



13 04 10 Vv117/2013

Rapport

Kvalitetsuppföljning, Skäpplandsgården

Avtalsuppföljning

Norlandia Care 2013 03 12

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

Sammanfattning

Förvaltningskontor Vård och stöd har på uppdrag av Vård- och omsorgsnämnd väster utfört en kvalitetsuppföljning på Skäpplandsgårdens vård och omsorgsboende, som drivs av Norlandia Care.

Uppföljningens syfte är att göra en samlad granskning av verksamhetens kvalitet samt att följa upp enhetens förmåga att leva upp till avtalade mervärden. Förvaltningskontoret bedömer att den enskilde inom enheten får en vård och omsorg god kvalitet.

Uppföljningen visar att enhetens styrka är förmågan att ta tillvara en utemiljö, förvalta och utveckla den inre miljön. En styrka är också ett systematiskt arbete med att utveckla rutiner som fungerar i vardagen och skapar ett värde för dem de är till för. De äldre är trygga och bemötandet är gott. På flera punkter har verksamheten (Norlandia Care) visat förbättringar i förmågan att leva upp till de kvalitetsnivåer man utlovat. Sedan förra uppföljningen 2011/2012 har ledningen förstärkts, arbetsterapeutrollen stärkts och förtydligats. Dokumentation är nu digitaliserad och anteckningar om den enskilde går nu att följa på ett annat sätt än förr. Den individuella omsorgen kan nu följas i dokument som hänger ihop. Både SOL och HSL dokumentationen är nu godkända. Delaktighet håller på att utvecklas och nu finns exempelvis ett brukarråd som träffas varje månad och som påverkar innehållet i verksamheten – aktiviteter och underhållning.

Kompetensutvecklingsprogram finns där en årlig plan visar vilken typ av kortkurser den anställda kan välja mellan under året. Det kan exempelvis vara benlindning, såromläggning eller ABC kurs i demens.

Ett antal förbättringsområden har framkommit vid granskningen.

Fortsatt behöver enheten precisera hur man tänker sig en kompetensutveckling för den enskilde medarbetaren. Att erbjuda grundkurs i demens är inte tillräckligt för många av medarbetarna som kan beskrivas besitta ”spetsfarenheter” av demensvård. Kompetens för sjuksköterska och arbetsterapeut är också osäker i beskrivningen. Norlandia är relativt nya inom området och den utveckling som pågår inom koncernen med utbildning av Silviasystrar och koppling till olika forskningsprojekt är svåra att värdera i hur de bidrar till den lokala utvecklingen.

Norlandia Care har en områdeschef och två nya chefer lokalt. Arbetsterapeut är ny och det är viktigt att det blir en kontinuitet under den fortsatta avtalstiden.

Uppföljningen har också granskat om de mervärden som utlovats i avtal uppfylls.

Mervärdet som utlovats har poängsatts och av de 16 poäng som utlovats har granskningen funnit att förra uppföljningens 9 poäng nu har blivit 14 poäng vilket får anses vara godkänt. Mervärdet rapporteras särskilt i bifogad bilaga.

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till Vård- och omsorgsnämnd väster

- Vård och omsorgsnämnd väster godkänner rapporten
- Utifrån de förbättringsområden som framkommit i rapporten ska Skäpplandsgården 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	Omfattning.....	3
1.6	Begreppsdefinitioner.....	4
2	Resurser, organisation.....	5
3	Resultat 2013	9
3.1	Aktiv och meningsfull tillvaro	9
3.2	Bemötande	11
3.3	Kontinuitet	12
3.4	Mat, måltid och nutrition	14
3.5	Personlig omvårdnad och service	16
3.6	Vård i livets slut.....	19
3.7	Den enskildes skydd	20
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	31
3.14	Särskilda granskningspunkter	32
4	Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat.....	33
4.1	Sammanfattande tabell bedömning av alla kriterier.....	33
4.2	Resultat av granskningen – en sammanställning	34
	Källhänvisningar	35

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. Denna uppföljning granskar även om enheten lever upp till avtalade mervärden

1.3 Mål

Målet med uppföljningen är att:

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

1.4 Metod för uppföljning

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

Uppföljningen av verksamheten har skett i tre delar

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

Inför besöket har insamling av data skett i form av:

- Enhetens verksamhetsplan
- Enhetens delårsrapport/verksamhetsberättelse
- Täthetsschema
- Medarbetarundersökning³
- Resultat av brukarundersökning
- Kvalitetsinspektioner
- Verksamhetsmätt
- Inkomna klagomål
- Avvikelser enligt Hälso- och sjukvårdslagen
- Granskning av tio hälso- och sjukvårdsjournaler (Särskilda kriterier)
- Granskning social dokumentation i tio ärenden, med fokus på genomförandeplaner (Särskilda kriterier)
- Inspektioner från andra myndigheter (inte aktuellt denna gång)
- Socialstyrelsens öppna jämförelser

¹ Riktlinje för verksamhetsuppföljning av enheter i vård och omsorg

² Egen tillämpning efter A. Donabedian.

³ Gäller ej entreprenader som redovisar resultat från egna medarbetarundersökningar.

Den andra delen av granskningen har bestått i att besöka enheten. Vid besöket har en checklista för kvalitetskrav använts. Listan har grupperat kvalitetskriterier⁴ i 13 kvalitetsområden och har skickats ut i förväg till enheten. Enheten gör en självvärdering av hur väl de lever upp till kraven och återsänder listan ifylld innan besöket. På samma sätt har enheten själv värderat sitt arbete med att leva upp till avtalade mervärden.

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. Bedömning av förmåga att leva upp till avtalade mervärden dokumenteras särskilt.

1.4.1 Organisation

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

Vid granskningen deltog Norlandia Cares områdeschef Bernita

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

1.5 Omfattning

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

⁴ Kvalitetskriterier är grundade i lagstiftning, myndigheters riktlinjer och många är tagna ur eller inspirerade av Bra vård för äldres (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.

1.5.2 Avgränsning

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

1.6 Begreppsdefinitioner

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

2 Resurser, organisation

Verksamheten startades 1994 i nybyggda lokaler nära Haga centrum i samband med ÄDEL-reformen⁵. Förutom vård- och omsorgsboendet finns en restaurang i byggnaden med mottagningskök och servering för de kringboende. Via restaurangen har Skäpplandsgården förbindelse med ett seniorboende med adress Skäpplandsgatan 27 där kommunen har verksamhet i form av frivilligverksamhet och lokal för kommunens nattsjuksköterskor. Verksamheten drevs sedan starten av Örebro kommun. Efter upphandling 2010 tog Norlandia Care⁶ över verksamheten från den 1 oktober 2010. Det nuvarande avtalet löper ut 2014-08-31 med möjlighet för kommunen att förlänga i två gånger tre år. Under 2012 beslutade Social välfärd att förlänga avtalet ett år för att i samband med uppföljning 2013 se om verksamheten lever upp till även de mervärden som utlovats i avtalet.

