



ÖREBRO

2012 11-14 Vv 258/2012
Sov 241/2012

Rapport

Kvalitetsuppföljning, Elgströmska huset 2012

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

Sammanfattning

Förvaltningskontor Vård och stöd har på uppdrag av programnämnd Social välfärd och Vård- och omsorgsnämnd väster utfört en kvalitetsuppföljning på Elgströmska huset som drivs av Attendo på entreprenad sedan december 2007. Uppföljningen är också en uppföljning av avtalet och en grund för beslut om förlängning.

Uppföljningens syfte är att göra en samlad granskning av verksamhetens kvalitet. Förvaltningskontoret bedömer att de boende på Elgströmska huset får en vård och omsorg av godkänd kvalitet.

Denna uppföljning (typ 2) är den 12:te av ett vård- och omsorgsboende som genomförts sedan 2010. På Elgströmska huset genomfördes en fördjupad uppföljning (typ 2) 2009 och 2010 och en enkel (typ 1) 2011.

Uppföljningen visar att enhetens styrka är utarbetade och fungerande rutiner för den dagliga omvårdnaden. Man arbetar strukturerat med bemötandefrågor och har ett väl fungerande kontaktmannaskap. Uteplats har förbättrats och en ny är under projektering. Positivt är även att man har lyckats skapa förutsättningar för ett aktivt och engagerat anhörigråd. Elgströmska har nöjda brukare visar intervjuundersökningen 2012 (Medelbetyget 78 är topp fem i kommunen). Vi kan också se att man arbetat vidare med flera av de förbättringsområden som identifierats vid tidigare uppföljningar. Problemet är att planer nyligen är framtagna för sådant som borde vara i en åtgärdsfas. Enheten lider av att ha haft frekventa chefsbyten och nuvarande ledning behöver förutom att klara av den dagliga vården och omsorgen, utvecklingen och anpassningen till det nya som sker även reparera eller återställa det som blivit eftersatt.

Ett antal förbättringsområden har framkommit vid granskningen.

De boendes möjligheter att välja mat och påverka matsedeln måste utvecklas och alla boende bör ha en individuell kostplan. Åtgärdskrav sedan 2011. Rutiner för att de boende erbjuds utevistelse måste också säkras.

Dokumentation enligt lagar och förordningar är svår att bedöma när så mycket av viktiga dokument fortsatt bara finns som papper. Attendo och Elgströmska garanterar att alla brister i dokumentation kommer att åtgärdas senast den sista november 2012. Ledningen måste också se till att all personal erbjuds en individuell plan för kompetensutveckling för att långsiktigt säkra personalens kompetens. Idag finns en plan för enhetens behov men ambitionen när det gäller nivån i kunskap om demens är oklar. Oklarhet gäller mål för individ, grupp och enhet.

Det är positivt att ledningen visar en medvetenhet om förbättringsområden och i flera fall finns redan konkreta planer för åtgärd. Men för att säkerställa att åtgärder verkligen genomförs måste Attendo se till att det finns en kontinuitet i ledningen för Elgströmska huset framöver.

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till Vård- och omsorgsnämnd väster

- Attendo och Elgströmska huset rapporterar till Vård- och omsorgsnämnd väster senast 2013 03 31 att de åtgärdat identifierade förbättringsområden för att nå avtalad kvalitetsnivå.
- Vård- och omsorgsnämnd väster följer upp Attendos och Elgströmska husets arbete med att åtgärda sina förbättringsområden och rapporterar resultat till programnämnd i april 2013.
- Vård- och omsorgsnämnd väster skickar rapport till programnämnd Social välfärd som komplettering till avtalsuppföljningen

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	2
1.1	Bakgrund	2
1.2	Syfte.....	2
1.3	Mål.....	2
1.4	Metod för uppföljning.....	2
1.5	Omfattning.....	3
1.6	Begreppsdefinitioner.....	4
2	Resurser, organisation.....	5
3	Resultat 2012	8
3.1	Aktiv och meningsfull tillvaro	8
3.2	Bemötande	11
3.3	Kontinuitet	11
3.4	Mat, måltid och nutrition	13
3.5	Personlig omvårdnad och service	15
3.6	Vård i livets slut.....	17
3.7	Den enskildes skydd	18
3.8	Delaktighet.....	21
3.9	Hälso- och sjukvård	24
3.10	Anhörigstöd	26
3.11	Tillgänglighet och information	27
3.12	Medarbetare och ledarskap	28
3.13	Dokumentation	31
3.14	Särskilda granskningspunkter	32
4	Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat.....	33

Källhänvisningar s 36

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 (resultat kvalitet) som mäts exempelvis i upplevelse av bemötande och trygghet.

Uppföljningen av verksamheten har skett i tre delar

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

Inför besöket har insamling av data skett i form av:

- Enhetens verksamhetsplan
- Enhetens delårsrapport/verksamhetsberättelse
- Täthetsschema
- Medarbetarundersökning³
- Resultat av brukarundersökning
- Kvalitetsinspektioner
- 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 ifyllt 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 sköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och socialt ansvarig samordnare (SAS) /biståndshandläggare. Andra professioner som ekonom, lokalsamordnare och anhörigstrateg har konsulterats i förberedelsearbetet.

Vid granskningen deltog enhetens verksamhetschef, biträdande verksamhetschef, arbetsterapeut och sjuksköterska men ingen omvårdnadspersonal.

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

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.

besvaras och kommenteras). Ett förannmält platsbesök med intervjuer och samtal samt en sammanställning med slutsatser

1.5.2 Avgränsning

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

1.6 Begreppsdefinitioner

Begrepp	Beskrivning
Kvalitet	Förmågan att leva upp till behov och krav hos dem vi är till för
Struktur/resurs kvalitet	Här förmåga att använda byggnad, utemiljö, utrustning, teknik, anställdas kompetens för dem vi är till för
Processkvalitet	Förmåga att med tilldelade och skapade resurser använda och utveckla arbetssätt, rutiner, så att det gagnar dem vi är till för
Resultat-/effekt kvalitet	Resultat av insatta åtgärder i förhållandet till målet. Mäts ofta i Den kvalitet som de vi är till för upplever och i uppnådda mål.
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering
SAS	Socialt ansvarig samordnare
Teamträff	Mångprofessionellt samarbete. Ofta sjuksköterska, arbetsterapeut, enhetschef och omvårdnadspersonal tillsammans för den enskildes behov.
OAS	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska
DocIT	Vård och omsorgs verksamhetssystem för dokumentation om den enskilde

2 Resurser, organisation

Elgströmska huset ligger i det gamla sjukhusområdet i Mellringe. Fastigheten är från början en gammal långvårdsenhet som är om- och tillbyggd 2007 för att passa som ett vård- och omsorgsboende. Boendet ligger i Örebro tätorts utkant med närhet till naturen men långt från service. Elgströmska huset har drivits på entreprenad av Attendo sedan starten. Avtalstiden löper till 31 december 2013 med möjlighet till förlängning i ytterligare två år. Beslut om att förlänga avtalet måste fattas senast ett år innan avtalet går ut, alltså 2012-12-31.

Enhetens målsättning formuleras på följande sätt:

”På Elgströmska huset anstränger vi oss för att vården/omsorgen så långt det är möjligt ska utgå från den boendes personliga behov och önskemål. Vårt mål är att de boende och närstående ska känna inflytande och vara nöjda med den service vi erbjuder.”

(Ur text på orebro.se)

De 80 lägenheterna är fördelade på fyra våningar med två boendegrupper med 10 lägenheter på varje plan. Möjlighet finns att öppna mellan grupperna vilket underlättar samverkan i det dagliga arbetet. Alla boendegrupper är avsedda för personer med demenssjukdom. 6 boendegrupper (60 lägenheter) har inriktningen gruppboende för demenssjuka och 2 boendegrupper (20 lägenheter) har inriktning vårdboende för demenssjuka.

Vård- och omsorgsboende - antal platser

Inriktning	Antal
Gruppboende demens	60
Vårdboende demens	20
Boende totalt	80
Korttidsvård totalt	0
Totalt antal platser	80

Antal anställda

Enhet	Anställda	Årsarbetare
Omvårdnadspersonal dag-kväll	45	39,41
Omvårdnadspersonal natt	11	9,97
Sjuksköterska	4	3,80
Arbetsterapeut	1	1,00
Ledning	2	2,00
Administration	1	1,00
Övriga	3	2,25
Totalt	67	59,43

Enheten har 0,74 årsarbetare (åa) per brukare totalt och 0,62 åa per brukare om man bara räknar omvårdnadspersonalen.⁵

Dagtid vardag arbetar fem ur omvårdnadspersonalen, utom på fredagar då det är fyra per plan. Detta innebär fyra till fem boende per personal. Kvällstid och helgmorgnar är man fyra personer per plan. Nattetid arbetar fyra ur omvårdnadspersonalen på hela huset. Det

⁵ Tilldelad resurs i genomsnitt för boenden i kommunal drift är 0,95 åa/brukare totalt och 0,81 åa per brukare omvårdnadspersonal

finns även en samordnare bland omvårdnadspersonalen som ser över frånvaro och tar in vikarier. Samordnaren går även in och förstärker på våningarna vid behov.

Den genomsnittliga sysselsättningsgraden är 89 % vilket är likvärdigt med kommunens vård och omsorg. Enheten har höjt sysselsättningsgraden sedan förra året.

Fyra sjuksköterskor ansvarar för i snitt 20 boende var. Sjuksköterskor arbetar dag, kväll och helg. Nattetid kommer sjuksköterska från kommunens sjuksköterskepatrull.

Verksamheten har en arbetsterapeut som arbetar dagtid och har ansvaret för rehabilitering och samordning av gruppaktiviteter.

I ledningen finns en verksamhetschef (augusti 2011) som är undersköterska i grunden men har flera års ledarerfarenhet från Attendos andra enhet Berggården. Chefen kompletterar sin utbildning med en av Attendo beställd universitetsutbildning i ledarskap. Biträdande chefstjänst var vakant sedan sommaren 2011 men är tillsatt (med en högskoleutbildad i Social omsorg) sedan mars 2012. Elgströmska huset har haft en stor omsättning på chefer sedan starten 2011 och nuvarande chefer är nummer sex och sju i ordningen på de två tjänsterna. Som administrativt stöd finns en assistent.

