



2013-04-26

Vö 81/2011

Rapport

Kvalitetsuppföljning

Norlandia Care Sirishof

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 Öster utfört en kvalitetsuppföljning på Sirishofs vård och omsorgsboende, som drivs av Norlandia Care. Avtalstiden är 2010-09-01 till 2014-08-31 med option för kommunen med förlängning i två plus tre år. Överenskommelse om förlängning skall vara skriftlig och träffas senast tolv månader före avtalstidens utgång. Längsta möjliga sammanlagda avtalstid är nio år.

Denna uppföljning är den tredje i ordningen sedan Norlandia Care´s start 2010. Uppföljningens syfte är att göra en samlad granskning av verksamhetens kvalitet. Uppföljningen har också granskat om de mervärden som utlovats i avtal uppfylls. Mervärdet som utlovats är 17,5 poäng och är vid årets granskning bedömt till 14,5 poäng att jämföras med 12 poäng vid föregående granskning. (Mervärdet rapporteras i särskild bifogad bilaga)

Vård- och omsorgsboendet Sirishof ligger centralt placerat, granne till Stadsparken och med utsikt över rosenrädgården. Sirishofs utemiljön lämpar sig väldigt bra för olika aktiviteter utomhus. Här finns vackra promenadstråk och möjlighet att följa naturens skiftningar.

Sirishofs målsättning och värdegrund innehåller sex hörnpelare: Värdigt liv, Känna välbefinnande, Respektera var och ens rätt till privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande, delaktighet och Individanpassning.

Enhetens styrka är deras satsning på aktiv och meningsfull tillvaro. Sirishof har ett stort utbud av aktiviteter som erbjuds både individuellt och i grupp. En central funktion är kontaktpersonen. Enheten har ett arbetssätt som bidrar till utveckling av relationsbyggande, en individ anpassad vård- och omsorg och den enskildes möjlighet till delaktighet och inflytande över vården och omsorgen och aktiviteter.

Rutiner och metoder som är framtagna som stöd i det dagliga arbetet har utvecklats. Norlandia Care har ett servicekoncept som stöd i att ha ett gott bemötande. Enligt brukarundersökningen är de boende nöjda med bemötandet (100 % mot 87 % i kommun). Sirishof verkar ha ett fungerande teamarbete där alla yrkeskompetenser tas till vara för att tillgodose den enskildes individuella behov.

På flera punkter har Sirishof visat förbättringar i att leva upp till de kvalitetsnivåer som utlovats. Satsning på kompetensutveckling pågår inom Norlandia Care men fortsatt behöver enheten även precisera hur man tänker sig en kompetensutveckling för den enskilde medarbetaren. Sirishof har påbörjat ett arbetssätt med stöd av evidensbeprövade teorier och metoder men fortfarande är det en bit kvar för att omsätta teorier tydligare i det praktiska arbetet. Löpande journalanteckningarna är överlag mycket tillfredställande men viss utveckling kvarstår i dokumentationen. Det går att följa händelseförlopp över tid. Men förbättring önskas vad gäller synliggörande av den individuella vård och omsorgsprocessen.

Den utökning som skett på lednings- och arbetsterapeutresurs är positiv. Effekter i verksamheten ses som att arbetsterapeutens sakkunnighet bättre tas till vara inte bara i planering och funktionsbedömningar utan också i det dagliga arbetet.

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till Vård- och omsorgsnämnd Öster

- Vård och omsorgsnämnd öster godkänner rapporten
- Utifrån de förbättringsområden som framkommit i rapporten ska Sirishof redovisa åtgärder i delårsrapport och årsberättelse 2013

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	2
1.1	Bakgrund	2
1.2	Syfte	2
1.3	Mål	2
1.4	Metod för uppföljning.....	2
1.5	Organisation	3
1.6	Omfattning	3
1.7	Avgränsning	3
1.8	Begreppsdefinitioner	4
2	Resurser, organisation	5
3	Resultat 2012.....	7
3.1	Aktiv och meningsfull tillvaro	8
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	18
3.7	Den enskildes skydd.....	19
3.8	Delaktighet	22
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.....	29
3.14	Särskilda granskningspunkter	30
4	Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat	31
4.1	Sammanfattande tabell bedömning av alla kriterier	31
4.2	Resultat av granskningen – en sammanställning	32
	Källhänvisningar	33

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
- Täthetschema
- 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

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

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.

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.

1.5 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 ledning, områdeschef och enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut omvårdnadspersonal och aktivitets- och kulturansvarig.

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

1.6 Omfattning

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

1.7 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

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.

förmåga att leva upp till krav enligt lagen om skydd mot olycksfall (LSO). Arbetet med säkerhet och katastrofberedskap följs upp av annan

1.8 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-/effektkvalitet	Resultat av insatta åtgärder i förhållandet till målet. Mäts ofta i Den kvalitet som de vi är till för upplever och i uppnådda mål.
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering
SAS	Socialt ansvarig samordnare
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
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

Norlandia Care har visionen: Gott liv- Varje dag! Och vill att deras anställda ska kännetecknas av CARE som står för **Competent, Ambitious, Respectful och Energetic**. Värdegrunden är uttalad ”Vi bemöter alla med öppenhet, trygghet, respekt och god information. Våra tjänster är flexibla och tillgängliga efter den enskildes behov och önskemål. De vi möter ska uppleva att de medverkar till att utveckla den service och omsorg de får”. Norlandia Care har ett ”hotellconcept” som innebär att alla välkomnas som vid en hotellvistelse där man lånat idéer som att gäster redan i entrén möts av musik och information rullande på en Tv skärm .

Vård och omsorgsboende - antal platser

Inriktning	Antal
Vårdboende	38
Gruppboende demens	8
Vårdboende demens	8
Boende totalt	54
Korttidsplats	1
Korttidsvård totalt	1
Totalt antal platser	55

Sirishof består av två hus med en entré som binder dem samman. Totalt finns sju enheter med vardera 7-8 lägenheter⁵ Två av enheterna är avsedda för personer med demenssjukdom, de andra fem är vårdboenden. Varje lägenhet har pentry, dusch och toalett. Enheterna har gemensamma vardagsrum och en matsal. Den finns också en gemensam trädgård.

Enheten har inget eget kök utan mat beställs från Skebäcksköket som levererar varm mat. I huset tar varje grupp sedan emot maten och serverar den med egen gjord sallad. Det finns möjlighet att välja mellan två alternativa rätter.

Antal anställda

Enhet	Anställda	Årsarbetare
Omvårdnadspersonal dag-kväll	43	34,24
Omvårdnadspersonal natt	8	5,78
Sjuksköterska*	4	3,25
Arbetsterapeut	1	1,00
Ledning	1	1,50
Administration	3	0,30
Övriga	2	1,25
Totalt	62	47,32

Både dag och kvällstid arbetar två ur omvårdnadspersonalen per grupp. Det innebär fyra boende per personal. Natttid arbetar tre personer med ansvar för hela enheten. Sirishof har en bemanning som motsvarar 0,85 personal (samtliga yrkeskategorier) Endast omvårdnadspersonalen är 0,73 personal per boende.

Fyra (3,25 åa) sjuksköterskor har omvårdnadsansvar. Sjuksköterskor arbetar dag och kväll. Kvällstureorna delar de med sjuksköterskorna på Skäpplandgården. Natttid har sjuksköterskor beredskap. Sirishof har valt ha att ha en förhållandevis låg sjuksköterskebemanning jämfört med kommunens enheter.

⁵En plats är för växelvård men ska enligt plan byggas om till en permanent plats.

Teamsamordnare på varje våning stödjer i ledningsarbetet och har ett informations- och samordningsansvar. Arbetsuppgifter som daglig bemanning, semesterplanering, lönerapportering och beställning av varor ligger också på samordnaren. Sjuksköterska, Aktivitets- och kulturansvarig, arbetsterapeut, kvalitetsteam, vårdteam arbetar över hela huset

Sirishof har sedan starten utökat ledningsresursen. För ledning och styrning ansvarar en områdeschef som är ytterst ansvarig för både Sirishof och Skäpplandsgården. Underställd områdeschef finns en enhetschef som nyligen anställts.

Den genomsnittliga sysselsättningsgraden är 79,6 jämfört med genomsnittet 89 % i kommunens vård och omsorg.

