter och klagomål. 65 % av de äldre säger att de vet var de ska vända sig (jmf 59 % kommunen). Självrapporterade klagomål i årsberättelse 2012 var 4 st och för första halvåret 2013 finns inga rapporterade. Inga Lex Sarah eller Lex Maria finns för det senaste året. (Sökord har varit Tysslinge).

Resultat - Vård och omsorgs indikatorer delårsrapport 2013

Indikatorerna nedan visar att Tysslinge hemvårds stora problem varit att klara de ekonomiska kraven. Under 2013 har dock ett underskott på 1 miljon minskat till 600 tkr enligt prognos vid delår 2.

Processer

| Mått | 2011 | 2012 | 2013 | Rikt värde | Målupp fyllelse |
|--|--------|--------|---------|------------|-----------------|
| Andel brukartid | 41,7% | 46,4% | 51,9% | 52,0% | |
| Antal personer som besökt brukaren | saknas | 14 | 15 | 15 | |
| Andel med kontaktperson | 100% | 100% | ej mätt | 100% | |
| Andel med genomförandeplan | 87% | 89% | ej mätt | 100% | |
| Andel delaktiga i genomförandeplan | 100% | 100% | ej mätt | 100% | |
| Andel åtgärder på bedömd risk i senior alert | saknas | saknas | 0% | 90% | |

Brukarnas uppfattning

| Mått* | 2011 | 2012 | 2013 | Rikt värde | Målupp fyllelse |
|--|------|------|---------|------------|-----------------|
| Andel nöjda med bemötande | 73% | 92% | ej mätt | 95% | |
| Andel nöjda med trygghet | 81% | 72% | ej mätt | 83% | |
| Andel nöjda med inflytande och delaktighet | 68% | 81% | ej mätt | 81% | |

* Värden för brukarundersökningar är inte jämförbara mellan 2011 och 2012 på grund av ny skala.

Ekonomi

| Mått | 2011 | 2012 | 2013 | Rikt värde | Målupp fyllelse |
|---|------|------|-------|------------|-----------------|
| Resultat (Tkr) | 91 | -919 | -608 | 0 | |
| Timvikariekostnad (Tkr) | 860 | 868 | 1 057 | 868 | |
| Kostnad för utskrivningsklara (Tkr) | 51 | 51 | 238 | 50 | |
| Kostnad för köp av ssk från bemanningsföretag (Tkr) | 209 | 325 | 195 | 325 | |
| Personalkostnad per utförd timma (Kr/tim) | 741 | 566 | 549 | 473 | |

Medarbetare

| Mått | 2011 | 2012 | 2013 | Rikt värde | Målupp fyllelse |
|---|-------|---------|---------|------------|-----------------|
| Korttidsfrånvaro (antal dagar/anställd) | 7,5 | 4,4 | 7,3 | minska | |
| Genomsnittlig sysselsättningsgrad | 86,1% | 86,5% | 86,3% | öka | |
| Andel utbildad omvårdnadspersonal | 93% | 92% | ej mätt | 91% | |
| Medarbetarindex* | 73 | ej mätt | ej mätt | 62 | |
| Rekommendera vän att arbeta i kommunen* | 100 | ej mätt | ej mätt | 52 | |

3 Resultat av 2013 års kvalitetsuppföljning

Besöket började med en guidad tur i hemvårdens lokaler. Hemvården i Tysslinge har sina lokaler i bottenplanet på Vintrosahemmet. Lokalerna verkar vara väl tilltagna och funktionella. Det finns flera kontorsrum och även bra gemensamhetsutrymmen. I ett av kontorsrummet finns flera arbetsplatser med datorer (TES rum) för att kunna planera arbetsdagen /veckan. Efter rundvandringen presenterade enhetschefen verksamheten med bilder och ord. Med utgångspunkt från enhetsplan och delårsrapport beskrevs det geografiska området, enhetens resurser och antal brukare inom olika insatskategorier. Besöket innehöll samtal hemma hos två brukare och förtäring av dagens lunch.

Vid besöket medverkade enheten med sjuksköterska, arbetsterapeut och två omvårdnadspersonal. Dessa har även tillsammans med enhetschef varit delaktiga att göra självvärderingen av hur enheten lever upp till kvalitetskriterierna. Besöket var väl förberett och genomfördes enligt granskarnas önskemål.

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 | |

”Meningsfulla aktiviteter” mäts inte i den nationella brukarundersökningen. Det framgår dock vid besöket att Tysslinge hemvård ser på behovet med största allvar.

När det framkommit önskemål om att personal behövs för att följa med brukare till vänner och släkt har detta genomförts. Aktivitets- och funktionsbedömningar görs av arbetsterapeut vid hembesök. Under mötet framkommer också att arbetsterapeut kan behöva instruera natten om hur man på bästa sätt bistår den enskilde vid exempelvis förflyttningar så att den äldres förmågor tillvaratas.

Enheten skriver att kontaktpersonen har ansvaret för att tillgodose de önskingar som framkommer i IVOP processen och ger exemplet där de stöttar en yngre brukare så att denne kan behålla kontakten med sina arbetskamrater. Andra exempel på individuella aktiviteter är restaurangbesök, skogsutflykter och inköp. Vid inköp planeras där det är möjligt så att den enskilde får följa med till affären för att handla men kan även lämnas vid affären för att hämtas upp efter att val av varor och betalning skett. Rutinen är uppskattad av den enskilde som då får tid att göra sitt inköp.

Kontaktpersonen ser till att besöksplaner upprättas för utevistelse.

Årligen anordnar Tysslinge hemvård en utflykt till Lillsjön med de brukare som önskar. På utflykten är Röda korset, Svenska kyrkan och väntjänsten samt privata sponsorer och näringslivet i Tysslingeområdet inblandade. Vid besöket framkommer att denna för hemvården unika och uppskattade verksamhet pågått i över tio år och brukar engagera 50 till 60 deltagare.

”Aktivitets- och funktionsbedömningar ligger till grund för planering och individuella aktiviteter. Arbetsterapeuten har en helt självklar roll i teamet att göra bedömningar. Inför utskrivning från slutenvården är det arbetsterapeuten som gör bedömningar och omvårdnadspersonalen sätter stor tilltro till dessa.

Chefen använder sig av arbetsterapeutens bedömning för att tillsätta dubbelbemanningar – här är det arbetsterapeutens bedömning som är helt tongivande.

Personalen är mycket noga med att den enskilda ska få delta i egna intresseområden. Med både omvårdnadsinsatser och serviceinsatser skapas sammanhållna tider som kan utnyttjas till aktiviteter där den

enskilde kan önska aktivitet och också delta på ett naturligt sätt. Detta genomförs på ett utmärkt sätt.” MAR

”Enhetschefen berättar att även om de arbetar utifrån den individuella vård och omsorgsprocessen så är den inte synliggjord i dokumentationen. Merparten av kommunikationen sker muntligt och skriftligt via TES lappar.” SAS

SAS har granskat tio stycken journaler och drygt ett år bakåt i journalanteckningar på aktuella personer. SAS kan enbart finna en planeringsanteckning på drygt ett år. Det går heller inte att finna planerade eller återkommande aktiviteter i genomförandeplanen. Den individuella vård och omsorgsprocessen är inte synliggjord i dokumentationen.

Analys

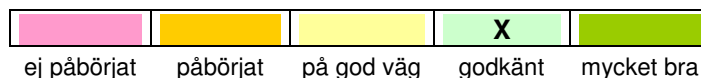
”Tysslinge hemvård är mycket bra på att tillgodose den enskildes önskemål om aktiviteter. Jag har inte gjort någon uppföljning hittills där detta fungerat bättre.” MAR

”SAS uppfattning är att det genomförs och erbjuds individuella aktiviteter men det går inte att värdera omfattning eller kvalitet. Avsaknaden av dokumentation och möjligheten att följa händelser över tid är anmärkningsvärt hög i de journaler SAS granskat” SAS

I Tysslinge hemvårdsgrupp bor och verkar många av de anställda i samma område som hjälpmottagarna. Det finns en risk (som vi återkommer till flera gånger) för att gränsen mellan det professionella, det man bara får hantera i sin yrkesroll, och det man får veta och måste hantera som god granne i närområdet, kan bli överträdd. Risker lyfter gruppen själv upp vid mötet och de diskuterar den ständigt sinsemellan. Det är exempelvis alltid så att den enskilde äldre kan påverka vem som ska vara kontaktperson och eller hjälpare i känsliga situationer. Närheten till de äldre och samhället bidrar till att Tysslinge hemvård i över tio år haft ett samarbete med ”bygden” och kunnat anordna en stor gemensam utflykt för äldre med behov av hemvård..