Enheten har en kvalitetsgrupp med representanter från alla arbetsgrupper som arbetar systematiskt med kvalitetsfrågor. Bland annat hanterar gruppen avvikelser.

Den senaste brukar- och anhörigundersökningen genomfördes 2012 och gav enheten ett gott betyg (nr 4 av 21 i Örebro). Brukarna (35 svarande) var mest nöjda med Bemötande och Trygghet. Enbart för Utevistelse och Aktiviteter är värden lägre än kommunsnittet. Brukarna är något nöjdare än kommunsnittet med hjälpen som helhet (83 % mot 80 % i snitt)

Attendo har inte genomfört någon egen brukarundersökning under 2012.

Protokoll från den senaste kvalitetsinspektionen (november 2012) visade att enheten har fungerande rutiner och tillämpar gällande riktlinjer inom de flesta av granskningsområdena. Inspektörerna ger granskad avdelning ett gott betyg.

Under 2012 har Elgströmska huset inga Lex Sarah anmälningar och inga registrerade klagomål i det kommungemensamma systemet.

Resultat - Vård och omsorgs indikatorer delårsrapport 2012

Processer

Mått	2010	2011	2012	Rikt värde	Målupp fyllelse
Beläggning vobo	96,8%	95,6%	94,7%	95,0%	
Andel med kontaktperson	100%	100%	100%	100%	
Andel med genomförandeplan	100%	100%	100%	100%	
Andel delaktiga i genomförandeplan	5%	96%	16%	100%	
Andel läkemedelsgenomgångar per plats	saknas	0,13	0,09	1,00	
Senior alert - Andel riksbedömningar per plats	saknas	0,00	0,03	1,00	
Palliativa registret - Medelvärde indikatorer	saknas	saknas	52%	68%	
Andel avvikelser per brukare	saknas	4,08	3,58	3,96	Ej bedömt

Brukarnas uppfattning

Mått	2009*	2010*	2012	Rikt värde	Målupp fyllelse
Brukarundersökning- Medelvärde alla frågor	saknas	saknas	75	74	
Andel nöjda med bemötande	Få svar	90%	94%	100%	
Andel nöjda med trygghet	Få svar	84%	94%	85%	
Andel nöjda med inflytande och delaktighet	79%	79%	76%	80%	
Andel nöjda med aktiviteter	Få svar	42%	47%	60%	
Andel nöjda med matens smak	71%	72%	60%	70%	
Andel nöjda med utevistelse	Få svar	57%	47%	60%	
Andel nöjda med social samvaro	Få svar	62%	61%	60%	

*Brukarundersökning genomfördes inte 2011. Därför redovisas resultat från 2009-2011 i tabell

Medarbetare

Mått	2010	2011	2012	Rikt värde	Målupp fyllelse
Total sjukfrånvaro (% av arbetstid)	5,3%	5,0%	4,2%	minska	
Genomsnittlig sysselsättningsgrad	79,0%	82,0%	82,0%	öka	
Andel utbildad omvårdnadspersonal	91%	85%	89%	91%	

Tidigare verksamhetsuppföljningar

Fördjupade verksamhetsuppföljningar har tidigare genomförts på Elgströmska huset 2009 och 2010 och en enkel (typ 1) genomfördes 2011).

Vid uppföljningen 2009 fick verksamheten återkomma med en åtgärdsplan till nämnden för brister i personalens kompetens i demensvård och för att det fanns ett missnöjde hos anhöriga i den enkätundersökning som genomfördes.

Vid **2010 års granskning** fanns inga allvarliga brister som föranledde några omedelbara åtgärder. Däremot identifierades ett antal förbättringsområden.

Personalens demenskunskaper

Institutionslik miljö

Utemiljö

Skyltning

Låg personaltäthet

Individuella aktiviteter

Klagomålshantering

Utevistelse

Mat

Resultat från 2011 års begränsade uppföljning

Behöver förbättras

Låg personaltäthet

Hög chefsomsättning

Erbjuda utevistelse

Individuella kostplaner

Registrering av klagomål

Kompetensutvecklings- planer för medarbetarna

Möjlighet att välja mat och påverka matsedel

3 Resultat 2012

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

Bedömning

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

Tio särskilt avtalade kvalitetsnivåer redovisas i slutet på det kvalitetsområde som berörs. Avtalad kvalitetsnivå anges och kommenteras med en bedömning om hur väl enbet uppfyllt krav. I slutet på rapport, kap 4, finns bedömning sammanställd i en tabell.

3.1 Aktiv och meningsfull tillvaro

1 Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den enskilde har möjlighet att upprätthålla kontakt med släkt och vänner.	x	
Organiserad samvaro erbjuds minst en gång per vecka.	x	
Aktivitets- och funktionsbedömningar görs på alla 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	
Utemiljön medger rörelse och aktivitet och ger förutsättningar för utevistelse året runt.	x	
Funktionella gemensamma utrymmen finns och används.	x	
Samarbete finns med frivilligorganisationer och andra aktörer.	x	

Elgströmska huset fick vid starten 2007 unika förutsättningar att skapa meningsfull sysselsättning för de boende med att ett aktivitetsrum ställdes i ordning på varje plan. Vid besöket framkommer, som vid tidigare besök, att enheten har svårigheter att använda dessa rum för de boende.

Så här skriver enheten på hemsidan:

”På Elgströmska huset finns två aktivitetsrum specialinredda av arkitekt. De består av ett "hotspot-rum" med värmelampor och sköna fåtöljer, där kan vi koppla av med skön musik, sitta i värmen och bada fötterna eller få massage på en massagebänk, eller varför inte ta emot din fotterapeut i detta rum. Det andra rummet har speciella lampor som liknar dagsljus. Det har positiv inverkan på humöret och anses vara förebyggande för dem som besväras av vinterdepression. Vi erbjuder enskilda och gemensamma aktiviteter varje dag och arbetar mycket med individuella önskemål utifrån vårdplanering och genomförandeplan.”

Tidigare granskning har lyft problem med miljö, aktiviteter och utevistelse.

Enheten markerar ett ”ja” för alla kvalitetskriterier enligt tabell ovan.

Brukarundersökningen visar ett fortsatt problem med nöjdhet när det gäller aktivitetsmått ” att få göra sådant man trivs med ” och med ”utevistelse.” Medelbetyget är 61 (kommun 64) för ”göra det man trivs med” och 64 (kommun 66) för utevistelse. Andel missnöjda och ”mer missnöjda än nöjda” är högre än kommunsnittet för båda måtten.

Funktions- och aktivitetsbedömningar görs vid inflytt och finns i Hälso- och sjukvårdsjournalalen.

MARs granskning av dokumentation på individnivå visar att ” ingen tydlig individuell planering av aktiviteter utifrån personens önskemål finns i dokumentationen vi tagit del av. I de omvårdnadsguider som finns framgår inte personens egna önskemål gällande utförande av aktivitet. Ledningen anger att det är tänkt att framgå i andra dokument”.

Biståndshandläggarens granskning av 10 sociala journaler:

”I checklistan efterfrågas om den enskilde har möjlighet att upprätthålla kontakt med släkt och vänner. Verksamheten skriver i checklistan att kontaktperson bistår den enskilde med den hjälpen och svarar muntligt att det även ska dokumenteras i omvårdnadsguiden. Verksamheten beskriver att guiden är en slags arbetsplanering som finns för varje brukare och som kontaktperson och arbetsterapeut upprättar. Den enskilde deltar inte under upprättandet av planen.,,,

...Inte i någon av de tio granskade journalerna framgår plan för hur kontakt med släkt och vänner ska upprätthållas. Det framgår dock sporadiskt i den fortlöpande sociala dokumentationen när enskilda haft besök av eller besökt sina anhöriga och ibland hur den som gjort dokumentationen uppfattar den enskildes sinnesstämning efter aktiviteten. På frågan om den enskilde har möjlighet att delta i dagliga aktiviteter som utgår från personens egna intressen, önskemål och förutsättningar svarar verksamheten att kontaktpersonen ansvarar för att det hålls uppdaterat men att detta arbete behöver bli bättre och att det ska tydliggöras i dokumentationen. Vidare att dokumentationsutbildning kommer att ges under innevarande höst. Det går inte att utläsa något om de enskildas egna intressen och önskemål i den sociala dokumentationen. Möjligen, till viss del, på grund av att genomförandeplaner saknas i verksamhetssystemet. Det som går att utläsa är att de enskilda brukarna då och då deltagit på gemensamma aktiviteter. För de tio brukarna framgick i var och ens journal notat om någon form av aktivitet under gångna året; 0 (bott i sex månader), 2, 4, 6, 7, 8, 13, 17, 22 och 66 gånger.”

MAR skriver att de aktiviteter som erbjuds de boende till stor del är gruppaktiviteter, gemensamma i huset, och den samvaro som finns i vardagen på avdelningen. De boende hon talar med är ändå i stort nöjda med aktiviteterna och tillvaron på Elgströmska, men önskemål uttrycks om mer utevistelse.

Enheten har samverkan med civila samhället (svenska kyrkan, Medborgarskolan) men det är svårt för enheten att få till ett samarbete med väntjänst och förklaringen är att väntjänst inte har några volontärer boende i området.

Analys

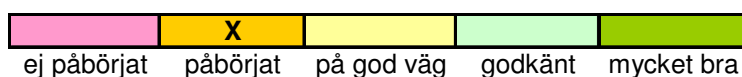
Granskningen kan inte få styrkt fullt ut att enhet lever upp till kriterier för Aktiv och meningsfull tillvaro. Ledningen har markerat med ett ”ja” för varje kriterie i en självvärdering. Enhetens arbete med en aktiv och meningsfull fritid är bara delvis framgångsrik men ungefär på samma nivå som kommunens eller något under. Efter flera års klagomål på att uteplats inte varit användbar har enhet åtgärdat underlaget och projektering av en ny uteplats kommer att ge en förbättrad utemiljö. Möjlighet till utevistelse och fysisk aktivitet är prioriterade områden enligt ”Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010” .

