

14 06 12

Vö 145/2014

## **Rapport**

**Kvalitetsuppföljning,  
av vård- och omsorgsboendet Skebäcksgården**

**2014 -05-06**

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](http://orebro.se).

## Sammanfattning

Förvaltningskontor Vård och stöd har på uppdrag av Vård- och omsorgsnämnd öster utfört en kvalitetsuppföljning på Skebäcksgårdens vård- och omsorgsboende.

Uppföljningens syfte är att göra en samlad granskning av verksamhetens förmåga att leva upp till kvalitetskraven. Förvaltningskontoret bedömer att den enskilde inom enheten får en vård och omsorg av god kvalitet och att de förbättringsområden som identifierats kan hanteras inom ramen för enhetens interna utvecklingsarbete.

Denna uppföljning (typ 2) är den 22:a av en boendeenhet som genomförts sedan 2010.

Skebäcksgårdens finns i en fastighet i ett plan, med närhet till stadspark och vårdcentral. Till boendet som är indelat i vård- och omsorgsboende, kortidsplatser och rehabilitering finns flera uteplatser. Enheten har en grundutbildad personal.

Uppföljningen har haft fokus på vårdboendet och kvaliteten på korttidsplatser och övrig verksamhet granskas inte. Skebäcksgårdens rehabilitering ska flyttas till Tullhuset och innehållet i korttidsvården kommer att ändras vilket kommenteras i ett särskilt kapitel.

Uppföljningen visar att enhetens styrka är arbetet med att skapa en aktiv och meningsfull tillvaro för de boende och arbetet med att utveckla team som ansvarar för den enskildes vård och omsorg över hela dygnet. Enheten har en tillgänglig personal och en bra samverkan med vårdcentralen som finns i samma fastighet.

Det är styrkor som identifierats vid en tidigare uppföljning och som nu stärkts. Sedan förra uppföljningen har enheten fått ett nytt personlarm installerat, beviljats medel till att förbättra skyltningen utomhus och en inre renovering har påbörjats där avdelningarnas kök får nya vitvaror, skåp mm.

Resultatet från 2013 års brukarundersökning gav enheten dess första utmärkelse när de blev tredje bästa enhet bland Örebros 18 enheter. De äldre ger särskilt positiva svar på frågor om bemötande, inflytande och delaktighet.

Skebäcksgården behöver fortsatt se över sitt sätt att hantera mat och måltid. Andel nöjda med mat har blivit högre men kvalitet på måltidsmiljö varierar mellan avdelningar. Enheten behöver fortfarande se över sitt sätt att hantera klagomål så att de blir bättre dokumenterade och därmed värdefulla i utvecklingsarbetet.

I förra granskningen var inte dokumentationen i fokus. När dokument nu granskas framkommer förbättringsområden. Alla ska ha genomförandeplaner och för både SOL och HSL dokumentationen behövs en utvecklad egenkontroll. Påbörjad utvecklingsplan för att förbättrad dokumentation bedöms vara tillräcklig.

Enheten bedöms klara ”godkänt” för 6 av tretton kriterieområden och är ”på god väg” med att klara övriga 7.

## Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till Vård- och omsorgsnämnd öster

- Vård och omsorgsnämnd öster godkänner rapporten
- Skebäcksgården rapporterar till Vård- och omsorgsnämnd i samband med delårsrapport 2 med prognos och i årsberättelse 2014 om hur de åtgärdat identifierade förbättringsområden för att leva upp till kraven.

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
1.1	Bakgrund .....	1
	Syfte .....	1
1.2	Mål.....	1
1.3	Metod för uppföljning.....	1
1.4	Omfattning.....	3
1.5	Begreppsdefinitioner.....	3
2	Resurser, organisation.....	4
3	Resultat 2014 .....	8
3.1	Aktiv och meningsfull tillvaro .....	9
3.2	Bemötande .....	12
3.3	Kontinuitet .....	13
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.....	21
3.9	Hälso- och sjukvård .....	23
3.10	Anhörigstöd .....	25
3.11	Tillgänglighet och information .....	26
3.12	Medarbetare och ledarskap .....	27
3.13	Dokumentation .....	30
3.14	Särskilda granskningspunkter .....	33
4	Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat.....	35
4.1	Sammanfattande tabell bedömning av alla kriterier.....	35
4.2	Resultat av granskningen – en sammanställning .....	36
	Källhänvisningar .....	37

# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund

Kvalitetsuppföljningen av Skebäcksgården, av typen fördjupad, är den tjuogoandra i ordningen sedan starten 2010. Den systematiska uppföljningen av vård och omsorgsboendeenheter har successivt utvecklats och kvalitetskriterier har lagts till, tagits bort och stuvats om och under 2012 lämnades en fyrgradig bedömningsskala till förmån för en femgradig. Rapporterna finns utlagda på orebro.se och frågor om innehåll och form välkomnas. Kontakta granskningsansvarig enligt lista nedan.

## Syfte

Uppföljningen är en del av vård- och omsorgs ledningssystem<sup>1</sup> 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.

## 1.2 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.

## 1.3 Metod för uppföljning

Granskningen har haft sin utgångspunkt i olika former av kvalitet<sup>2</sup>: 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
- Medarbetarundersökning<sup>3</sup>
- 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)

---

<sup>1</sup> Riktlinje för verksamhetsuppföljning av enheter i vård och omsorg

<sup>2</sup> Egen tillämpning efter A. Donabedian.






<sup>3</sup> Gäller ej entreprenader som redovisar resultat från egna medarbetarundersökningar.

- 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 kvalitetskriterier<sup>4</sup> i 13 kvalitetsområden och har skickats ut i förväg till enheten. Enheten gör en självvärdering av hur väl de lever upp till kraven och återsänder listan ifylld innan besöket.

Vid besöket förs ett samtal med ledning och personal från verksamheten och då har kriterierna och svaren använts som diskussionsunderlag. Dialogen kompletteras med att observationer görs under en rundvandring på enheten, samt att samtal med boende genomförs.

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

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

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

### 1.3.1 Organisation

I granskningsgrupp har ingått planerare, medicinskt ansvarig sjuksköterska (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 båda chefer, en arbetsterapeut, en sjuksköterska och tre undersköterskor.

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

Vid besöket på Skebäcksgården hade gruppen följande sammansättning:

Owe Fjellborg, granskningsansvarig

Gunilla By, planerare

Ylva Blix, MAS

Christna Löf, MAR

Malin Duckert, SAS

<sup>4</sup> 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.

## 1.4 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.

### 1.4.2 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

## 1.5 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

Skebäcksgården är vackert beläget intill kulturreseptatet Wadköping och Stadsparken på Öster i Örebro. Hela boendet är i markplan och i samma fastighet finns en vårdcentral och dagrehabilitering. Till varje avdelning finns en lättillgänglig uteplats.

Skebäcksgården är ett vård- och omsorgsboende med 61 platser fördelat på fyra avdelningar med 6 korttidsplatser, 12 rehabplatser och 2 trygghetsplatser för vård i livets slutskede samt 41 vårdboendeplatser med somatisk inriktning.

Skebäcksgården byggdes 1978 och var från början ett sjukhem inom landstinget som i samband med Ädelreformen 1992 övergick till kommunen.

Tab: Skebäcksgårdens personalresurs och uppdrag i form av antal platser

Resurser enligt budget 2014	Omv	Omv	SSK	AT	Adm	Ledning	Övriga	Summa
Skebäcksgården	Dag/Kväll	Natt						Budget
Antal årsarbetare per yrkeskategori (åa)	39,94	8,24	7,05	1,71	1,00	2,00	1,00	60,94
Antal anställda per yrkeskategori (st)	51	10	8	2	1	2	0	74
Total budget 2014 (Tkr)	-34 218							

Antal Platser - Vård och omsorgsboende	Antal
Skebäcksgården	2014
Antal platser permanent boende	41
Antal platser korttidsvård	20
Antal platser totalt	61

Enheten har 0,99 årsarbetare per brukare totalt och 0,79 årsarbetare per brukare om man bara räknar omvårdnadspersonalen. På grund av att man har mycket korttidsvård och trygghetsplatser för vård i livets slutskede får man en något högre resurstilldelning än genomsnittet. Rehabenheten har 0,5 åa sjukgymnast via vårdcentralen.

Den genomsnittliga sysselsättningsgraden är 84,6 % att jämföra med genomsnittet 89 % i kommunens vård och omsorg.

Bemanningen för omvårdnadspersonalen varierar mellan avdelningarna då de är olika stora och har olika inriktningar, i genomsnitt på enheten har varje personal hand om tre boende. Kvällstid är motsvarande siffra fyra till fem boende per personal. Natttid arbetar tre eller fyra ur omvårdnadspersonalen på hela huset som en grund. Extra vak sätts in kontinuerligt vid behov enligt uppgift.

Åtta sjuksköterskor är fördelade inom enheten med olika hög anställningsgrad beroende på avdelningens inriktning. Sjuksköterskor arbetar dag, kväll och helg. Natttid kommer sjuksköterska från kommunens sjuksköterskepatrull.

Verksamheten har två arbetsterapeuter (1,66 åa). De finns på plats vardagar. En har ansvaret för rehabenheten (0,8 åa)<sup>5</sup> och en för övriga boendet (0,86 åa). Sjukgymnast kommer från vårdcentralen, enligt överenskommelsen med landstinget och motsvarar 0,5 å.a.

Enheten leds av två enhetschefer som båda har Socialomsorgsutbildning och en lång erfarenhet av äldreomsorg. Till stöd finns en administrativ assistent. Cheferna jobbar tätt

<sup>5</sup> Arbetsterapeut anställd på heltid 1,0 åa men f.n. tjänstledig 20 %.

ihop och resonerar sig fram till gemensamma beslut. Det finns sedan ett par år tillbaka tankar om att skapa en ledningsgrupp likt den Klosterbacken har, men där är man inte ännu.