”Vi kombinerar hälsa och service och vill erbjuda våra boende ett ”gott liv – varje dag”. Vi utgår från dig som enskild individ och arbetar tillsammans med dig och dina närmaste för att du ska få bästa möjliga omsorg på dina egna villkor.” Norlandia Cares hemsida

Vård- och omsorgsboende - antal platser

Inriktning	Antal
Vårdboende	8
Gruppboende demens	8
Vårdboende demens	8
Boende totalt	24
Korttid demens	2
Gästrum anhörigstöd	4
Korttidsvård totalt	6
Totalt antal platser	30

Skäpplandsgården består av tre våningar. På bottenplanet finns gruppboendet för demenssjuka. Plan 2 är ett vårdboende och plan 3 ett vårdboende för demenssjuka. På varje plan finns åtta lägenheter för permanent boende och två korttidsplatser. På plan 1 och 2 används korttidsplatserna till gästrum för anhörigstöd och på plan 3 för ordinarie korttidsvård. På plan 2 ligger tre lägenheter som används som kontor och sammanträdesrum för ledning. På plan 3 finns ett mötesrum för personal samt ett gemensamt badrum för de boende som används för bl.a. fotvård och hårvård och som ett SPA. Restaurangen på bottenplanet är en tillgång som används mycket för gemensamma samlingar av olika slag för de boende. I närhet av entré på botten plan finns numera också ett litet bibliotek och läsrum för de boende.

⁵ Vi ÄDEL-reformen överfördes ansvar för äldreomsorg från landsting till kommun.

⁶ Norlandia Care är ett norskt företag som driver patienthotell och äldreboenden i Norge och Sverige. Företaget ansvarar för totalt 10 äldreboenden i Sverige. Mer information finns på www.norlandiacare.se

Skäpplandsgården	Antal anställda	Årsarbetare
Omvårdnadspersonal dag-kväll	19	15,29
Omvårdnadspersonal natt	5	3,69
Sjuksköterska*	1	1
Arbetsterapeut**	1	0,6
Ledning	1,5	1,5
Restaurang	2	0,75
Administration	0	0
Totalt	29,5	22,83

*Sjuksköterska natt kopplas från Sirishof

**AT ingår 20% Kultur och aktivitetsansvar

Vaktmästare kopplas med Sirishof därav -0,50 åa

Enheten har 0,86 årsarbetare per brukare totalt och 0,79 årsarbetare per brukare om man bara räknar omvårdnadspersonalen enligt enhetens uppgifter.⁷

Den genomsnittliga sysselsättningsgraden är 80 % jämfört med genomsnittet 89 % i kommunens vård och omsorg.

Processer

Dagtid arbetar två ur omvårdnadspersonalen per våning samt en extra person som är resurs för hela huset vilket innebär drygt fyra boende per personal. Helgmorgnar och kvällstid arbetar två personer per våning. Nattetid arbetar två personer.

På Skäpplandsgården finns en sjuksköterska anställd som arbetar dagtid måndag till fredag. Sjuksköterskan har arbetat länge på enheten och har varit viktig för kontinuiteten vid övergången till ny utförare. Kvällar och helger utgår sjuksköterska från Norlandia Cares andra enhet Sirishof. Nattetid köps sjukskötersketjänst från kommunens nattsjuksköterskepatrull som är lokaliserad i grannfastigheten.

Norlandia Cares områdeschef i Örebro har sitt kontor på Sirishof men är huvudansvarig för både Sirishof och Skäpplandsgården.

Ny verksamhetschef är på plats sedan i januari. Verksamhetschef är sjuksköterska och har en mångårig erfarenhet från hälso- och sjukvårdssektorn. Teamsamordnare på varje grupp/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.

Norlandia Care care använder sig av ledningssystemet TQM (Total Quality Management) På Skäpplandsgården är ett webb-baserat verktyg installerat sedan 2012. Här finns uppdaterade riktlinjer och rutiner i verksamheten samlade och lättåtkomliga för alla personalkategorier.

Resultatkvalitet

Den senaste brukar- och anhörigundersökningen genomfördes på Skäpplandsgården under våren 2012. Resultatet måste värderas med försiktighet med tanke på att det var mycket få svarande (7 st). Resultaten på brukarundersökningen var sämre än 2010. I

⁷ Tilldelad resurs i genomsnitt för boenden i kommunal drift är 0,95 åa/brukare totalt och 0,81 åa per brukare omvårdnadspersonal.

tabell nedan redovisas andel nöjda, de som gett ett högt betyg. När medelbetyg jämförs och när nöjda läggs ihop med mer nöjd än missnöjd klarar Enheten sig bättre.

En kvalitetsinspektion har genomförts på Skäpplandsgården, våning 2, i november 2012 där enheten får goda omdömen på de flesta granskningspunkterna.

Resultat - Vård och omsorgs indikatorer 2012

Processer

Mått	2010	2011	2012	Rikt värde	Målupp fyllelse
Beläggning vobo	98,5%	96,6%	97,8%	95,0%	
Andel med kontaktperson	100%	100%	100%	100%	
Andel med genomförandeplan	38%	100%	100%	100%	
Andel delaktiga i genomförandeplan	100%	100%	100%	100%	
Andel läkemedelsgenomgångar per plats	saknas	0,50	0,91	1,00	
Senior alert - Andel riksbedömningar per plats	saknas	0,00	0,87	1,00	
Palliativa registret - Medelvärde indikatorer	saknas	saknas	57%	68%	
Andel avvikelser per brukare	saknas	1,70	2,48	4,10	Ej bedömt

Brukarnas uppfattning

Mått	2009*	2010*	2012	Rikt värde	Målupp fyllelse
Brukarundersökning- Medelvärde alla frågor	saknas	saknas	74	74	
Andel nöjda med bemötande	71%	100%	71%	100%	
Andel nöjda med trygghet	86%	100%	71%	85%	
Andel nöjda med inflytande och delaktighet	86%	86%	57%	80%	
Andel nöjda med aktiviteter	29%	Få svar	29%	60%	
Andel nöjda med matens smak	43%	86%	57%	70%	
Andel nöjda med utevistelse	57%	Få svar	29%	60%	
Andel nöjda med social samvaro	Få svar	Få svar	29%	60%	

*Brukarundersökning genomfördes inte 2011. Därför redovisas resultat från 2009-201 i tabell

Medarbetare

Mått	2010	2011	2012	Rikt värde	Målupp fyllelse
Total sjukfrånvaro (% av arbetstid)	5,6%	3,4%	4,7%	minska	
Genomsnittlig sysselsättningsgrad	saknas	80,6%	80,6%	öka	
Andel utbildad omvårdnadspersonal	96%	95%	95%	91%	

I en sammanställning av sammanvägt resultat för vård och omsorgsboenden i Örebro fick Skäpplandsgården följande placeringar:

Processmått: belagda dygn 97,8 % nr 2 av 22⁸. Senior Alert 0,87 nr 21 av 22. (ny mätning visar att alla är registrerade i Senior Alert).