Att inte kunna styrka åtgärder på individnivå i en samlad dokumentation efter påpekandet om brist vid tidigare granskningar är inte bra. Problem med uppkoppling är inte ett tillräckligt skäl för att inte leva upp till överenskomna krav. En kraftansträngning krävs för att snabbt föra över nödvändig information till ett fungerande verksamhetssystem. (Detta stycke summerar en kritik som kommer att vara genomgående för brister i dokumentation. Se mer kap 4.13)

De funktionella utrymmen som skulle bli en profil för Elgströmska huset är fortsatt underutnyttjade. Enligt granskarnas förmenande skulle lokalerna kunna vara attraktiva för föreningar och eller frivilligverksamhet som om de fanns i huset skulle ha nära till att hjälpa de boende på olika sätt. Enheten skulle här kunna vara aktivare i sin problemlösning. Vid samtal framgår att samverkan med civila sektorn inte är prioriterat.

Värdering

Enhetens arbete med en aktiv och meningsfull tillvaro måste förbättras i flera avseenden och åtgärdsplan bör redovisas. De boende behöver fler individuellt inriktade aktiviteter, fler samordnade gemensamma aktiviteter. Utevistelse behöver bli bättre. Dokumentation över att den enskilde är delaktig behöver förbättras och samverkan med civila sektorn utvecklas.



Avtalsgranskning

Utlovad kvalitetsnivå för aktiviteter

Bedömningsgrund	Poäng anbud
C) Det finns planerade gruppaktiviteter med varierat utbud mer än 2 ggr/vecka för alla brukare och individuella aktiviteter 4 ggr/vecka för varje enskild brukare.	10
Kommentarer	Poäng nuläge
Det finns planerade gruppaktiviteter med ett varierat utbud 1 ggr/vecka för alla brukare och individuella aktiviteter 1ggr/vecka för varje enskild brukare	2

Attendo har lovat en kvalitet enligt C ovan. Bland valda alternativ ligger deras nuvarande prestation närmast den nivå som motsvaras av 2 poäng. Enheten menar att de har gruppaktiviteter 2 ggr/vecka men medger att de inte kan klarar 4 individuella aktiviteter i veckan för varje enskild brukare.

3.2 Bemötande

2 Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den enskilde är nöjd med bemötandet.	x	
Den enskildes integritet och självbestämmande respekteras av personalen.	x	
Den enskilde accepteras i sin sexualitet och har rätt att besluta om att vara sexuellt aktiv eller inte.	x	
Verksamheten har tagit ställning till hur olika livsåskådningar bland de äldre ska respekteras	x	

Enheten markerar ”ja” för alla kriterier utan att i text utveckla ”hur” de arbetar. Brukarundersökningen ger enheten ett mycket gott betyg på frågan om den boende är nöjd med personalens bemötande. 94 % av 35 svarande ger högsta betyg (bäst i kommun). Bemötandet är förbättrat stegvis sedan 2008. Vid besöket framkommer inget som direkt motsäger uppgifter om ett gott bemötande men vi blir lite frågande inför besked om att tidigare ledning inte investerat i att ersätta utsliten och trasig porslin med ny. En titt i några skåp visar porslin som om den vore hopplockad på en loppmarknad. Närvarande omvårdnadspersonal berättar att det händer att personal tar med porslin hemifrån för att de tycker synd om de äldre som ska behöva äta på plasttallrikar.

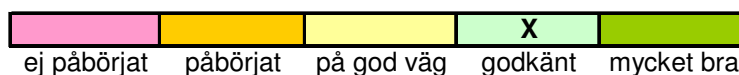
Analys

Attendo arbetar med värdegrundskoacher och tar enligt den lokala ledningen ett nytt tag i modellen som behöver förnyas för att inte stelna.

Med resultatet från tidigare uppföljningar och det goda resultatet från brukarundersökningen görs ingen djupare granskning av kvalitetsområdet och det finns ingen anledning att ifrågasätta enhetens egenvärdering enligt tabell ovan. Dock görs en koppling till ”bemötandet” under mat, måltid och nutrition nedan. Att inte underhålla en bra porslinsstandard är att nedvärdera de äldres behov av funktionell skönhet. Problemet med porslinet är uppmärksammat av den ”nya” ledningen och inköp görs inom kort. För bemötandet som helhet tar vi fasta på att brukaren i stor utsträckning markerar nöjdhet.

Värdering

Enheten klarar kriterierna för bemötandet och området är en styrka.



3.3 Kontinuitet

3 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	
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	

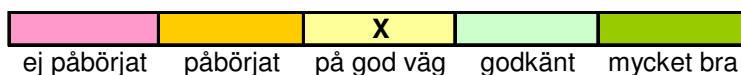
Enheten ser över scheman med målet att höja tjänstgöringsgrader för tillsvidare anställda så att behovet av vikarier minskar. Omvårdnadsguiderna som finns inne på rummet hos den enskilde vägleder i det dagliga arbetet. Kontaktpersonen har ansvaret att hålla guiden uppdaterad. Kontaktpersoner är certifierade och rutiner finns. Enligt ledningen behöver man bli bättre på att systematiskt informera den enskilde när denne berörs ändringar i tider och personalbyten. Uppdatering av kontaktmannainformation på varje rum är pågående. På våningarna ser vi att dörrarna mellan avdelningarna är stängda, till skillnad mot hur det var vid tidigare besök. Avdelningar eller grupper blir då mer fysiskt avgränsade och de långa korridorerna upplevs kortare.

”I checklistan efterfrågas om ”hjälpinsatserna planeras så att de utförs efter den enskildes behov och önskemål...”. Här hänvisar verksamheten till arbetssättet de har med omvårdnadsguiderna och att det där tydligt ska framgå ”vad brukaren behöver hjälp med och vad den klarar själv”. Det kan konstateras att det dock inte framgår något i dessa guider om vad den enskilde själv har för önskemål. Verksamheten menar att den planerade utbildningsinsatsningen om dokumentation kommer leda till att man uppfyller denna del också. I verksamhetssystemet framgår att kontaktperson finns utsedd till var och en av de tio brukarna, i regel är enbart kontaktpersonens förnamn noterat.” Biståndshandläggaren

Analys

Attendos system för kontaktmannaskap verkar vara väl tillämpat av enheten. Det vi diskuterade vid besöket var hur enheten jobbar med att organisera sitt arbete över planet. Risk finns att det blir för rationellt och att dörr står öppen mellan de två avdelningarna med följd av korridoren som öppnar sig blir oändlig och att personal jobbar med alla 20 boenden på planet. Ledningen försäkrar oss att den risken inte finns och att avdelningarna arbetar var och en för sig. (det hindrar inte att man hjälper varandra vid behov). Ledningen har stora förhoppningar på att inskolning i Attendos egna verksamhetssystem ska rätta till brister kopplade till dokumentation.

Värdering



Kontaktmannarutinerna är sedda för sig godkända men sammantaget med förbättringskrav i dokumentation blir bedömningen ”på god väg”.

Avtalsgranskning

Utlovad kvalitetsnivå för Kontaktmannaskap och kontinuitet

Bedömningsgrund	Poäng anbud
c) Utarbetade riktlinjer för kontaktmannaskap finns. Samtliga brukare har en utsedd ersättare för kontaktperson vid dennes frånvaro och möjlighet att byta kontaktperson vid behov. Kontaktpersonen och dennes ersättare strävar efter en vardaglig kontakt med brukaren	10
Kommentarer	Poäng nuläge
Riktlinjer finns redovisade. Rutiner finns och dokumentation redovisar ordning för ersättare, byte och vardaglig kontakt.	10

3.4 Mat, måltid och nutrition

4 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 i en lugn och trivsamt miljö.	x	x
Den enskilde bereds möjlighet att ta mat och äta själv.	x	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.	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	
Omvårdnadsmåltider används för personer med demenssjukdom.	x	

Enligt brukarundersökningen är 60 % nöjda med smaken på maten (kommun 57 %). Tidigare mätningar har legat mellan 69 till 72 % nöjda. Det är svårt för ledning att idag peka på vad som är annorlunda idag jämfört med tidigare.

Som vi sagt under kapitlet ”bemötande” så har vi observerats på att enheten inte investerat i nytt porslin de senaste åren med påföljd att måltidsmiljön påverkas. Måltiderna serveras på ett tilltalande sätt i en lugn och trivsamt miljö med undantag från status på porslin. Granskningsgruppen delas upp och vi äter på olika avdelningar. Dagens rätt är soppa och pannkaka. Det är fyra olika soppor som serveras i huset, en sorts soppa per plan. Det betyder dock inte att den enskilde kan välja om han eller hon vill ha exempelvis spenatsoppa eller köttsockpa. Den enskilde serveras den soppa som bestämts för planet. Enligt gruppens smak var de soppor som serverades av god kvalitet och pannkakan, sylten, grädden var av normalstandard.

Att den enskilde bör beredas möjlighet att ta mat och äta själv är ett krav som kan vara svårt att efterleva. De observationer vi gör när vi äter uppe på våningarna är att mat med något undantag portioneras ut. De som serverar har en bra dialog med gästerna och frågar vad som önskas. Om måltidssituationen anpassas efter individens funktionsförmåga är svårt att se och när individuella kostplaner saknas så kan vi där inte se hur måltidssituationen planeras efter individens behov.

Alla har inte en individuell kostplan i sin genomförandeplan.

Att hänsyn ska tas till traditioner och att system för egenkontroll av livsmedelshygien fungerar och att måltider och mellanmål sprids jämnt över dygnet går enheten i god för.

Det ska finnas rutiner för riskbedömning, åtgärder och uppföljning av vikt, närings- och vätskebehov samt mat- och vätskeintag, men det är ”precis påbörjat” enligt egenvärderingen.

Att omvårdnadsmåltider används för personer med demenssjukdom är ett kvalitetskrav vilket innebär att pedagogiska måltider ska användas målmedvetet där de behövs. Enheten kommer att markera vilken tur som har ansvaret för den pedagogiska måltiden i de nya scheman som skapas. Vid besöket åt man inte pedagogiska måltider.

Analys

Det är inte bra att enheten fortsatt saknar individuella kostplaner.