För varje arbetsgrupp finns det kulturombud.

Årets budget är på 34 218 tkr och enligt prognos finns risk för ett minus beroende på ”särskilda omständigheter” där extra personal behövs motsvarande 2 å.a.

Starka team har formats där dag-kväll-natt närmats varandra. Dag gör kvällsturer och nattpersonal gör kvällsturer. Nattpersonal har fått en samordnare som kan bistå ledningen i kommunikation med nattpersonal. Den förbättrade dialogen leder till att all personal, oavsett tid på dygnet, får en ökad kännedom om brukarna.

Skebäcksgården har i sin plan sett att med de uppdrag de har så behövs mer resurser än budgeterat och de har sedan fyra år tillbaka fyra serviceassistenttjänster som bemannas med arbetsprövande från olika projekt där personer som av olika anledningar haft svårt att etablera sig på arbetsmarknaden får chansen att pröva sina färdigheter under handledning. Serviceassistenttjänsterna innebär att enheten, när inskolning är klar, förfogar över extra resurser som uppskattas av boende och personal. Tanken är den att assistenterna utför serviceuppgifter och att de därmed delvis frigör omvårdnadspersonal till att tillgodose exempelvis den äldres behov av utevistelse. (se länk film)<sup>6</sup>

I verksamhetsplan 2014 skriver enheten att ett kännetecken för Skebäcksgården är att

- Genom goda relationer skapar vi förtroende mellan varandra
- Du möter personer som Du känner igen och som vet hur du vill ha det
- Vi bemöter dig vänligt och jämlikt.
- Vi respekterar dig och lyssnar på dina önsknings

Brucarundersökningen 2013 visar att Skebäcksgårdens boende är mycket positivt inställda till den hjälp de får och enheten fick diplom av förvaltningschefen för tredje bästa (3/21) resultat för vård och omsorgsboenden. Mest nöjd är man med bemötande, möjlighet att påverkat tider och anhörigs samarbete med personal. Lika positivt inställda är man inte med den gemensamma innemiljön. Inställning till mat har förbättrats men matens smak och måltidsmiljön är bland de få områden där enheten hamnar under snittet för kommunen.

När brukarundersökningsresultatet för 2013 vägs samman med förmågan att klara processer, och ekonomi hamnar enheten något lägre (plats 9 av 18 enheter).

Resultat från medarbetarundersökning 2014 är ännu inte redovisat och det från 2011 börjar bli gammalt. Medarbetarindex på 65 (kommun 62 och förvaltningen 66) från 2011 visar på relativt nöjda medarbetare (rang 9 av 18 enheter variation i vård och omsorg är 50-85). Ledarskapsindex på 75 är högt (kommun 63 och förvaltning 70) och även arbetsorganisation och handlingskraft har höga värden.

Protokoll från den senaste kvalitetsinspektionen (maj 2012) visade att enheten har fungerande rutiner och tillämpar gällande riktlinjer inom alla granskningsområden. Anmärkning finns om att rutin för personals dagliga läsning av dokument i verksamhetssystemet kan behöva förbättras. Inga inspektioner 2013-2014

---

<sup>6</sup> För mer information om serviceassistenterna (<https://vimeo.com/84590775>Lösenord: marilyn)

Under 2013- och tom början av 2014 har Skebäcksgården inte hanterat några Lex Sarah anmälningar, och endast fått ett klagomål registrerade i diariet. I Treserva har 2 klagomål registrerats enligt egenrapporteringen. Ett Lex Maria från 2012 har utretts och IVO har 2013 förklarat sig nöjda med föreslagna åtgärder. (Förbättra egenkontroll av dokumentation).

#### Processer

Mått	2011	2012	2013	Rikt värde	Måluppfyllelse
Beläggning vobo	98,0%	97,1%	97,0%	95,0%	
Andel med kontaktperson	100%	100%	100%	100%	
Andel med genomförandeplan	98%	80%	100%	100%	
Andel delaktiga i genomförandeplan	95%	84%	100%	100%	
Andel åtgärder på bedömd risk i senior alert	saknas	saknas	64%	90%	

#### Brukarnas uppfattning

Mått	2010	2012	2013	Rikt värde	Måluppfyllelse
Andel nöjda med bemötande	93%	76%	100%	94%	
Andel nöjda med trygghet	80%	95%	95%	90%	
Andel nöjda med inflytande och delaktighet	93%	71%	90%	79%	
Andel nöjda med aktiviteter	69%	59%	67%	63%	
Andel nöjda med matens smak	60%	30%	75%	77%	
Andel nöjda med utevistelse	67%	57%	76%	58%	

\*Brukarundersökning genomfördes inte 2011. Därför redovisas resultat från 2010 i tabell

#### Ekonomi

Mått	2011	2012	2013	Rikt värde	Måluppfyllelse
Resultat	-331	-857	519	0	
Timvikariekostnad (Tkr)	2 765	2 252	3 379	2 252	
Kostnad för köp av ssk från bemanningsföretag (Tkr)	384	161	365	161	
Total nettodygnskostnad (Kr/dygn)	1 578	1 638	1 637	1 549	

#### Medarbetare

Mått	2011	2012	2013	Rikt värde	Måluppfyllelse
Korttidsfrånvaro (antal dagar/anställd)	5,6	7,0	7,8	minska	
Genomsnittlig sysselsättningsgrad	86,6%	86,3%	84,6%	öka	
Andel utbildad omvårdnadspersonal	93%	96%	96%	91%	
Medarbetarindex*	65	ej mätt	ej mätt	62	
Rekommendera vän att arbeta i kommunen*	36	ej mätt	ej mätt	52	

### Tidigare uppföljning Typ 1, enkel 2012.

”Skebäcksgården är en väl fungerande enhet inom flera av de områden som följts upp i denna granskning. Särskilt kan framhållas ambitionerna och arbetet med att skapa en aktiv och meningsfull tillvaro för de boende och arbetet med att utveckla team som ansvarar för den enskildes vård och omsorg över hela dygnet.

Ledarskapet är uppskattat enligt medarbetarundersökningen.

Skebäcksgården behöver se över sitt sätt att hantera mat och måltid. Andel nöjda med mat kan bli högre och enheten kan ha nytta av att titta på hur andra jobbar för att få fler nöjda. Enheten behöver också se över sitt sätt att hantera klagomål så att de blir bättre dokumenterade och därmed värdefulla i utvecklingsarbetet.

Nytt personlarm behöver installeras.

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till nämnden

- Vård och omsorgsnämnd öster godkänner rapporten
- Utifrån de förbättringsområden som framkommit i rapporten ska Skebäcksgården redovisa åtgärder i delårsrapport och årsberättelse 2012.”

”Ur Rapport Verksamhetsuppföljning Typ 1 Skebäcksgården 201205”

### 3 Resultat 2014

Skebäcksgården har flera olika uppdrag och föreliggande uppföljning har fokus på vårdboendet med sina permanent boende gäster. Rehabiliteringen, korttids- och avlastningsplatser behöver följas upp på delvis ett annat sätt och hela korttidsvården är satt under lupp för närvarande. Beslut finns redan om att Skebäcksgårdens rehabilitering ska flyttas till Tullhuset när det huset blivit ombyggt. Den nationella brukarundersökningen riktar sig enbart till dem som är permanent boende, därför är de resultat som rapporten redovisar nedan enbart giltiga för vårdboendet.

Enheten har trots anmärkning ovan om olika uppdrag också en integrerad verksamhet där kväll och natt hjälper varandra över gränser liksom dag och kväll.

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

#### Bedömning

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

### 3.1 Aktiv och meningsfull tillvaro

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den enskilde har möjlighet att upprätthålla kontakt med släkt och vänner.	X	
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	

Kontaktpersonen har i sitt uppdrag att underlätta för att den äldre ska behålla de sociala relationer denne önskar. Anhörigstödet är viktigt och beskrivs mer i senare kapitel.

Brukarundersökning 2013 visar att de äldre är relativt positiva till de aktiviteter som erbjuds 67 % (Ök 57 %) rang 7/18.<sup>7</sup>

”Aktiviteter planeras både enskilt och i grupp. Det är din kontaktperson och du som planerar för de eventuella enskilda aktiviteterna. Våra gruppaktiviteter planeras av gruppens kulturombud och enhetscheferna. Det handlar både om enstaka events och festligheter men också om återkommande aktiviteter som läsecirklar, målarcirklar, gymnastik, gudstjänst mm.

Varje sommar ökar vi vår bemanning för att kunna erbjuda extra mycket utevistelse och olika aktiviteter i vår natursköna miljö i stadsparken för de som önskar. Vi har köpt in en ”parcykel” och erbjuder boende möjligheten att åter känna vinden i håret när de far fram längs svartåns strand. Vi har även samarbete med en musikskola som sjunger och spelar flera dagar varje vecka.” ur Enhetsplan 2014

Resultat från brukarundersökningen visar att de äldre är positiva till möjlighet att komma ut, 76 % är nöjda (Ök 52 %) rang 3/18. De äldre är också positiva till utemiljö, 84 % (Ök 67 %) rang 6/18. I enhetens plan för 2014 anger de att 67 % har en genomförandeplan och SAS granskning av journaler visar att inte alla har en genomförandeplan:

---

<sup>7</sup> 67 % (Ök 57 %) rang 7/18 läses: 67 procent av de som svarat är positiva. (Jämfört med Örebro kommuns snitt 57 procent). Enhetens svar på frågan placerar den på plats 7 av 18.(rangordning)

”Det är under genomförandeplaneringen som ”vad som är meningsfullt i tillvaron” ska uppmärksammas och planeras för. SAS har granskat tio journaler och fem stycken har genomförandeplan och där den enskilde har varit delaktiga i planeringen. Fyra stycken saknar en genomförandeplan vilket innebär att verksamheten inte arbetat utifrån sin process och kontaktpersonens ansvar. Därutöver har den enskilde inte formellt kunna utöva delaktighet eller inflytande.” SAS

Enheten berättar att utöver avdelningarnas egna aktiviteter ordnas också större sammankomster:

”Utöver varje avdelnings planlagda aktiviteter ordnas även diverse återkommande större ”event” under året: Vårgille, höstgille, grillfester, fettisdagsfika, våffeldagsfika, valborgsmässofirande med eld, sång och vårtal mm. På sommaren anordnar vi ”sommarsatsning” där vi utökar andelen anställda och sätter ihop ett sommarschema för aktiviteter” Ur enhetens svar

Funktionella gemensamma utrymmen kunde vara bättre. Enheten förfogar idag över stora ytor som skulle kunna utnyttjas bättre, och ett förbättringsarbete pågår. Kök håller på att renoveras och golv i de flesta utrymmen kommer att bli omlagda (det är 20 år sedan sist vilket märks). Enhetens uppgift att omvandla den sjukhemsliknande grundstrukturen med delvis långa och breda korridorer till ett en hemliknande miljö har bitvis lett till goda resultat. Tack vare att korridorer är breda har de kunnat möbleras på ett trevligt och inbjudande sätt utan att riskera stopp i utrymningsvägar. På frågan om det ”är trivsamma gemensamma utrymmen?” är det bara 57 % av svaren som är positiva (Ök 62 %) rang 15/18. Frågan är en av få där enheten får ett sämre resultat än genomsnittet i kommunen.