Värdering

Bedömning är att verksamheten verkar vara mycket bra på att arbeta med uppdraget att skapa en aktiv och meningsfull tillvaro, men genom att de nöjer sig med muntlig rapportering finns inte möjlighet att få alla insatser verifierade i dokumenten. (se även kap 13 dokumentation).



3.2 Bemötande

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

Enheten håller, liksom andra enheter, frågan om ”bemötande” aktuellt vid APT och andra mötesformer och i utformningen av genomförandeplanen och utförande av insatser utgår medarbetare från den enskildes önsknings.

Enhetens resultat i brukarundersökningen 2012 var nära kommunsnittet. I Tysslinge var 93 % nöjda med bemötandet (alltid (81 %) eller oftast (12 %) jämfört med kommunens 95 % (71 % och 24 %).

I enhetens självvärdering markerar de självkritiskt att de inte alltid lyckas med sina goda föresatser. De exemplifierar

”Tyvärr så tror vi ibland att vi gör det bästa för brukaren och har då gott uppsåt. Tyvärr så kan detta skilja sig med brukarens egen vilja. Ett exempel kan vara att rensa i kylan på gammal mat så att brukaren ej blir magsjuk. Tyvärr så kanske brukaren ej uppskattar detta.”
Enheten

Respekten för den enskildes livsåskådning är något som ofta diskuteras i gruppen. Värdegrundsmaterialet är till hjälp. Det är en liten grupp och det är därför lätt för ledningen att nå alla med exempelvis ett rekommenderat förhållningssätt.

Analys

”Syftet är oftast gott men det krävs att man gör ett etiskt ställningstagande innan man agerar gentemot personens självbestämmande, integritet och frihet. Det finns en riskfaktor att personalen övergår till vikarierande beslutsfattare innan verksamheten tvärprofessionellt genomfört en etisk reflektion över konsekvenserna. Det vill säga utöver att personen riskerar bli sjuk behöver också en reflektion göras utifrån vilken etiska värden (tex självbestämmande och integritet) som insatsen kompromissar med. Detta behöver återfinnas i dokumentation och genomförandeplaner alternativt handlingsplaner.” SAS

Bemötandefrågor och förhållningssätt för att respektera den enskildes självbestämmande och integritet verkar vara integrerat i både planering av insatser som i utförande när det kommer till att hur enheten beskriver sitt arbete muntligt.

Bemötandet är gott om man ser till brukarundersökningens resultatet.

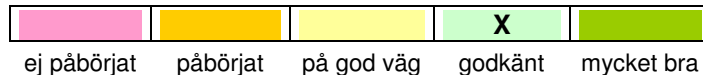
Medarbetarna är lyhörda för den enskildes önskemål vilket också framgår vid de två möten granskningsgruppen har med brukare. Enheten har i sin självvärdering

reflekterat över sina tillkortakommanden och visar på en medvetenhet om att en ständig etisk diskussion krävs för att värdera spontana handlingars uppkomst. Men...

”Detta behöver återfinnas i dokumentation och genomförandeplaner alternativt handlingsplaner”. SAS

Värdering

Hemvårdsenheten har ett godkänt bemötande.



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 | |

Tysslinge hemvård hade vid jämförelse 2012 den bästa kontinuiteten i hemvården mätt i antal personer som besökte den enskilde under en 14 dagarsperiod. Mätningen då visade 14 besökare att jämföra med riktvärdet 15 och snittet 17. I juni 2013 har mätning visat över 16 besökare men enheten menar att efter sommaren ska man komma ner i antal igen. Enheten har bara fem vikarier som är återkommande vilket bidrar till ett lågt antal besökare.

”Vår lokala rutin är att Tesplanerarens uppgift är att i möjligaste mån planera för kontinuitet under dagen. Omvårdnadspersonalen har i uppgift att ”paxa” de brukare som man är kontaktperson till. Det vanliga är att brukaren önskar samlade insatser av samma person.”
Enheten

Gruppens litenhet gör att det är relativt lätt att säkra den enskildes behov av att få hjälpen utförd på ett speciellt sätt. Kontaktpersonen har ansvaret att ta kontakt med natten för att överföra information som framkommit i mötet med den enskilde och upprättandet av en besöksplan. Nattpersonal deltar också i teamträffar och vid vårdplanering vid behov. Under granskarnas besök framkommer också att det vid sådana möten sker ett utbyte av information som kan leda till att arbetsterapeuten

särskilt behöver skriva instruktioner som gör att natten kan förbättra sina insatser. Det kan gälla teknik som underlättar vid förflyttning.

Ett krav på hemvården är att så mycket tid som möjligt ska tillbringas hemma hos den enskilde och på det svarar enheten att:

”Det dagliga arbetet utgår från att vara hemma hos brukaren så mycket som möjligt av arbetstiden. Hos oss har vi löst detta genom att planera effektivt. Hos de brukare som önskar så lägger vi flera besök efter varandra för att minska restiden och göra kvalitet hos brukaren. Då vi även utför serviceinsatser så lyckas vi bra med långa besök. Att tillägga är att vi är sparsamma på dubbelbemanningar och utför det endast då det verkligen krävs”

Brukarundersökningen 2012 visar att enheten är nr 5 av 40 när det gäller de äldres nöjdhet med att få information om förändring i planerad tid. 72 % svarar alltid eller oftast jämfört med kommunens 58 % . Alla i personalen har uppgiften att ringa och meddela om det blir ändringar. Den enskildes telefonnummer finns på ”Teslappen” och den enskilde har i sin tur möjlighet att ringa upp personalen.

Så här beskriver enheten sitt arbete med Kontaktmannaskapet:

”För att öka tryggheten hos brukarna så arbetar vi mycket med kontaktmannaskapet. Alla brukare har en kontaktperson. Kontaktpersonerna har en egen telefon som denne finns tillgänglig på under arbetstid. På övrig tid går det att lämna ett meddelande så ringer omvårdnadspersonalen upp när denne är i tjänst igen. När kontaktpersonen träffar brukaren i så upplyses brukaren om möjligheten till att byta kontaktperson. Eftersom flera av personalen i Tysslinge hemvård bor i området så är sannolikheten stor att vi får brukare som är nära släkt, anhörig eller bekant med dem som jobbar här. Detta hanterar vi på så sätt att brukaren har möjlighet till själva bestämma om vilken personal som den vill ha hos sig.” Ur enhetsplan 2013.

Snitt för tid hos brukaren tom september 2013 är 52 %, vilket innebär att enheten med sin glesbygd klarar sitt prestationsmått.

”Teamträffar ska genomföras en gång per vecka men kan bortprioriteras. Deltagarna berättar att de har svårt att få till tider när alla kan. Alla brukaren kommer inte upp regelbundet på teamträffar och resultatet från teamträffar kommer inte fram systematiskt i dokumentationen. Verksamheten lyfter fram att de tycker att det är svårare att dokumentera sedan övergången till Treserva. De använder mestadels muntligt kommunikation och lyfter fram dialogen i vardagen som en strategi för att kompensera uteblivna teamträffar och dokumentation.” SAS

Analys

Tysslinges resultat i antal besökare hos den enskilde visar att det trots att gruppen är liten (12 åa) så blir det ett antal olika besökare för den enskilde. Men kombinerat med en stabil personalgrupp och med att många av personalen är boende i området så minimeras risken att den enskilde ska möta helt främmande personal. Enhetens strävan att låta kontaktpersonen prioritera ”sina äldre” och att samla insatser till

större block verkar ge resultat. Genom att i möjligaste mån undvika dubbelbemanning blir det också högre kvalitet i mötet. (Dubbelbemanning tenderar att gå fort och skingra fokus från brukarens behov av kommunikation).

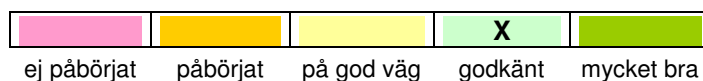
En liten arbetsgrupp som upplever att de har verksamheten på sina fem fingrar (kan man säga så om en grupp?) kan lockas att bortse från kravet på en rättssäker dokumentation.

SAS menar att kontinuitet inte enbart handlar om att se till att samma personal besöker brukarna, även om detta har sina utmaningar.

”För att uppmärksamma behov, avvikelser eller gemensamma förhållningssätt krävs det systematik. Om den saknas möjliggörs inte uppföljning, utan uppföljning så har vi ingen reell slutsats eller uppfattning och effekten av våra åtgärder. Detta är ett förbättringsområde för verksamheten.” SAS

Värdering

Kontaktsmannaskapet är väl utvecklat och kontinuitet i antal ”besökare” är under kontroll. Se även kommentar i kap 13 Dokumentation där SAS bedömning är att Tysslinge hemvård har en framgångsrik strategi vad gäller personkontinuitet men de behöver komplettera med strategier för systematisk rapportering och dokumentation.