Om enheten inte har hunnit längre i sin samlade kompetensutveckling, se vidare under ”Medarbetare och ledarskap”, så påverkar det givetvis också hur den enskilde medarbetaren ska förhålla sig till demenssjukdomens yttringar som ofta är i kombination med andra sjukdomars funktionspåverkan. Det vi ser är kanske en följd av det saknas kunskap hos personal. Viktig kunskap om demenssjukdomar och dess yttringar och hur de ska bemötas.

”De boende jag äter tillsammans med uttrycker att de är nöjda med maten som brukar vara god. Min reflektion är att måltidssituationen var spretig och att personalen rörde sig mycket omkring, serverade och diskade efter hand, utan att vänta in alla de boende. Bemötandet och stämningen var dock positiv och lugn. Syftet med den pedagogiska måltiden på boende för personer med demenssjukdom behöver lyftas. Förbättringar finns att göra och ledningen påtalar att erfarenheter och kunskaper från kostprojektet ska spridas i huset. Här ser jag en koppling till behov av ökad kompetens i demensvård.” MAR

”Syftet med den ”pedagogiska måltiden” på boende för personer med demenssjukdom behöver lyftas på enheten. Eftersom personalen inte sitter ner i matsituationen skapar det en oro, konsekvensen blir att inte heller brukarna sitter still. Den pedagogiska måltiden är att sitta med vid matbordet under måltiden. Enligt ”Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 ” framgår det att det är viktigt med en lugn måltidsmiljö och individuellt anpassat stöd vid måltiden. Personer med demenssjukdom har svårt att tolka matsituationen och förstå vad man ska äta och hur man ska äta.” MAR

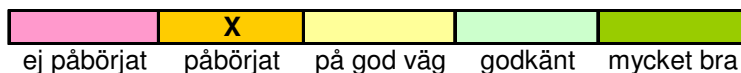
”Läkemedlen överlämnades i samband med måltiden. Enligt Riktlinjen för läkemedelshantering i Örebro län ska läkemedlen överlämnas i brukarens lägenhet innan/efter måltiden. Sjuksköterskan har påtalat behov av läkemedelsskåp i brukarens lägenhet, dock saknas skåp för förvaring av läkemedel i brukarens lägenhet. Konsekvenser av detta kan innebära ett institutionellt sätt att överlämna läkemedel i för att brukarens integritet beaktas.” MAS

På de ”kostkort” som används idag framgår endast sådant som allergier, matning o.dyl. En tanke uttrycks från ledningen att Senior Alert ska kunna vara en del i förbättrad bedömning och planering.” MAR

Värdering

MAS och MAR:s slutsats är att ”förbättringar finns att göra och ledningen påtalar att erfarenheter och kunskaper från kostprojektet ska spridas i huset. Här finns en koppling till behov av ökad kompetens i demensvård. Den individuella planeringen för hur matsituationen anpassas efter individens funktioner, behov och önskemål behöver förbättras och funktions- och aktivitetbedömning kring matsituationen behöver utvecklas. Vårdplaner för risk för undernäring måste utvecklas.

Nationella kvalitetsregistren gör möjlighet till att strukturera, bedöma risker för den enskilde.”



Avtalsgranskning

Utlovad kvalitetsnivå för Måltidsmiljö och nutrition

Bedömningsgrund 1	Poäng anbud
C) Lokal plan för nutrition och god måltidsmiljö finns på boendet samt individuella nutritionsplaner för alla brukare. Vårdpersonal har adekvat utbildning för att medverka till en optimal måltidssituation.	10
Kommentarer	Poäng nuläge
Ingen lokal plan finns och enhet har inte individuella planer för alla brukare. God måltidsmiljö är svår att nå med bristfällig porslin att duka med och att servera med. Pedagogiska måltider används sparsamt. En våning har varit med i kostprojekt. Planer och idéer finns. Nytt porslin är på gång.	2

3.5 Personlig omvårdnad och service

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

Resultat

Att den enskilde stimuleras att använda sin förmåga att klara sig själv fungerar enligt enheten inte på alla avdelningar. Arbetsterapeut behöver ge vissa en ”muntlig guidning” upprepat.

”De boendes möjlighet att stimuleras till att använda sin förmåga att klara sig själv säkerställs genom arbetsterapeutens bedömningar samt omvårdnadsguider och genomförandeplaner, som kontaktmannen ansvarar för. Arbetsterapeutisk bedömning av aktivitetsförmåga görs på alla nyinflyttade boende och dessa finns strukturerat dokumenterade i arbetsterapeutens journal i HSL-journalen i de journaler jag granskat. I Aktivitetsbedömningarna framgår vad personen klarar och vilket stöd hon behöver i olika aktiviteter kopplade till den personliga vården. Kontaktmannen ansvarar för att fylla i en omvårdnadsguide som sätts upp på insidan av badrumsskåpen i de boendes lägenheter. Vi får berättat för oss att omvårdnadsguiderna ska grundas på det som framkommer i HSL-journalen och ge handledning i omvårdnads-situationen. Ledningen säkerställer att ett varsamt handlag används och diskretion visas vid all kroppslig omvårdnad genom att lyfta denna typ av frågor regelbundet på teamträffar.” MAS, MAR

Den enskilde får hjälp att sköta sina syn- och hörselhjälpmedel efter sina behov och önskemål. I den dagliga omvårdnaden har kontaktpersonen ett stort ansvar.

Den enskilde får vid behov hjälp med daglig munvård och det ska finnas upprättad individuell dokumentation för hur munvården ska genomföras. Enheten har enligt uppgift nödvändiga uppgifter i sin omvårdnadsguide men uppgifter behöver utvecklas i genomförandeplanen.

”Nio brukare har fått en munvårdsbedömning. Underlaget för munvårdsbedömning förvaras i en pärm hos sjuksköterskan. I samband med munvårdsbedömningen har flera brukare förskrivits en speciell tandkräm som ska användas två gånger dagligen” MAS

Den enskilde stimuleras att upprätthålla sin kontinens och toalettbesök ersätts inte av inkontinenshjälpmedel. MAS skriver att i fem journaler finns vårdplaner för inkontinensproblematik. Övriga journaler visar exempelvis att brukaren är inkontinent och behöver hjälp att komma på toaletten, förstoppning som behandlas med läkemedel eller att brukaren är kontinent och sköter toalettbesöken självständigt.

Den enskilde ska få hjälp att hantera eventuell oro och ångest, och den enskilde ska i möjligaste mån inte uppleva smärta och smärtbehandlingen ska vara individuellt anpassad. MAS finner att i en journal finns en vårdplan angående smärta. I fem journaler finns enstaka anteckningar om smärta som behandlas med läkemedel. Oro, beskrivs i fyra journaler, varav en journal med vårdplan. En av dessa journaler visar att brukaren har problem med både smärta och oro. Övriga brukare verkar inte av journaler att döma besväras av oro.

Enligt ledningen har Elgströmska förbättrat sig i omvårdnad och Attendos egen uppföljning visar att enheten förbättrat sitt kvalitetsindex från 68 % till 86 %.

Service/hemliv

Den enskildes kläder tvättas, stryks och lagas vid behov. Enheten utför inga lagningar. Finns behov får kläder tas om hand av anhöriga eller skickas iväg.

Lägenhet och gemensamma utrymmen städas regelbundet och vid behov. TS- städ har uppdraget att städa de gemensamma utrymmena och kontaktpersonen sköter lägenheten. Vårt besök visar rena utrymmen och det finns inga störande lukter.

Analys

”Det är positivt med omvårdnadsguiderna att det på flera ställen framkommer strategier om hur situationen ska anpassas utifrån brukarens behov. Det som inte tydligt framkommer i aktivitetsbedömningarna eller på omvårdnadsguiderna är den boendes egna önskemål och vanor kopplade till aktivitet. De egna önskemålen ska enligt det vi får berättat för oss framgå i genomförandeplanerna, som i nuläget endast finns på papper. Vid journalgranskningen framgår också att det inte alltid stämmer överens, det som står i omvårdnadsguiden med det som står i HSL-journalen t.ex vad gäller larm och andra skydds- och begränsningsåtgärder. Det är viktigt att rutiner för detta säkras.

Ett tydligare teamsamverkan där även sjuksköterskans bedömning finns med behövs för att omvårdnadsguiderna ska vara ett säkert verktyg i vardagen. Det framgår att det är svårt att få tid att göra detta tillsammans.

Ett annat område är att sjuksköterskans roll vid munvårdsbedömning är otydlig i dokumentationen.

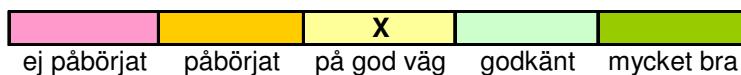
Angående smärta, oro och inkontinens är det svårt att se den röda tråden i planeringen av vården. Det saknas planering av omvårdnadsåtgärder i dokumentation. Det saknas vårdplaner för att inte smärta, oro och inkontinensproblematik ska uppstå”. MAS OCH MAR

Värdering

MAS och MARS slutsats är att ”Ledningen på Elgströmska har uppmärksammat förbättringsbehov vad gäller brukarnas möjlighet att stimuleras till att använda sin förmåga och en utbildning i social dokumentation och rehabiliterande förhållningssätt planeras inom kort.

Rutiner för omvårdnadsguiderna inklusive munvård, måste säkras vad gäller informationen och teamsamverkan.

Utveckling av dokumentation i vårdplaner pågår i Örebro kommun och denna utveckling är även viktig för Elgströmska huset. Här finns det utmaningar eftersom Elgströmska huset går över till ett eget verksamhetssystem”.



3.6 Vård i livets slut

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

Palliativa registret

Mätperioden 1 juli 2011-30 juni 2012 visar att 12 brukare har avlidit.