Resultat - Vård och omsorgs indikatorer delårsrapport 2012

Processer					
Mått	2010	2011	2012	Rikt värde	Målupp fyllelse
Beläggning vobo	91,7%	95,5%	95,6%	95,0%	
Andel med kontaktperson	100%	100%	100%	100%	
Andel med genomförandeplan	69%	98%	100%	100%	
Andel delaktiga i genomförandeplan	41%	100%	100%	100%	
Andel läkemedelsgenomgångar per plats	saknas	0,09	1,25	1,00	
Senior alert - Andel riksbedömningar per plats	saknas	0,00	1,05	1,00	
Palliativa registret - Medelvärde indikatorer	saknas	saknas	74%	68%	
Andel awikelser per brukare	saknas	3,82	6,30	4,10	Ej bedömt

I en sammanställning av sammanvägt resultat för vård och omsorgsboenden har Sirishof ett bra resultat. Beläggningsmålet är 95,6% vilket ger en placering på 13 plats i Örebro kommun. Sirishof har 100 % andel med upprättade genomförandeplaner och med utsedd kontaktperson .Sirishof hamnar på en 13 plats i Örebro på andel bedömningar i Senior Alert.

Brukarnas uppfattning					
Mått	2009*	2010*	2012	Rikt värde	Målupp fyllelse
Brukarundersökning- Medelvärde alla frågor	saknas	saknas	78	74	
Andel nöjda med bemötande	59%	100%	88%	100%	
Andel nöjda med trygghet	53%	92%	94%	85%	
Andel nöjda med inflytande och delaktighet	69%	69%	71%	80%	
Andel nöjda med aktiviteter	27%	40%	67%	60%	
Andel nöjda med matens smak	53%	38%	82%	70%	
Andel nöjda med utevistelse	40%	22%	41%	60%	
Andel nöjda med social samvaro	25%	25%	35%	60%	

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

Den senaste brukarundersökningen genomfördes på Sirishof under våren 2012. Resultat från brukarundersökning visar att i bemötande hamnar Sirishof på en tredje plats av alla vård och omsorgsboenden. Inom området trygghet placerar sig Sirishof som tvåa. Förbättringsområden enligt brukarundersökning är inflytande och delaktighet, utevistelse och social samvaro.

Medarbetare					
Mått	2010	2011	2012	Rikt värde	Målupp fyllelse
Total sjukfrånvaro (% av arbetstid)	6,7%	6,4%	5,2%	minska	
Genomsnittlig sysselsättningsgrad	saknas	79,6%	79,6%	öka	
Andel utbildad omvårdnadspersonal	83%	94%	94%	91%	

Den genomsnittliga sysselsättningsgraden på 79,6% är lägre jämfört med genomsnittet

89% i kommunens vård och omsorg.

Tidigare verksamhetsuppföljningar

I april 2011 genomfördes den första kvalitetsuppföljningen sedan Nordlandia Care tog över driften på Sirishof. Nästa granskning gjordes inför avtalsför längningen i maj 2012 . Förvaltningskontoret gjorde då en särskild granskning av mervärdet .

I april 2013 genomfördes den kvalitetsuppföljning som denna rapport avser. Vid detta besök värderades hur enheten levde upp till grundkraven men också hur väl man uppfyller mervärdet.

3 Resultat 2013

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

Godkänt

På god väg

Påbörjat

Ej påbörjat

	styrka	Excelens, gott exempel, studiebesök
	styrka	Full kontroll, har utvecklingsidéer
	förbättringsområde	Egen åtgärdsplan tillräcklig
	förbättringsområde	Åtgärdsplan redovisas i nämnd
	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	
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	

Medarbetarna på Sirishof är måna om att hjälpa den enskilde att upprätthålla kontakt med anhöriga och vänner och i inflyttningssamtalet med omsorgsavalet som grund bestämmer hur Sirishof kan bidra till att behålla och utveckla kontakten mellan den boende och anhöriga.

Organiserad samvaro erbjuds minst en gång per vecka. Varje vecka erbjuds planerad samvaro med fasta aktiviteter såsom gymnastik, bingo, stavgång och fredagsmys. Varje månad finns ett rörligare program, exempel som framkommer är afternoon tea, aktivitetslåda, herrklubb och utflykter. Aktiviteterna som erbjuds är tillgängliga och kan anpassas så alla kan delta.

Kultur och aktivitetsansvarig organiserar och planerar både gruppaktiviteter och aktiviteter på individnivå. Information om aktiviteter anslås på varje avdelning så att alla kan se och ta del av vilka aktiviteter som erbjuds. Programutbudet presenteras även via TV-skärm vid entrén. Aktivitetsombud finns i varje grupp och alla boende har en enskild "aktivitetsgaranti". Kontaktmannen ansvarar för den boendes planering av aktiviteter.

Vid besöket framkommer att Sirishof numera en arbetsterapeut som är placerad enbart inom enheten. Tidigare delades denna resurs med Skäppansgården. Arbetsterapeuten som deltar vid vårt besök beskriver att i och med den "egna" arbetsterapeutresursen har förutsättningarna blivit bättre för att både göra aktivitets och funktionsbedömningar men också att kunna delta i det direkta omvårdnadsarbete och till handledning. Arbetsterapeuten gör aktivitets och funktionsbedömningar för första gången när en person flyttar in. Därefter görs en ny bedömning vid uppmärksam förändring i aktivitetsutförande eller var sjätte månad.

"Strukturerad aktivitetsbedömning finns i samtliga 10 granskade journaler vad gäller personlig ADL (Tvätta sig, Kroppsvård, Sköta toalettbehov, Klä sig, Äta och dricka) och en mer utförlig bedömning vad gäller aktivitets- och i viss mån funktionsförmåga vid förflyttning. Det framgår i ADL-bedömningen om personen är självständig eller har

behov av hjälp i aktiviteten. Det är dock i flertalet av journalerna otydligt hur personens delaktighet kan stöttas då hon/han har behov av hjälp i aktiviteten. Det saknas anteckningar i de granskade journalerna om den enskildes aktivitetspreferenser; inställning till, prioriteringar och önskemål i aktivitet

En del anteckningar om funktionsförmåga framkommer i aktivitetsbedömningen och kortfattad funktionsbedömning med fokus på Kommunikationsförmåga finns dokumenterad under sökordet Psykisk/Kognitiv/Social förmåga i 7 av journalerna. ”MAS och MAR

Enheten uppger att för att fånga upp individuella intressen, har kontaktmannen ett särskilt ansvar att genom de individuella träffar, mervärdestid/egen tid, ta reda på/planerar tillsammans vad den boende önskar delta i för aktiviteter under veckan. Varje kontaktman har tid avsatt för att umgås med sin boende så kallad egen tid/mervärdes tid.

Aktivitets och funktionsbedömningar görs och är kända för omvårdnadspersonal som arbetar salutogent och med ett rehabiliterande synsätt. Såväl P-Adl aktiviteter som fritidsaktiviteter sker/ erbjuds och anpassas dagligen utifrån individens egna önskemål och förutsättningar.

”Av de granskade journalerna framkommer att de boende deltar frekvent i generella aktivitetsutbud. Det dokumenteras företrädesvis under sökordet övrigt.

Verksamheten beskriver att de genom levnadsberättelsen som utgångspunkt använder evidensbaserade metod, personcentrerad omvårdnad samt ett salutogent förhållningssätt, sätter det friska i fokus, för att fånga upp individuella aktiviteter” MAS och MAR

”Av de tio journaler som granskats så har alla utom en person en upprättad levnadsberättelse. Verksamheten har en kunskap om salutogent förhållningssätt men kan utöver att ”se det friska” inte beskriva hur man praktiskt arbetar med metoden, särskilt kopplat till levnadsberättelsen och meningsfull vardag. ”SAS

Några konkreta exempel på att arbeta evidensbaserad skulle kunna vara att använda KASAM-mätning för att identifiera personer känsla av sammanhang och därefter arbeta strukturerat med att stärka begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Ett annat sätt kan vara att man på förhand valt att kartlägga resurser och förmåga vid inflyttning och kontinuerligt följa upp resurser och förmågor kopplat till generella och individuella aktiviteter. Detta är inget som framkommer i den sociala journalen eller i genomförandeplaner” SAS

Enligt uppgift från enheten tillförsäkras den enskilde att vistas utomhus efter individuella behov och det sker genom att kontaktmannen ansvarar för aktivitetsplaneringen . Alla boende har en enskild aktivitetsgaranti. Dagligen används verktyget Praktisk Professionell Planering, som planlägger och organiserar dagen.

Sirishof ligger granne med Stadsparken där vacker utemiljö finns i direkt anslutning till enheten. Stadsparken ger mycket goda möjligheter till utevistelse och promenader. Utemiljön på gården är i behov av renovering. Den stenbeläggning som finns på baksidans uteplats gör det svårt att ta sig fram med rullstolar och rullatorer. Vid säsong finns bärbuskar och odlingslådor. Minigolf och cafévagn är andra inslag sommartid i utemiljön. Det finns generösa balkonger för den som inte vill ta sig ner på innergården.