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 trivsam miljö. | X | |
| Den enskilde som har behov får stöd och hjälp vid måltiden i hemmet eller i gemensam matsal. | X | |
| Måltidssituationen är anpassad efter individens funktionsförmåga. | X | |
| 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 | |

Nöjdhet med mat mäts inte i brukarundersökningen.

Enheten har idag 27 personer med mattjänst och signalen från dem är att maten uppskattas och smakar bra. Tysslinge får sin kylda mat från Almbyköket.

Vid besöket åt granskarna av maten och betyget för den sprödbakade fisken med haricoverts, potatis och sås var ett ”Okej men inte mer”. Det verkar vara svårt att få till ”sprödheten” när fisken ska värmas i mikrovågsugn.

Idag har inte alla en individuell kostplan. Många sköter maten själv och behöver ingen hjälp och vill inte ha någon hjälp. För dem som får hjälp med mat behöver gruppen bli bättre på att dokumentera. Det som blivit bättre enligt gruppen är att de som vill får hjälp med att planera sina inköp och de som har inköphjälp erbjuds att åka tillsammans med personal till butik. Det är viktigt att respektera behovet att få välja både butik och varor.

Varje brukares önskemål om servering och miljö respekteras. ”Vad som är en lugn och trivsamt miljö för brukaren är mycket individuellt. Det är vår uppgift att ta reda på det och hjälpa till att tillgodose detta”, menar enheten. På samma sätt diskuterar man om behovet av stöd och hjälp med att äta. Hemvården stödjer den som vill ha hjälp för att komma till den matgrupp som finns Garphyttan i det fd servicehuset. I besöksplan framgår vilken typ av stöd den enskilde behöver utifrån funktionsförmåga.

Det framgår i samtalet med gruppen att det ibland kan vara svårt att nå alla i personalen med instruktioner. Trots att de försöker jobba rehabiliterande så kan tidspressen göra att vikarier ibland brer en smörgås istället för att avvakta den enskildes eget agerande.

Hänsyn tas givetvis till den enskildes behov av traditioner och högtider. Enheten menar att de har ett system för egenkontroll av livsmedelshygien. Arbetet med riskbedömning ska enligt uppgift fungera och dygnsfastan bevakas tillsammans med nattpersonal.

Tysslinge hemvård beskriver att det finns rutiner för riskbedömning, åtgärder och uppföljning av vikt, närings- och vätskebehov samt mat- och vätskeintag men granskningen av journalerna visar en sparsam användning av kvalitetsregistret Senior alert. MAS har låtit se över enhetens totala dokumentation i kvalitetsregistret och en sökning där alla som har hjälp av Tysslinge ingår visar att:

”Inga bedömningar i Senior alert (0/10) är dokumenterade under sökordet kvalitetsuppföljning angående undernäring. Det finns enstaka anteckningar om magsjuka och trög mage under sökorden ”matmältnings- endokrina funktioner”. MAS

Analys

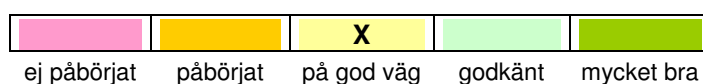
Mat, måltid och nutrition har enheten kontroll över, enligt egen bedömning, men det är svårt att värdera förmågan att klara uppgiften om det inte finns dokumenterat i riskanalyser och kostplaner. Egna identifierade förbättringsområdena som att service ska erbjuda stöd vid ”inköp” har påbörjats. Enheten erbjuder den enskilde möjlighet att själv göra inköp för att redan där om möjligt påverka matlusten.

Problemet är dock dokumentationen som MAS konstaterar:

”Tysslinge hemvård har inte gjort riskbedömningar i Senior Alert, angående undernäring. Att bedöma om patienten har risk för undernäring, är en av förutsättningarna för att ge en god hälso- och sjukvård. Vårdplaner kan göras efter en riskbedömning i Senior Alert. I samtliga 10 journaler saknas uppgifter om vilka omvårdnadsinsatser som ges individuellt för att varje patient ska kunna klara av att sköta sin egen nutrition så länge som möjligt.” MAS

Värdering

Bedömningen är att Tysslinge hemvård är på god väg men de behöver se över sitt förhållande till kvalitetsregister och dokumentation. Se även kap 13. dokumentation.



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 | |

Personlig omvårdnad

Tysslinge hemvård menar att de har ett rehabiliterande arbetssätt. Arbetsterapeuten och omvårdnadspersonalen arbetar tillsammans för att främja brukarens egna förmågor. Arbetet följs upp regelbundet. Omvårdnadspersonalen är bra på att förmedla brukarens funktionella förändringar och de skriver detaljerat i besöksplanerna utifrån brukarens mål.

Dok?

Varsamt handlag förutsätts fungera av sig självt och behöver inte säkerställas av ledningen skriver enheten.

Gruppen har en utbildad audionom som är en resurs i planering och handhavande när det gäller skötsel av hörselhjälpmedel.

Munvård

”Brukaren får om den önskar hjälp med munvård. Personalen har fått utbildning av folktandvården och anmäler förändring till sjuksköterskan. Det finns dock ingen individuell dokumentation om hur munvård skall genomföras om brukaren ej har fått det av tandläkaren. Om det finns så följs den.” Enheten

-”I en journal (1/10) finns anteckningar om att sjuksköterskan har inspekterat munhålan.” MAS

”I samtliga 10 journaler saknas uppgifter om vilka omvårdnadsinsatser som ges individuellt för att varje patient ska kunna klara av att sköta sin egen munvård så länge som möjligt. Bedömningen av munhälsan är nödvändig för att kunna utreda vad som ligger till grund exempelvis varför en patient har smärta, inte vill äta eller har en viktnedgång. Tysslinge hemvård beskriver att ”Personalen har fått utbildning av folktandvården och anmäler förändring till sjuksköterskan”, men det saknas dokumentation om hur sjuksköterskan har hanterat problem i munhålan. Det verkar inte finnas någon koppling mellan sjuksköterskan, tandhygienisten och omvårdnadspersonalen.” MAS

Kontinens

Tillsammans med brukaren planeras besök in så att kontinens kan upprätthållas och enheten uppmanar brukaren att larma vid behov av hjälp.

”-I fyra journaler finns arbetsplaner som beskriver att dessa patienter är katerbärare. Byte av KAD sköts av sjuksköterskan.

-I en journal finns en vårdplan för inkontinensproblematik.

-I fyra journaler finns inga uppgifter om inkontinensproblematik.

-En journal visa ett dokumenterat status om beskriver att patienten inte har någon inkontinensproblematik.” MAS

”Det är ett bra sätt att tillsammans med patienten planera in besök så att kontinensen kan upprätthållas. Det är mycket bra att det finns dokumenterat status angående att patienten inte har någon inkontinensproblematik. I samtliga 10 journaler saknas uppgifter om vilka omvårdnadsinsatser som ges individuellt för att varje patient ska kunna klara av att behålla sin kontinens så länge som möjligt.” MAS

Oro och ångest

Personal tar sig tid till att lyssna på brukaren för att hjälpa till med hantering av oro och ångest. ”Om det ej hjälper försöker vi med andra lösningar som kan vara kontakt med anhörig eller sjuksköterska. Ibland kan vi kontakta andra aktörer som präst och vårdcentral” skriver enheten i sin självvärdering.

” I fem journaler (5/10) finns anteckningar om bromsmedicin vid demens, om oro och förvirring. Någon behandlas med stämningshöjande läkemedel, där orsaken till behandlingen är otydlig, medan någon annan behandlas med läkemedel på grund av depression.” MAS

”Tysslinge hemvård beskriver att ”Om det ej hjälper försöker vi med andra lösningar som kan vara kontakt med anhörig eller sjuksköterska”.
 Å ena sidan verkar det som om mycket information om brukarnas eventuella oro och ångest går den muntliga vägen, vilket inte är fel. Å andra sidan är det viktigt att dokumentera ”små signaler” på oro och ångest, som sedan kan läggas samman till ett mönster av patientens tillvaro.”MAS

Smärta

”Vi är engagerade i allt från egenvård till avancerad hemsjukvård. Teamet arbetar med smärtlindring i form av mediciner, salvor, förflyttningar, lägesändringar och hjälpmedel som madrasser och kontrakturprofylax”.Enheten

”-I en journal (1/10) finns anteckningar om smärta i ben, som behandlas med läkemedel och i en annan journal finns anteckningar om reumatisk värk.