Kvalitetsindikator	Elgströmska	Örebro totalt	Målvärde
Eftersamtal erbjudet	58	69	100
Läkarinformation till patienten	58	57	100
Uppfyllt önskemål om dödsplats	0	38	100
Munhälsa bedömd	58	76	100
Trycksår vid dödsfallet	92	87	90
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	100	83	90
Utförd validerad smärtskattning	0	22	100
Lindrad från smärta	100	78	100
Lindrad från illamående	100	81	100
Lindrad från ångest	100	77	100
Lindrad från rosslig andning	100	67	100
Läkarinformation till närstående	83	77	100
Antal vårdtillfällen totalt	12	848	

MAS skriver att ”Resultatet visar att Elgströmska huset har uppfyllt målen när det gäller mänsklig närvaro i dödsögonblicket, lindring från smärta, illamående, ångest och från rosslig andning i förhållande till Örebro kommuns resultat. Det finns lokala rutiner för vård i livet slutskede. Sjuksköterskan avgör alltid om vak ska sättas in.” Hon fortsätter ” Vid en granskning av tio journaler framkommer att nio journaler visar att allmän palliativ vård inte är aktuellt. I en journal finns dokumentation om palliativ vård och läkemedel som kan användas vid brytpunkten.”

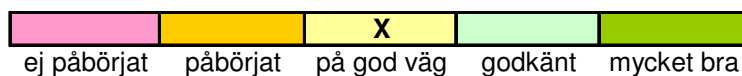
Analys

Enligt MAS analys så finns det en lokal rutin för palliativ vård, men trots detta verkar det inte alltid som om eftersamtal erbjuds. Enheten har i sin egenvärdering också pekat på att det finns förbättringar att göra. Även mycket svåra frågor som att prata med brukaren om exempelvis att var man vill avsluta sitt liv måste beaktas.

Teamarbetet i den palliativa vården är otydligt då det inte framgår hur teamarbetet fungerar i de granskade journalerna.

Värdering

”Förbättringsområden är att erbjuda eftersamtal, läkarinformation till patienten, validerad smärtskattning, trycksår vid dödsfallet och bedömd munhälsa.” MAS



3.7 Den enskildes skydd

7 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 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	
Larm fungerar och är individuellt anpassade samt svarstid är så kort som möjligt.	x	

Den enskilde känner sig trygg med sin vård och omsorg visar brukarundersökningen. Nöjdhet är 94 % (fler än 9 av 10 anger en nöjdhet mellan 8 -10). (Örebro 76 %) Medelvärde på trygghet är 93 (Örebro 84)

Kvalitetsgruppen ser till att rutiner finns för att den enskilde ska hållas fri från vårdskador och missförhållanden. I år finns inga allvarliga händelser anmälda enligt Lex Sarah och inga klagomål har kommit Örebro kommun till känna. Ledningen uppger att klagomål finns och hanteras enligt rutin men rapporteras bara till Attendo månadsvis. Alla klagomål måste man redovisa åtgärder för.

”Lokal rutin finns kring skydds- och begränsningsåtgärder och det finns också ett häfte om risker med att sitta i rullstol och hur andra åtgärder ska beaktas än bälte. Vårdplaner kring skydds- och begränsningsåtgärder finns upprättade i sex av de tio granskade HSL-journalerna. Vi informeras att det just nu är två boende på Elgströmska som har bälte i rullstol och att diskussion pågår kring ytterligare en boende. Inga skydds- och begränsningsåtgärder är registrerade i journalen under sökordet skydds- och begränsningsåtgärder.

Risker för trycksår registreras, förebyggs, åtgärdas och följs upp. I fem journaler framgår det att det finns en registrering i Senior Alert. I två journaler finns registreringar kopplade till vårdplaner. Övriga journaler visar ingen registrering i Senior Alert. Däremot framgår det i två journaler att det finns vårdplaner kopplat till trycksår och skavsår och en bedömning enligt Nortonskalan. Totalt antal riskbedömningar i Senior Alert från och med oktober 2011 är 78 st och antalet riskbedömningar per plats är 0,98.” MAS och MAR

Rekommenderade sårvårdsprodukter används i samband med behandling av sår.
Landstingets rekommendationer för sårvård följs

”Personalen känner till hur avvikelshanteringen går till och gör avvikelserapporter vid behov. Samtliga avvikelser diskuteras på regelbundna kvalitetsmöten, som leds av enhetschefen. Kvalitetsmötets funktion beskrivs som en åtgärd för undvika vårdskador och missförhållanden. Samråd pågår om hur MAS/MAR/SAS i Örebro kommun ska kunna följa upp avvikelser på Elgströmska efter bytet av verksamhetssystem.” MAS och MAR

Inom läkemedelshanteringen dominerar avvikelser ”Glömd dos” (23 st), trots det har ingen brukare kommit till skada. Ett observandum enligt MAS är att ”Glömd dos” handlar om att vårdpersonalen har hittat läkemedel i brukarens säng, fel i ordinationshandlingen, brukaren har fått läkemedel trots att de varit utsatta samt att en brukare har haft ett läkemedelsplåster under för lång tid.

Hur avvikelser hanteras har också granskats i de 10 journalerna. Granskningen visar att avvikelserna handlar om ”glömd dos” och ”fall”. Bara i två av tio journaler har chefen signerat avvikelserna. Chefens signering är viktig i systemets säkring och ledningen menar att man ännu inte hunnit ikapp tidigare lednings underlåtenhet.

Fallskador förebyggs med individuella och generella åtgärder.

”På Elgströmska har under första halvåret 2012 rapporterats 12 avvikelser ”Fall med skada” samt 44 som ”Fall utan skada”. Detta är under genomsnittet i Örebro kommuns vård och omsorgsboenden.” MAS och MAR

Enheten har i stort fungerande egenkontroll för hygien.

I samband med nyanställning, semesterintroduktion av personal och i det dagliga arbetet, används riktlinjen för basal hygien. Personalen har dock inte skrivit på ansvarförbindelsen som finns i riktlinjen. MAS

Larm fungerar och är individuellt anpassade samt svarstid är så kort som möjligt. Larm utprovas individuellt och passiva larm finns med bland skydds- och begränsningsåtgärderna i den lokala rutinen och i dokumentationen.

Analys

”På Elgströmska har registrering i Senior Alert just börjat och ingen plan finns för hur åtgärder kopplade till riskbedömningarna ska bli med i den individuella planeringen. Detta är ett förbättringsområde där jag inte uppfattar att någon samlad ansats finns.

Avvikelser Fall med skada och Fall utan skada ligger lite under genomsnittet i Örebro kommuns vård och omsorgsboenden.

Från avvikelser ”Glömd dos” (23 st) gjordes ett stickprov på 10 avvikelser för att kontrollera hur avvikelserna har hanterats i verksamheten. Dessa visar att omvårdnadspersonalen glömmar att överlämna läkemedel och i sex av dessa avvikelser försöker sjuksköterskan att påminna om vikten att inte glömma att överlämna läkemedel till brukaren. Stickprovet visar att chefen inte har signerat att de har läst avvikelserna

Samma analys gjordes med ”Övriga läkemedel” (13 st). Även dessa avvikelser handlar om brister i överlämnade av läkemedel. Det kan beskrivas som om omvårdnadspersonalen inte följer rutinen för att överlämna läkemedel till brukaren, eftersom läkemedlen ligger kvar bl.a. i sängen och hittas på golvet. En av 13 avvikelser var signerad av chefen

En konsekvens av att personalen inte skrivit på ansvarförbindelsen för hygienrutiner kan leda till otydlighet i ansvaret och det inte tas på allvar.

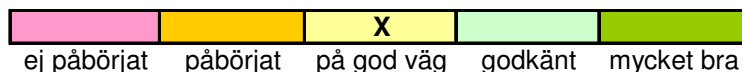
Skydds och begränsningsåtgärder som granskats framgår ej riskbedömning tydligt och inte heller personens samtycke. Enligt den regionala riktlinjen ”Skydds och begränsningsåtgärder inom vård och omsorg för personer med allvarlig kognitiv störning” och även den lokala riktlinjen ska riskanalys göras och samtycke dokumenteras.

Det är svårt att i journalerna få en tydlig bild över sammanhanget där skydds- och begränsningsåtgärden blivit aktuell och vilka andra åtgärder som också görs kopplat till samma problem, eftersom man utgår från vårdplaner namngivna skydds- och begränsningsåtgärd. Förklaringen vi får på detta är att dessa vårdplaner ska vara lätta att hitta. Positivt är att det i flera journaler framgår att man varit lyhörd för och observant på den boendes upplevelse och reaktion på skydds- och begränsningsåtgärd samt att skydds- och begränsningsåtgärder diskuteras i samråd i teamet.” MAS och MAR

Värdering

Enligt MAS och MAR behöver på enheten utvecklas ett gemensamt arbetssätt hur riskbedömning i Senior Alert ska leda till åtgärder i den individuella vårdplaneringen. Ansvar för förtydligas vid överlämnandet av läkemedel. Uppföljning av avvikelser måste säkerställas.

Vad gäller skydds och begränsningsåtgärder behövs förbättringar framför allt vad gäller tydligare riskanalys och samtycke. Ett förbättringsområde är att riktlinjen för hygien måste följas i alla delar.



Avtalsgranskning

Utlovad kvalitetsnivå för Basal hygien

Bedömningsgrund	Poäng anbud
Utföraren skall se till att personalen har tillräcklig kompetens i hygienfrågor samt att följa riktlinjer för basal hygien inom Örebro kommun.	4
Kommentarer	Poäng nuläge
Enheten har fungerande egenkontroll av hygien	4

3.8 Delaktighet

8 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	X
Den enskilde erbjuds själv eller tillsammans med anhöriga att beskriva sin levnadsberättelse, sina önskemål och göra sina målformuleringar.	X	
Den enskildes vård- och omsorgsbehov planeras och utvärderas genom att regelbundet följa upp mål i dokumenterade genomförandeplaner.	X	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	
Den enskilde kan påverka sin vardag och sin miljö i gemensamma utrymmen.	X	
Den enskilde ska alltid erbjudas bästa möjliga vårdform enligt Örebro kommuns riktlinjer vid demens där trygghet, meningsfullhet och säkerhet kan erbjudas.		

I brukarundersökningen mäts inflytande och delaktighet med frågan om ”Hänsyn tas till åsikter och önskemål om den hjälp du vill ha?” Resultatet visar 76 % nöjda och det är bara två enheter som har högre andel nöjda (snitt för Kommunen 64 %). Medelbetyget är 83 för Elgströmska jämfört med 79 för kommunen.