Upplevelsen är att Sirishof har en välkomnande miljö. Foajén har utvecklats till en mötesplats som bjuder in till samvaro och möten. Den finns en tv-skärm som visar både

kontaktuppgifter, kommande aktiviteter och bilder på aktiviteter som varit. Aktiviteter och samvaro mm erbjuds även i de utrymmen som finns mellan varje våningsplan. "Mellanrummen" har nyttjats maximalt, i ett "mellanrum" finns ett bibliotek. Under rundvandringen upptäcktes även en tipsrunda.

Samverkan med frivilliga finns. Sirishof samarbetar bland annat med Väntjänsten och med Örebro Folkhögskola.

Analys

Det finns inarbetade rutiner och stödverktyg för att upprätthålla kontakt med anhöriga och vänner. Inflyttningsamtalen med omsorgsavtalet som grund bestämmer hur Sirishof ska bistå i att behålla och utveckla kontakten mellan den boende och anhöriga .

Satsning på att organiserad samvaro görs. På Sirishof finns möjligheter för den enskilde att delta i aktiviteter. Program och utbud anslås på varje enhet och presenteras på TV skärm i foajen. Det finns ett utarbetat arbetssätt för att den enskilde ska ha möjlighet att delta i aktiviteter utifrån egna önskemål, intressen och förutsättningar. Kontaktmannen har en nyckelroll här och ett särskilt uppdrag att informera vilka aktiviteter som erbjuds och göra en aktivitetsplanering tillsammans med den enskilde.

Sirishof verkar även ha aktiva boende- och anhörigråd där man kan vara med att påverka aktivitesutbudet.

"Framgångsfaktorn för de boenden som valt att arbeta salutogent är att de har lyckats att bryta ner evidens till praktiskt praktik. Man har arbetsmetoder i vardagen som överensstämmer med teorin. Riskfaktorn om man är allt för eklektisk i sitt teori- och metodval eller inte tillräckligt metodrogen är att man inte får förväntad effekt. Vid granskningen framkommer inga tydliga praktiska metoder kopplat till evidens. Däremot framkommer en vilja och en hög ambition. Även om man arbetar utifrån att möta den enskilde där den befinner sig så är det viktigt att just resurser och förmågor framkommer i planen. Framförallt för att möjliggöra en uppföljning och utvärdering av förändrade behov" SAS

"I granskning av MAR från hösten 2011 beskrevs att "Arbetsterapeutens specifika kompetens i första hand används för hjälpmedelsförskrivning och inte i planering av aktiviteter för de boende." I uppföljningen augusti 2012 skriver MAR: "det går fortfarande inte att utläsa i Hälso- och sjukvårdsdokumentationen (HSV) om en aktivitet är genomförd och är enligt den enskildes önskemål. Finns heller ingen dokumentation i HSV journalen om en aktiv och meningsfull tillvaro" MAR och MAS

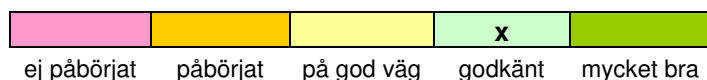
Det finns ett etablerad samverkan med frivilligverksamheter och andra aktörer.

Värdering

Enhets styrka är den satsning som pågår att ständigt utveckla aktiviteter både gemensamma och individuella. Det finns en särskild funktion, kultur och aktivitetsansvarig avsatt för detta. Miljön (både inomhus och utomhus) inbjuder till aktivitet och stimulans och utnyttjas på ett fint och genomtänkt sätt . Det finns en medvetenhet om miljöns betydelse.

Genom utökad arbetsterapeutresurs finns nu förutsättningar att göra aktivitets och funktionsbedömningar.

Sammantaget är arbetet med aktiv och meningsfull tillvaro godkänt men dokumentation om individuella aktivitets- och funktions- bedömningar, särskilt bedömning av kognitiv funktionsförmåga kan dock utvecklas ytterligare.



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	
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	

Enligt brukarundersökningen är de boende nöjda med bemötandet (100 % mot 87 % i kommun.) Vid besöket noteras att de som deltar från enheten återkommande påtalar betydelsen av att i olika forum diskutera bemötandefrågor i syfte att respektera den enskildes integritet och självbestämmande.

”Vi utgår från ett salutogent och jag- stärkande förhållningssätt i bemötandet. Norlandia har ett servicekoncept som hjälper oss i bemötandet. Vi gör brukarundersökning och har deltagit i Markörs brukarundersökning. Sirishof låg bra till i den egna undersökning och i Markörs undersökning gällande bemötande, över index i Markör ” Enhetens svar

För att den enskildes integritet och självbestämmande ska respekteras av personalen uppger enheten att ” Brukare deltar vid skrivning av genomförandeplan. Insatserna utgår från genomförandeplan. Genomförandeplanen lyfts på omvårdnadskonferenser, vad gör vi rätt respektive fel utifrån den boendes syn. Uppdatering av genomförandeplan sker minst var tredje månad.”

”I genomförandeplanen beskrivs den enskildes vardag utifrån ett jag-perspektiv. Det lyfter verkligen fram den enskildes röst på ett positivt sätt ” SAS

Enheten beskriver att arbetet med att integrera och förankra verksamhetens värdegrund motiverar medarbetarna att fokusera på den enskildas bästa och vara lyhörd för dennes önskemål och behov. Vi arbetar ständigt med denna fråga på omvårdnadskonferenser och teamträffar. Vi arbetar utifrån att vi är i de boendes hem. Vidare hänvisas till Etiska riktlinjer och Norlandias servicekoncept, värdigt bemötande och delaktighet. Den enskildes sexualitet och livsåskådning finns där som en faktor som behöver hanteras i situationen

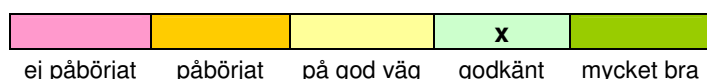
Analys

Bemötandefrågor och förhållningssätt för att respektera den enskildes självbestämmande och integritet verkar vara väl integrerat i både planering av insatser som i de insatser som utförs. Arbetet med att integrera och förankra verksamhetens värdegrund motiverar medarbetarnas att fokusera på den enskildas bästa och vara lyhörd för dennes önskemål

Värdering

Arbetet som bedrivs om bemötande är tillfredställande. Uppfattningen är att Norlandia Care har ett servicekoncept och en värdegrund som stöd i att ha ett gott bemötande. Resultaten i brukarundersökning visar att de boende på Sirishof är nöjda med bemötandet.

Den sammantagna bedömningen på bemötande blir godkänt trots att fortsatt utveckling behövs för att fullt arbeta efter de metoder enheten hänvisar till och som stärker ett relationsinriktat arbetssätt.



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	
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 uppger att metoder finns för att säkerställa kontinuiteten och att hjälpinsatserna planeras och utförs efter den enskildes behov och önskemål oavsett vem i personalgruppen som utför insatsen. Exempel på metoder:

- genomförandeplaner
- Praktisk Professionell Planering PPP
- teamträffar och omvårdnadskonferenser

Framförallt är det två metoder och det är kontaktmannaskapet och PPP som är betydande för att så få personer som möjligt ska var inblandad i vården och omsorgen .

Enheten beskriver att uppdraget som kontaktman finns beskrivet i uppdragsbeskrivning. Man garanterar att den boende ska få kontaktmannaskapstid. Varje boende har en utsedd kontaktman. Kontaktmannens namn finns angivet i dokument som genomförandeplaner och i en boendepärm. Kontaktmannen ansvarar för individuella insatser, såsom tvätt, dusch, städning och inköp. Den boende får egentid (mervärdestid) varje vecka avsatt med sin kontaktman, aktivitetstimmar.

”I genomförandeplanerna framkommer kontaktperson” SAS

Vid besöket framkommer att under 2013 kommer en utbildning genomföras som ska resulterar i en certifiering av kontaktman. Målet är att t kontaktmannen ska öka sin

kompetens inom relationsbyggande och individuell- och personlig vård som borde bidra till gott bemötande och god kontinuitet

Varje vecka genomförs en tvärprofessionell teamträff där syftet är att planera för den boendes vård och omsorg. Var sjätte vecka genomförs en omvårdnadskonferens (OVK) i vilken representanter från alla yrkeskategorier inklusive verksamhetschef deltar. Syftet med OVK är följa upp och uppdatera genomförandeplaner allt utifrån eventuella förändringar i den enskildes behovssituation. Uppdatering av vårdplaner sker genom tvärprofessionell genomlysning.

Analys

De arbetsmetoder som används verkar var förankrade i verksamheten och bidrar till att så få personer som möjligt besöker den enskilde. Praktisk Professionell Planering (PPP) som används i det dagliga planerings, ledning och uppföljningsarbetet ger enligt uppgift en omedelbar signal om behov och resurser inte överensstämmer bidrar också till att snabbt kunna omorganisera personal utifrån behov. Enheten ser fördelar med verktyget men behov finns av mer lokal anpassning av verktyget i vissa avseenden.