Brukarundersökningen: Bemötandet 71 % nr 11 av 20.

Trygghet 71 % nr 11 av 21.

Inflytande 57 % nr 13 av 19.

Medarbetare:

Sysselsättningsgrad 80,6 % nr 20 av 22.

Ekonomi:

Saknar jämförelsemått.

En sammanvägning visar att enheten hamnar på plats 18 av 22 .

13 poäng i rang där variation var från 5,44 till 14,78.

Tidigare verksamhetsuppföljningar

Senaste uppföljning med ett besök 2011 och med beslut 2012 visade att Skäpplandsgårdens styrkor var utemiljö, gemensamma utrymmen, dagliga rutiner,

⁸ För detaljer se bilaga indikatorer som följde med årsberättelse för vård och omsorg 2012.

organiserad samvaro, utevistelse samt bemötande och trygghet. Förbättring behöves i dokumentation, bemanning och kompetensplanering. Förbättring i dokumentation kommer att göra det möjligt att också följa individens delaktighet i den vård och omsorg som planeras och genomförs.

Föreliggande rapport kommer att fokusera på kriterier som ligger inom kapitel markerade med fet stil.

- 3.1 **Aktiv och meningsfull tillvaro**
- 3.2 Bemötande
- 3.3 **Kontinuitet**
- 3.4 Mat, måltid och nutrition
- 3.5 Personlig omvårdnad och service
- 3.6 Vård i livets slut
- 3.7 Den enskildes skydd
- 3.8 **Delaktighet**
- 3.9 Hälso- och sjukvård
- 3.10 Anhörigstöd
- 3.11 Tillgänglighet och information
- 3.12 **Medarbetare och ledarskap**
- 3.13 **Dokumentation**

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		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	

Skäpplandsgården svarar ”ja” på alla kriterier och berättar och visar hur de uppfyller krav. Senaste brukarundersökningen (genomfördes maj 2012) så var medelbetyget något högre än genomsnittet för kommun.(68 jmfirt med kommun 64) på frågan om man får göra sådant man trivs med och på frågan om utevistelse 70 jmfirt kommun 66.

Sedan årets början har Skäpplandsgården en egen Arbetsterapeut. Arbetsterapeuten är enbart på Skäpplandsgården och har ett kombinerat ansvar för kultur/ aktiviteter och arbetsterapeutiska uppgifter.

Det finns på enheten ett ”aktivitetsråd” bestående av baspersonal, arbetsterapeut/kulturansvarig och aktivitetsansvarig. Rådet gör en plan för aktiviteter per säsong och informerar och presenterar. Programmet visas på TV:n i entrén.

”I samtliga 10 granskade arbetsterapijournaler finns individuella aktivitetsbedömningar, för att få till funktionsbedömningar så pågår ett utvecklingsarbete. Alla boende skall ha en enskild aktivitetsgaranti och utvärderingen av denna garanti behöver tydliggöras. MAR

Såväl ute som inomhus i boendet bjuder på väldigt mycket olika variationer där aktiviteter är möjliga i många delar av huset. Det sammantagna aktivitetsutbudet utvecklas och de boende har möjlighet att påverka detta i ”brukarrådet”. Sedan senaste uppföljningen har enheten gjort klart med biorum, minneshörna och läsrum/bibliotek. Det finns nu också ett litet ”minigym” med ribbstol. Utomhus är också förbättrad med nya möbler.

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

”Av de tio journaler som granskas så har alla en levnadsberättelse.” SAS

Norlandia Care har en aktivitetsgaranti som innebär att den enskilde garanteras att egen valda aktiviteter ska erbjudas och genomföras vid behov. Senaste uppföljningen visar att alla berörda har en uppfylld garanti. Enheten redovisar flera större utflykter där alla som kan och vill följer med ut i naturen.

”Boende skall kunna upprätthålla ett gott vardagsliv trots ålderdom, sjukdom och/eller förlust av funktioner. Alla boende ska utifrån sina egna behov kunna få möjlighet att uppleva en stimulerande och meningsfull vardag. Där alla boende ska erbjudas möjligheten att delta vid minst en gemensam aktivitet dagligen och aktivitet som ingår i det dagliga livet, samt 1 timme, minst 15 minuter, egen tid med sin kontaktman varje vecka. Det vill säga ”Ett gott liv varje dag”. citat ur rutin

”Man garanterar att den boende ska få kontaktmannaskapstid. Det återfinns här och var i de granskade journalerna men få planer har på förhand planerad kontaktmannaskapstid. Det är inte tillräckligt att skriva att man erbjuder aktivitetsutbud eller kontaktmannaskapstid i en plan när en person har demenssjukdom. Ibland krävs det att personalen behöver ha ett motiverande förhållningssätt, då ska det framkomma i planen” SAS

Analys

”Att beskriva individernas genomförda aktiviteter och aktivitetspreferenser ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv är ett utvecklingsområde och den nyanställda arbetsterapeuten kommer att successivt fylla denna lucka.

De boende kan inte självständigt ta sig mellan våningarna pga många låsta dörrar.

Enheten väntar på det nya systemet för lås och larm. Någon tidsplan för detta har de inte fått. Alltsedan Norrlandia Care tog över Skäpplandsgården så har inte larmsystemet fungerat tillfredsställande. Det finns en sammankoppling mellan grannfastigheten som gör att larmet går trots att inget hänt på boendet. Detta system är demoraliserande och bör åtgärdas omedelbart!"

MAR

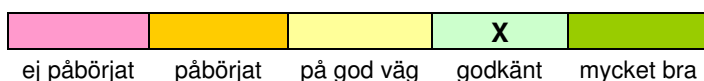
"Även om man arbetar utifrån att möta den enskilde där den befinner sig så är det viktigt att just resurser och förmågor framkommer i planen. Framförallt för att möjliggöra en uppföljning och utvärdering av förändrade behov." SAS

Statistik på att Norrlandias egen garanti infrias på individnivå finns inte och det är svårt att se i dokumentation att garantilöftet hålls. Det verkar mer som att garantin är ett förhållningssätt mer än ett absolut löfte som ska efterlevas varje dag.