”I checklistan efterfrågas om den enskildes behov av att vara individ syns i den individuella planeringen. Verksamheten har svarat att ”Detta arbete är ett utvecklingsområde och vi gör dessa idag i pappersform” De hänvisar till svårigheter att kunna dokumentera i kommunens system. Det kan konstateras att annan dokumentation ändå har förts relativt regelbundet samt att man skapat dokument och lagt in i nuvarande system. Det torde därför inte vara tillräcklig orsak till att exempelvis välkomstsamtal, uppföljningssamtal, genomförandeplaner inklusive målbeskrivningar och levnadsberättelser saknas helt i systemet. Biträdande verksamhetschef uppger att de planer som idag finns i pappersform inte heller uppfyller kravet på en fullgod genomförandeplan. Vidare nämns att de målbeskrivningar som finns i pappersplanerna är för generella och därför undermåliga samt att målen inte följs upp. Det informeras också om att levnadsberättelserna, som finns i pappersform, kommer att läggas in i verksamhetens nya dokumentationssystem. Rörande den övriga sociala dokumentationen kan det konstateras att det, i merparten av de tio granskade journalerna i verksamhetssystemet, inte har gjorts någon fortlöpande/regelbunden dokumentation. Noterats har att det dock varierar hur ofta fortlöpande dokumentation sker av personal. Nämnas kan att viss personal som arbetar natt har gjort god fortlöpande dokumentation kring enskilda brukare”.
Biståndshandläggaren

Den enskildes behov säkerställs genom teamarbete mellan personalkategorier och över dygnet

”Regelbundna teamträffar genomförs på varje avdelning där sjuksköterska och arbetsterapeut deltar. Kortfattad anteckning från teamträff finns i de journaler som granskats under Samordning. Av dokumentationen i 9 av 10 journaler framgår det inte om brukaren har varit närvarande vid den samordnade planeringen. Det saknas samtycke helt i fem journaler”. MAS och MAR

Den enskilde kan påverka sin vardag och sin miljö i gemensamma utrymmen.

Den enskilde ska alltid erbjudas bästa möjliga vårdform enligt Örebro kommuns riktlinjer vid demens där trygghet, meningsfullhet och säkerhet kan erbjudas.

”Möjligheten att byta vårdform, enligt Örebro kommuns riktlinje vid demensvård har inte blivit förankrad i arbetssättet på Elgströmska. Som orsak till detta anges att man inte fått med detta vid samtalen med anhöriga och att detta arbetssätt inte drivits av tidigare chefer. Som förbättring anges att dialogen kring byte av vårdform ska vara med redan vid den första planeringsträffen med anhöriga.

Idéer finns idag från ledningen att omlokalisera ett av vårdboendena så att det istället är vårdboende på planets båda avdelningar. Följaktligen blir det gruppboende på det andra planet. Detta för att man ska kunna stärka skillnaden i vårdform och särskilja kompetensen bättre.” MAS och MAR

Analys

”Om planeringen av vården sker utan den boendes medverkan finns risk att den boendes egna önskemål inte tas hänsyn till. Det kan å andra sidan vara så självklart att den boende har varit närvarande, att det inte dokumenteras. Konsekvensen av att inte byta av vårdform erbjuds kan bli att personen med demenssjukdom inte alltid erbjuds en vårdmiljö utifrån sina behov och vårdnivå.

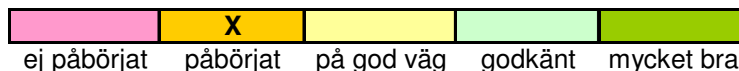
Inriktningarna i vårdformerna riskerar att utarmas och det är svårt att upprätthålla personalens specifika kompetens. MAS OCH MAR

Genomförandeplaner och levnadsberättelser saknas helt i verksamhetssystemet. De uppges återfinnas i pappersform. Verksamheten har haft två år på sig, sedan förra granskningstillfället, att dokumentera planer och berättelser i det befintliga verksamhetssystemet. Detta har inte skett. Dokumentationen som finns är knapphändig och kan inte ses som regelbunden. Alla brukare har utsedd kontaktperson. Utbildningsatsning kring social dokumentation uppges komma igång under hösten 2012. Målet, angivet av verksamhetscheferna, är att fullvärdig dokumentation på så sätt kommer att säkras”. Biståndshandläggaren

Värdering

”Den boendes delaktighet och önskemål behöver tydliggöras. Möjligheten att byta vårdform behöver ingå i informationen i samband med inflyttning och hålla frågan ständigt aktuell, med den boende och anhöriga”. MAS och MAR

Enheten lever inte upp till krav på individuell planering med genomförandeplaner.



Avtalsgranskning

Utlovad kvalitetsnivå för Individuell planering

Bedömningsgrund	Poäng anbud
b) Utföraren bjuder in brukaren och/eller närstående till vårdplanering och upprättar tillsammans den individuella vårdplanen och dokumenterar i kommunens IT-baserade dokumentationssystem 2 ggr /år.	10
Kommentarer	Poäng nuläge
Enheten har ej systematiskt dokumenterat i kommunens IT baserade dokumentationssystem. Därav följer svårigheter att veta om inbjudningar skett och upprättande skett tillsammans. Svårigheter med inloggning till trots kan en dokumentation ske.	0

3.9 Hälsa- och sjukvård

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

Resultat

I samtliga granskade journaler tyder diagnoserna på en multisjuklighet och stora sammansatta vårdbehov. Den huvudsakliga diagnosen är någon form av demenssjukdom. Andra stora områden är exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar och rörelseorganens sjukdomar. Andra diagnoser som är ställda tidigare i livet är exempelvis utbrändhet och klimakteriebesvär. I två av de granskade journalerna är brukarna födda i början av 1950-talet.

”Legitimerad arbetsterapeut med fördjupad utbildning i demens finns på boendet 100 %. Arbetsterapeuten har god kompetens och är en viktig resurs på Elgströmska. Hon deltar vid teamträffar på samtliga avdelningar och gör funktions- och aktivitetsbedömningar på alla boende i samband med inflytt. Medicintekniska produkter, hjälpmedel finns tillgängliga efter förskrivning av arbetsterapeut. Förskrivning och uppföljning finns väl dokumenterad i de journaler som granskats.

Arbetsterapeuten på Elgströmska medverkar också i kommunens nätverk för arbetsterapeuter och har varit aktiv i utarbetandet av den länsgemensamma kognitiva checklistan vid ADL-bedömning.

Sommaren 2012 visades det sig att den person som fått sommarvikariatet för arbetsterapeuten ej hade godkänd utbildning och saknade legitimation. Den uppkomna situationen hanterades genom överenskommelse med MAR. Personen anställdes som arbetsterapibiträde och arbetade på instruktion och med handledning från den ordinarie arbetsterapeuten och arbetsterapeut från Berggården.

Varje boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och varje sjuksköterska har omvårdnadsansvaret för två grupper. Ingen av sjuksköterskorna har någon vidareutbildning inom demens. Sjuksköterskan följer riktlinjen för instruktion och delegering genom att vissa delar inom

läkemedelshanteringen delegeras. Arbetsuppgifter som kan komma ifråga gällande individuella instruktioner, utförs av sjuksköterskan.

Sjukgymnaststödet fungerar enligt ledningen och arbetsterapeuten bra. Sjukgymnasten besöker regelbundet Elgströmska och finns också tillgänglig som konsult övrig tid vid behov.

Läkarstödet från vårdcentralen har under det senaste halvåret inte fungerat optimalt. nio olika läkare har kommit på läkarronderna på Elgströmska, vilket inte leder till god kontinuitet i läkarstödet. Läkaren från vårdcentralen gör hembesök två ggr/v på Elgströmska huset. Sjuksköterskan ansvarar för att den brukare som behöver ett läkarbesök, får det. Närstående har möjlighet att närvara vid läkarbesöket.” MAS och MAR

Läkemedelsgenomgångar genomförs inte regelbundet för alla där den enskilde är delaktig, enligt enhetens självvärdering.

”Av dokumentationen i fyra journaler framgår det att läkemedelgenomgångar är gjorda, men det är otydligt hur brukaren har fått information i samband med läkemedelsgenomgången. I sex journaler är det otydligt om läkemedelsgenomgångar är gjorda. Totalt antal läkemedelsgenomgångar under 2012 är nio st. MAS OCH MAR

För patientens säkerhet finns idag viss gemensam dokumentationshantering som ska underlätta vid flytt mellan huvudmän. Sjuksköterskan har ansvaret för att kontrollera MEDDIX, enligt en rutin som finns i Örebro kommun. Det är otydligt med vilken systematik som MEDDIX kontrolleras. Att söka information om brukaren kan idag inte göras i NPÖ, den sammanhållande journalföringen, eftersom Elgströmska huset saknar en koppling till nationell patientöversikt.” MAS och MAR

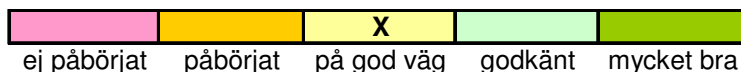
Analys

Uppföljning kring sommarvikariatet för arbetsterapeut för 2011 visar att det ändå fungerade och att patientsäkerheten i de rehabiliterande åtgärderna var tillräcklig.