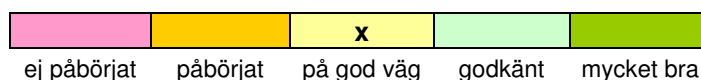
”Trots förbättringsområden framkommer inga indikationer på att man inte arbetar utifrån kontinuitet.” SAS

På varje avdelning finns en teamsamordnare som har i uppdrag av områdeschef att besluta om förändringar och omorganiseringar av resurser. Bedömningen är att denna roll är tydlig och att mandat och befogenheter är tydligt uttalade och att teamsamordnarens uppdrag verkar vara känd inom enheten.

Vid besöket säger de som deltar från enheten att teamarbetet är värdefullt, dels för att ta till vara på den gemensamma kompetensen i personalgruppen för att tillgodose den enskildes hela behovssituation och dels för att så få personer som möjligt besöker den enskilde.

Värdering

Ett bra arbete bedrivs för att uppnå kontinuitet och åtgärder vidtas för att ständigt utveckling. Metoder och arbetssätt finns som bidrar till att insatserna utförs av samma personal i förhållande till den enskilde. Bedömningen blir att enheten är på god väg men att metoder och arbetssätt kan utvecklas ytterligare för säkra att så få personal som möjligt besöker den enskilde.



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 i en lugn och trivsamt miljö.	x	
Den enskilde bereds möjlighet att ta mat och äta själv.	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 uppgift från enheten är deltagandet och engagemanget i val av mat är stort. Den enskildes funktionsförmåga dokumenteras i genomförandeplanen. Matsalen är inredd så att även personer med funktionshinder kan delta.

Egenkontroll av mat-hygien och miljö sker kontinuerligt enligt lokal rutin.

Enheten beskriver att riskbedömning, åtgärder och uppföljning av vikt, närings- och vätskebehov samt mat- och vätskeintag är sker i Senior Alert

Nattfastekontroll sker enligt rutin, Rutin Nutitionsbedömning, vid vikt-förlust och eller lågt BMI upprättas vårdplan med åtgärd och uppföljningar. Uppföljningar sker i teamet vid teamträffar och omvårdnadskonferenser

Den enskilde är nöjd med mat och måltid enligt brukarundersökningar. Resultat från 2012 visar att 82 % är nöjda med hur maten smakar.

”Måltider finns med i alla tio granskade genomförandeplaner. Det är företrädesvis vad man tycker om eller inte tycker om samt en del fysiska förutsättningar. Man är något bättre än andra verksamheter att beskriva var man önskar inta sina måltider vilket är positivt.”SAS

”Registrering och riskbedömning enligt Senior Alert finns i alla 10 journaler som granskats. I 6 journaler kontrollerades vikten regelbundet. Nattfastekontroll utförs 2ggr/året vilket innebär att man vid två tillfällen under året registrerar under natten vad personen fått i form av vätska eller kost. I samtliga 10 granskade arbetsterapeutjournaler finns ADL-bedömning *Äta och dricka* där det framgår om personen är självständig eller behöver hjälp helt eller delvis vid måltiden. I 4 av journalerna framgår i ADL-

bedömningen *Äta och Dricka* även funktionsnedsättning som påverkar förmågan att äta, som starkt nedsatt syn, förträngning i halsen och misstanke om neglect.” MAS och MAR

Enheten beskriver att den aktivitets och funktionsbedömning som finns avseende sittande och ätande är känd för omvårdnadspersonal och man utgår från den i måltidssituationen. De boende får själv välja om de vill delta i den gemensamma måltiden på avdelningen eller om de föredrar att äta i sin lägenhet. Rutin för att ha kontroll på nattfastan finns Vid behov serveras smörgås nattetid. Det är den boendes önskemål och behov som avgör .

Analys

Vid vårt besök deltog vi i den pedagogiska måltiden. För dagen serverades två alternativa rätter, Janssons frestelse och ärtsoppa med pannkakor till efterrätt. Granskningsgruppens betyg var att maten var god och att den fysiska och sociala miljön är anpassad och planerad för att ge tydlighet och lugn samvaro vid måltid. Personalen uppmärksammade behov och mjukt och fint förhållningssätt präglade måltiden. Alla tillfrågades och sina önskemål vad gäller portionsstorlek, dryckesönskemål, osv Alla boende tillfrågas vad och hur mycket de vill ha. De som behöver får hjälp att sönderdela maten. De två personal som deltar sitter ner efter att de serverat och samtalar med de boende och ger stöd efter behov

”Registrering sker i Senior Alert enligt den nationella satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre” Åtgärder följs upp på teamträffar och omvårdnadskonferenser.” MAS och MAR

Rutinerna vid måltider och nutrition följer Örebro kommuns Riktlinjer för mat, måltider och nutrition inom vård och omsorg. I riktlinjen framhålls måltidens centrala roll som daglig aktivitet på vård och omsorgsboende samt att bra rutiner finns för bedömning av risker med viktnedgång och närings- och vätskebehov.

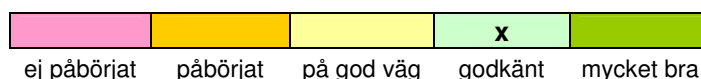
”För personer med demenssjukdom är risken extra hög att personen inte helt kan klara sin måltid på egen hand. Det kognitiva perspektivet behöver göras tydligare i dokumentation och det tvärprofessionella arbetet.” MAS och MAR

Värdering

Arbetet som bedrivs för att ha god kvalitet på mat och måltider är till belåtenhet. Granskning av dokumentation visar att rutiner och riktlinjer finns och används.

Måltidsmiljön uppfattas som lugn och trivsamt. Att det finns kostombud på varje våning är positivt .

Ett utvecklingsområde är att genomföra kognitiv funktionsbedömning för att anpassa måltiden efter varje persons behov.



3.5 Personlig omvårdnad och service

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

Enheten beskriver att den enskilde stimuleras till att använda sin förmåga genom att aktivitets- och funktionsbedömningen är känd och ligger till grund för vilken guidning, stöttning eller assistans som en person får. Detta främjas genom ett salutogent och rehabiliterande arbetssätt. Arbetsterapeuten som nu arbetar 100 % på Sirishof finns nära boende och personal i vardagen. Teamträffar och omvårdnadskonferenser anges säkerställa samråd i teamet med fokus på den individuella planeringen.

”I samtliga 10 granskade arbetsterapeutjournaler finns ADL-bedömning P-ADL och status och åtgärder kring *förflyttning* och *hjälpmedel* finns beskrivna i alla 10 journalerna. Samråd mellan arbetsterapeut och övriga i teamet framgår i samtliga journaler vad gäller Senior alert bedömning *fallrisk* och *trycksår* och i övriga åtgärder kring *förflyttning* och förebyggande av *trycksår* i 6 av journalerna. Det framgår att uppföljning av åtgärder i samråd i teamet genomförs regelbundet vid omvårdnadskonferens. Planering, åtgärder eller uppföljning kring andra aktiviteter än *förflyttning* och förebyggande av *trycksår* framkommer inte tydligt i någon av de granskade arbetsterapeutjournalerna” MAS och MAR

Syn- och hörselhjälpmedel

Kontaktsmannen har huvudansvar att ge den boende stöd och hjälp att sköta hörsel- och synhjälpmedel. Hörselombud finns.

Munvård

”I alla 10 granskade journalerna fanns omvårdnadsdiagnos och mål, munhälsobedömning av tandhygienist, samt åtgärder dokumenterade. Individuell dokumentation finns upprättad för hur munvården genomförs genom att det gula munvårdskortet som tandhygienisten upprättar efter sitt besök finns i den boendes badrum. Munvården dokumenteras även i genomförandeplanen.

Vårdplan och signeringslista upprättas på alla efter bedömningen. Alla boende erbjuds en gång om året munhälsobedömning av tandhygienist. I verksamheten finns även tandvårdsombud utbildade enligt ROAG. I en journal är den boende registrerad i Senior Alert .” MAS och MAR

Kontinens

”I 9 av 10 journaler finns omvårdnadsdiagnos och mål beskrivet för inkontinens. Verksamheten anger att man provar ut inkontinenshjälpmedel när behov finns. I samtliga 10 journaler beskrivs att inkontinenshjälpmedlen är utprovade och i 6 journaler finns det dokumenterat vilket inkontinenshjälpmedel det är. När det gäller de som har en KAD (Kvarliggande urinkateter) finns det i journalen angivet när den ska bytas i 1 av 4 journaler. Toalettrutiner finns på boendet.” MAS och MAR

Oro och ångest

Vid svår demenssjukdom används instrumentet Qalid för att mäta livskvaliteten vid svår demenssjukdom. Oro och ångslan kartläggs med aktivitets- och sömnprofil. Eventuella problem lyfts i första hand med den boende om det är möjligt och sedan i teamet på teamträffar och omvårdnadskonferenser för att hitta lämpliga omvårdnadsåtgärder. Vid granskning av journaler är det i en journal där instrumentet Qalid har använts. I övrigt har en person önskat kuratorskontakt och någon haft problem med nattsömmen en annan med oro och detta har åtgärdats genom kontakt med läkare.