Enheten samarbetar med volontärer via väntjänst men har också egenrekryterade volontärer. Studieförbund som Bilda och Medborgarskolan har syjunta, målarskolor och andra olika aktiviteter i huset. Vid besöket samtalar vi med en boende som själv tagit initiativ till ”akademikermöten” där små föreläsningar med efterföljande samtal varit uppskattade. Enheten stimulerar till att gästerna behåller- och fortsätter att utveckla sina talanger och intressen.

Enhetens redogörelse om hur de arbetar aktivt med varje kriterium inom området ”Aktiv och meningsfull tillvaro” är trovärdig, och granskningsgruppen ser vid rundvandring de anslag och de fotografier som kan förväntas. Stämningen är rofylld men vaken och många sitter till bords i väntan på lunch när vi går runt. Det regniga och kalla vädret inbjuder inte till utevistelse och det är som en av de boende skämtsamt sa: ”Det är bara en sak som är dålig med det här stället och det är vädret”.

Aktivitets- och funktionsbedömningar görs av arbetsterapeut vid inflyttning och sedan vid behov enligt enhetens självvärdering och detta bekräftas delvis av journalgranskningen.

”Arbetsterapeutisk aktivitets- och funktionsbedömning är dokumenterad, men i varierande omfattning i sex av de tio granskade journalerna. De arbetsterapeutiska bedömningarna omfattar till största delen förflyttning och personlig vård. Vårdplaner upprättade av arbetsterapeut finns i åtta av de tio journalerna. I tre vårdplaner, som samtliga handlar om Personlig vård finns planerade åtgärder fördelade till omvårdnadspersonalen. Ingen uppföljning från omvårdnadspersonal finns inskriven. I flertalet vårdplaner upprättade av arbetsterapeut saknas uppföljning.

Den enskildes aktivitetspreferenser (inställning till, prioriteringar och önskemål i aktivitet) framkommer inte tydligt i de granskade HSL-journalerna. MAS och MAR

### Analys

Brukarundersökning 2013 visar att enheten varit framgångsrik i sina förbättringar av de äldres möjlighet till aktiviteter och utevistelse. Enhetens målmedvetna satsning på att skaffa extra resurser i form av serviceassistenttjänster (se även kap2, kap14) och ett aktivt samarbete med volontärer betalar sig i nöjda gäster.

Arbetet med att förbättra de gemensamma utrymmena pågår tillsammans med fastighetsförvaltaren och det finns en potential i att använda stora golvytor i nuvarande rehabiliteringsavdelning till den ”samlingsal” man saknar. Där kan exempelvis en liten scen placeras och projektor monteras i tak utan att det skulle störa en ”boendeavdelning”. Det sista är en kommentar från granskarna som inte gör anspråk på att vara arkitekter.

”En tydlig satsning finns på kontaktmannskapet och utvecklingen från generell till individuellt planerad vård och omsorg. Arbetsterapeutens möjlighet att genomföra aktivitets- och funktionsbedömningar är begränsad utifrån den begränsade resurs som arbetsterapeuten utgör. Hon kan inte alltid göra en egen observation, utan måste utgå från omvårdnadspersonalens bedömning. Positivt är att arbetsterapeuten kontinuerligt deltar vid teamträffar på samtliga grupper och vid behov planerar och genomför arbetsarbetsterapeutiska åtgärder. Ett utvecklingsområde är att i HSL-journalen tydligare kartlägga och följa upp åtgärder utifrån den enskildes aktivitetspreferenser och upplevelse.” MAS och MAR

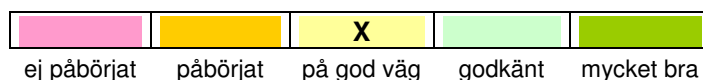
”Ett utvecklingsområde är att en mer omfattande arbetsterapeutisk aktivitets- och funktionsbedömning behöver göras på alla som en grund för den individuella planeringen och med tydligare utgångspunkt i den enskildes aktivitetspreferenser.” MAS och MAR

”Verksamheten anger också att kontaktpersonen ansvarar för att erbjuda de aktiviteter som förekommer frekvent. För de personer som saknar en plan saknas också möjlighet att följa upp om intressen eller önskemål tillgodosetts.” SAS

Enheten arbetar för att alla ska ha en genomförandeplan senast vid årets slut (Enhetsplan 2014)

### Värdering

Enheten kan visa upp ett brett utbud av aktiviteter och kontaktytor utanför boendet som kan stimulera gemensamhetsbehoven. Det finns ett engagemang i verksamheten som är berömlig och de boende har blivit nöjdare, men journalgranskningar visar att det finns svårigheter med att följa upp plan för individen och att den arbetsterapeutiska aktivitets- och funktionsbedömningen behöver utvecklas. Ännu ej full kontroll.





### 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	

På frågan om den äldre får ett bra bemötande från personalen är alla svaranden positiva, 100 % (Ök 94 %) rang 1/18 (en av åtta enheter som når 100 %). En annan fråga i undersökningen som speglar hur väl enheten lever upp krav inom området är om personal tar hänsyn till den äldres egna åsikter och önskemål och här är 90 % positiva (Ök 75 %) rang 2/18.

Som för de flesta andra enheter så är Skebäcksgårdens svar på frågor om den äldres rätt till sin sexualitet en "icke" fråga. Behovet är inget man stöter på särskilt ofta och enheten har hanterat frågan när den dykt upp. Om respekt för livsåskådningar exemplifierar enheten med att det ibland kan vara utmanande och påverka arbetsmiljön när gäster är rasistiska och uttrycker sig nedlåtande och fördomsfullt om personal. Cheferna tycker dock att de med den öppenhet som råder mellan personal har kunnat hantera frågan med bibehållen respekt för den äldres övriga behov.

"I det utmaningar som uppstår beskriver verksamheten att man ibland tar kontakt med SAS. Det stämmer, verksamheten är aktiv i att söka dialog och stöd i de ärenden som ibland krävt särskilda handlingsplaner." SAS

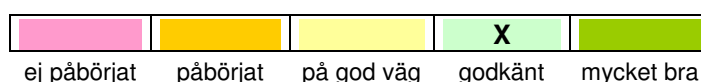
#### Analys

Enhet framhåller i sin presentation, och det framgår även av deras planer och rapporter, att ett "gott bemötande" är ett signum och en ledstjärna i verksamheten. Värdegrund och bemötande har blivit en del av verksamheten där resan från att se på äldre som ett kollektiv till att se den äldre individen, pågått under några år och nu börjar ge resultat. Samtalet vid bordet under granskningen handlar mycket om att hela personalgruppen på olika sätt bekräftar att de deltar aktivt i denna "individualiserings"resa. Men de markerar också att medarbetarna hunnit olika långt i förändringsarbetet.

SAS granskning av journaler visar att det saknas genomförandeplaner där individuella önskemål och vanor ska framkomma.

#### Värdering

Enheten skulle kunna utvecklas till att få ett högsta betyg för kriteriet "bemötande" om dokumentationen förbättrades.



### 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	
Hjälpsatserna 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	

Ett sätt att få en hög personkontinuitet för enheten är att styra så att kontaktpersonen sköter den personliga omvårdnaden i så stor utsträckning som möjligt. Det är upp till KP att ordna för att vardagsuppföljning och samtal om hjälpen kan ske minst en gång i veckan berättar enheten.

Enheten har aktivt sett över hela planeringen för att bättre garantera en kontinuitet i hur hjälpen utförs över dygnet genom att schemalägga så att alla jobbar kväll och natt. KP kan tillsammans med nattpersonal göra särskild genomförandeplan för denna del av dygnet. En särskild samordnare av nattarbetet har utsetts och kommer att bli en viktig länk i kommunikation med dag och ledning som enbart jobbar vardagar och dagtid.

I dokumentationen har SAS visat att det inte finns genomförandeplaner för alla och utan genomförandeplaner är det svårt att följa att den enskildes behov tillgodoses.

Brukarundersökningen visar att den äldre är relativt nöjda med den information de får om planerad tid för hjälp blir ändrad, 58 % (Ök 45 %) rang 5/18.

Kontaktman är känd och uppdraget är väl inarbetat enligt uppgift. I samtalet framgår också hur viktig kontaktsmannen är för att den äldre får den hjälp som planerats och utlovats. Samtalen med de äldre och insatsernas utförande verkar ge resultat och 90 % av de äldre menar att personalen har tillräckligt med tid för arbetet.(Ök 67 %) rang 2/18.