-I en journal (1/10) finns en vårdplan för smärta. Arbetsuppgiften är fördelad till omvårdnadspersonalen och en uppföljning är gjord.”

MAS

MAS menar att det saknas uppgifter om vilka omvårdnadsinsatser som ges individuellt för att patienterna inte ska behöva uppleva smärta. Olika former av smärta kan förebyggas genom riskanalyser i Senior Alert och läkemedelsgenomgångar.

| Service/hemliv | Ja | Nej |
|--|----|-----|
| Den enskildes kläder tvättas, vid behov. | X | |
| Städning och omvårdnadsstädning fungerar | X | |
| Den enskilde får hjälp med inköp, post och bankärenden | X | |
| Den enskilde för hjälp med ledsagning vid behov | X | |

Enheten utför serviceinsatser som städ, tvätt och inköp. De som har insats eller insatser beviljade och valt enheten som utförare har regelbundet inbokade besök med denna hjälp. Alla insatser planeras enligt individuell vård och omsorgsprocess.

Omvårdnadsstäd utförs kontinuerligt och medarbetarna påminner varandra om de olika behov som uppstår. Enligt den senaste serviceundersökningen, ett preliminärt resultat som ej var publicerat vid uppföljningsbesöket så är Tysslinges hemvård bra på städning där de har ett index på 76 (kommun totalt inkl privata företag har index 80).

För tvätt och inköp är index 75 och 63 jämföra med totalens 82 och 83.

I jämförelse med 2012 har städen förbättrats medan nöjdhet med tvätt och inköp gått något tillbaka. Det är få svarande på inköp och varje enskild individ kan göra

stor skillnad på index.⁵ Bankärenden sköts ej av hemvård utan där har den enskilde hjälp av anhörig eller en eventuell God Man.

Enheten berättar att ledsagning planeras in på kontaktpersonen i möjligaste mån. Det händer ofta att kontaktpersonen får byta arbetsdag för att kunna följa med brukaren.

Analys

Audionomresursen i Tysslinge borde kunna kopplas ihop med frivillig och hälsofrämjandeenheten där resurs för syn- och hörselhjälpmedel finns.

”Att arbeta med individuella behov innebär ett etiskt förhållningssätt att bedöma personalens värderingar i förhållande till individens. Gruppen för diskussioner om skillnaden mellan personalens referenser och brukarens önskemål. Detta innebär en lyhördhet som bedöms som mycket positiv.

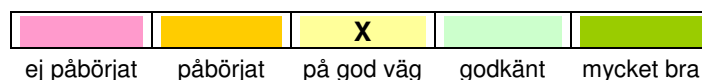
Personalen är bra på att stimulera att använda sina förmågor och att utveckla dem. De har ett individuellt arbetssätt med en rehabiliteringsinriktning där dubbelbemanning undviks för att den enskilde ska stimuleras att delta men också med insikten att en personal är mer fokuserad på brukaren. Vid behov används dubbelbemanning men alltid efter stort övervägande.

En egen audionom i personalgruppen som har hand om och undervisar om hörselhjälpmedel är en mycket högre kvalitet än normalt i hemtjänstgrupper. Kunskapen tas tillvara och personalgruppen känner ett stort stöd. Brukarna får en hög kvalitet.” MAR

Sammantaget visar MAS genomgång av journaler att dokumentationen om den omvårdnad som ges skulle kunna vara bättre. De individer som valts ut ur registret har uppfyllt kriterier på att ha hjälp av sjuksköterska, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal. Kvalitetskriterierna inom området ”Personlig omvårdnad” värderas i huvudsak via journalgranskning och enheten klarar krav på ett rehabiliterande förhållningssätt enligt MAR men MAS har svårt att finna nödvändiga anteckningar. MAS kommer att ha ett särskilt möte med sjuksköterska för att säkerställa att dokumentationen ska hanteras enligt bestämmelserna.

Värdering

Bedömning är att verksamheten är ”på god väg”, men behov av förbättringar och förtydliganden finns.



⁵ Preliminära siffror visar att svarsfrekvensen på hela serviceundersökningen är drygt 50 % och resultatet måste därför tolkas med viss försiktighet.

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 | |

MAS sammanfattar att enligt beskrivningen från Tysslinge hemvård finns rutiner för vård i livets slutskede. De förvaras i en pärm som uppdateras av gruppens palliativa ombud. Den enskilde och anhöriga är väl informerade om vården i livets slutskede. Detta görs av sjuksköterskan i samråd med omvårdnadspersonalen. Då patienterna som är inskrivna i LAH så är risken stor att detta inte blir så bra och att det lätt blir missar i informationen.

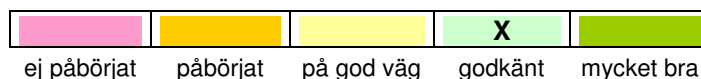
Den enskilde ska inte behöva dö ensam och på sjuksköterskans bedömning så sätts vak in. Efterlevandesamtalet görs av sjuksköterskan och kontaktmannen. De tar alltid en kontakt och erbjuder efterlevandesamtal

Det var enbart två registrerade i palliativa registret för perioden och det går inte att dra för stora slutsatser av materialet.

”Tysslinge hemvård beskriver att ”Då patienterna som är inskrivna i LAH så är risken stor att detta inte blir så bra och att det lätt blir missar i informationen”. Därför är det viktigt att efter varje dödsfall ha ett uppföljningssamtal, där teamet pratar om samarbete, det som var bra/mindre bra och ta med erfarenheterna till nästa gång då en liknande situation uppstår.” MAS

Värdering

Bedömning är att verksamheten är på nivå ”godkänt” för ”vård i livets slutskede”.



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 | |

Trygghet

På frågan (2012) om det känns tryggt eller otryggt att bo hemma med stöd av hemtjänsten svarar 60 % ”Ja, mycket tryggt” och 12 % ”Ganska tryggt” (Kommunen 43 % och 40 %). Sett till antal svarande som känner sig ”mycket trygga” så hamnar Tysslinge på plats 5-6 av 15 hemvårdsenheter men sammantaget ”mycket tryggt och ”ganska tryggt” placerar enheten på plats 14 av 15.

”De flesta brukare har uppgivit att de är trygga med sin vård och omsorg. Det finns dock några som inte är det. Vår uppgift är att identifiera dessa och ta reda på vad som gör att de känner sig otrygga med vår vård och omsorg.” Enheten

Granskningsgruppen gjorde två hembesök och hos den ene, en funktionshindrad man beroende av hjälpmedel för sin förflyttning, ställdes frågan om trygghet. Han hade hjälp flera gånger om dagen och han kunde alltid lita på att personal kom enligt plan, annars hör de av sig.

Rutiner finns för att hålla den enskilde fri från vårdskador och missförhållanden. Tysslinge hemvård har med all personal gått igenom hur man anmäler Lex Maria, Lex Sara händelser och hur man ska förhålla sig till klagomål. Under 2013 finns inga anmälningar registrerade.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Användandet av skydds- och begränsningsåtgärder utreds nogga av sjuksköterska och arbetsterapeut med en individuell bedömning innan det tas i bruk. Det är en tidsbegränsad åtgärd med uppföljning, skriver enheten. För närvarande finns ingen

som har hjälp med grindar. Tidvis används dörrlarm när någon börjar "nattvandra". GPS har använts enstaka gånger minns de i personal som jobbat länge i enheten. På landet kan det vara problem att återfinna den som förvirrat sig ut i natten när det kan 10-15 minuter att komma ut till gården.

Trycksår

"Teamet arbetar förebyggande med att förhindra uppkomsten av trycksår. Personalen uppmärksammar och förmedlar till sjuksköterska och arbetsterapeut. Genom hjälpmedel och omläggning förebygger och åtgärdar vi dessa. Vi jobbar även med att smörja och avlasta risk för trycksår. Vi använder oss även här av Senior Alert." Enheten

Inga bedömningar i Senior alert är dokumenterade (0/10) under sökordet *kvalitetsuppföljning* angående trycksår skriver MAS.

"I en journal (1/10) finns en vårdplan "risk för trycksår". Det är otydligt om arbetsuppgifter är fördelade till omvårdnadspersonalen.

-I en annan journal (1/10) finns en vårdplan för sår, där arbetsuppgifter är fördelad till omvårdnadspersonalen.

-I två andra journaler (2/10) finns anteckningar om klåda, sår efter fall och att skör hud har orsakat sår." MAS

"Identifierad vårdplan, för sår, baseras på medicinska kunskaper och praktisk erfarenhet. Dock finns det inga uppgifter om att Senior Alert har använts som stöd i bedömningen. I de 4 journalerna med koppling till sår saknas uppgifter om vilka omvårdnadsinsatser som ges individuellt för att förebygga trycksår." MAS

Avvikelser

Enheten menar att avvikelsehanteringen är en "naturlig och väl inarbetad del" av dem.