Smärta

Rutin finns för arbete med smärtbehandlig. Sjuksköterskan samtalar med den boende om det är möjligt, för att få en uppfattning om och hur smärtan upplevs. Problem tas upp med ansvarig läkare för eventuell åtgärd. VAS, APS och Norlandias centrala rutin för smärtskattning vid kognitiv svikt används. Uppföljning sker på, rond, teamträffar och omvårdnadskonferenser.

Service/hemliv

Den enskildes kläder tvättas, stryks och lagas vid behov . Kontaktmannen har ansvar för att lägenheten städas 1ggr i veckan samt omvårdnadsstäd dagligen. Vaktmästare för gemensamma utrymmen

Analys

Inom området personlig omvårdnad och service har verksamheten förbättrat sitt arbete . Detta har skett genom att strukturera dokumentationen och en ökad tydlighet i hur och när insatta åtgärder följs upp. Det bör dock bli tydligare när det gäller inkontinenshjälpmedel. Enligt MAS och MAR´s granskningar finns bra rutiner, arbetsordningar och olika verktyg som säkrar att den enskilde får sin personliga omvårdnad tillgodosedd med god kvalitet.

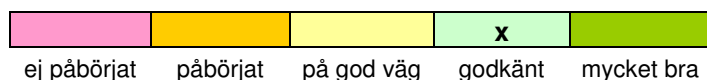
”Arbetsterapeuten har utökad arbetstid på Sirishof sedan den förra granskningen vilket medfört bättre möjligheter än tidigare för arbetsterapeuten att delta i det dagliga arbetet . Förutsättningarna är goda för att arbetsterapeuten ska kunna handleda

omvårdnadspersonalen i ett rehabiliterande förhållningssätt där de boende kan stimuleras och den enskildes förmågor tas tillvara och att utveckla dokumentationen kring den individuella planeringen” MAS och MAR

”Det sker kontinuerliga utbildningsinsatser men upplevelsen vid mötet med verksamheten är att man inte fullt ut omsatt teorier till praktiska arbetsmetoder för att dra slutsatsen att man bedriver evidensbaserad omvårdnad. Som besökare få man uppfattningen att man är på gång och har påbörjat ett arbetssätt med stöd av ett antal evidensbeprövande teorier och metoder men man är inte hemma fullt ut. Medarbetarna har vissa svårigheter att göra direkta kopplingar mellan teori och praktiska arbetsmetoder ”SAS

Värdering

Enhetens styrkor är att det finns upprättande rutiner och instrument (Qalid, senior alert mm) som är kända och används för att tillgodose en god personlig omvårdnad och service. Samverkan mellan arbetsterapeut sjuksköterska och omvårdnadspersonalen förefaller fungera. Samverkan mellan de olika yrkeskategorierna och teamarbetet till att rehabiliterande förhållningssätt finns med i omvårdnadsarbetet.



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 livets slutskede.	x	
Den enskilde ska inte behöva dö ensam.	x	
Anhöriga erbjuds ett efterlevandesamtal.	x	

Verksamhetens beskrivning är att det finns rutiner och checklista för palliativ vård. Verksamheten följer riktlinjen för Palliativ vård som finns i Örebro kommun. En sjuksköterska och ett ombud på varje avdelning har gått utbildning i palliativ vård som anordnas av Örebro kommuns palliativa vårdsamordnare. Tjänstgörande sjuksköterska ordinerar vak dygnet runt och endast personal som känner den boende sitter vak. Anhöriga erbjuds ett efterlevande samtal efter 4-6 v, det kan utföras av både sjuksköterska och undersköterska.

Riktlinje för Basal Palliativ vård är känd och följs. Riktlinjen beskriver arbetet från brytpunkten till uppföljningssamtal. Sjuksköterska och ett ombud från varje avdelning har gått utbildningen, Palliativ vård, i regi av Örebro Kommuns Palliativa vårdsamordnare för att skapa en trygg och stabil vård för den boende och deras anhöriga.

”I en av de granskade journalerna finns dokumentation av läkarens brytpunktsamtal med anhöriga angående den palliativa vården. Sjuksköterskan har också dokumenterat samtal om döden med den enskilde som anger att han inte känner någon oro inför döden. ”

”Läkemedel ses över så att det finns mot smärta och oro, de palliativa ordinationerna uppdateras” MAS och MAR

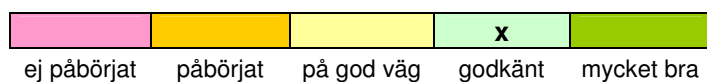
Verksamheten beskriver att upprättade rutiner finns och följs för vård i livets . Det är tjänstgörande sjuksköterska som ordinerar vak dygnet runt, endast personal som känner den boende sitter vak. Den personal som fick en bra relation med anhöriga under slutskedet tar 4-6 veckor efter dödsfallet ansvar för att kontakta anhöriga för ett uppföljningssamtal. Det kan vara sjuksköterska men det behöver det inte vara, går lika bra med en undersköterska

Analys

Statistik från det palliativa registret visar att Sirishof jämfört med övriga vård- och omsorgsboende boenden i Örebro kommun har ett bättre resultat i 10 av de 12 kvalitetsindikatorer som följs. De två kvalitetsindikatorer som har ett lägre värde än övriga i kommunen är uppfyllt önskemål om dödsplats och mänsklig närvaro i dödsögonblicket

”En av tio journaler beskrev hur en enskild fick sin palliativa vård på vårdboendet. Journalen beskriver ett bra omhändertagande av både den enskilde och anhöriga. Registrering sker i palliativa registret och har uppnått målvärdet för 3 av kvalitetsindikatorerna, att eftersamtal erbjuds, lindrad från smärta och trycksår. ”MAS och MAR

Värdering



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

Verksamhetens beskrivning säger att den enskilde har individuellt förskrivna och utprovade hjälpmedel efter behov. Omvårdnadspersonalen har kunskap om hur hjälpmedlen ska användas och får stöttning i förflytningsfrågor i syfte att den enskilde känna sig trygg med sin vård och omsorg.

”Riskbedömning för trycksår görs i Senior Alert och i 9 av de 10 granskade journalerna finns risk för trycksår. Omvårdnadsdiagnos sätts och mål beskrivs samt åtgärder vidtas för att förebygga uppkomst av trycksår exempelvis daglig kontroll av hudkostym noteras på speciell blankett, huden smörjs regelbundet med mjukgörande, lägesändringar, byte av madrass, avlastning för häl. Vårdplan för sårbehandling fanns i 4 av 10 journaler och vid val av material följer verksamheten rekommenderat basutbud av sårvårdsprodukter. Uppföljning sker på teamträffar och omvårdnadskonferenser”

”I samtliga 10 granskade arbetsterapeutjournaler framkommer att Senior alertbedömning vad gäller fallrisk och trycksår. I anteckningarna om riskbedömning framkommer tydligt att bedömning är gjord i samråd i teamet, vilket bedömningsinstrument som använts, om utfallet pekar på risk. Vilka riskfaktorer som identifierats, vilka åtgärder som är insatta och uppföljning i teamet finns strukturerat beskrivet. Det framgår dock inte tydligt hur åtgärderna ska genomföras eller om ytterligare åtgärder finns i sjuksköterskejournalen eller SOL-journalen. Vårdplaner finns upprättade kring fall- och trycksårsförebyggande åtgärder vid behov i arbetsterapeutjournalen.” MAS och MAR.

Enligt statistik ur Senior Alert har Sirishof under den senaste mätperioden genomfört 1,05 registreringar per plats i systemet, vilket är över genomsnittet i Örebro kommun. Antal registreringar per plats varierar mellan 0,76 registreringar per plats till 2,04 registreringar per plats.

”Tydlig lokal rutin finns, som bygger på de regionala riktlinjerna för skydds- och begränsningsåtgärder. Uppföljning av insatta skydds- och begränsningsåtgärder i form av grindar eller rörelselarm/larmmatta framgår i 8 av de 10 granskade arbetsterapeutjournalerna. Efter komplettering i dokumentationen finns bedömning, riskanalys” MAS och MAR

Verksamheten uppger att lokal rutin för sårvård finns som följer evidensbaserade metoder enligt Örebro läns landsting, allmänna sårvårdsrutiner och att kontakt tas med specialistkliniker vid behov på USÖ.