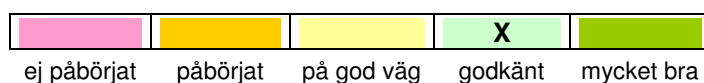
#### Analys

Ett väl utarbetat kontaktsmannaskap har gett resultat och de äldre är nöjda med många insatser av den typ som kräver att individen syns, att en relation skapas utifrån den enskildes behov.

Att aktivt integrera dag, kväll och natt verkar vara en bra åtgärd i strävan att flytta fokus från att utföra arbetsuppgifter för en grupp till att tillgodose den enskildes behov.

#### Värdering

Om enheten förbättrar sin dokumentation finns goda möjligheter att arbetet med kontinuitet kan gå från bara "godkänd" till "mycket bra".



### 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	X
Måltiderna serveras på ett tilltalande sätt i en lugn och trivsamt miljö.	X	
Den enskilde bereds möjlighet att ta mat och äta själv.		
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	

Mat och måltid har varit och är ett förbättringsområde för enheten.

75 % av de äldre är positiva till smaken på maten ( Ök 76 % rang 11/18) och 65 % är positiva till matsituationen (Ök 67 %) rang 12/18.

Dagen för besöket serverades pannbiff med sås och potatis tillsammans med broccoli. Till efterrätt var det aprikoser och gräddor. Granskningsgruppen delades upp och gästade tre olika avdelningar. Två i gruppen besökte ett vårdboende där de äldre satt uppdelade kring tre bord (4 per bord) och med personal till de gäster som behövde hjälp i olika grad med att inta sin mat. Maten serverades upplagd på tallrik av serviceassistenter som agerade värdinnor. De som kunde fick ta själv ur karotter på bordet. Maten var varm och smakade bra, som förväntat av en vardagslunch. Köket hade blivit smakfullt renoverat med nya vitvaror och skåp. Det är en kontrast mellan de renoverade väggarna och de fläckvis slitna golvmattorna. Samtalet vid bordet flöt på bra trots vissa svårigheter med hörapparater. Alla kring bordet var nöjda med maten och det var svårt att få någon att säga att de saknade någon favoriträtt eller så. Granskarnas närvaro uppmärksammades av gäster kring andra bord och vi lockades till nya samtal och utbyte av livserfarenheter. Ett samtal slutade med att vi fick besöka en lägenhet och förevisades ett mycket slitet golv där det t.o.m. var små hål i mattan. Hålen irriterade den boende dagligen och hennes önskan var att få en ny golvbeläggning. (Se mer under Tillgänglighet och klagomål).

I samtal förklarar enhet hur de exempelvis anpassat måltid till person med synnedsättning där färgat porslin och rutiner är viktiga och för andra där flytt från rullstol till köksstol kan vara viktig för att kunna äta. För ytterligare någon kan det vara bättre att sitta kvar i rullstolen för att kunna vara så självständig som möjligt under måltiden.

”Ingen arbetsterapeutisk aktivitets- och funktionsbedömning med koppling till måltidssituationen finns i de tio granskade journalerna, men verksamheten uppger att vårdplaner upprättas vid behov. Arbetsterapeuten deltar inte i den pedagogiska måltiden.” MAS och MAR

Arbetsterapeut gör inte rutinmässigt en funktionsanpassning av matsituation för varje individ. Hon behöver förlita sig på att annan personal hör av sig om det finns behov av hennes kompetens.

Egenkontroll av livsmedel som är viktig för att inte exempelvis dålig skämd mat ska serveras fungerar hjälpligt och enheten menar själv att de kan behöva förbättra sig här.

”Registrering och bedömning av risk för undernäring görs i Senior alert. Vid granskning framkommer att vårdplaner Risk för undernäring inte alltid har upprättats då risk för undernäring har framkommit vid riskbedömningen i Senior alert. I de tio granskade journalerna finns riskbedömning som enligt Senior alert visar på risk för undernäring i tre och i en av dessa tre finns en vårdplan Nutrition och en vårdplan Risk för undernäring.” MAS och MAR

Risk för nattfasta är man medveten om och det finns alltid ngt att äta för den som behöver. En ”nattbanan” kan vara lugnande om den har en korrekt temperatur (dvs rumstemperatur) meddelas det.

### **Analys**

Enheten har ett tillagningskök i huset men har ändå idag inte möjlighet att erbjuda två rätter att välja mellan.

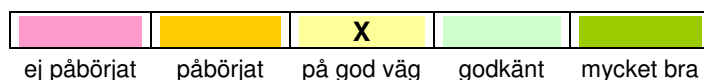
Mat och måltid är ett av få områden där enheten får lägre betyg än snittet i kommunen av sina gäster. Trots detta så har en utveckling skett över åren. Enheten menar att flera avdelningar blivit mycket lyhörda och bra på att ”tänka om och agera i matfrågor” men alla har ännu inte ”nått fram” som man säger.

”I Örebro kommuns riktlinjer för mat, måltider och nutrition inom vård och omsorg framhålls måltidens centrala roll som daglig aktivitet på vård och omsorgsboende. Det är av vikt att på boendet skapa en måltidssituation som är lugn, tydlig och tillgodoser individuella behov utifrån funktionsförmåga och samtidigt skapa social gemenskap och trivsam samvaro vid måltiden för de boende som har förmåga att delta vid en måltid i samvaro med andra. Där MAS och MAR deltog i måltiden var miljön lugn och individuellt anpassad, samtal och samvaro förekom, maten serverades ur karotter. Personal satt med vid bordet och kunde hjälpa till om det behövdes. Vi upplevde att det var en levande måltidssituation med tid för samtal.” MAS och MAR

### **Värdering**

Värderingen får sammanfattas av MAS och MAR.

”MAS/MAR bedömer att verksamheten är på god väg, men att bedömning av risk och funktionsförmåga kopplat till måltid och nutrition behöver utvecklas.”



### 3.5 Personlig omvårdnad och service

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
<b>Personlig omvårdnad</b>		
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	

Enheten menar att de har ett rehabiliterande förhållningssätt och både arbetsterapeut och ssk bekräftar detta. Arbetsterapeuten som behöver prioritera sina insatser är beroende av att omvårdnadspersonal är självständiga och vågar göra mycket själva men att de också ska våga fråga när de känner att de inte räcker till.

Ett varsamt handlag är viktigt och är tillsammans med ett gott bemötande A och O i verksamheten skriver enheten i sin självvärdering. De har haft en händelse tidigare där det fanns brister i handlaget, en händelse de lärt sig mycket av. Ett tydligt ledarskap är viktigt för att markera när det sker överträdelser och för att stärka det som är bra.

”Den enskilde får hjälp att sköta sina syn- och hörselhjälpmedel efter sina önskemål och behov.

Den enskilde får vid behov hjälp med sin dagliga munvård och möjlighet till munhälsobedömning av tandhygienist. Tandhygienisternas bedömning förvaras hos den enskilde och omvårdnadspersonalen följer sedan dessa rekommendationer. Sjuksköterskan ansvarar för att vid behov upprätta en vårdplan tillsammans med omvårdnadspersonalen. Sjuksköterskorna har inte börjat göra munhälsobedömningar enligt riskbedömningsinstrument ROAG som är en del av kvalitetsregistret Senior alert. I de tio granskade journalerna finns det en vårdplan för munvård.

Verksamheten har uppmärksammat området kontinens och inkontinens. Rutin finns för hur den enskildes behov ska dokumenteras. I fem journaler finns det vårdplaner. I verksamheten har också ett projekt om individuell inkontinensvård genomförts, med arbetsnamn ”Rätt produkt i rätt tid”. Inkontinensombud finns i alla grupper.

Hantering av oro och ångest problem sker utifrån individuella bedömningar som tas fram med hjälp av teamet. Ibland kan en läkemedelsgenomgång ge stöd.

För bedömning av smärta använder man sig av instrument som VAS-smärtskala och Abbey Pain Scale. Teamet (omvårdnadspersonal, sjuksköterska arbetsterapeut och sjukgymnast) försöker sedan tillsammans hitta åtgärder t.ex träningsprogram. Ibland leder detta också till att man kontaktar personens läkare.” MAS och MAR

Service/hemliv	Ja	Nej
Den enskildes kläder tvättas, stryks och lagas vid behov.	X	
Lägenhet och gemensamma utrymmen städas regelbundet och vid behov.	X	

Tvätt sköts av KP och team.

Allmänna utrymmen och korridorer städas av Samhall och enheten är mycket nöjd med hur de klarar uppdraget. Det är viktigt för enheten att ha en bra relation till städpersonal som dagligen återkommer. De blir en del av verksamheten. Vid besöket finner vi att det ser rent och snyggt ut. Inga oangenäma dofter präglar de utrymmen vi besöker. Rum/lägenhet städas var tredje vecka och omvårdnadsstäd vid behov. En av gästerna som vi spontant talar med menar att det städas för sällan och att det borde vara minst varannan vecka. Det finns idag inga registrerade klagomål på städ.

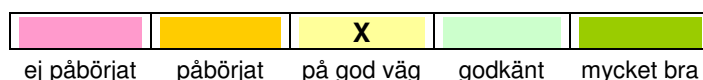
### Analys

Arbetsterapeutresursen blir diskuterad under mötet och det framgår, som granskningsgrupp också funnit i möten med andra enheter, att arbetsterapeuten som kan vara en arbetsterapeut på 7-8-9 sjuksköterskor eller 30-40-50 omvårdnadspersonal är den som ska ingå i enhetens alla team om samverkan kring den enskilde ska fungera optimalt. Konsekvensen är att den enskilde arbetsterapeuten behöver prioritera sina uppgifter. För att bättre ta vara på arbetsterapeutens resurs föreslås, under mötet, att hon kan sitta med under måltiderna för att där i vardagssituationer observera den enskildes behov men också råda personal när det gäller det rehabiliterande förhållningssättet i vardagen.