Registrering i Senior alert fungerar sparsamt vilket också uppmärksammades av kvalitetsinspektörerna i maj månad. I MAS uttag av data för alla i Tysslinge som har hjälp av sjuksköterska visas att enbart 3 riskbedömningar är genomförda under ett helt år (tidsperioden 20121001-20130930). I Tysslinge är det 15 personer som enligt register har ett av sjuksköterska "övertaget" läkemedelsansvar vilket innebär att Tysslinge borde ha minst 15 registreringar i Senior alert.

MAS journalgranskning visar vidare att:

-I sex journaler (6/10) finns avvikelser som handlar om fall med skada, fall utan skada, läkemedel; glömd dos, bristande information och fördröjd vård.

I journalgranskningen dominerar "fall utan skada". Detta visas även i sammanställningen av antalet avvikelser i årsbokslutet för 2012. Av 69 avvikelser var 50 med ngn form av fall.

Enligt MAS så sker arbetet med avvikelser på individnivå. Verksamheten behöver arbeta med en fortlöpande sammanställning av avvikelser som kan användas för verksamhetens egenkontroll.

Gruppen har två kvalitetskontrollanter i gruppen som tar extra ansvar för hygienfrågor. Enhetschefen har bjudit in hygiensköterskan från USÖ den 11 december 2013 för en uppdatering.

Beredskap för extremväder finns inte nerskriven men närvarande i samtalet menar att det finns en prioriteringsordning för hur man ska jobba om det uppstår svårigheter. Man vet exempelvis exakt vilka som behöver hjälp först och vilka som kan få hjälp av grannar.

Enhet saknar lokal rutin för att uppmärksamma och hantera våld i hemmet på ett mer strukturerat sätt. Erfarenheten och lokalkännedom gör att alla tycker sig ha kontroll över situationen.

Larm och larmtelefoner (två) finns och fungerar. Det finns avsnitt i naturen åt Blackstahyttan till som inte har mobiltäckning men dessa är idag inget bekymmer. Se även om larmhantering under "Tillgänglighet".

Analys

De äldre i Tysslinge är trygga och kan lita på att den hjälp de behöver levereras. Enhetens medarbetare behöver ta reda på vad man gör som "goda grannar" och vad man gör som professionella yrkesutövare. Ibland är man väldigt klar över att det finns gränser och berättar om hur val av kontaktperson kan påverkas utifrån grannsämjans principer och andra gånger är det mer dolt att kunskap finns om den enskilde även vid sidan om journalerna. Men det verkar som att dessa etiska dilemman diskuteras och man försöker medvetandegöra varandra.

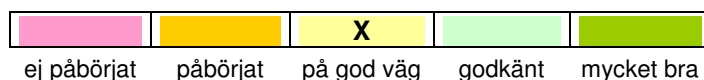
Verksamheten lyfter fram att man är lyhörd för trygghetsfrågor. Men enligt SAS så syns det inte i dokumentationens språk och inte heller i exempel på praktiska aktiviteter i genomförandeplanen att trygghet eller otrygghet är aktuella frågor som angår den enskilde.

"När det gäller riskbedömningar så har inte ett systematiskt arbete kommit igång och arbetsterapeut och sjuksköterska trevar i att få till goda rutiner runt detta. Chefens stöd behövs för att starta detta redan beslutade arbetssätt. Riskbedömningar med Senior Alert bör prioriteras så ett patientsäkerhetsarbete dokumenteras på ett tydligt sätt. För avvikelseprocessen finns en känd rutin som fungerar för den ordinarie personalen men för vikarierna finns det vissa brister." MAR

För alla personer över 65 år som har en hälso- och sjukvårdsinsatser ska det ske registrering i Senior alert. I Tysslinge fanns det 3 bland de 10 uttagna journalerna. Alla 10 borde ha haft en registrering enligt MAS bedömning!

Värdering

Bedömning är att verksamheten sammantaget är "på god väg" och att det inom området "den enskildes skydd" finns många styrkor, men att fortsatt utveckling behövs. MAS kommer att ha ett särskilt möte med enheten för att säkerställa hantering av dokumentation.



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 | 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 | |

I brukarundersökningen finns frågan om personalen brukar ta hänsyn till den äldres åsikter och önskemål om hjälpens utförande. 81 % svarar alltid eller oftast mot kommunens 80 %.

”SAS har granskat tio personer. Vid besöket bad SAS att få ’upprättade planer’ för tio aktuella personer. Hos dessa tio fanns det åtta stycken genomförandeplaner, varav en är ej godkänd.

Genomförandeplanen som används är en ny modell som bygger på besöksplaner i TES. Utöver ’delaktighet’ och ’uppföljning’ följer planerna formalia. Det finns ett utvecklingsbehov språkmässigt. Textfälten i TES har en begränsning men SAS bedömer ändå att språket kan mjukas upp för att synliggöra den enskildes röst. Det väldigt kortfattande språket exkluderar i dagsläget den enskilde och omfattar i stor utsträckning instruktioner till kollegor. Det går inte att läsa ut vem som beslutat om hur stöd och hjälp ska genomföras.

SAS har granskat sociala journaler för att fånga upp den individuella vård och omsorgsprocessen, SAS har tittat på hela verkställighetsjournalen och som längst kan det finnas journalanteckningar upp till ett år tillbaka i tiden (om det är kortare tid beror det att personen är ny i verksamheten). Hos dessa tio personer framkommer enbart en anteckning om en planering. Ingen uppföljning återfinns hos någon av de aktuella personerna.

Verksamheten berättar att man haft svårigheter att ta till sig Treseva och att kunskapsbrist är en avgörande faktor. SAS kan dock notera att flera olika personer har varit inne och dokumenterat (även om det är mycket få anteckningar) men det indikerar att kunskap finns i verksamheten.” SAS

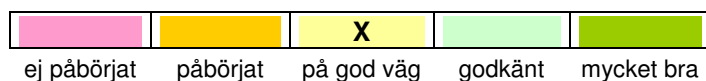
Analys

”Verksamheten behöver se över sitt processflöde gällande den individuella vård och omsorgsplaneringen. Det går överhuvudtaget inte att följa händelser över tid och händelser av betydelse. Den individuella vård och omsorgsprocessen är i princip obefintlig i den löpande journaldokumentationen. Genom samtal med verksamheten är det uppenbart att man arbetar med en individuell vård och omsorg men ur ett rättssäkerhetsperspektiv har verksamheten en allvarlig brist.

SAS bedömer att systematisk egenkontroll kan underlätta för verksamheten.” SAS

Värdering

En styrka är närheten till de äldre och viljan att vara lyhörd för den enskildes behov men ”den goda viljan” behöver synas i dokumentationen.



3.9 Hälso- och sjukvård

| Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering | Ja | Nej |
|--|----|-----|
| Omvårdnadsansvarig sjuksköterska finns tillgänglig för den enskildes behov | X | |
| Arbetsterapeut 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 | |

Enheten har en sjuksköterska och en arbetsterapeut. Tidigare hade man 2 sjuksköterskor men detta var en överanställning utöver budget som inte kunde försvaras i längden och nu från hösten 2013 jobbar sjuksköterskan med ensamt

ansvar för Tysslinge. Nyordningen innebär dock att sjuksköterskans expedition flyttas till Haga centrum i den förestående sammanslagningen där Tysslinge blir en av flera grupper i Haga hemvård. Genom flytten får sjuksköterska och arbetsterapeut flera kollegor att samråda med.

Sjuksköterska

Omvårdnadssjuksköterskan tjänstgör i sitt område och finns tillgänglig för brukaren. Kontakt får brukaren via telefon och omvårdnadspersonalen. Då omvårdnadsansvarig sjuksköterska arbetat kväll, helg eller är ledig finns annan sjuksköterska i Haga som har hand om Tysslinge hemvårds brukare.

Arbetsterapeut

Arbetsterapeuten som arbetar för Tysslinge hemvårds område finns tillgänglig dagtid 7:30-16:30. Då denne är ledig eller sjuk så täcker Haga hemvårds arbetsterapeut Tysslinge hemvård. Kontaktas via telefon / mail av teamet, andra aktörer, samt brukare och anhöriga.

Sjukgymnast

Sjukgymnasten är delaktig på teamträff var tredje vecka. Vid efterfrågan förmedlar arbetsterapeuten kontakten till sjukgymnasten

Läkare

Av Tysslinge hemvårds brukare tillhör de flesta Haga vårdcentral. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har rond tillsammans med läkaren en gång i veckan och gör hembesök vid behov. De brukare som ej har Haga som vårdcentral så hjälper omvårdnadsansvarig sjuksköterska att förmedla kontakten.