”Lokal rutin för avvikelshantering finns. Ett kvalitetsteam gör uppföljning månadsvis utifrån nyckelvärden och avvikelserna går igenom och diskuteras i teamet. Alla avvikelser registreras i TQM-kvalitetssystem och redovisning av avvikelser och vidtagna åtgärder lämnas varje månad till MAS, MAR och SAS enligt överenskommelse och lokal rutin.” MAS och MAR

”Bedömning gjord enligt riskmatris, (saknas i 13 avvikelser) visar att allvarlighetsgraden bedömts som betydlig vid 1 fallavvikelse, 9 läkemedelsavvikelser och 2 avvikelser vid våld/övergrepp. 4 läkemedelsavvikelser som gäller saknade läkemedel har bedömts så allvarliga att de rapporterats till MAS.

Uppföljning av vidtagna åtgärder är redovisade i 10 avvikelser i januari, 6 avvikelser i februari och 1 avvikelse i mars” MAS och MAR

”Hittills (jan- mars 2013) har 1,45 avvikelser/boende inträffat. Under de första 6 månaderna 2012 rapporterades 2,60 avvikelser/boende, vilket var över medelvärdet i Örebro kommun vård och omsorgsboenden som låg på 1,98. 55 % av avvikelserna gäller läkemedel och 37,5% fall. Detta kan jämföras med avvikelser rapporterade i DocIT första halvåret 2012, då 47,5% var läkemedelsavvikelser och 45 % var fallavvikelser. Denna

analys pekar på att rimligt antal avvikelser rapporteras till MAS/MAR/SAS enligt den nya överenskommelsen, som gäller entreprenader. Uppföljning av åtgärder kopplade till avvikelserna är rapporterade endast i 21 % av avvikelserna. 44 av dessa avvikelser inträffade redan i januari” MAS och MAR

Verksamheten beskriver att basala hygienrutiner ska tillämpas i allt vårdarbete. Egenkontroll sker genom dolda inspektioner 4ggr per år av boendets hygienombud En kollega observerar en annan under dagen och noterar enligt ett protokoll. Hygienprotokollet lämnas sedan till kvalitetsteamet som registrerar in det som noterats i kvalitetssystemet TQM.

Enheten beskriver att larmsystemet är osäkert då det inte finns att beställa sänglarm och larmmattor. Nu har vi ärvt från andra vård och omsorgsboenden. Lokal rutin för larmhantering finns där det tydligt framgår arbetssätt och ansvarsfördelning. Sirishof uppger att larmombud finns på varje enhet. Möjlighet till personbundna larm finns för alla boende. Arbetsterapeuten har ett huvudansvar, men bedömning och riskanalys kan även göras av sjuksköterska. Larm förskrivs inom rutiner för förebyggande av fall och rutinen för skydds- och begränsningsåtgärder.

Larmsystemet är gammalt är osäkert. Reservdelar och tillbehör finns inte längre att beställa. I nuläget löses detta genom att reservdelar och tillbehör ärvs från andra boenden. Sirishof finns med bland de boenden som väntar på nytt larmsystem, men ännu finns inget besked om när det kan installeras.

Analys

MAS och MAR har funnit i sin granskning att dokumentationen av skydds- och begränsningsåtgärder efter gjorda kompletteringar att den är strukturerad och tydlig, vilket säkrar att den enskildes samtycke efterfrågas och att riskanalyser genomförs och följs upp regelbundet i teamet. Skydds- och begränsningsåtgärder används efter individuell bedömning, riskanalys och samråd i teamet. Samtycke finns och följs upp.

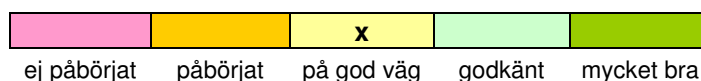
Dokumentationen som är gjord efter kompletteringen är tydlig och väl strukturerad och visar på ett väl genomtänkt arbetssätt kring skydds- och begränsningsåtgärder.

Den strukturerade och standardiserade registreringen och dokumentationen av riskbedömningar i Senior alert säkerställer att riskbedömning kring fall, undernäring och trycksår genomförs regelbundet och följs upp i teamet. Det är svårt att få en samlad bild då dokumentationen förs i såväl arbetsterapeutjournal och sjuksköterskejournall. Det framkommer inte heller om det finns anteckningar om åtgärder även i genomförandeplaner.

Avvikelse rapporteringen och att genomföra riskbedömningar i senior alert fungerar som helhet men med vissa utvecklingsområden. En tydligare sammanhållen dokumentation av åtgärder i senior alert och att förbättra uppföljning av avvikelser för att hitta åtgärder för att förhindra att händelser åter sker behöver utvecklas.

Larmsystemet på Sirishof bör bytas ut så snart som möjligt.

Det arbetet som bedrivs inom området den enskildes skydd är på god väg .



3.8 Delaktighet

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den enskildes behov av att vara en individ ska synas i den individuella planeringen och i enhetens gemensamma värdegrund. Hänsyn tas till jämställdhet och mångfald.	x	
Den enskilde erbjuds själv eller tillsammans med anhöriga att beskriva sin levnadsberättelse, sina önskemål och göra sina målformuleringar.	x	
Den enskildes vård- och omsorgsbehov planeras och utvärderas genom att regelbundet följa upp mål i dokumenterade genomförandeplaner.	x	
Den enskilde erbjuds att ta del av innehållet i den dokumentation som gäller honom/henne.	x	
Den enskildes behov säkerställs genom teamarbete mellan personalkategorier och över dygnet	x	
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.	x	

Enheten beskriver att det genomtänkta paketet med Norlandias Etiska riktlinjer, arbetet med att upprätta genomförandeplaner, och ett salutogent och individanpassat förhållningssätt skapar förutsättningar för att den enskilde ska kunna vara delaktig i planering .

Enheten beskriver att den enskilde erbjuds själv eller tillsammans med anhöriga att beskriva sin levnadsberättelse och sina önskemål i en genomförandeplan. När en ny boende flyttar till Sirishof välkomnas den genom att välkomst/ankomst samtal genomförs där kontaktmannen lyssnar in den boendes önskemål och informerar den boenden och anhöriga om verksamheten. Detta skapar trygghet. Uppföljning av plan sker var tredje månad eller vid behov med den boende och kontaktman.

”I 9 av genomförandeplanerna är den enskilde inte närvarande. I en plan företräder en anhörig men det framkommer inte om den anhörige är legal ställföreträdare. I av de nio planerna framkommer i journalanteckningar att den enskilde medverkat. Det framkommer önskemål om träning som inte återkommer i genomförandeplanen, därför godkänds den ej. Det innehåller inte relevant information. Själva formuleringen för vad en plan ska innehålla förefaller var känt med det är avsaknaden av delaktighet som gör att planerna blir underkända. Det kan vara så att det finns skäl till att den enskilde inte medverkat men då ska det framkomma i genomförandeplan och i journalanteckningar. I dessa fall, när den enskilde är frånvarande blir det besynnerligt att skriva i jag-form – vilket vid delaktighet är ett utmärkt sätt att skriva behov.

Det saknas även uppföljning i tre av planerna. Det vill säga det planerade datumet för uppföljning har passerat, ingen anteckning finns i den löpande journalen och inget nytt datum för uppföljning är framtaget.

Två av planerna är för allmänt hållna, det går inte att läsa ut när och hur en planerad insats ska utföras. Det är sällan som kontaktmannaskapstiden är inplanerad men den återkommer i den löpande dokumentationen. ”SAS

Verksamhets beskriver att teamarbetet säkerställs genom de teamträffar som hålls varje vecka och också på omvårdnadskonferenser var 6.e vecka. Arbetsterapeut och sjuksköterska deltar vid teamträffar och omvårdnadskonferenser. Arbetsterapeuten och sjuksköterskorna finns nära övrig personal i vardagen

För att stärka de boendes och anhörigas situation och delaktighet på Sirishof finns både ett boende- och anhörigråd.

Vad gäller vårdform för personer med demenssjukdom samarbetar Sirishof med boendesamordnaren vid behov och då det gäller BPSD-problematik tas konsult hjälp från Demenscentrum. Samtal med anhöriga och boende genomförs om behov av flytt uppstår. Flytt inom anläggning sker, men inte särskilt ofta.

Analys

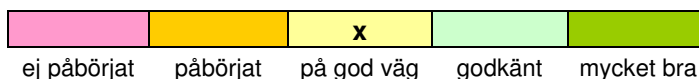
De rutiner och arbetssätt som enheten beskriver och som ska stärka den enskildes delaktighet bedöms vara väl kända hos personal och integrerade i det vardagliga arbetet. Genom ett bra fungerande teamarbete och att den enskilde erbjuds själv eller tillsammans med anhöriga erbjuds att beskriva sin levnadsberättelse och sina önskemål i genomförandeplan fungerar och bidrar till delaktighet och inflytande.