Värdering

Styrkan är en seriös satsning på aktiviteter och med en "egen" arbetsterapeut finns också möjlighet att fullt ut göra funktionsbedömningar medan "Att beskriva individernas genomförda aktiviteter och aktivitetspreferenser ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv är ett utvecklingsområde"

Den totala satsningen på en meningsfull och aktiv vardag är god men kan utvecklas framförallt i förmågan att synliggöra individens behov och vad som är genomfört på individnivå.



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	

Bemötandeindex 83 (Ök 82). Norrlandia Care har ett genomtänkt servicekoncept som successivt förs in i enheten.

"Vi har ett salutogent och jagstärkande förhållningssätt i bemötandet."

Brukare deltar vid skrivning av genomförandeplan. Insatserna utgår från genomförandeplan. Genomförandeplanen lyfts på omvårdnadskonferenser, -vad gör vi rätt respektive fel utifrån den boendes syn?"

Ur enhetens svar

”I tre av tio granskade genomförandeplaner saknas angiven kontaktperson. Det är en brist. På ett antal planer är det heller inte angivet städ, tvätt och inköp. Det står heller inte om det ombesörjs på annat sätt, vilket vore rimligt.” SAS

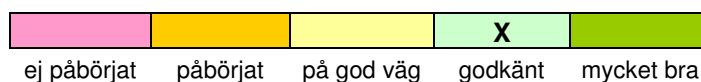
Analys

Givet alla begränsningar och förutsättningar en byggnad ger så har Norlandia tagit vara på de möjligheter som finns. Redan från entrén med Tv monitor finns en välkomnande atmosfär. På dagen för vårt besök doftar det också välkomnande från nybakat på en av våningarna.

Etiska riktlinjer och ett tolerant förhållningssätt bäddar för att verksamheten klarar av att hantera individens olika behov. Den enskildes sexualitet och livsåskådning finns där som en faktor som behöver hanteras i situationen. Vi ”arbetar utifrån att vi är i den enskildes hem” och det är individens behov som är utgångspunkten säger man.

”I genomförandeplanen beskrivs den enskildes vardag utifrån ett jag-perspektiv. Det lyfter verkligen fram den enskildes röst på ett positivt sätt. Ett varningens finger ska dock lyftas här. I en av de granskade planerna framkommer inte att den enskilde medverkad vid planeringen, då förlorar jag-formen sin mening. På en plan – återigen där medverkan inte framkommer – blir det märkligt att den enskilde beskriver sig själv som ”besvärlig”.” SAS

Värdering



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	

Praktisk professionell planering (PPP) och kontaktmannaskapet är som metoder viktiga i att uppnå målet att låta den enskilde möta personal de känner igen. Kontaktpersonen hjälper till med dusch och städar rummet om så önskas. Så långt det går styr enheten så att det är samma personer som återkommer.

Med PPP kan genomförandeplanen få en struktur för den dagliga planeringen och här kan styras så att detaljer i önskemål utförs på ett likartat och önskat sätt oavsett vem som utför dem.

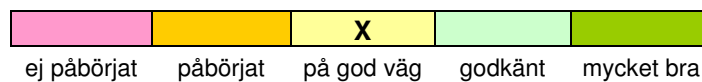
Analys

Rutiner som delvis är nya verkar snabbt ha satt sig. Vid mötet framkommer att planeringsverktyget (PPP) behöver förbättras av användaren med lokala tillämpningar. Enheten ser fördelar med verktyget men det kommer att ta tid att göra det smidigt och användbart. Att handskriva dagliga planer för varje individ tar tid och en avvägning behöver ske så att rationaliseringsbehovet inte reducerar individuella önskemål. Det är exempelvis enklare att skriva "städ", "hjälp m morgontoalett" än att skriva på vilket sätt hjälpen önskas bli utförd. PPP och andra verktyg för daglig planering brukar leda till att ett kodspråk utvecklas som kan överbrygga behovet av att vara rationell och samtidigt personligt riktad. Kodspråk i form av förkortningar och symboler måste då kommuniceras så att den det berör kan få veta innebörden i noterna. Koder måste också vara tillgängliga för alla användare över tid så att extra personal och nyanställda snabbt blir insatta.

"Trots förbättringsområden framkommer inga indikationer på att man inte arbetar utifrån kontinuitet. De boende som vi träffar och får prata med ger uttryck för en hög nöjdhetsgrad både vad gäller bemötande och kontinuitet."
SAS

Värdering

Bedömningen blir *På god väg*, även om man uppnår god kontinuitet så tillämpas inte de metoder man hänvisar till fullt ut.



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	

Enheten menar att de klarar alla kriterier för mat, måltid och nutrition.

Så här skriver de bla:

”Alltid dryck och bröd på bordet. Där brukarna är fysiskt mer funktionella serveras maten från vagn vid bordet. Funktionsförmåga beskrivs i genomförandeplan. ADL bedömning Pedagogiska måltider med medverkande personal. Den fysiska och sociala miljön är anpassad och planerad för att ge tydlighet och lugn samvaro vid måltid. Alla har relevanta och utprovade hjälpmedel vid behov. Den aktivitets och funktionsbedömning som finns avseende sittande och ätande är känd för omvårdnadspersonal och man utgår från den i måltidssituationen. Med ett salutogent och rehabiliterande arbetssätt tar man till vara på personens egna förmågor”
Enheten

För dagen serverades stekt makrill som vi i granskningsgruppen samfällt gav ett gott betyg. Dessa besök på plats påminner oss också om att de äldre alltid erbjuds en efterrätt. Denna gång var det konserverad frukt och grädde. En vanlig tisdag!

Alternativrätt för dem som så önskade var Leverantör av huvudrätt är Rosta köket.

”Vid intervju med en person så berättade hon att hon får välja var hon vill äta, i matsalen eller på rummet? Hon berättar att maten är god och det kunde granskarna också konstatera.” MAR

”Mini Nutritional Assessment (MNA) är ett screening- och bedömningsverktyg som kan användas för att identifiera äldre personer som löper risk för undernäring. I nio journaler finns uppgifter om att MNA har använts. I fyra journaler framgår att det inte finns någon risk för undernäring och i fem finns anteckningar om risk för undernäring.

Verksamheten beskriver att de arbetar i kvalitetsregistret Senior Alert. Arbetet med Senior Alert följs upp på en omvårdnadskonferens var 6:e vecka och i samband med teamträffar.