”Inom området personlig omvårdnad behöver verksamheten förbättra sin dokumentation i vårdplaner när det gäller den boendes behov vid inkontinens, smärta, oro och ångest. Positivt att man arbetat i projekt med bedömning av den enskildes behov av inkontinenshjälpmedel. Positivt att också att smärtlindring inte bara är läkemedel utan att även andra metoder används.” MAS och MAR

### Värdering

MAS och MAR värderar att Skebäcksgården inom ”personlig omvårdnad och service” är på god väg.



### 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	

”Övergripande rutiner finns för vård i livets slutskede och en lokal checklista för palliativ ansvarig undersköterska. Palliativa ombud finns på varje avdelning.

Sjuksköterskan ansvarar i samarbete med vårdcentralens läkare för att den enskilde och anhöriga är väl informerade om livets slutskede. Vak sätts alltid in och det är sjuksköterskan som gör bedömning när det ska sättas in. Anhöriga erbjuds alltid ett efterlevandesamtal som ges av sjuksköterska eller kontaktperson.

På Skebäcksgården finns trygghetsplatser för palliativ vård. Dessa platser är till för patienter som är inskrivna i allmän palliativ vård i hemmet och som upplever otrygghet i hemmet eller att deras närstående känner otrygghet/ inte orkar med situationen eller är i behov av täta observationer för att utvärdera läkemedelsbehandling. Remittent till Palliativa trygghetsplatser är kommunens palliativa vårdsamordnare eller tjänstgörande sjuksköterska på Skebäcksgården. Vistelse kan erbjudas under 7 dygn.” MAS

”I den senaste statistiken från palliativa registret för Skebäcksgården vård och omsorgsboende 20131001 -20140513 får verksamheten fina värden utom när det gäller måttet validerad smärtskattning men mätvärdet för lindrad från smärta är 100 vilket också flera andra mätvärden är.” MAS

Enhet har ett mycket bra samarbete med den närliggande vårdcentralen och det gör att rutiner kring vård i livets slutskede har större chans att fungera.

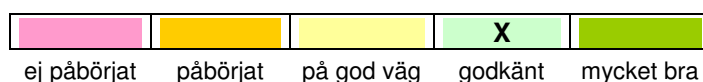
Enhet säger att anhöriga ofta ger beröm för den fina palliativa vård enheten utför.

#### Analys

De goda erfarenheter av palliativ vård som finns på Skebäcksgården kommer att tas tillvara när korttidsvården ska omdanas. Enheten får i uppdrag att använda alla sina korttidsplatser för att stötta äldre i en palliativ fas.

#### Värdering

MAS värderar att Skebäcksgården klarar kriterierna inom ”vård i livets slut” med ett godkänt.



### 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	

Nio av tio brukare känner sig trygga och känner ett förtroende för personalen.

95 % (Ök 88 %) rang 4/18, känner sig trygga med sin vård- och omsorg visar brukarundersökningen. 90 % (Ök 86 %) rang 10/18, känner förtroende för personalen.

Rutiner som Senior alert, Läkemedelsgenomgångar och ett förebyggande Lex Sarah arbete borgar för att i möjligaste mån undvika skador och missförhållanden.

”Arbetet med att förebygga skador och säkerhet pågår. Verksamheten har kommit igång med registreringar i Senior Alert och att tillsammans med vårdcentralens läkare göra läkemedelsgenomgångar.” MAS och MAR

”Registrering och riskbedömning görs enligt Senior alert. Vid granskning framgår att vid risk för Trycksår och Fall är vårdplan upprättad av arbetsterapeut. Ingen koppling till riskbedömningen framgår i dessa vårdplaner, och inga anteckningar från sjuksköterska finns och uppföljning saknas. Planerade åtgärder är inte överförda till omvårdnadspersonal och teamsamverkan i samband med riskbedömning och planering av åtgärder framgår inte heller på annat vis.” MAS och MAR

”Antalet registrerade riskbedömningar i kvalitetsregistret Senior alert är under perioden 20131001–20140430 nitton stycken. I de tio granskade journalerna finns registrering av riskbedömning enligt Senior Alert inskrivet i fem och av dessa finns det i två journaler vårdplaner med åtgärder utifrån risk.” MAS och MAR



#### Skydds- och begränsningsåtgärder

”Verksamheten anger att skydds- och begränsningsåtgärder används efter individuell bedömning av arbetsterapeut och/eller sjuksköterska. Bland de tio granskade journalerna finns i två journaler grindar registrerade, men inget finns i status eller vårdplan om syfte, planering och uppföljning av grindarna.” MAS och MAR

MAS och MAR saknar ”samtycke” i dokumentationen.

Trycksår förekommer till och från på dem som kommer in på kpl och rehab, och inte så ofta på dem som kommer till - eller finns på vårdboendet.

”Då sår uppstår så följer man rekommendationerna för sårvård, verksamheten upplever att man i perioder har sår och då mest på patienter som finns på korttidsplatserna. Sjuksköterskan upprättar vårdplan vid sår och i de tio granskade journalerna finns två vårdplaner för sår.” MAS och MAR

#### Avvikelsehanteringen är känd

Enhetschef menar att de ligger efter med att avsluta avvikelser enligt rutin. Sedan en händelse 2012 som medförde en Lex Maria anmälan och en prövning av IVO har mycket förbättrats i rutiner och kommunikation mellan grupper och funktionsområden. Nattpersonal har kommit in i en dygnet runtverksamhet och en teamorganisation har etablerats.

”Verksamheten anger att avvikelserapportering är förankrad i verksamheten och att avvikelser följs upp, men att det också finns planering för att gå på utbildning i avvikelseprocessen.” MAS och MAR

#### Hygien

”I verksamheten så genomförs kontinuerliga hygieninspektioner och rutiner finns på varje grupp. Det är omvårdnadsansvarig sjuksköterska som upprättar dessa.” MAS och MAR

#### Larm

Ett nytt personlarmsystem har nyligen installerats och håller på att trimmas. Förväntningarna är stora på att systemet ska vara stabilt. Dörrar låses nu som på hotell och endast den äldre som har sin elektroniska nyckel ”tagg” kan öppna sin dörr efter exempelvis en lunch. Vid besöket fick vi själva erfara hur en av de äldre i rullstol som skulle visa oss sitt rum hade glömt att hon inte hade ngn nyckel. Men körde hon tillräckligt nära dörren så gick låset upp automatiskt utan att ”tagg” som låg i klänningsfickan behövde röras. Verkar vara praktiskt och tryggt. Vid besöket var det för tidigt att utvärdera det nya larmets funktion.

#### Analys

De äldre känner sig trygga med vård- och omsorg och med personalen. Det finns rutiner som gör att det praktiska utförandet säkrats och enhet anger att man klarar alla kriterier i sin självvärdering (Se tabell ovan).

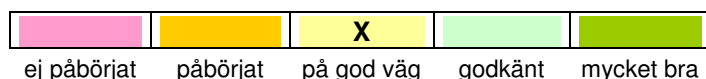
Men granskning av journaler och kvalitetsregister visar på att förbättringar behövs.

”Enligt den rutin som finns i Vård och omsorg ska en riskbedömning i Senior alert som visar på ”risk” leda till att en vårdplan upprättas, åtgärder samordnas och följas upp i teamet och med den enskilde. Enligt vad vi kan bedöma har inte detta arbetssätt etablerats på Skebäck.

Uppföljning av avvikelser är ett område som behöver vidareutvecklas med bättre återkoppling i teamet.” MAS och MAR

### Värdering

MAS och MAR värderar att Skebäcksgården 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	

Som redovisats under tidigare kapitel så är de äldre som svarat på enkäten år 2013 mycket positiva till den hjälp de får och på vilket sätt de får hjälp.

Personalen har ett gott bemötande, de tar hänsyn och den äldre kan påverka vid vilka tider hjälp ska ges.

”Ett konkret sätt för SAS att studera den enskildes delaktighet och inflytande är genom dokumentationen. SAS tillsammans med MAS och MAR har gjort ett urval på 10 personer. 1 person har vistats på rehabiliteringsplats och omfattas inte av socialtjänstlagen, därför har SAS inget granskat den personen.

Av dessa nio personer så finns det fem stycken genomförandeplaner. Den enskilde eller företrädare har varit närvarande i samtliga fem planer.

Det är oklart för SAS om verksamheten missat att skrivskydda och skickat till genomförande för de fyra personer som inte har genomförandeplaner.

SAS finner i journalen att det finns återkommande tematräffar och uppföljningssamtal. Däremot är introduktions- och framförallt planeringssamtal mer sparsamt. Det är ett förbättringsområde.

I de nio journaler som SAS har granskat är det väldigt ojämnt vad gäller omfattning. Hos en person finns det två sidors journal och hos en annan person finns det 17 sidor.

Hos de boende som har särskilt individuella behov finns återkommande dokumentation som möjliggör att följa händelseförlopp över tid. Hos dem som har få sidor är det inte möjligt att utvärdera delaktighet, händelser över tid eller den individuella vård och omsorgsprocessen. Det är en brist.

I journalanteckningarna förekommer värderingar som inte är relevanta. Verksamheten behöver vara uppmärksam på hur man uttrycker sig.

Ett förbättringsområde som identifieras i några av journalerna är tydliggörande av åtgärder. Det går inte alltid att utläsa vad omvårdnadspersonalen har gjort för åtgärder och vad åtgärden hade för effekt.” SAS

Teamet och kontaktpersonens roll är viktiga för att vården och omsorgen ska säkerställas över dygnet.

”Verksamheten berättar att de på ”korttiden” har teamträffar 1 gång i veckan, men att det är svårare att få till samma kontinuitet på Vård- och omsorgsboendet. Teamträffar planeras efterhand ca 1 gång/veckan med förutsättningen att omvårdnadsansvarig sjuksköterska och arbetsterapeut ska kunna delta. Enhetschef deltar då möjlighet finns. Alla yrkeskategorier som ingår i teamet är tillgängliga och nåbara. Uppföljning av teamträffarna dokumenteras i SoL-journalen och då det är aktuellt i HSL-journalen.”  
MAS och MAR

Teamarbetet är väl utvecklat enligt berättelsen och i dokumentation märks att den enskildes hjälp utformas med hjälp av teamet.