”Trots identifierade brister så är det en bra kvalitet i genomförandeplanerna. Det syns att det finns en grundkunskap om hur dokumentationen ska utföras, vilket gör att helhetsintrycket av journalgranskningen är högre jämfört med andra vård- och omsorgsboenden. Genom att förbättra arbetet med egenkontroll finns möjlighet att Sirishof får godkänt på alla sina genomförandeplaner ”SAS

De löpande journalanteckningarna är överlag mycket tillfredställande. Det går att följa händelseförlopp över tid. Men förbättring önskas vad gäller synliggörande av den individuella vård och omsorgsprocessen. Likaså bör det synas att man erbjudit den enskilde att upprätta en levnadsberättelse. I den sociala journalen är det i stor utsträckning sociala händelser som framkommer. Vid besöker kommer vi in på sökorden i verksamhetssystemet. Verksamhetschefen berättar att de inte kunna påverka utbudet i samband med övergång till Procapita med det står på agendan. Ett konkret förbättringsområde är övergång till ICF samt begrepp för sociala insatser. Idag hamnar de under sökordet övrigt” SAS

Ett nära teamarbete i vardagen skapar goda förutsättningar för ett rehabiliterande förhållningssätt och god vård och omsorg.

Värdering



3.9 Hälso- och sjukvård

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Omvårdnadsansvarig sjuksköterska finns tillgänglig för den enskildes behov	x	
Arbeterapeut 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	
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	
Omvårdnadsansvarig sjuksköterska finns tillgänglig för den enskildes behov	x	

Verksamheten beskriver att omvårdnadsansvarig sjuksköterska finns tillgänglig för den enskildes behov enligt tjänstgöringsgrad och schema. Sjuksköterska på Skäpplandsgården och på Sirishof samarbetar och täcker för varandra kvällar, helger, nätter och vid frånvaro. Nattetid har sjuksköterskan beredskap i hemmet och har då tillgång till dokumentationssystemet. Arbeterapeut finns sedan 1 januari 2013 100 % på Sirishof och deltar nu mer aktivt i teamarbetet. Sjukgymnast besöker Sirishof varje vecka och finns tillgänglig vid behov. Samarbetet mellan Sirishof och sjukgymnast uppges fungera bra .

Länsövergripande ramavtal finns när det gäller medverkan av läkare . Sirishof har en lokal rutin för samverkan med läkare på Skebäcks vårdcentral. Tid för ronder finns avsatt varje tisdag kl. 08- 11.00 på boendet. Rutin finns hur man kontaktar läkare övriga tider och dagar i veckan. Akuta ärenden kvällar, helger och natt kontaktas primärvårdsjouren via universitetssjukhusets växel. Kontakten med läkaren fungerar mycket bra då det är hög kontinuitet och tillgänglighet och har varit så en längre tid.

Informationssystemet Meddix används om en boende är inlagd på sjukhus. Underlag för läkemedelsordinationer finns i Pascal eller på ordinationshandling. Verksamheten har i nuläget inte tillgång till NPÖ. Norlandiakoncernen arbetar utifrån en plan att kunna koppla upp NPÖ under 2013.

Läkemedelshantering och läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsskåp för den enskildes läkemedel finns i respektive lägenhet och överlämnandet av läkemedel sker på rummet. Vid vårt besök på boendet svarade

personalen att detta fungerade mycket bra och tyckte att det var betydligt säkrare än den tidigare rutinen för hantering av läkemedel.

Tydliga lokala rutiner finns för läkemedelshantering, läkemedelsgenomgång och kontakt med patientansvarig läkare.

Lokal arbetsbeskrivning finns för läkemedelshantering. Under varje arbetspass finns en undersköterska som ansvarar för att kontrollera att läkemedel har getts korrekt till den enskilde. Avvikelse rapporteras i TQM

Kvalitetsgranskning av övergripande läkemedelshantering utförs av kvalitetsgranskare från apoteket farmaci var annat till var tredje år. Senaste granskningen utfördes 20121120. Utföll väl med vissa förbättringsåtgärder, enligt protokoll.

Det finns en samordnande sjuksköterska som tillsammans med läkaren driver processen , läkemedelsgenomgång. Särskilt fokus läggs på att den enskilde ska vara delaktig. Under 2012 utfördes 66 läkemedelsgenomgångar på boendet. Det är ett mycket bra resultat. Den samordnande sjuksköterskan deltar även i Örebro kommuns kartläggning av dämpande läkemedel på vård och omsorgsboende och under 2013 kommer ytterligare kartläggning att ske.

Instruktion och delegering

Instruktioner från sjuksköterska och arbetsterapeut till omvårdnadspersonalen görs genom att instruktion, strukturerad med vad, när, hur, vem dokumenterad i vårdplan kopplas till signeringslista i systemet. Utbildning och kunskapstest för läkemedel finns.

Medicintekniska produkter

Medicintekniska produkter förskrivs vid behov med aktivitets- och funktionsbedömning som grund. Omvårdnadspersonalen instrueras. Uppföljning och utvärdering av förskrivna hjälpmedel görs av arbetsterapeut och i samråd i teamet.

”Av journalgranskning framgår att omvårdnadsdiagnos och mål samt genomförda läkemedelsgenomgångar finns beskrivna i alla 10 journaler som granskats. I en journal fanns dokumentation om dosjustering av neuroleptika läkemedel. Förskrivning av hjälpmedel vid P-ADL, förflyttning och/eller förebyggande av trycksår finns beskriven i samtliga 10 granskade journaler. Samråd med sjukgymnast framkommer i 2 journaler”
MAS och MAR

Fyra (3,25 åa) sjuksköterskor har omvårdnadsansvar. Sjuksköterskor arbetar dag och kväll. Kvällstureorna delar de med sjuksköterskorna på Skäpplandgården. Nattetid har sjuksköterskor beredskap. Sirishof har valt ha att ha en förhållandevis låg sjuksköterskebemanning jämfört med kommunens enheter.

Analys

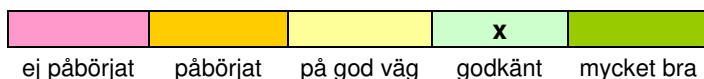
Läkemedelshantering på Sirishof sker strukturerat utifrån riktlinjer och föreskrifter. De lokala rutiner som finns för läkemedelshantering, läkemedelsgenomgång och kontakt med patientansvarig läkare är tydliga och säkerställer både läkemedelshantering och hur kontakt med läkare ska ske.

Sjuksköterska som har beredskap i hemmet har tillgång till journalsystemet hemifrån, vilket säkerställer informationsöverföringen vid kontakter då sjuksköterskan inte är på plats på Sirishof.

Värdering

Enhetens bedöms ha styrkor i sitt hälso- och sjukvårdsarbete. Utökningen av arbetsterapeuttjänsten medfört att tydlighet i roll och utveckling av genomförande av meningsfull aktiviteter anpassad efter individuella aktivitetspreferenser, förutsättningar och behov. Tillgång till omvårdnadsansvarig sjuksköterska arbetsterapeut och sjukgymnast är tillfredställande. Tillgången till rehabiliterande insatser och individuellt anpassade medicintekniska produkter fungerar väl. Dock har ingen lokal rutin redovisats som säkerställer detta.

Det bedrivs ett mycket bra arbete när det gäller läkemedelshantering på Sirishof och det är bara att fortsätta på den vägen.



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	

Verksamheten beskriver att det är viktigt att den anhörige ska känna sig välkommen att vara delaktig i vården och omsorgen i den mån önskemål finns. Anhörigträffar anordnas regelbundet och det finns ett anhörigråd som verkar ha etablerat sig på enheten och är aktiva. Enheten informerar om och förmedlar kontakt med Anhörigcentrum Vid inflyttningssamtal och uppföljningar är anhöriga inbjudna i samråd med den boende.

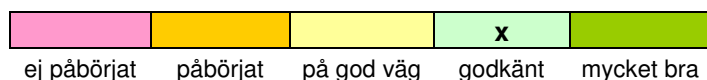
Kontaktnannskapet är även här viktigt för att skapa ett förtroende med den enskilde och dennes anhörig.

Det finns möjlighet som besökare på Sirishof att vid entrén lämna ett omdöme om sin upplevelse av besöket

Analys

Anhörigrådet på Sirishof förefaller vara ett aktivt råd. Uppfattningen är att det råder ett klimat på enheten som välkomnar anhöriga och deras synpunkter på verksamheten.