Samverkan

Vid besöket framhålls att samarbetet med Vårdcentralen i Haga fungerar bra. Överenskommelse följs och det är aldrig några problem med att få rådgivning.

”Sjuksköterskan beskriver att det finns ett bra samarbete med vårdcentralen. Det är lätt att komma i kontakt med läkaren. Om en patient behöver hembesök så kan läkaren göra det.

Sjuksköterskan hämtar information i Meddix och i NPÖ” MAS

Medicintekniska produkter

Utifrån brukarens behov så förskrivs och provas medicintekniska produkter ut. Personalen förmedlar förändrat behov. Sjuksköterskan och arbetsterapeuten instruerar/ delegerar vid behov. Detta dokumenteras i vårdplaner.

Läkemedelsgenomgångar

Tysslinge hemvård beskriver att genomgångar sker i samarbete med brukaren och vårdcentralen. Vårdcentralen kommer med förslag till de brukare som är i behov av läkemedelsgenomgång (LMG) till omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska är lyhörd för behov och föreslår brukaren en läkemedelsgenomgång.

Resultat av journal dokumentation.

-I en journal (1/10) finns uppgifter om LMG.

-I två journaler (2/10) finns uppgifter om påbörjade LMG.

Totalt har 8 läkemedelsgenomgångar genomförts i Tysslinge hemvård 2013. MAS

Läkemedelshantering

I sju journaler finns uppgifter om arbetsplaner för läkemedelshantering, varav arbetsuppgifter till omvårdnadspersonalen är fördelade i tre journaler och i fyra journaler är arbetsuppgifterna fördelade till sjuksköterskan själv.

Instruktion och delegering

Instruktion och delegering sker enligt kommunens och skall uppdateras en gång om året. Annars så sker fortlöpande instruktioner och utbildning vid behov. Personalen har ett egenansvar att själva informera om brister i kompetensen.

Analys

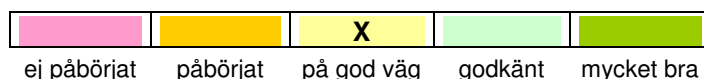
”Det är få riskbedömningar som är genomförda i Senior Alert. Det är få läkemedelsgenomgångar som är genomförda. Det saknas lokala skriftliga rutiner för hur verksamheten ska arbeta med detta. Personalen har dessa rutiner i sina ”huvuden”, problemet blir att de inte blir synliga för andra som kommer in i verksamheten. Risken med detta är att verksamheten tror att alla har en gemensam uppfattning hur det ska gå till. När det finns skriftliga rutiner är det lättare att ha något att diskutera utifrån och det går lättare att följa upp. Personalen ska använda sina egna kunskaper i hälso- och sjukvårdsarbetet. Men kunskap innebär också att ha en förståelse för hur viktiga kvalitetssystem så som Senior Alert och läkemedelsgenomgångar kan vara. För att kunna ge en god hälso- och sjukvård måste även kvalitetssystemen användas.” MAS

”Arbetsterapeutbemanningen i Tysslinge är god och arbetsterapeuten har en naturlig roll i verksamheten. Stöd finns av sjukgymnast som deltar i teamträff var tredje vecka. Sårbarhet finns i verksamheten eftersom det är en arbetsterapeut och samverkan har nu inletts med Haga hemvård för att få till backup vid ledigheter och sjukdom. Informationsöverföring fungerar bra. Samtyckesrutinen och information via NPÖ är ett utvecklingsområde för arbetsterapeuten.” MAR

Värdering

Verksamheten gör ett gott arbete i hälso- och sjukvården och bedömning är att de är ”på god väg”.

Ett utvecklingsområde är arbetet med kvalitetsregister och dokumentation.



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 | |
| 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 | |

”Våra anhörigträffar som vi har en till två gånger om året brukar vara välbesökta. På den träffen inbjuder vi gärna in en gäst till exempel anhörigcentrum som berättar om dennes verksamhet samt att vi ger aktuell information om Tysslinge hemvård och äter smörgåstårta medan vi har bords samtal. I år kommer vi att ha en utflykt med brukare och anhöriga till Lillsjön vilken blir den 11 gången som Tysslinge hemvård arrangerar denna utflykt.” Ur enhetsplan

Den anhörige kan känna sig välkommen och delaktig där brukaren så önskar. Teamet försöker vara lyhörda och förmedlar till anhöriga om deras rätt till delaktighet. Det är en självklarhet att den anhörige blir sedd av personalen.

Varje höst i november bjuds anhöriga in till Vintrosahemmet på smörgåstårta. ”Vi brukar informera om verksamheten och under fiket så bjuder vi in till dialog” skriver enheten.

Två omvårdnadspersonal och arbetsterapeuten är utbildade anhörigombud.

Enheten har en lokal rutin för att stödja anhöriga. Rutin är i behov av uppdatering enligt uppgift.

Anhörigvårdarna är viktiga och enheten gör allt de kan för att stödja dem med avlastning och avlösning.

Enheten informerar om anhörigcentrums uppdrag både enskilt och på anhörigträffar.

Analys

Det finns en medvetenhet om att det i första hand är den enskilde äldres behov som ska tillgodoses och samarbetet med anhöriga sker utifrån denna utgångspunkt. Tysslinge hemvård är unika i sin satsning på att stödja och samarbeta med

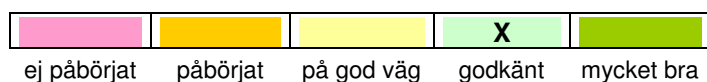
anhöriga. De har regelbundna träffar med anhöriga och utbildade anhörigombud och vi har i kapitel ett även berättat om deras årliga utflykt.

”Tysslinge hemvård sticker ut positivt när det gäller anhörigstöd. Just deras dialogträffar varje höst är ett excellent exempel på hur man kan upprätta dialog och relation.” SAS

Hemvården som en del av ett samhälle verkar fungera i Tysslinge och stödet till anhöriga blir en naturlig del av verksamheten. Att stödja anhöriga är att stödja sig själv. Sambanden blir tydliga i det lilla och nära sammanhanget.

Värdering

När Tysslinge gjort sitt sätt att arbeta med anhörigstödet känt och kan redovisa återkommande studiebesök i frågan kommer detta tillsammans med systematiska uppföljningar att i framtiden leda till bedömningen ”mycket bra” men redan idag är enheten värd studiebesök från enheter som har svårt med att engagera sig i anhörigfrågan.



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 |

Hemtjänstens gemensamma sida ger inte mycket utrymme till att profilera sin enhet. Men det finns möjligheter att lägga ut namn på ansvariga om man vill bli nådd. Sidan var vid tid för uppföljning inte uppdaterad.

Vi kan inte uttala oss om alla bär namnskylt och legitimation, men kvalitetsinspektionsrapporten visar att det slarvas med legitimationerna som inte alltid finns med.

Lokal rutin för klagomålshantering saknas. Enligt brukarundersökningen är det 65 % av de svarande som vet var de ska vända sig om de vill framföra synpunkter eller klagomål på hemtjänsten (kommun 59 %). Resultatet placerar Tysslinge bland de tre bästa dvs de mindre dåliga.

2012 rapporterade enheten fyra registrerade klagomål. Enligt enheten medförde tre av klagomålen att rutiner förbättrats. I diariet finns två klagomål från den senaste 12 månadersperioden. Ett rör bristande sjuksköterskeinsats och ett bristande kontinuitet. Osäkert om dessa är helt avslutade.

Analys

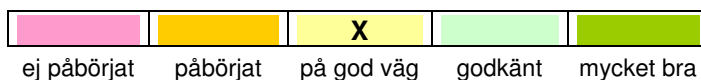
Enheten är medveten om att informationen på hemsidan kan användas för att informera tydligt om hur ansvariga kan nås mm. Förbättringsarbetet sätts igång i samband med att enheten inordnas som grupp i Haga hemvård.

Det saknas en medveten och strukturerad hantering av klagomål. Insikten om klagomålet som en gåva, som något värdefullt i arbetet med ständiga förbättringar, behöver odlas. Gruppen jobbar nära brukarna och åtgärddar i nuet och på plats därför har man nästan inga klagomål är vår tolkning. I det kommande arbetet med att förankra värdighetsgarantierna behövs en fungerande klagomålshantering och en lokal rutin kan säkert sätta fart på funderingar om hur kontaktpersonen kan hjälpa till med klagomål.