I nio journaler finns dokumentation om att äldre personer har en kostplan, som innebär en kontinuerlig uppföljning av matsituationen. Uppföljning av matsituationen går att följa i sjuksköterskans anteckningar. Ett exempel är att ”Äter själv det hon vill ha, är undernärd, tar shots 1x3”. ”Vill inte äta vad som helst. Personalen är flexibel, ger henne det hon vill ha” eller ”Hon säger till om hon vill ha något att äta på kvällen”.

Det finns dokumentation om vilken slags kost som den äldre personen är i behov av och om den äldre behöver hjälp med matning. Vikt tas var tredje månad och kan följas i dokumentationen. Ett exempel är ”håller vikten i nuläget”. Det finns rutiner för att motverka en för lång nattfasta. För att skapa en individualiserad matsituation och motverka en för lång nattfasta görs en anpassning av omgivningen för den äldre personen. Ett exempel är att den äldre personen intar sin måltid i sin lägenhet. Att ha en individualiserad anpassning för att inta måltiden bekräftas i en intervju med en äldre person.”MAS

Analys

Vårt besök kunde vi inte granska hur den pedagogiska måltiden användes eftersom vi som besökare placerades i ett rum intill matplatsen.

”Maten serveras i en lugn miljö. Som besökare så var enheten mån om att vi inte skulle störa måltidssituationen. Vi fick äta i en angränsande lokal. Det var mycket tyst runt matbordet när brukarna åt. Det gick inte att bedöma om individerna tog vara på sina förmågor i matsituationen. Inte heller gick det att bedöma den sociala samvaron i måltidssituationen.” MAR

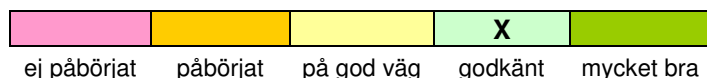
Vi hade säkert kunnat improvisera en annan placering för vårt deltagande vid måltiden men valde att avstå då våningarna inte hade varit förberedda för vår ankomst. Kommande granskningar behöver vi garantera att åtminstone MAR kan sitta med vid måltid för att kunna bedöma hur exempelvis förmågor tas tillvara.

”Det är alltid svårt att göra en bedömning utan observationer. Men det som berättades om måltider överensstämde vid samtal med de boende. Generellt är pedagogiska måltider utmärkta som metod att mötas över vårdrelationsgränserna. Vi matbordet blir man jämlika vad gäller smakupplevelser vilket kan leda till givande samtal. Man har också ett gemensamt ansvar för måltidsupplevelsen.” SAS

”Måltider finns med i alla tio granskade genomförandeplaner. Det är företrädesvis vad man tycker om eller inte tycker om samt en del fysiska förutsättningar. Det beskrivs väldigt lite om själva miljön. Till exempel: vilket sällskap uppskattas, ljud, belysning, i vilka situationer upplever den enskilde en måltidsmiljö som god, osv.” SAS

Granskning av journaler visar att rutiner och riktlinjer finns och används.

Värdering



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 toalettbösk besök 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 skriver att det finns aktivitetets- och funktionsbedömningen på alla och att dessa ligger till grund för de instruktioner personal har tillgängliga i omvårdnadssituationen.

”Ett utvecklingsarbete pågår för att tydliggöra individens möjligheter att utföra egna aktiviteter. Här finns sannolikt en utvecklingspotential. Vi intervjuade en boende och hon berättade att hon klarade att köra rullstolen men hon önskade att bli transporterad. Hon var rullstolsburen och använde inte sina ben – ingen ståträning, ingen rörelseträning för benen och hon lyftes med lyft. Sannolikt finns det utvecklingsområden i

vardagsrehabilitering med målsättningar att hålla kvar sina funktioner.”
MAR

Rutiner gällande munvård fungerar

”Verksamheten beskriver att munhälsovårdsbedömningar görs av en tandhygienist. I nio journaler finns vårdplaner angående munvård som grundar sig på en munhälsovårds-bedömning . Verksamheten har tandvårdsombud som är utbildade i att göra bedömning enligt Revised Oral Assessment Guide (ROAG). ROAG är ett munbedömningsinstrument med inriktning på förebyggande åtgärder och ett verktyg för att förbättra munhälsan för äldre personer som har stora omvårdnadsbehov.” MAS

”Verksamheten beskriver att en vårdplan för att upprätthålla sin kontinens planeras i samråd med den äldre personen. I nio journaler finns uppgifter om vårdplaner för upprätthållande av den äldre personens kontinens, varav en plan beskriver att den äldre har en kateter i urinblåsan (KAD).” MAS

”Verksamheten beskriver att det finns rutiner för arbete vid oro/ängslan och sömnproblem. Oro/ängslan och sömnproblem kartläggs med en aktivitets- och sömnprofil i syfte att hitta lämpliga omvårdnadsåtgärder. Av dokumentationen framgår det att för sju äldre personer har det genomförts en aktivitets och sömnprofil.” MAS

”Verksamheten beskriver att det finns rutiner för smärtbehandling. Instrument för smärtskattning som används är Visuellt Analog Skala (VAS), "ingen smärta" =0 och andra "värsta tänkbara smärta" =10. Den äldre personen pekar på en siffra mellan 0-10. Abbey Pain Scale (APS) för bedömning av smärta hos personer med demenssjukdom som har svårt att beskriva sin smärta i med siffror. Personalen observerar i stället den äldre och bedömer graden av påverkan med skalan 0 till 3. Exempelvis; röstuttryck/ljud, ansiktsuttryck o.s.v. Även Norlandias centrala rutin för smärtskattning vid kognitiv nedsättning används. Rutinen för smärtskattning baseras på personalens observationer och frågor till den äldre personen. Tecken på smärta – vad ser, hör och känner du? handlar om fysiska tecken, verbala uttryck samt psykiska, sociala och existentiella tecken. Den andra delen är tänkbara orsaker på smärta, som kan vara fysiska, psykiska, sociala, existentiella orsaker samt orsaker i miljön. Schemat är hämtat ur materialet ”Smärta och demens”, sid 25- 26. (Nilsson, Franch, Strömberg, Hafström, Lundell, 2002). Av dokumentationen framgår det att sju äldre personer har smärtproblematik.” MAS

Kontinuerlig tvätt efter behov och överenskommelse med brukare och anhöriga.

Kontaktmannens ansvar, lägenheten städas 1 ggr i veckan samt omvårdnadsstäd dagligen. Extern firma för gemensamma utrymmen Praktisk Professionell Planering garanterar ett genomförande efter önskemål och behov.