Rutin för att ta del av vårdplan i Meddix behöver förbättras för att Örebro kommuns riktlinje ska följas. Konsekvenser av att inte ha tillgång till NPÖ innebär att enheten inte kan inhämta information om brukaren på samma sätt som inom ett kommunalt vård och omsorgsboende. MAS och MAR

Värdering

Sommarvikariat måste säkras för legitimerad personal. Enligt ledningen kommer rekryteringen att ske tidigare för att detta ska undvikas. Rutinerna för informationsöverföring från MEDDIX och NPÖ måste säkerställas. Antalet läkemedelsgenomgångar måste öka. MAS och MAR



Avtalsgranskning

Utlovad kvalitetsnivå för Rehabilitering

Bedömningsgrund 1	Poäng anbud
b) Arbetsterapeut finns på plats i verksamheten 40 timmar/vecka	10
Kommentarer	Poäng nuläge
Arbetsterapeut finns men uppbackning är tveksam. Hur ordnas med vikarier vid eventuell frånvaro. I sommar var enhet utan legitimerad arbetsterapeut.(sem veckor)	10

3.10 Anhörigstöd

10 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	
Enheten informerar om och förmedlar kontakt med Anhörigcentrum.	x	

Enheten har ett anhörigråd som har regelbundna möten och ledningen berättar att de aktivt försöker använda sig av rådet i utvecklingsarbetet. Inget av fakta om enheten döljs för rådet. Enligt enheten anordnas anhörigträffar regelbundet men anhörigrådet har önskemål om ännu fler träffar. Anhörigcentrum väntar på att enheten ska anmäla deltagare till anhörigombudsutbildningen vilken arrangeras två ggr per år och omfattar en heldag per deltagare. Enheten informerar och förmedlar kontakt med Anhörigcentrum och har använt sig av centrum som en resurs i stödjandet av anhöriga.

Analys

Enheten markerar ett ja för alla kriterier utom ett. Det verkar som uppdraget att utveckla anhörigstödet stannat upp. Ambitioner finns och uttrycks väl i ord. Det är bra att ett anhörigråd kommit till och att anhöriga är en resurs i arbetet men ledningen behöver gå vidare med att tillmötesgå önskemål om anhörigmöten och att utbilda ombud.

Värdering

Enheten har förbättrat sitt anhörigstöd genom åren. Behöver nu bara fortsätta på den inslagna vägen och genomföra sina planer.

			X	
ej påbörjat	påbörjat	på god väg	godkänt	mycket bra

3.11 Tillgänglighet och information

11 Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Beskrivning om utförarens tjänster och profil finns framtaget och presenterat 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	
Boendet är väl skyltat för att underlätta tillgänglighet för besökare.	x	
All personal bär väl synliga namnskyltar.	x	
Klagomålshantering fungerar	x	

Enhetens uppgifter på hemsidan är uppdaterade. Skriftlig information med kontaktuppgifter finns.

Verksamheten är tillgänglig och serviceinriktad. Det finns säkrade rutiner för kontakt via telefon, e-post och vid besök.

Utföraren svarar för att den boende får hjälp med information såväl vid tal, syn- och hörselnedsättning som vid annan språktillhörighet. Tolk anlitas vid behov och enheten har ett avtal med Närketolk.

Boendet kunde vara bättre skyltat för att underlätta tillgänglighet för besökare. Tidigare synpunkter på skyltning har ännu inte åtgärdats. Inomhus sker vissa förbättringar och en ny besökare har idag lite lättare att orientera sig fram till rätt våning och avdelning via trappor och hiss.

Vid besöket kan konstateras att all personal bär väl synliga namnskyltar.

Klagomålshantering fungerar inte såtillvida att klagomål inte redovisats för kommunen utan enbart till Attendo, som kräver regelbunden redovisning av att klagomål hanterats och åtgärdats.

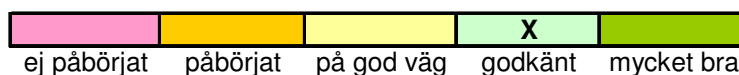
Analys

Attendo och Elgströmska har framfört krav på att få enheten bättre skyltad men inte fått gehör hos fastighetsägaren.

Klagomålshanteringen kommer att förbättras och ledningen är nu på det klara med vad som krävs.

Värdering

Området är en styrka för enheten och det finns en medvetenhet om vad som behöver fortsatt utveckling.



3.12 Medarbetare och ledarskap

12 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	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	
Personalen har grundläggande kunskaper inom X och möjlighet till ständig fortbildning/fördjupning inom området (X = andra kunskapsområden viktiga för granskad verksamhet)		
Personalomsättningen bevakas för att säkerställa kontinuitet för den enskilde		

Ledarskap och organisation

Ansvar för olika arbetsuppgifter är tydligt och enheten har en förmåga eventuella brister	x	
Enheten arbetar systematiskt med ständiga förbättringar.	x	
Resultatet från medarbetarenkäten används för att förbättra organisationen	x	

Elgströmska huset har klart färre anställda än övriga boenden i kommunen. Man bör då beakta att enheten enligt avtal har en ersättning som är cirka 200 kr lägre per plats och dygn än kommunens enheter. Att man ändå lyckas få ett schema som lever upp till krav i avtal beror på att man samordnar schemat mellan två grupper. Vid en genomgång av enhetens schema visar det sig dock att enheten totalt både dag och kvällstid har en grundbemanning över dygnet som ligger under den norm för demensvård som tagits fram i utredning av Stockholms läns äldrecentrum⁶.

Det är svårt att få en redogörelse på vilka kunskaper de anställda har. Den nya ledningen har ingen samlad bild och håller på med planer för framtiden.

Omvårdnadspersonal ska vara utbildad undersköterska eller ha genomgått omvårdnadsprogrammet samt bör ha erfarenhet av vård- och omsorgsarbete.

Olika uppgifter förekommer om andel utbildade undersköterskor, från 85 % till 92 %.

⁶ "Lämplig Bemanning på särskilt boende avsedd för personer med demenssjukdom" S-E Wångrell, B Trygg. Rapporten Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2010:10

All personal ska behärska svenska språket på ett sådant sätt att han/hon kan kommunicera muntligt och skriftligt. Enheten kan inte gå i god för att krav på språkförmåga gäller alla medarbetare och planer finns för att med hjälp av vuxenutbildningen stödja personal i utveckling av språket.

I diskussion om säkerhet berättar chef att enheten har problem med några medarbetare där slutsats har blivit att de bör skiljas från sina arbetsuppgifter. Det handlar om att medarbetarna ska leva upp till en standard som Attendo kan stå för.

Enheten håller på att utveckla en plan för långsiktig kompetensutveckling som berör alla personalkategorier (för individen, arbetsgruppen och enheten)

”Ledningen redogör för planering kompetensutveckling där all personal ska genomgå Demens ABC under 2012. Under 2013 planeras demensutbildning utifrån behov. BPSD-registret som nu börjar införas i Örebro kommuns demensboenden är enligt ledningen ännu inte med i planeringen på Elgströmska. All personal tar del av kommunens lyftkörkortutbildning. Det saknas strategisk kompetensplan för de olika yrkeskategorierna. Det finns en otydlighet beträffande ansvarfördelning för olika arbetsuppgifter och hur eventuella brister ska åtgärdas.” MAS OCH MAR

Personalomsättningen bevakas för att säkerställa kontinuitet för den enskilde och enheten har en relativt låg omsättning på personal enligt uppgift.

De två cheferna har ca 34 underställda var. Sjuksköterskorna på avdelningarna är ledare för omvårdnadsarbetet och deras roll som chefernas förlängda arm är under utveckling enligt uppgift. Ansvar för olika arbetsuppgifter håller på att tydliggöras för att enhetens förmåga att åtgärda brister ska förbättras.

Attendos kvalitetssystem kräver ständiga avrapporteringar och enheten arbetar enligt uppgift systematiskt med ständiga förbättringar och har godkända prestationer enligt Attendo.

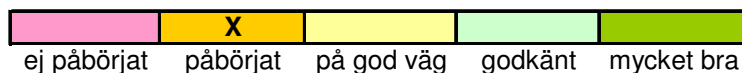
Analys

”Vår reflektion är att Demens ABC är på introduktionsnivå och att högre kompetens i demensvård behövs på boende för personer med demenssjukdom. Tydliga kompetensutvecklingsplaner behövs. Vi vill speciellt lyfta fram kompetensutveckling för sjuksköterskor, som verkar saknas. Kompetensutvecklingen bör innehålla en fördjupad kunskap om det friska åldrandet och fördjupad kunskap om sjukdomar under åldrandet, som är av största vikt för att säkerställa god hälso- och sjukvård. Kompetensutvecklingen bör i första hand vara fördjupad kunskap om demenssjukdomar, men även om exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar och/eller rörelseorganens sjukdomar. Konsekvensen av otydlighet i ansvaret för olika arbetsuppgifter innebär en godtycklighet exempelvis hur Senior Alert bedömningar ska bli ett underlag i den individuella vårdplaneringen och hur den boendes önskemål ska framgå i dokumentationen. Då vi läser tillbaka i tidigare verksamhetsuppföljningar framgår att flera förbättringsområden har uppmärksamats tidigare, men ännu ej blivit åtgärdade” MAS, MAR

Vid uppföljningen 2009 identifierades att kompetensplan saknades. Byten av chefer och den tid som gått gör att det fortsatt är ett problem att få en ordentlig bild av hur Attendo och Elgströmska planerar för att säkra och utveckla den kompetens som krävs i förhållande till uppdraget.

Värdering

”Ledningen för Elgströmska huset behöver konkretisera en strategi för kompetensutveckling för all personal. Kompetens i demensvård behöver säkerställas för samtliga yrkeskategorier i en fastlagd kompetensplan med tydlig tidsplan. För att undvika godtycklighet behövs en tydligare ansats från ledningen.” MAS OCH MAR



Ett av skullkraven som Attendo ska leva upp till enligt avtal är att enheten ” har stora kunskaper i omvårdnad av personer med demenssjukdom”.

Granskningen kan konstatera att ambitionen enbart är att nå en orienterande eller grundkursnivå.

Avtalsgranskning

Utlovad kvalitetsnivå för Bemanning

Bedömningsgrund	Poäng anbud
a) Utföraren har en dygnsbemanning som inte understiger 4 personer.	10
Kommentarer	Poäng nuläge
Kontroll mot täthetschema 2011.	10

Avtalsgranskning

Utlovad kvalitetsnivå för Kompetensutveckling

Bedömningsgrund	Poäng anbud
b) Det finns ett introduktionsprogram där kunskaper om demensvård ingår. All personal ska få utbildning och fortbildning inom demensvård. Utvecklingsplan ska finnas som löper minst ett år.	10
Kommentarer	Poäng nuläge
En plan har förevisats men det är svårt att avgöra hur plan påverkat kompetens på individnivå. All personal har ännu ej grundläggande kompetens i demensvård .	6

Avtalsgranskning

Utlovad kvalitetsnivå för Arbetsledning

Bedömningsgrund	Poäng anbud
c) Arbetsledning utförs på plats i verksamheten av en enhetschef på heltid med adekvat högskoleutbildning eller motsvarande dokumenterade kunskaper samt erfoderlig kompetens för verksamheten. Arbetet organiseras så att närmaste arbetsledare har max 20 medarbetare.	10
Kommentarer	Poäng

	nuläge
Arbetsledning utförs på plats i verksamheten av en verksamhetschef på heltid, samt en biträdande verksamhetschef på heltid med adekvat högskoleutbildning eller motsvarande dokumenterade kunskaper samt erforderlig kompetens för verksamheten. Arbetet organiseras så att närmaste arbetsledare har max 34 medarbetare	6

3.13 Dokumentation

13 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		
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.