Legitimation ska även den bäras synlig enligt värdighetsgarantin och det är därför inte något som var och en i personalen kan välja att handha individuellt. För den lilla enheten där alla brukare känner alla i personalen kan det vara begripligt att det slarvas med denna rutin. Men framöver i en konkurrenssituation behöver vanan finnas att visa vem man är var man kommer ifrån.

Värdering

På god väg men behöver förbättra klagomålshanteringen.



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 | |
| Personalen har grundläggande kunskaper inom demensvård och möjlighet till ständig fortbildning/fördjupning inom området. | X | |

| | | |
|---|---|--|
| Personalomsättningen bevakas för att säkerställa kontinuitet för den enskilde | X | |
|---|---|--|

Medarbetare

”I medarbetarundersökningen som gjordes 2011 ligger Tysslinge hemvård bland de mest nöjda medarbetarna i Örebro kommun. Flera av omvårdnadspersonalen som arbetar här i hemvården har varit verksamma i många år och varit med i utvecklingen av verksamheten. Det finns ett väl inarbetat teamarbete detta tror vi beror till stor del av att teamets alla professioner finns stationerade på ett och samma ställe. Vi har närhet till varandra och det blir enkelt att mötas i arbetets olika frågor.” Ur enhetsplan 2013

För att klara uppdraget med en god och säker vård för brukare boende i Tysslinge hemvårds område har vi en trygg och stabil omvårdnadspersonalgrupp om 17 medarbetare. I omvårdnadsgruppen är ansvaret som kontaktperson något som alla arbetar mycket bra med. Vi har två planerare av den dagliga verksamheten men alla kan och planerar vid förändringar som kommer tätt inpå. Vi har delat upp andra viktiga delar i mindre ansvarsområden. Där arbetar man som ombud och delar med sig till övriga teamet när det kommer nya saker som är viktiga att alla vet om.

Ett mått på kriterierna om att enheten är bemannad med rätt kompetens är att studera resultatet på frågan – Känner du förtroende för personal som kommer hem till dig?

96 % av de som svarat i Tysslinge 2012 känner ett förtroende personalen (för alla 72 %, för flertalet 24 %). För kommunen var motsvarande 86 % (53 % och 33 %). Resultatet placerar Tysslinge främst bland 15 enheter i hemvården.

Verksamheten är bemannad dygnet runt. Klockan 07-22 finns omvårdnadspersonal och sjuksköterska i tjänst. Nattetid utgår omvårdnadspersonal och sjuksköterska från Örebro.

Alla utom en av den tillsvidareanställda omvårdnadspersonalen är utbildad undersköterska.

”Just nu pågår omvårdnadslyftet som är en valideringsutbildning i geriatrik, gerontologi, och demenssjukdom på 300 poäng. Vi har även vävt in kommunens värdegrund och värdighetsgarantier i utbildningen. Personalen har under hösten 2013 haft hel och halvdagar då de tillsammans med lärare från omvårdnadsprogrammet har använt sig av metoden evidensbaserad praktik. Evidensbaserad praktik i socialt arbete kan definieras som en medveten och systematisk användning av den bästa tillgängliga kunskapen, den bästa professionella expertis och den berörda personens situation, erfarenhet och önskemål.” Enheten

Alla i personalen behärskar det svenska språket för att kunna kommunicera både skriftligt och muntligt.

Enligt teamet finns den kompetens som behövs för att klara uppgiften. Tysslinge hemvård liksom fler granskade enheter kan inte i dokumentationsgranskningen visa

att det exempelvis finns personal som gått kurser för att lära sig mer om demenssjukdomar. De, liksom andra enheter, menar att de lämnat in listor på genomförda utbildningar för registrering i Personec. Enheten äger inte rätt att själv registrera i systemet.

Enheten har en plan för kompetensutveckling som är mer långsiktig. Det är nödvändigt att exempelvis planera in repetitionstillfällen i ”halkkörning” för alla som kör. Bilen är ett viktigt redskap för att kunna fullgöra uppgifterna.

Personalomsättningen är mycket låg och korttidssjukfrånvaro liten.

En undersköterska i teamet har audionomkompetens och har ett särskilt ansvar för hörselhjälpmedel. Avlägsnandet av vaxproppar och skötsel av utrustning klarar gruppen bra.

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 |

Ledarskap och organisation

Medarbetarundersökningen 2011 visade ett index på 73, jämfört med förvaltningens 66 och kommunen totalt 62. Tysslinge hemvård har bland de mest nöjda medarbetarna.

Nu är det en tid sedan mätning gjordes och en ny är på gång för 2014.

Uppdragshandlingar är kända och teamarbetet fungerar väl när de som jobbar samman respekterar varandras kompetens.

Enheten jobbar idag inte särskilt med att utveckla metod för ”ständiga förbättringar”. Det finns pågående projekt i kommunen som man på sikt hoppas få ta del av.

När det gäller ledning och styrning av verksamheten så finns en ”framtdsgrupp” med fyra omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och chef. I gruppen tas utvecklingsfrågor upp och beslut förs sedan till arbetsplatsträffen. Den lilla enheten har fördelen av att bara behöva ha en grupp som når rakt ut i verksamheten.

Analys

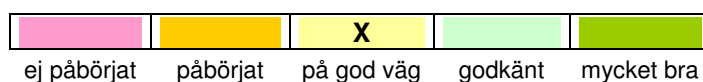
Tysslinge hemvård menar att en av deras styrkor är att teamet är stationerat på samma ställe och det tillsammans med att gruppen är liten så underlättar det kommunikationen mellan medlemmarna. En relativt liten arbetsgrupp som känner de boende i sitt ansvarsområde. Inom kort ska detta team ingå i ett större sammanhang tillsammans med Haga hemvårdsgrupper. Där kommer andra styrkor att vinnas som att det för chef, sjuksköterska och arbetsterapeut kommer att finnas kollegor att råda med. Det är viktigt att gruppen får ta med sig uppdraget att vara till för den grupp brukare de känner och kan, om lokal- och människokännedom ska fortsätta vara en styrka.

Det finns en medvetenhet hos ledning och i grupp om behovet av att dokumentera bra och korrekt för att säkerställa kvaliteten, och dokumentationen i TES verkar göra att de har kontroll på planering och genomförande. Enheten skriver mao, men de skriver inte på rätt ställen enligt dokumentationsgranskarna.

För den som undrar varför det inte är självklart att en ”audionom” ses som en resurs i vård och omsorg så är det bra att veta att en kompetens som ligger vid sidan av vad den anställde är anställd för, inte registreras som en ”resurs möjlig att använda” i personalresurssystemet och därmed inte heller blir sökbar. När systemet (doc-it) beställdes valde kommunen att begränsa kompetens till vad som vid en viss tid krävdes för att klara ett specifikt uppdrag. Av en undersköterska krävdes exempelvis en omvårdnadsutbildning, punkt. Idag har vi därför ett personalregister som med svårighet kan hantera multikomponenta personer. Effekten blir att kommunen troligen (som helhet) sitter på en skatt – en resurs- som inte kan, önskas eller får användas. En undersköterska som också är ”audionom” eller har annan vitsordad kunskap syns idag inte i systemet eftersom det finns ett begränsat antal koder där kompetens (och annan yrkeserfarenhet) registreras. Idag kan och bör audionomkunskaper användas för att säkra att garantin om att alla äldre garanteras hjälp att sköta och hantera sina hörsel- och synhjälpmedel. Men det är slumpen eller tillfälligheter som gör att resurs synliggörs.

Värdering

På många sätt en välfungerande enhet med ett fungerande ledarskap för den vardagliga driften där medarbetarna är mycket nöjda. Enheten har kvar att dokumentera händelser kring den de är till för – den äldre.



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.

”Omvårdnadspersonalen arbetar utifrån individuell vård och omsorgs processen och dokumenterar i Treserva och skriver besöksplaner i Tes utifrån det som de har kommit överrens med brukaren om. Då omvårdnadspersonalen behöver få mer utbildning att lära sig det nya dokumentationssystemet Treserva så finns det tyvärr avsaknad av

dokumentation. Detta har kompenseras med muntlig och skriftlig information via teslappen. Omvårdnadspersonalen skall gå utbildning i individuell omsorgsplanering i november och december.” Enheten

Vid besöket framgår att det råder en viss frustration och besvikelse av hur ovan nämnda utbildningen i Treserva fungerat för omvårdnadspersonalen. Det finns uppenbarligen ett stort gap mellan förväntan och på vad som erbjuds. Enheten är tveksam till att skicka planerad grupp till decemberutbildningen.

All personal har skrivit på sekretess och brukarnas dokumentationshandlingar finns inlåsta.