Analys

”I samtliga granskade journaler framgår det att alla äldre personer behöver hjälp med sin munvård. Att behöva hjälp med sin munvård innebär att borsta tänderna två gånger dagligen och att få hjälp med rengöring av tandproteser. I samband med munvården har flera äldre personer förskrivits en tandkräm som är ett läkemedel.

Sjuksköterskan har kontakt med tandhygienisten i samband med att en munhälsovårds-bedömning görs. Sjuksköterskan ser till att personalen får instruktioner om hur varje äldre person behöver hjälp med sin munvård. Detta sker via ett munvårdskort som finns i badrummet i varje lägenhet. Ett exempel är ” behöva hjälp med tandborstning, mellanrumsborste 0,6+0,8 två gånger dagligen. Natriumflorid tandkräm ska användas i stället för vanlig tandkräm”. I dokumentationen framgår även omvårdnadsproblem då den äldre personen inte vill medverka. Ett exempel; ”Vill inte öppna munnen, vill oftast inte medverka vid tandvården”.

Rekommendationer för omvårdnadsåtgärder för munvård följs.” MAS

Inkontinens

”I åtta journaler finns det dokumentation om äldres urinkontinens och avföringsinkontinens.

Att vara kontinent innebär att inte behöva använda inkontinenshjälpmedel. I tre journaler finns dokumentation om att de äldre är kontinenta. Det är däremot otydligt i dokumentationen om hur deras kontinens ska kunna bibehållas så länge som möjligt.

I övriga journaler finns dokumentation om inkontinens och behov av inkontinensprodukter. För att kontrollera vilken grad av inkontinens som den äldre har, används blöjvägning. Ett exempel på dokumentation är ” Blöjvägningstest påvisade medelsvår inkontinens”. Vårdplanen innehåller även rutiner för byte av blöjor och toalettassistans. Ett exempel; ”Bytesfrekvens 9-15-19:30 Toalettassistans vb”. Det är otydligt i dokumentationen huruvida inkontinensen är utredd av läkare.”MAS

Ängslan, oro och sömnproblem

”Dokumentationen beskriver att verksamheten har arbetat med omvårdnadsåtgärder utifrån en aktivitets och sömnprofil.

Omvårdnadsåtgärder och uppföljning av omvårdnadsåtgärder går att följa i dokumentationen. Omvårdnadsåtgärder beskrivs som att få struktur på vardagen. Det som påverkar strukturen i vardagen är olika för varje äldre person. Exempel som beskrivs är att ” patienten väljer att gå och lägga sig i stället för att vara med på sociala aktiviteter” eller ”Patientens oro och aggressivitet har ökat sedan ett läkemedel har satts ut, sätts in igen”. Andra beskrivningar är att personalen observerar att den äldre är vaken och lugn under största delen av eftermiddagen/kvällen och om oro skulle inträffa kan personalen avleda den äldre. Ytterligare situationer är att den äldre vaknar 4-5 ggr på natten och tar på sig kläderna. I denna situation kan omvårdnadsinsatser ges i form av bemötande och/eller att den äldre får något att äta. Ett annat sätt att se att de äldre är med och påverkar sin egen vård är att sjuksköterskan har dokumenterat att; ”Ha kvar sin integritet, åka runt i sin rullstol vart hon vill. Hon vill göra allt själv”.

Dokumentationen visar att verksamheten försöker att förebygga oro/ängslan och sömnproblem.” MAS

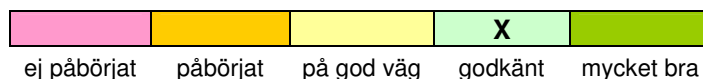
Smärta

Olika smärtor som beskrivs i dokumentationen är, sveda vid vattenkastning, smärta i axlar på grund av artros, ont i benen på grund av svullnad och smärta i höften. Exempel på hur smärta har identifierats; ”Smärtan identifierad, till att patienten torkar sig åt fel håll”. Andra omvårdnadsåtgärder är massage med tigerbalsam i kombination med läkemedel eller behandling med höglastiska lindor och vätskedrivande läkemedel. Smärta i samband med omvårdnad eller i samband med förflyttningar har APS använts. Ett exempel på en omvårdnadsinsats är att; ”Skattning med APS, visade smärta i samband med förflyttning. Patienten måste förflytta sig själv i egen takt”. Dokumentationen visar att verksamheten arbetar med åtgärder för smärtproblematik” MAS

Resultatet från läkemedelsgenomgång stärker enhetens berättelse om att alternativa åtgärder fungerar. Minskat mellan 2011 och 2012. i rangordning förflyttat sig från plats x till y.

”Det SAS saknar är att man inte kartlägger personers begriplighet och hanterbarhet kopplat till oro och ångest – om man nu vill använda det salutogen kartläggning. Särskilt avsaknad av dessa två komponenter kan skapa oro och ångest, då bör man ha strategier i vårdplan/genomförandeplan för hur detta ska mötas upp. Det framkommer inte i granskade genomförandeplaner. Å andra sidan är andra insatser än läkemedel ett salutogent alternativ men det är inte så man beskriver tillämpningen av teorin.” SAS

Värdering



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	

Inget spindeldiagram visas på grund av färre än 10 registrerade dödsfall. Verksamheten beskriver att läkaren har ansvaret att informerar om övergången till palliativ vård, men ibland blir det omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS). Den personal som hade en bra relation med anhöriga under slutskedet tar 4-6 veckor efter dödsfallet ansvar för att kontakta anhöriga för ett uppföljningssamtal. Det kan vara OAS eller omvårdnadspersonal som gör detta.

Palliativa registret

Skäpplandsgården har haft 6 äldre som har avlidit under 2012.

Statistiken visar att av de 6 registrerade fallen så nåddes målvärde i fem av 12 kriterier. Största bristerna finns i koppling till läkarinformation.

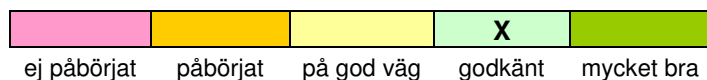
Analys

MAS skriver att statistiken visar att i den palliativa vården erbjuder eftersamtal, att mänsklig närvaro finns i dödsögonblicket, patient är lindrad från smärta, lindrad från illamående och lindrad från ångest Till en del finns bedömning av munhälsa och lindring från rosslig andning. Uppfyllt önskemål om dödsplats, utförd validerad smärtskattning och trycksår vid dödsfallet, är förbättringsområden. Svårast att uppnå mål är det med ”läkarinformation till den äldre och dennes närstående” angående övergång till palliativ vård, vilket är ett stort förbättringsområde i samverkan med landstinget.