Värdering



3.11 Tillgänglighet och information

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	

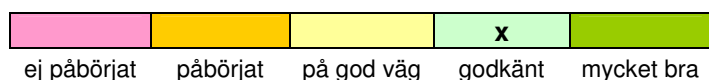
Information med beskrivning av verksamheten på kommunens hemsida finns och är uppdaterad med aktuella uppgifter. På Örebro kommuns hemsida för Sirishof finns en länk till Norlandia Cares hemsida. Vid besöket får vi också ta del av den information som finns i papper och som delas ut vid inflyttning (Välkomstmapp). Extern skyltning som gör att besökare hittar till Sirishof är till belåtenhet. Vid besöket finner vi ingen medarbetare som inte bär sin namnskylt.

All personal informeras vid nyanställning om rutiner för klagomålshantering. För anhöriga finns brevlåda synligt uppsatt där man kan lämna sina klagomål. När klagomål framförs bjuder områdeschef in till samtal för att klargöra fakta och lyssna in sig. Förhoppningen är att finna en lösning som är god för den klagande. Alla klagomål dokumenteras internt och redovisas för ledningen enligt rutin. Enbart tre klagomål är redovisade i enhetens årsberättelse.

Analys

Sirishof har en god tillgänglighet och har flera informationskanaler för att sprida information om verksamheten .

Värdering



3.12 Medarbetare och ledarskap

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
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	
Personalen har grundläggande kunskaper inom X och möjlighet till ständig fortbildning/fördjupning inom området (X = andra kunskapsområden viktiga för granskad verksamhet)	x	
Personalomsättningen bevakas för att säkerställa kontinuitet för den enskilda boende	x	

Ledarskap och organisation

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

På sitt täthetschema har Sirishof bemanningsnivåer som ligger lägre i jämförelse med kommunens andra boenden. Både dag och kvällstid arbetar två ur omvårdnadspersonalen per grupp. Det innebär fyra boende per personal. Nattetid arbetar tre personer med ansvar för hela enheten. Sirishof har en bemanning som motsvarar 0,85 personal (samtliga yrkeskategorier). Endast omvårdnadspersonalen är 0,73 personal per boende. Fyra (3,25 åa) sjuksköterskor har omvårdnadsansvar. Sjuksköterskor arbetar dag och kväll. Kvällsturerna delar de med sjuksköterskorna på Skäpplandgården. Nattetid har sjuksköterskor beredskap. Sirishof har valt att ha en förhållandevis låg sjuksköterskebemanning jämfört med kommunens enheter.

För ledning och styrning ansvarar en områdeschef som är ytterst ansvarig för både Sirishof och Skäpplandgården. Underställd områdeschef finns en ny enhetschef.

Ledningen bedömer att man klarar vården och omsorgen på ett säkert sätt trots den relativt sett låga bemanningen. Ledningen uppger att extraresurser tillsätts vid behov, t.ex. vid ökad vårdtyngd. Bemanningen understiger inte de nivåer som anges i avtalet.

Omvårdnadspersonalen är utbildade undersköterskor på Sirishof. Under 2012 har all personal fått utbildningen Demens ABC (grundkurs), salutogent förhållningssätt, personcentrad omvårdnad, jag-stödande, verksamhetssystem och lyftkörkort. En gemensam utbildningsdag med inbjuden föreläsare genomförs en gång per år. Centralt bygger Norlandia Care upp en utbildning, NC Akademin, som kommer att bestå av kortare kurser till längre utbildningar internt och externt. På sikt kan det finnas längre utbildningar i NC Akademin. På sikt kan Silviasystrar utbildas inom NC.

Analys

Ledningen på Sirishof påtalar vid besöket att personalen som arbetar där har grundläggande kunskaper inom demenssjukvård och möjlighet till ständig fortbildning/fördjupning inom området. Demens ABC som alla medarbetare genomgått under 2012 är en grundkurs. Det är viktigt att alla medarbetare som redan har genomgått grundkurser också erbjuds påfyllnad och kompetensutveckling. Mot bakgrund av att Sirishof har olika vårdinriktningar kan det finnas behov att anordna utbildningsinsatser som även riktas till medarbetare som arbetar på avdelningar med vårdboendeinriktning, utbildningar och erbjudande inom fler områden än inom demenssjukvård.

Ledningen bedömer att man klarar vården och omsorgen på ett säkert sätt trots den relativt sett låga bemanningen. Enligt uppgift bemannas enheten med extraresurser vid behov, t.ex. vid ökad vårdtyngd. Bemanningen understiger inte det som anges i avtalet.

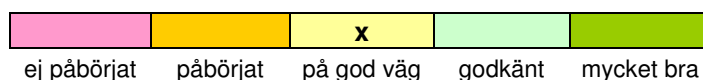
Granskningsgruppens bedömning är att bemanningsnivån kan vara i underkant för att även fortsättningsvis uppfylla de kvalitetskriterier om utlovas i avtalet.

Norlandia Care har utökat ledningsresursen genom att tillsätta en områdeschef i Örebro vilket medför ökade förutsättningar att bedriva en bra verksamhet ur medarbetar och ledarskapsperspektiv. Här ska dock säga att enhetschefen på Sirishof är från ganska nyligen nytillsatt vilket gör det svårt att värdera ledarskap och organisation.

”Tydliga arbetsbeskrivningar och ansvarsfördelning enligt lokal rutin finns. Kontinuerlig uppföljning sker av avvikelser. Kvalitetsteam Förbättringsarbete och kvalitetsutvärdering i TQM”
Handlingsplaner upprättas vid behov och lyfts på arbetsplatsträffar.” Enheten

Under 2013 kommer en utbildning genomföras som ska resultera i en certifiering av kontaktman. Detta är en kompetensutveckling för att stärka kontaktmannskapet i sin roll och för ökad kompetens inom relationsbyggande och individuell- och personlig vård som borde bidra till gott bemötande och god kontinuitet och möjlighet till delaktighet och inflytande över vården och omsorgen och aktiviteter. All fast personal har Demens ABC utbildningen och NC skola. Utvecklingssamtal genomförs enligt uppgift 2 gånger per år. I samband med detta samtal inventeras det individuella kompetensutvecklingsbehovet.

Värdering



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.

Enheten beskriver att HSL-dokumentationen lever upp till kraven i SOSFS 2008:14. Personlig inlogg krävs för tillgång till journalsystemet och rutin för egenkontroll av hälso- och sjukvårdjournalen finns. Minst fem journaler granskas varje månad utifrån en fastställd checklista.

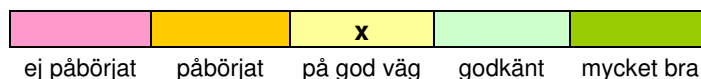
SAS bedömningen av dokumentation i genomförandeplan görs med utgångspunkt från SOSFS 2006:5. Det är också med den föreskriften som verksamheten hänvisar till vid upprättande och uppföljning av planer. Om egenkontrollen fungerat tillfredställande skulle nämnda brister ha identifierats och åtgärdats. SAS använder en granskningsmall som är känd för verksamheten.

Resultatet för Sirishof är:

Godkända	Delvis godkända	Ej godkända	Plan saknas
1	0	9	0

Trots att få genomförandeplaner i granskningen blev godkända enligt de kriterier som ska vara uppfyllda enligt granskningsmall bedömer SAS att de löpande journalanteckningarna överlag är mycket tillfredställande. Det går att följa händelseförlopp över tid. Men förbättring önskas vad gäller synliggörande av den individuella vård och omsorgsprocessen. Likaså bör det synas att man erbjudit den enskilde att upprätta en levnadsberättelse. I den sociala journalen är det i stor utsträckning sociala händelser som framkommer. Ett konkret förbättringsområde är övergång till ICF samt begrepp för sociala insatser. Idag hamnar de under sökordet övrigt.

Värdering



3.14 Särskilda granskningspunkter

14 Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej

4 Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat

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 omvårdad 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			5	8	

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> Det sätt utemiljön och utrymme inhomhus används till aktiviteter <u>Behöver förbättras</u> <u>Bristande kvalitet</u>
Process-kvalitet	Arbetsätt, rutiner, funktion	Dokument, besök	<u>God kvalitet</u> Metoder och arbetsätt i det dagliga arbetet. Social samvaro , utevistelse och aktiviteter. Behöver förbättras - <u>Bristande kvalitet</u>
Resultat-kvalitet	Bemötande, trygghet, smärtlindring mfl	Dokument, brukarundersökningar, besök	<u>God kvalitet</u> Bemötande Trygghet Personlig omvårdnad, läkemedelshantering <u>Behöver förbättras</u> <u>Bristande kvalitet</u>

Sammanställt av Gunilla By, planerare

Källhänvisningar

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

Tillgänglig datum på <http://www.orebro.se/1935.html>

Bra Vå

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