Det finns ingen lokal rutin för egenkontroll av vare sig Sol eller HSL. Den kontroll som görs är det som systemet kräver. Varje person har ett eget ansvar i att läsa det som har blivit dokumenterat menar enheten.

SAS granskning av dokumentationen sammanfattas:

”Tio personer har slumpmässigt valts ut av MAS, MAR och SAS. Av dessa har åtta personer en upprättad genomförandeplan varav en är ej godkänd. Planen godkänds inte därför att beskrivningen är för allmänt hållen.

Det står bland annat: *Hjälp med tillsyn, frukost och det som behövs.* För att säkerställa rätt insats behöver den som ska utföra hjälpen veta något om syftet med tillsynen (beror det på fallrisk, sällskap, otrygghet?) och vad som inkluderas i det som behövs. Beskrivningen ger ingen vägledning för den som ska utföra hjälpen och det framkommer heller inte på vilket sätt den enskilde önskar stöd och hjälp.

| | |
|-----------------------------|-----------|
| Godkänd genomförandeplan | 7 stycken |
| Ej godkänd genomförandeplan | 1 stycken |
| Saknas | 2 stycken |

Verksamheten behöver också vara observant på att skriva ut för och efternamn och funktion på de som deltar under ”närvarande”. Det är svårt att läsa ut vem som är vem under närvarofältet.

Det finns ett generellt förbättringsområde för genomförandeplaner i hemvården. De har i stor utsträckningen uppgiftsorienterad information. Det skulle få ett mycket större värde och tydliggörande av delaktigheten om planen utgick i *jag-form* eller *person*. SAS kommer att skicka ett material till enhetschefen för att stödja i formulering. Utöver detta är formalia tillfredställande.

Vad gäller de löpande journalanteckningarna så finns ur ett rättsäkerhetsperspektiv ett viktigt förbättringsområde. För merparten av personerna återfinns ett fåtal (4-5) journalanteckningar totalt i respektive verkställighetsjournal. Det kan gå månader mellan anteckningar.

I princip återspeglar ingen av anteckningarna ett resultat eller uppföljning. Det vill säga -det kommer inga efterföljande anteckningar om hälsotillstånd eller om att livssituation förändrats. Merparten av anteckningarna berör hälso- och sjukvård, det finns en avsaknad av noter om det sociala livet.

Det går inte att följa händelseförlopp över tid eller händelser av betydelse. Den individuella vård och omsorgsprocessen är osynlig, likaså den enskildes delaktighet och inflytande. Detta är ett förbättringsområde som behöver åtgärdas omgående. SAS kan dock notera att flera olika personer dokumenterat vilket påvisar att det finns kunskap om Treserva i verksamheten.

Det finns heller inga resultat från teamträffar. Ingen av de tio personer som granskats har en levnadsberättelse upprättade. Det framkommer heller inte i dokumentationen att det erbjudits att upprätta en sådan. (Det är möjligt att det återfinns i DocIT).” SAS

Samtycke

MAS menar att med patientdatalagen (SFS 2008:355) skapades en möjlighet för vårdgivare att elektroniskt ta del av vårddokumentation hos en annan vårdgivare genom sådan direktåtkomst. Syftet är att få en samlad information av patientens vårdbehov för att kunna ge god och säker vård. För detta krävs ett samtycke från patienten. Journalgranskningen visar att:

-I två journaler (2/10) har samtycke inhämtats till att skriftlig och /eller muntlig information utbyts mellan olika vårdgivare och att patienten har fått information om sammanhållen journalföring och ger sitt samtycke till åtkomst.

-I tre journaler (3/10) finns uppgifter om att patienten har fått information om sammanhållen journalföring och ger sitt samtycke till åtkomst.

-I tre journaler (3/10) finns uppgifter om att samtycke till att skriftlig och /eller muntlig information utbyts mellan olika vårdgivare.

-I två journaler (2/10) finns inga uppgifter om något samtycke.

Det är bra att samtycke är inhämtat i 8 av 10 journaler. I de två journaler där det inte finns något samtycke, saknas också medicinska diagnoser.” MAS

Analys

”Det finns en tradition av en tyst överenskommelse och muntliga rapporter där tydlig dokumentation saknas, det innebär att det kan vara svårt för vikarier att få en klar bild av vad som ska göras. För ordinarie personal så fungerar rutinerna och brukaren får sitt men det är svårt för dem som inte arbetat i många år. Tydlig skriftlig dokumentation är ett utvecklingsområde” MAR

”Vid granskning av arbetsterapeutens journal och vid en kommunikation med arbetsterapeuten har strukturella förbättringsområden diskuterats. Journalen innehåller de uppgifter som behövs, de är tydliga och välskrivna men strukturen är lite otydlig. Många anteckningar är placerade under samverkan alternativt under vårdplaner. Diskussion har förts om detta och ett

förbättringsarbete har påbörjats. Riskbedömningar saknas och detta område måste få hög prioritet.” MAR

Att ha en total kontroll kan vara tryggt för de som arbetar. Att den muntliga överföringen av information och hjälpen av TES planeringen fungerar är bra men inte tillräckligt när man har ansvaret för att hjälpa individer som är beroende av hjälp från en grupp. Hjälpen måste dokumenteras så att den enskildes rättssäkerhet garanteras dvs det måste gå att i dokumentation se vad som beslutats, planerats och genomförts och på vilket sätt den enskilde medverkat och upplevt hjälpen. Har mål nåtts, finns en nöjdhet?

”Alla granskade personer (10/10) har i journalen en grundstomme i genomförandeplanen eftersom den bygger på besöksplanerna i TES. Däremot har två personer (2/10) från urvalet inte överförts som genomförandeplan. Detta är en kvalitetssäkring och förbättring utifrån ett rättssäkerhetsperspektiv. Den här delen av dokumentationen är tillfredställande. Däremot finns ett generellt utvecklingsområde för förvaltningen att stödja verksamheterna i att hitta ett språkbruk som tillåter korta formuleringar men utan att exkludera den enskilde röst. Ytterligare ett generellt förbättringsområde i förvaltningen är egenkontroll. Det finns ett verktyg som introducerats i samband med införande av rambeslut men SAS uppfattning är att få personer använder det systematiskt.

Anmärkningsvärt är att de löpande journalanteckningarna saknar så mycket av innehåll jämfört med andra verksamheter där kvalitetsuppföljning genomförts. Löpande journalanteckningar behöver förbättras omgående.” SAS

Värdering

En bra praktiskt fungerande verksamhet måste följas av en lika bra dokumentation. Enligt MAS är HSL dokumentationen inte acceptabel och behöver åtgärdas. Sammantagna bedömningen av dokumentation är knappt ”påbörjat” vilket innebär krav på enheten att snarast redovisa en plan för hur de ska åtgärda identifierade brister för nämnd.

| | | | | |
|-------------|----------|------------|---------|------------|
| | X | | | |
| ej påbörjat | påbörjat | på god väg | godkänt | mycket bra |

Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat

4

4.1 Sammanfattande tabell bedömning av alla kriterier

| 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 | | 1 | 7 | 5 | |

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 | <u>God kvalitet</u> Grundutbildad personal Samverkan vårdcentral <u>Behöver förbättras</u> Kunskap i dokumentation <u>Bristande kvalitet</u> |
| Process-kvalitet | Arbetsätt, rutiner, funktion | Dokument, besök | <u>God kvalitet</u> Aktivitet årlig utflykt Kontinuitet Vård i livets slut Anhörigstöd <u>Behöver förbättras</u> Egenkontroll av Dokumentation Löpande sociala anteckningar Vårdplaner Kvalitetsregistren Klagomålshantering <u>Bristande kvalitet</u> |
| Resultat-kvalitet | Bemötande, trygghet, smärtlindring mfl | Dokument, brukarundersökningar, besök | <u>God kvalitet</u> Bemötandet <u>Behöver förbättras</u> <u>Bristande kvalitet</u> |

Totalt sett bedömer vi att Tysslinge hemvård bedriver en vård och omsorg som är bra och som lever upp till många kvalitetskriterier men att det finns några förbättringsområden, och att de flesta av dem kan klaras av i ett pågående förbättringsarbete. Omedelbara åtgärder krävs dock för att förbättra registrering i kvalitetsregistren, dokumentationen och särskilt de löpande sociala anteckningarna.

Sammanställt av Owe Fjellborg, planerare

Källhänvisningar

Nätet:

Vård och omsorg, Riktlinje för verksamhetsuppföljning av enheter i vård och omsorg

Tillgänglig 2013-09-24 på <http://www.orebro.se/1935.html>

Bra Vå

Tillgänglig 2013-09-24 på <http://vardforbundet.se/BraVard/Kvalitetskrav/> |