”SAS finner i journalen att det finns återkommande tematräffar och uppföljningssamtal.” SAS

Den enskilde erbjuds att ta del av innehållet i dokumentationen och det är KP som ansvarar att så kan ske.

Den enskilde kan delvis påverka sin vardag och sin miljö i gemensamma utrymmen menar enheten och visar på att äldre varit med och påverkat färgval vid renoveringar och att de kan vara med vid inköp av spel och annat som är delar av det gemensamma.

I undersökningen är det bara 57 % (rang 15/18) som tycker att de gemensamma utrymmena är trivsamma. Allteftersom avdelningarna blir renoverade kan kanske trivseln öka?

Bästa möjliga vårdform erbjuds men eftersom Skebäcksgården saknar demensvård så finns inte hela kedjan så kan flytt bli alternativet och där kan det bli problem. Enheten har idag många som utvecklat demenssjukdom och som blir kvar för att de inte vill flytta till annat boende.

### **Analys**

Brukarna är nöjda och känner att de kan påverka enligt brukarundersökningen och i mötet med enheten är de duktiga på att lyfta fram sitt arbete med öka delaktighet och inflytande.

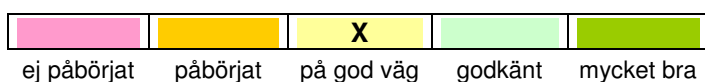
”Skebäck har utvecklat strukturen på teamarbetet och arbetsterapeuten har nu bättre förutsättningar än tidigare att finnas med på teamträffar på alla grupperna och har fått en samordnande roll i detta. Strukturen på teamarbetet behöver fortsätta utvecklas.” MAS och MAR

SAS menar att granskningen visar att enheten arbetar med delaktighet och inflytande och det som är dokumenterat bekräftar detta, problemet är det som inte syns och som inte finns med i dokumentation men borde vara där.

”Uppmärksammade förbättringskrav är inte unika för Skebäcksgården men verksamheten skulle vara betjänta av att arbeta mer med egenkontroll för att kvalitetssäkra att verksamheten arbetar med delaktighet och inflytande i både teori och praktik. Det är uppenbart att det finns kunskap och färdighet när det gäller dokumentation i verksamheten. SAS kommer att skicka egenkontrollsmaterial för social dokumentation till enhetscheferna.” SAS

### Värdering

MAS värderar att inom kvalitetsområdet ”delaktighet” är enhet ”på god väg”. SAS bedömer att verksamheten är ”på god väg” men med förbättringsbehov. Det finns en kompetens i verksamheten för att upprätta en jämnare kvalitet i dokumentationen.



### 3.9 Hälso- och sjukvård

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

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska är tillgänglig enligt brukarna, 94 % (Ök 80 %) rang 2/18. I samtalet med enheten framgår att ssk periodvis varit underbemannade då det varit svårt att få tag i vikarier. Att de ”gått kort” har fått konsekvens att de ligger efter i dokumentation.

Arbeterapeutresurs på vårdboendet bedöms av enheten vara för liten. Det kan vara svårt att få till teammöten när det bara finns en arbetsterapeut och X antal team.

”Arbeterapeut finns tillgänglig för den enskildes behov, men ledningen påtalar att det finns behov av mer arbetsterapeutresurs på vård och omsorgsboendet. Instruktioner från arbetsterapeut fördelas i vårdplaner följs upp på teamträffar. Medicintekniska produkter finns tillgängliga och används i den utsträckning som den enskilde har behov av.” MAS och MAR

Sjukgymnast på vårdboendet finns enligt överenskommelse 2 tim/v med landstinget och samarbetet fungerar bra. För rehabavdelningen finns en särskild sjukgymnastresurs om 0,5 åa.

”Länsövergripande ramavtal finns som reglerar tillgång till läkare och tider för rond. Under kvällar och helger har verksamheten alltid tillgång till distriktsläkare enligt jourssystem i primärvården. Skebäcksgården har ett väl fungerande samarbete med Skebäcks vårdcentral, vårdcentralen finns vägg i vägg med vårdboendet så det är enkelt att få kontakt. Rutiner och schema finns för ronder. Läkemedelsgenomgångar genomförs.” MAS och MAR

Samarbetet, för att säkra den enskildes vård, med Skebäcks vårdcentral fungerar mycket bra och likaså läkartillgången. Skebäcks äldre är mer nöjda med läkartillgång än snittet i kommun. 65 % (Ök 56 %) rang 6/18.

”Rutiner finns för läkemedelshanteringen, sjuksköterska ansvarar för att de uppdateras årligen. Arbetsplan för läkemedelshantering finns i alla de tio granskade journaler. Särskilda skåp för läkemedel finns uppsatta i den boendes rum, men verksamheten har inte startat upp med att ge den boende sina läkemedel på sitt rum. Datum för start av nytt arbetssätt är på gång. En samordnande sjuksköterska ska anställas som i sitt uppdrag har en del av tiden för administration av hälso- och sjukvård och bidra till att kvalitetssäkra verksamheten. Annons finns redan ute.” MAS och MAR

Enhetsen använder inte NPÖ i kommunikation med sjukhuset och närvarande sjuksköterska efterlyser repetitionsutbildning för att komma igång igen.

”Informationsöverföring sker digitalt mellan sjukhuset och kommunen genom informationsöverföringssystemet Meddix. Systemet används när en person skickas till sjukhus och när den kommer tillbaka. Möjligheter att ta del av annan vårdgivares patientjournal finns efter samtycke från den enskilde genom NPÖ nationell patientöversikt. Samtycke finns dokumenterat i fyra av de tio granskade journalerna.

Delegering och instruktion säkerställs genom att sjuksköterskorna utbildar och delegerar omvårdnadspersonalen utifrån omvårdnadspersonalens kompetens, omvårdnadspersonalen har hög kompetens.” MAS och MAR

Medicintekniska produkter används efter behov. Servicen fungerar utmärkt med leveranser av produkter, det enda som kan dröja ibland är leverans av nya rullstolar.

### Analys

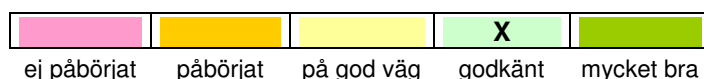
Skebäcksgården har tillgänglig personal, alla kategorier, enligt brukarundersökningen. En styrka är också det goda samarbetet med den närliggande vårdcentralen. Läkemedelshandlingen fungerar och samarbetet med vårdcentralen underlättar för att läkemedelsgenomgångar genomförs.

”Sjuksköterskor och arbetsterapeut är tillgängliga och handleder omvårdnadspersonalen. Bra samarbete finns med vårdcentralens läkare och sjukgymnaster. Detta bidrar till att kvalitetssäkra hälso- och sjukvården för den enskilde.

Behov av mer arbetsterapeutresurs finns.” MAS och MAR

### Värdering

MAS och MAR värderar att Skebäcksgården inom kriterier för området är på nivå ”godkänt”.



### 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	

I brukarundersökningen finns en fråga till de anhöriga som hjälpt sina närstående med att svara på enkäten. Frågan lyder: Hur tycker du att samarbetet mellan dig och äldreboendet fungerar? Låt vara att det inte blir så många svarande så är det ändå ett kvitto på att något fungerar när alla dvs 100 % svarat mycket bra eller ganska bra! (Ök 85 %) rang 1/18.

Anhöriga vittnar på anhörigträffar om att de är nöjda med den vård- och omsorg som ges. Enheten menar att relationen till anhöriga är mycket viktig för att kunna hjälpa den äldre fullt ut och att bemötande och varsamhet också gäller i mötet med anhöriga.

Anhörigombud har ännu inte utbildats men intresseanmälan har begärts och en anmälan om behovet kommer inom kort att skickas till Anhörigcentrum.

Enheten har inget anhörigråd eller någon särskild rutin för stöd av anhöriga men menar att uppdraget till kontaktpersonen innehåller vägledning och krav på ett bra förhållningssätt liksom råden i IVOP processen gör det

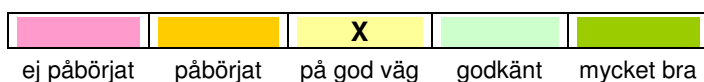
### Analys

De anhöriga som tillfrågats är nöjda med samverkan.

Enhet är på gång att utbilda anhörigombud.

Något anhörigråd finns inte och i den omdaningsfas som enhet är i där ”rehab” försvinner kan det vara en idé att vänta med att bilda ett råd tills man kommer att möta en ny grupp anhöriga under nya former.

### 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	

Enhet har en uppdaterad hemsida med aktuella kontaktuppgifter.

Den skriftliga informationen håller på att uppdateras och kommer att bli klar när det nya uppdraget startar vid årsskiftet.

Enhet har svarat att de klarar alla kriterier för tillgänglighet och information utom skyltningen. I uppföljningsrapport som gjordes 2012 lyftes frågan och nu 2014 har det blivit klart med pengar så att arbetet med ny skyltning kan komma igång. Vid besöket uppmärksammas vi på att huvudingång skyltas med en skylt från kommundelstiden.

Att bristande skyltning uppmärksammas beror på att besökare klagat på att de fått gå runt hela huset för att hitta in. Huset har flera dörrar varav bara några få kan användas som ingångar. Huset är stort så ett varv måste vara flera hundra meter långt. Metrar som kan vara jobbiga med trasig höft och rullator. Bristande skyltning är bristande tillgänglighet vilket granskarna uppmärksammat vid fler boendeenheter än Skebäcksgården.