Som har visats under tidigare kriterier saknas dokumentation i Docit. Enheten har en hel del dokument enbart i pappersform vilket inte uppfyller krav i avtal och vilket försvårar eller omöjliggör viss kontroll.

Enheten lever bara delvis upp till kraven i Socialstyrelsens föreskrifter Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation.

”Genomförandeplaner och levnadsberättelser saknas helt i verksamhetssystemet. Uppges återfinnas i pappersform. Verksamheten har haft två år på sig, sedan förra granskningstillfället, att dokumentera planer och berättelser i det befintliga verksamhetssystemet. Detta har inte skett. Dokumentationen som finns är knapphändig och kan inte ses som regelbunden.” Biståndshandläggaren

Rutin för egenkontroll av dokumentation SOL och HSL finns enligt självvärdering.

I MAS och MARs granskning av journaler framkommer exempelvis att

”I de tio granskade HSL-journalerna finns samtycke registrerat i fem. I tre är detta samtycket för tidigare vård i kommunen och i två generellt samtycke registrerat av sjuksköterska på Elgströmska huset.

Sjuksköterskans dokumentation inom områdena kost och nutrition, munvård, kontinens, ångest, oro, sömn, smärta och trycksår i form av vårdplaner, finns i hälften av journalerna.

Sjuksköterskan informerar om att vårdplaner görs endast när ett problem uppstår, vilket innebär att det saknas vårdplaner för hur brukaren exempelvis ska kunna upprätthålla sin kontinens, goda sömn och smärtfrihet.”

Analys

”Utbildningssatsning kring social dokumentation uppges komma igång under hösten 2012. Målet, angivet av verksamhetscheferna, är att fullvärdig dokumentation på så sätt kommer att säkras.” Biståndshandläggaren

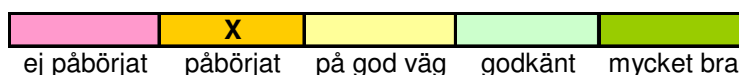
”Förbättringsområden är att tydliggöra de boendes delaktighet och önskemål samt samtycke till åtgärder. Rutiner för samtycke måste fastställas i HSL-dokumentationen”. MAS och MAR

Värdering

Hälso- och sjukvårdsjournalen svarar upp mot kraven i socialstyrelsen föreskrifter om journalföring förutom i delaktighet och samtycke.

Mas och Mar har efter besöket genomfört träffar med sjuksköterska och arbetsterapeut för reflektion kring struktur och förbättringsförslag i dokumentationen.

Omedelbara åtgärder är utlovade och senast sista november 2012 kommer all dokumentation att finnas i ett sammanhängande system, i Safe Doc som Attendo har goda erfarenheter av från andra enheter i landet.



3.14 Särskilda granskningspunkter

14 Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Ledning och kontinuitet Redovisa hur ledningsfrågan varit hanterad genom åren genom att i en lista skriva upp namn, högskoleutbildning, anställningstid, tj grad, för varje chef.	x	
OAS kontinuitet Redovisa sjuksköterskekontinuiteten genom att lista anställda sjuksköterskor genom åren inkl tj grad	x	
Arbetsterapeutkontinuitet Redovisa kontinuitet även för leg. Arbetsterapeut. Som ovan.	x	

De särskilda granskningspunkterna kompletterar information under kriteriet Medarbetare och ledarskap.

Enheten har lämnat in förteckning enligt begäran

Enhetens nuvarande chefer är nr sex och sju sedan starten 2007. Alla chefer utom en har en högskoleutbildning.

Sjuksköterskor har varit nio st på de fyra tjänsterna.

En sjuksköterska har varit kvar under hela drifttiden.

Arbetsterapeut har varit i tjänst sedan 2008.

Analys

Omsättningen på chefer har inte varit bra för verksamheten och det märks att en ny ledning hela tiden behöver komma ikapp med uppsatta mål.

Sjuksköterskor har haft en omsättning med s.k. naturlig avgång i form av pensioneringar.

Arbetsterapeut och andra som har längre anställningstid blir viktiga stabiliserande faktorer för att garantera en god vård och omsorg men enheter med återkommande chefsbyten behöver också ett markerat stöd från sin ledningsorganisation.

4 Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat

Sammantaget visar de 13 kriterieområden som använts vid denna uppföljning en bild av en enhet med förbättringspotential.

Styrkor är dagliga rutiner, kontaktmannaskapet, bemötandet och stödet till anhöriga. Brukarundersökningen 2012 visar att de svarande är relativt nöjda med den vård och omsorg de får. (enhetens medelvärde är nr 4 av 21 enheter i Örebro kommun)

Enheten aviserar snara förbättringar gällande dokumentationen och klarar man ambitionen att ha all nödvändig dokumentation inlagd på ett korrekt sätt i sitt verksamhetssystem senast sista november 2012 kommer resultatet på många av kriterierna att förbättras till kommande uppföljningar.

I tabell nedan jämförs resultatet av årets uppföljning med 2010 års. Kategori 3, 6 och 13 är nya och nr 12 var 2010 enbart Medarbetare utan kriterier för ledarskapet.

Inom kategorierna har också korrigeringar gjorts men de är på ett ungefär jämförbara. Tabell visar att enheten enligt bedömning har några treor från 2010 (enligt en fyrgradig skala) nu värderats som förbättringsområden med krav på redovisning i nämnd 2012. Fem av 13 kvalitetsområden kräver förbättringar som behöver en återrapportering i nämnd.

Ytterligare fem bedöms kräva förbättringar men där visar enhet att åtgärdsplan finns och åtgärder pågår.

Elgströmska huset

Kvalitetsområden

	2010
1. Aktiv och meningsfull tillvaro	2
2. Bemötande	3
3. Kontinuitet	
4. Mat, måltid och nutrition	2
5. Personlig omvårdad och service	2
6. Vård i livets slut	
7. Den enskildes skydd	3
8. Delaktighet	3
9. Hälso- och sjukvård	2
10. Anhörigstöd	3
11. Tillgänglighet och information	3
12. Medarbetare och ledarskap	2
13. Dokumentation	
14. Särskilda granskningspunkter	

2012

	Ej Pb	Pb	På G	Gk	Mbra
		X			
				X	
			X		
	X				
			X		
			X		
	X				
			X		
				X	
				X	
	X				
	X				
	0	5	5	3	0

OBS! tabell ovan från 2010 visar värden med en fyrgradig skala.

Nedan finns också en tabell som visar en sammanställning av de kvalitetsområden som funnits redovisade i slutet på några av kapitlen.

En bedömning av den lägsta nivå som utlovats i avtalet 2007 ger följande tabell där grönt markerar att avtalsnivå uppfylls, gult ett delvis uppfyllt och rött ”ej uppfyllt”.

	Anbud	Nuläge
1. Kvalitet	6	6
2. Kontaktmannaskap och kontinuitet	10	10
3. Individuell planering	10	0
4. Aktiviteter	10	2
5. Måltidsmiljö och nutrition	10	0
6. Basal hygien	4	4
7. Rehabilitering	10	10
8. Bemanning	10	10
9. Kompetensutveckling	10	6
10. Arbetsledning	10	6
	90	54

Totalt kunde anbudsgivaren ange en lägsta kvalitet om 100 p.

För att komma ifråga för nästa steg som var en prisutvärdering skulle anbudet vara på minst 85p.

När anbudet gavs erbjöd Attendo en nivå på 90p.

Utvärdering i oktober 2012 visar på uppnådd kvalitetsnivå motsvarande 55 -60 p.

De kvalitetskriterier där Attendo inte lever upp till utlovad kvalitet är:

Individuell planering
 Aktiviteter
 Måltidsmiljö och nutrition
 Kompetensutveckling
 Arbetsledning

Slutsats om avtalet:

Attendo bör avkrävas korrigeringsåtgärder så att Elgströmska enheten lever upp till utlovad lägsta kvalitetsnivå.

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> - Stora rymliga och fräscha lokaler <u>Behöver förbättras</u> - Personalens demenskunskaper - Utemiljö - Skyltning <u>Bristande kvalitet</u> - Låg personaltäthet
Process-kvalitet	Arbetsätt, rutiner, funktion	Dokument, besök	<u>God kvalitet</u> - Kontaktmannaskap - Bra rutiner för vardagsomsorgen <u>Behöver förbättras</u> - Individuella aktiviteter - Kostplaner, pedagogiska måltider - Klagomålshantering - Dokumentation <u>Bristande kvalitet</u>
Resultat-kvalitet	Bemötande, trygghet, smärtlindring mfl	Dokument, brukarundersökningar, besök	<u>God kvalitet</u> - Bemötandet <u>Behöver förbättras</u> - Utevistelse - Aktiviteter - Mat <u>Bristande kvalitet</u>

Totalt sett bedömer vi att Elgströmska huset bedriver en vård och omsorg som i stort lever upp till kommunens krav. För brister som identifierades vid tidigare granskningar saknas genomförda åtgärder. Inom många områden pågår utveckling åt rätt håll men chefsbyten har medfört att mycket blivit försenat.

Källhänvisningar



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

Vård och omsorg, Verksamhetsuppföljning Elgströmska huset Typ 2 2010.

Vård och omsorg, Verksamhetsuppföljning Elgströmska huset Typ 1 2012.

Tillgängliga 121030 på <http://www.orebro.se/1935.html>

Bra Vå

Tillgänglig 121031 på <https://vardforbundet.se/BraVard/Kvalitetskrav/> |