I en av tio journaler framgår att den äldre personens är inriktad på palliativ vård. Det finns en anteckning om läkemedelsordinationer för palliativ vård. Det är otydligt om det är läkaren eller OAS som har informerat den äldre om inriktning av vården till palliativ vård. För tillfället vid journalgranskningen fanns inget behov av vak, men det är sjuksköterskan som avgör när ett vak behövs i samband med palliativ vård.

Dokumentationen visar att verksamheten registrerar dödfall i palliativa register.

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 bedömning.	X	
Risker för trycksår registreras, förebyggs, åtgärdas och följs upp.	X	
Landstingets rekommendationer för sårvård följs	X	
Personalen känner till hur avvikelshantering 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	

Enheten klarar samtliga kriterier enligt egenvärderingen.

Kvalitetsinspektörerna fann vid sitt besök hösten 2012 att dörr till tvättstuga stod öppen med risk för att boende kommer åt farliga vätskor. Vid vårt besök var dörr till tvättstuga öppen på vid gavel. Vi kunde, tillsammans med ansvarig chef, konstatera att farliga vätskor/medel förvarades i skåp som endast kan nås av en stående vuxen. Dock satt nyckel i skåpluckan.

Avvikelser

”Verksamheten rapporterar att det har inkommit 3 avvikelser mellan 121120-130311 till Norlandia Care. Två avvikelser som handlar om fall; skada på foten och axel samt att någon hamnade snett och slog i ryggen vid fallet. Detta behandlades med smärtstillande läkemedel. En avvikelse handlar om läkemedel; omvårdnadspersonalen har inte signerat att den äldre personen har fått sitt insulin. Sjuksköterskan har talat med omvårdnadspersonalen om detta.

Rutinen för avvikelshantering på Skäpplandsgården är sådan att personalen anmäler avvikelsen i kvalitetssystem TQM. Enhetschefen får ett automatiserat mail, som kvitteras av enhetschefen att hon tagit del av avvikelsen. Enhetschefen lägger en åtgärdsplan utifrån allvarlighetsgrad med uppföljningsdatum. Även slutdatum i planen renderar ett mail till enhetschef som ”åtgärdare”. Månadsvis lämnas kvalitetsuppföljning till Örebro Kommun från Norlandia Care” MAS

För att kunna mäta livskvalitet vid demenssjukdom, används instrumentet Quality of Life in Late-Stage Dementia scale (QUALID). Testet består av elva frågor om observerbart beteende och om sinnesstämning som skattas efter förekomst under den senaste veckan. Exempelvis att den äldre ler, verkar ledsen, och/eller gråter. MAS

Verksamheten beskriver att basala hygienrutiner ska tillämpas i allt vårdarbete. Egenkontroll sker genom dolda inspektioner 4ggr/år. Hygienprotokoll förs över i måndasuppföljning.

Ett dokument för egenkontroll av hygienrond i vård och omsorgsboende lämnas ut av MAS. Verksamheten svarar ja på kontrollfrågor som bekräftar att verksamheten har en egenkontroll för hygienfrågor.

Analys

Rutin för stängning av dörrar och eller förvaring av farliga vätskor/medel behöver ses över.

”Arbetsterapeuten undervisar personalgruppen i förflyttning. De hjälpmedel som finns är individuellt utprovade. Avvikelsesystemet ligger inte i anslutning till journalen utan är ett separat system TQM. I de 10 granskade arbetsterapijournalerna fanns riskbedömningar i alla utom en – den var också på gång enligt arbetsterapeuten. I flera journaler fanns återkommande bedömningar och åtgärder för fall och trycksår. Teamarbeten sker regelbundet och Omvårdnadskonferenser görs för varje individ var 6:e vecka – en bra kvalitet.

Vid journalgranskningen framkom att det var flera som inte klarade att larma. Rutin för sänglarm, larmmattor och skyddsåtgärder finns men ännu är de inte registrerade i journalen. Samtycke med diskussion och beslut i teamarbetet kan inte följas, ett utvecklingsarbete pågår.” MAR

”Verksamheten har ett system för avvikelshantering TQM. Enhetschefen och sjuksköterskan har kontroll över vilka händelser som uppstår i verksamheten. Dokumentationen i avvikelserna visar att händelserna åtgärdas omgående.

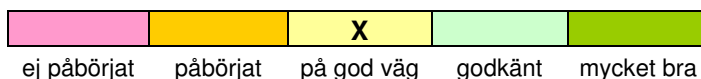
Dokumentationen visar att den äldre personen har svårt eller inte själv kan beskriva sin trygghet. För att få fram information om de äldres trygghet har personalen gjort observationer som utgår från QUALID. Resultatet visar att två äldre personer har den högsta graden av livskvalitet, medan två andra äldre personer har den näst högsta graden av livskvalitet.

Exempel som kommer fram i dokumentationen som inte är skattade med QUALID, är att någon vill gärna vara medelpunkten, någon är glad för det mesta, och någon verkar orolig. En av beskrivningarna är att den äldre blir stressad av nyheter, så som nya rutiner, ny personal, skriker och blir utåtagerande. En ytterligare beskrivning är att den äldre inte orkar med för mycket sociala aktiviteter, vill hellre gå in på sitt rum och lägga sig. Dessa observationer visar att personalen tar hänsyn till vad varje äldre persons behov och ger därmed möjligheten för äldre personer att kunna välja vad de vill.

Det finns ingen dokumentation om begränsningsåtgärder i granskade journaler.” MAS

Verksamheten arbetar med att kvalitetssäkra hygienfrågor.

Värdering



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 menar att de klarar alla kriterier för delaktighet.

Det genomtänkta paketet med Norlandias etiska riktlinjer, Genomförandeplan, och ett salutogent och individanpassat förhållningsätt skapar förutsättningar för att den enskilde ska kunna vara delaktig och en medskapare i sin egen omsorg menar ansvariga.

Enhetens beskriver själv att det i inflyttningsmappen finns levnadsberättelsen och att ett ankomstsamtal och genomförandeplan erbjuds tillsammans med anhörig eller godman i de fall den enskilde behöver ett stöd. Kontaktmannen har kontinuerlig planering av aktiviteter

Uppföljning av plan sker var tredje månad eller vid behov med den enskilde. Teamträffar var 3:e vecka och Omvårdnadskonferens var 6 vecka är viktiga för att säkra att rätt vård och omsorg ges utifrån växlande behov.

Varje gäst har sin boendepärm i sin lägenhet och erbjuds att ta del av anteckningar i Procapita. Den enskildes delaktighet markeras med en underskrift av genomförandeplanen.