Vid besöket noterar vi inga undantag från kravet på att bära namnskylt. Däremot var det tveksamt om alla namnskyltar var enligt stipulerad enhetlig design där Örebrovapnet tydligt markeras.

Klagomål är fortsatt inget som hanteras i dokumentationen. Det finns två klagomål registrerade för 2013 och början av 2014.

På frågan: Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter och klagomål på äldreboendet? Så är det bara 4 av 10 som säger ja. 43 % (Ök 41 %) rang 8/18.

Klagomålshanteringen är inte bara ett problem för Skebäcksgården utan för äldreomsorgen i kommunen och i riket.

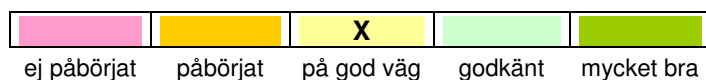
### Analys

Enheten är tillgänglig och serviceinriktad. Hemsida är uppdaterad och det finns ett "tänk" om hur man ska bli tydliga med vad det är man vill åstadkomma med sin verksamhet. Med klagomålshanteringen har inget hänt sedan förra uppföljningen 2012. År 2013 infördes en ny värdegrund med garantier som kräver ett klagomålshanteringssystem för att både den äldre och verksamheten ska kunna följa att garantier efterlevs seriöst.

Under besöket framförs ett klagomål om ett "fult golv". Ett klagomål som funnits länge. Enligt vad granskarna förstår är detta klagomål inte registrerat. Det skulle det kunna vara ett klagomål på bristande underhåll till fastighetsbolaget men också en notering i verksamhetssystemet där individen får hjälp med att formulera att det finns ett missnöje med en viss företeelse. Ibland kan det räcka med att vara den enskilde behjälplig med att klaga för att en ro ska infinna sig. Att vara ohörd är ingen trevlig känsla. Enheten behöver ta itu med den enskildes behov av att se sig i ett begripligt sammanhang.

Enheten har som tidigare visats mycket goda vitsord från sina kunder men när det gäller arbetet med värdegrunden och garantierna behövs mer insatser.

### Värdering



### 3.12 Medarbetare och ledarskap

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
<b>Medarbetare</b>		
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 enskilde	X	

Bemanning dygnet runt har diskuterats i tidigare kapitel och enheten har här arbetat målmedvetet med att försöka integrera de olika arbetspassen dag, kväll, natt, dag.

#### Antal boende per omvårdnadspersonal, vardagar

Enhet	Förmiddag	Kväll	Natt	Mätn. fr.
Stockholmsmodell	3	4,5	Anpassas	2010
Skebäcksgården	3,1	4,6	15,3	2012-09

Tabell ovan visar att enheten har en ”normal” personalbelastning i jämförelse med andra enheter enligt Stockholmsmodellen.

Kompetens i förhållande till uppdrag är viktig och enhetens olika uppdrag medföra att fokus funnits på strokevård och rehabilitering men också på palliativ vård. Däremot har de inte investerat i att utbilda i demensvård eftersom det inte finns i huvuduppdraget. I samtal framgår att demenskompetens kan saknas eftersom många av gästerna blir kvar i sina lägenheter trots att de skulle få en mer anpassad vård på ett demensboende.

Utbildad och erfaren personal finns. Många har jobbat på Skebäcksgården hela sitt yrkesliv och några av dem startade redan på den tid gården var ett sjukhem inom landstinget. Enligt statistik är 96 % av omvårdnadspersonal adekvat utbildad.

All personal behärskar inte det svenska språket men där det finns problem sätts åtgärder in. För närvarande har de ett ärende som kräver samtal och kompetensutveckling.

Enheten har i sin analys insett att de behöver förstärka sin resurs med personer som kan bidra till de äldres boendekvalitet och har därför, sedan ett par år, i projekt med arbetsförmedlingen och andra intressenter inrättat fyra tjänster där personer som behöver arbetsträna får en chans.

På tjänsterna som finansieras delvis via bidrag kommer personer med olika behov av handledning. Ibland går det bra och ibland får person hänvisas till annan arbetsgivare. När det går bra så stannar person i olika långa perioder och lär känna både personal och boende. Deras sysslor är serviceförstärkande. De kompletterar ordinarie personal med att städa, servera och göra enklare ärenden samt vara sociala och umgås.

Plan finns för långsiktig kompetensutveckling på individnivå. Ledningen använder Örebro kommuns kompetenskriterier för utvecklingssamtal och lönesättning där individens yrkeskompetens, kommunikativa förmåga, förändringsförmåga och resultatorientering bedöms.

Personalomsättning är normal men har varit hög på en av vårdboendeavdelningarna. Under flera år har extra resurser i form av teamutveckling och gruppsykologi använts. Idag är avdelningen uppskattad av boende och anhöriga och visar goda resultat.

### 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	

Idag är det två chefer som med sitt delade ledarskap jobbar tätt ihop. De har egna ansvarsområden men kan hela tiden täcka för varandra. I uppföljningen 2012 framgick att enheten påbörjat teambyggandet och nya scheman hade skapats för att integrera de olika arbetspassen. Då nämndes också att det fanns ett behov och ett mål att skapa någon form av ledningsgrupp för att markera personalens delaktighet. Denna idé har ännu inte blivit verklighet men att behovet och målet kvarstår bekräftas av mötesdeltagarna .

Resultatet från pågående medarbetarundersökning avvaktas och kommer att visa om de senaste årens teamutveckling påverkat medarbetarnas upplevelse av arbetssituationen.

Enhetens fokus under senare år har varit, som nämnts, att skapa funktionella team. Det krävs ett ständigt förbättringsarbete för att anpassa enheten till nya krav. Vardagsdriften måste fungera samtidigt som verksamhet ska ställas om inför nya uppdrag.

Driftledare/samordnare natt har nyligen satts in och på väg är att en grupp som behöver stöd i sina rutiner ska få en egen driftledare/samordnare.

### Analys

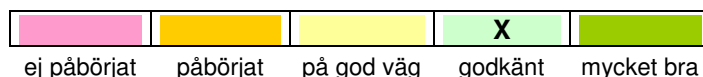
”Ansvar för olika arbetsuppgifter är tydligt och enheten har en förmåga att åtgärda eventuella brister. Arbete har påbörjats med att annonsera efter en samordnare/driftledare för nattpersonal och sjuksköterskor och som stöd i strukturarbete med exempelvis rutiner” MAS och MAR

Enhet behöver se över sin kompetensplanering när uppdraget ändras i och med att Tullhuset öppnas och Rehab försvinner från Skebäcksgården.

Dagens delade ledarskap och styrning med team har prövats under några år och den personal vi träffar verkar alla vara del av ett team som har samma mål.

Att enhet varit framgångsrik i sitt utvecklingsarbete märks bla i att de äldre är nöjda med vården och omsorgen. Det är viktigt att enhet behåller och utvecklar den relation de idag byggt upp tillsammans med de boende. Medarbetarundersökningens resultat blir ett viktigt verktyg i det fortsatta förbättringsarbetet.

### 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.*

Skebäcksgården har haft problem med att få dokumentation och samarbetet mellan olika yrkesgrupper och arbetslag att fungera vilket orsakat händelser som blivit Lex Maria- och Lex Sarah prövade. I enhetens berättelse framgår att alla grupper inte fungerar optimalt. Enhetscheferna menar att när resurser inte räcker till så har dokumentation fått stå tillbaka för den direkta vården. De är medvetna om att det finns brister i dokumentationen. Eftersom enhet varit föremål för granskning av IVO så har de åtgärder som krävts där fått vara rättesnöre i förbättringsarbetet. Kraven har bla medfört att ...  
Dokumentationsgranskningen har visat:

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen motsvarar i stort de krav som ställs i SOSFS 2008:14, med tillägg SOSFS 2011:8 men förbättringsområden finns.

Samtycke till informationsöverföring finns endast i fem av de tio granskade journalerna.

#### SOL

För att plan ska betraktas som godkänd ska följande kriterier vara uppfyllda:

- Fullständigt namn och personuppgifter
- Datum för plan är upprättad
- Alla medverkande vid upprättande av plan (fullständigt namn och funktion/yrkestitel)
- Att den enskilde/företrädare varit aktivt delaktig vid upprättande av plan/på vilket sätt
- Finns mål hämtat från den sociala utredningen
- Finns relevanta delmål utifrån mål
- Att vad beskrivs
- Att när beskrivs
- Att hur beskrivs
- Att vem beskrivs
- Ansvarig för uppföljning
- Datum för uppföljning
- Resultat av uppföljning

Alla punkter behöver vara ifyllda för att planen ska vara godkänd.

Om de två sista punkterna saknas kan planen bli delvis godkänd.

Saknas någon av de första tio punkterna blir planen underkänd. Resultatet för Skebäcksgården är:

Antal godkända planer	5
Delvis godkända planer	0
Ej godkända planer	4
Saknar antal planer	0

De planer som SAS granskat utgår från den nya mallen. Strukturen i planen tillsammans med personalens sätt att uttrycka sig gör att den enskildes röst blir synliggjord. Det framgår på ett tydligt sätt hur den enskilde önskar sin dagliga vård och omsorg. Kvaliteten är något ojämn, planerna är godkända, men det är uppenbart att det finns kompetens i verksamheten.

Några planer är inte ifyllda i alla områden. SAS har inte värderat om något innehåll saknas eftersom kontaktpersonen har i uppdrag att individanpassa planen. Verksamheten uppmanas dock återigen att arbeta med egenkontroll. Det är först med personkännedom värdering kan göras om det saknas innehåll.

SAS kan inte läsa ut i journalanteckningarna att personer erbjudits att upprätta levnadsberättelser. Erbjudandet ska framkomma. Det är ett förbättringsområde framåt.

Likaså ska det framkomma ett dokumenterat samtycke huruvida information får lämnas ut och till vem.

## **Analys**

### **HSL**

Enhet säger att sjuksköterskegruppen inte fungerat optimalt, varit i obalans. Det finns ett missnöje i gruppen om tilldelning av resurser men enligt granskning så har enhet tillsatt resurs enligt nyckel men det är svårt att i analys följa hur resurser används mellan vårdboende och rehab/kpl. I alla händelser så har dokumentationen (och registrering i kvalitetsregister) blivit eftersatt. En tidigare granskning av en enhet med ett delat uppdrag dvs med både ett vårdboende (permanent boende) och med korttidsplatser, visade också på en liknande oro inom enheten. Resurstilldelning ifrågasätts. Antingen är det vård- och omsorgsboendet eller korttidsplatserna som fått för liten del av kakan. Ledningen har enligt uppgift varit tydliga med information om resurstilldelning men problemet är bristande acceptans av själva resurstilldelningsmodellen. Det verkar vara viktigt att skapa en ledningsgrupp där resursfrågor kan komma på bordet och bli genomskinliga. Principer för tilldelning av resurser behöver accepteras och sen får den som inte kan acceptera spelreglerna agera demokratiskt eller söka sig annan arbetsplats.

En åtgärd som planeras är att ge en ssk ett ansvar och tid för att samordna resursen. Närvarande sjuksköterska berättar också under besöket om att på det sätt de idag arbetar så har de inget stöd av varandra. De har ingen kollegial granskning av dokument och koordinerar inte sina olika sätt att notera fakta, analysera och värdera i skrift.

Rutiner för egenkontroll av dokumentation HSL finns inte, vårdplaner och struktur i HSL-dokumentationen behöver utvecklas. Sjuksköterskor och arbetsterapeuter har dock fått ett tydligt uppdrag att tillsammans med teamet arbeta med detta. Samtycken måste inhämtas och dokumenteras.

Verksamheten är medveten om sina brister och upplever att de behöver stöd för att utveckla detta.

SOL

”Genomförandeplanerna innehåller sammantaget en högre kvalitet jämfört med tidigare granskningar i DocIT (andra verksamheter). Över tid så ser SAS en kvalitetsförbättring, det omfattar även Skebäcksgården. Det visar på en kompetens i verksamheten när planerna väl upprättas. Det saknades dock fyra stycken planer. Det är märkbart att det finns en grundkunskap om hur dokumentationen ska utföras som behöver spridas i hela verksamheten.

Om verksamheten vill lyfta sig ytterligare gällande synliggörande av delaktighet och inflytande rekommenderar SAS att planerna beskrivs utifrån ett jag-perspektiv när den enskilde medverkat vid planering och upprättande av plan. I några av de planer som SAS granskat skriver man utifrån den enskildes namn, det har samma effekt som jag-perspektivet.

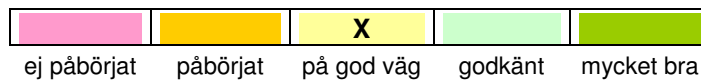
Verksamheten behöver se över sin prioritering. Dokumentation är nödvändigt för att kunna utvärdera den dagliga omsorgen. SAS kommer att skicka material om egenkontroll. Verksamheten får återkomma om de behöver ytterligare stöd i att upprätta kvalitetssäkring.” SAS

### Värdering

MAS/MAR värderar att Skebäcksgården inom detta område är ”på god väg” och ännu ej har full kontroll. Bristerna vad gäller HSL-dokumentationen behöver åtgärdas, men plan för detta har redan tagits fram. Denna plan behöver säkerställas i samråd med MAS/MAR.

”En korrekt genomförandeplan är en indikator på att kontaktmannaskapet och delaktighet och inflytande fungerar fullt ut utifrån en rättssäkerhetsaspekt.

Eftersom det saknades fyra stycken planer blir bedömningen ”på god väg”. Det kräver dock att de boende som inte har planer åtgärdas omgående.” SAS



### 3.14 Särskilda granskningspunkter

	Ja	Nej
Finns formulerade uppdrag för korttidsenhet?	X	
Finns formulerade uppdrag för trygghetsplatser?	X	
Finns formulerade uppdrag för rehabenhet?	X	
Kommentera hur uppdrag klaras.		

”Efter olika diskussioner har det beslutats att vår korttidsvård med tillhörande trygghetsplatser för palliativ vård skall vara kvar. När Rehabenheten ställs om till ett boende innebär det en platsreducering då det i dag finns två dubbelrum på Rehabenheten. Vi går då från 61 platser till 59 platser och det påverkar vår nattbemanning kraftigt.

Vi kommer att skriva en konsekvensbeskrivning kring detta till förvaltningsledningen.

Vi känner en stor oro för är vår palliativa inriktning där vi ofta har människor i kris med anhöriga och även yngre barn. Vi får ofta sätta in vak både, dag, kväll och natt. Verksamheten kräver mycket personalresurser både dag och natt.

Att vår korttidsvård med trygghetsplatser (6.an) för palliativ vård är integrerad med en avdelning med permanenta vårdboendeplatser (5:an) där lägenheterna inte har fullvärdiga pentryn ser vi också som ett bekymmer. Ibland är det svårt att hyra ut vårdboendeplatserna och nu med en ökad fokus på in och utflyttprocessen och budget därefter hade det varit önskvärt med antingen en ombyggnation eller kanske hellre en sammanhållen korttidsvård med palliativ inriktning på alla 17 platser.

Vi ser att den palliativa korttidsvården tar för mycket fokus från de boende på vård boendet.

Vi känner även att ett stort arbete väntar oss med att ställa om platsinriktningen på Skebäcksgården. Då det med största sannolikhet kommer att innebära personalrotation.”

Ur Skebäcksgårdens årsberättelse 2013

#### **Kommentar:**

Skebäcksgården har förutom ansvaret för ett vård- och omsorgsboende 41 platser också ansvar för en korttidsavdelning om 20 pl varav 6 allmänna kpl, 2 trygghetsplatser (palliativa) samt 12 rehab. (tot 61 pl)

Enligt den plan som ligger för att utveckla korttidsvården i kommunen så kommer ”rehab” att flyttas till Tullhuset ( i nov/dec 2013). ”Rehabs” 12 pl blir 10 pl Vårdboende (somatiskt). Kpl 6 + trygghetsplatser 2 blir med Palliativ inriktning.

I Skebäckshuset finns förutom Vårdcentral och vårdboende också en dagrehabilitering. Dagrehab och Vårdcentral berörs enbart indirekt av nyordningen. Den sjukgymnast som tilldelats rehabavdelningen förs nu över till Tullhuset och är inte längre en resurs för Skebäcksgården.

Eftersom beslut redan är fattade om att "rehab" ska flyttas och att enheten ska få nya uppdrag så granskar vi inte eventuella resultat från uppföljning av förmågan att klara kpl.

När verksamhet får nya uppdrag finns också möjlighet att frigöra en potentiell lokalresurs:

Skebäcksgården borde kunna ta vara på de utrymmen som finns potentiellt när rehab lämnar lokaler. Det finns resurser i form av stora ytor! Utan att inkräkta på det nya (samtiska-) vårdboendet borde utrymmet kunna bli den samlingspunkt enheten behöver inomhus dagar när vädret inte tillåter utomhusaktiviteter eller möten.

Skebäcksgårdens nya uppdrag blir också att omvandla tidigare korttidsplatser till palliativa platser som ska kunna användas som avlastning.

#### **Särskild kommentar:**

Vid granskningen presenterade enheten sitt föredömliga sociala engagemang (så vitt vi kan bedöma) där ledning och medarbetare tagit på sig handledarrollen och stödjer personer som av olika anledningar har svårt att komma in på arbetsmarknaden. Sedan drygt två år tillbaka har enheten fyra tjänster som är besatta på olika sätt med lönebidrags stödda personer. Dessa utför sedan alltefter förmåga en uppskattad kompletterande service som kommer de äldre till del, exempelvis i matsalar. I årsberättelse 2013 finns inga spår av dessa tjänster. I enhetens verksamhetsplan för 2014 finns heller inget skrivet om denna resurs. Det är svårt att se hur resursen knyts till enheten ekonomiskt. För granskarna ser lösningen med serviceassistenter bra ut på plats men den är dold i pappersform och blir därmed svår att beskriva och svår att föra över som modell för andra enheter.

## 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					
<b>Summa</b>			7	6	



## 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
<b>Struktur-kvalitet</b>	Resurser som personal, byggnad, lokaler, utrustning	Dokument, besök	<u>God kvalitet</u> Kompetent personal, Byggnad i ett plan med uteplatser och nära till Stadspark och vårdcentral. Nytt personlarm <u>Behöver förbättras</u>  <u>Bristande kvalitet</u>
<b>Process-kvalitet</b>	Arbetsätt, rutiner, funktion	Dokument, besök	<u>God kvalitet</u> Kontaktmannskap utvecklat Systematiskt arbete för aktiv och meningsfull tillvaro Utvecklat teamarbete, Dag, kväll och natt säkrar behov över dygnet <u>Behöver förbättras</u> Dokumentation: Alla ska ha genomförandeplaner. Ojämn kvalitet dok. HSL Egenkontroll av dok. Klagomålshantering <u>Bristande kvalitet</u>
<b>Resultat-kvalitet</b>	Bemötande, trygghet, smärtlindring mfl	Dokument, brukarundersökningar, besök	<u>God kvalitet</u> Bemötande, kontinuitet Trygghet och delaktighet <u>Behöver förbättras</u>  <u>Bristande kvalitet</u>

Totalt sett bedömer granskningsgruppen att Skebäcksgården bedriver en vård och omsorg som är av god kvalitet och de förbättringsområden som identifierats kan hanteras inom ramen för enhetens interna utvecklingsarbete.

## **Källhänvisningar**

### **Nätet:**

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

Tillgänglig 2014 04 01 på <http://www.orebro.se/1935.html>

### **Bra Vå**

Tillgänglig 2014 04 01 på <https://vardforbundet.se/BraVard/Kvalitetskrav/>

### **Tryckt:**

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

|