”Vi arbetar i team och på omvårdnadskonferensen , var 6:e vecka, så deltar nattpersonal, Vi använder oss av Praktisk Professionell Planering. All personal dokumenterar i Procapita.” enhetens noter

Både enskilt och via Boenderåd kan den boende påverka sin vardag och sin miljö.

Samarbete med boendesamordnaren om behov finns. Samtal med anhöriga och boende sker om det är så att flytt kan behöva ske. Flytt inom anläggning sker, men inte särskilt ofta. Andra team i kommunen som utför BPSD utredningar finns också samarbete med.

”I fem av genomförandeplanerna är den enskilde inte närvarande och i en av dessa företräder god man den enskilde. Det framkommer dock inte om god man sörjer för person eller bevakar rätt. Den innebär att i fyra av planerna så har den enskilde inte medverkat. Här blir det besynnerligt att skriva i jag-form – vilket vid delaktighet är ett utmärkt sätt att skriva behov.

SAS finner också andra brister i planerna. Bland annat framkommer det inte vem som ska stödja den enskilde. Vem är en viktig indikator för att påvisa kontinuitet. Det är uppenbart att det är en rubrik som saknas i planstrukturen. Likaså kan man heller inte läsa ut När infaller i alla planer. Det vill säga att några av planerna är för allmänt hållna, det går till exempel inte att läsa ut när det är morgon eller kväll för en person. Dusch är oftast beskrivit i frekvens men det framkommer inte om det är morgon, förmiddag, eftermiddag eller kväll som är önskat. Det är sällan som kontaktmannaskapstiden är inplanerad men den återkommer i den löpande dokumentationen.

Det finns dock en plan som är excellent. Den är så pass bra att det den påvisar att det finns en hög kompetens hos omvårdnadspersonalen och den kan gott väl och användas som ett gott exempel för hur en genomförandeplan ska se ut.

SAS bedömningen av planerna 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 identifierats och åtgärdats.” SAS

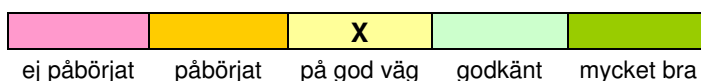
”De löpande journalanteckningarna är överlag mycket tillfredställande. Det går att följa händelseförlopp över tid. Det är i stor utsträckning sociala händelser som framkommer. Vid besök kommer vi in på sökorden i verksamhetssystemet. Verksamhetschefen berättar att de inte kunna påverka utbudet i samband 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

Analys

Enhetens beskriver hur rutiner ska fungera på ett trovärdigt sätt. Besöket och dokumentationsgranskningen bekräftar bilden av den relativt lilla enheten har fungerande team som kan säkerställa en god vård.

”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. Trots att det finns brister i formalia så skulle Skäpplandsgården genom en förbättrad egenkontroll kunna få godkänt på alla sina genomförandeplaner.” SAS

Värdering



3.9 Hälsa- och sjukvård

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Omvårdnadsansvarig sjuksköterska finns tillgänglig för den enskildes behov	X	
Arbetssterapeut 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	

MAR skriver att Arbetsterapeutjänst har utökats till 60% och en nyanställd arbetsterapeut finns på enheten. Tidigare hade enheten en arbetsterapeutresurs motsvarande 40 % av en heltid där tjänsten delades med Sirishof. Ett ansvar som kultur och aktivitetsansvarig finns tillagt till uppdraget vilket innebär att arbetsterapeutuppdraget vidgats i sitt innehåll. Ett samarbete finns med Sirishovs arbetsterapeut och kulturansvarige och sårbarhet vid frånvaro har därför minskat. Både gruppaktiviteter och individuella aktiviteter har nu möjlighet att utvecklas. Sjukgymnastinsatser från Haga VC fungerar nu bra enligt uppgift. Läkarstödet fungerar utmärkt, allt enligt MARs beskrivning.

Verksamheten har ett nytt verksamhetssystem (Pro Capita) sedan fjärde kvartalet 2012. Det har brister i sökordsstrukturen och funktionen att vara konsument i NPÖ fungerar inte ännu men en plan finns från företaget att kunna koppla ihop med NPÖ under 2013.

De medicintekniska produkter som finns i verksamheten ser ut att fungera bra och de är rena och snygga.

Samverkan sker med andra aktörer utifrån individens behov
Rond varje tisdag på Skäpplandsgården med läkare från Capio Haga VC. Övrig tid finns vårdcentralens läkare och sjukgymnast tillgängliga efter behov. MAS

Elektroniska system

Meddix är ett webbaserat IT-stöd för samordnad vårdplanering som används av landstinget och kommunerna. Sjuksköterskan har ansvaret för att kontrollera om ny information har inkommit i MEDDIX. Pascal ordinationsverktyg är ett nationellt verktyg för ordination av läkemedel som används för att ordinera dosdispenserade läkemedel. Sjuksköterskan använder sig av Pascal för att se aktuella läkemedelsordinationer för den äldre personen.

Nationell patientöversikt (NPÖ), gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med den äldre personens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare. Norlandia care har tagit fram en plan för åtkomst till NPÖ under 2013.
Samverkan sker med andra aktörer utifrån individens behov
Rond varje tisdag på Skäpplandsgården med läkare från Capio Haga VC. Övrig tid finns vårdcentralens läkare och sjukgymnast tillgängliga efter behov.

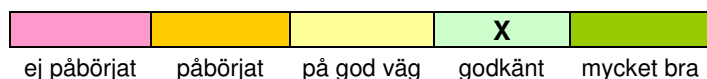
Verksamheten beskriver att läkemedelsgenomgångar (LMG) genomförs med fokus på olämpliga läkemedel. Dokumentationen visar att åtta äldre personer har fått en LMG.
MAS

Analys

Arbetet pågår med LMG. Det finns en otydlighet i vissa journalen om hur delaktig den äldre personen har varit i samband med LMG.

Dokumentationen visar att verksamheten arbetar med LMG och följer riktlinjen för delegering och instruktion.

Värdering



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	

Skäpplandsgården har i sitt uppdrag särskilda skäl till att utveckla en bra relation till anhöriga genom att ”gästrummen” och korttidsplatser kräver att goda relationer snabbt byggs upp för att anhöriga ska känna sig trygga i att enheten klarar av att vårda deras närstående.

Alla anhöriga har möjlighet att få egen ”tagg” för att komma och gå fritt och genom enhetens regel att personal hälsar på alla så minskar risk att anhörig ska upplevas sig osedd. Kontaktmannaskapet är även här viktigt för att skapa ett förtroende mellan enhet och en kanske orolig anhörig. Anhörigråd finns och information läggs på hemsidan. Anhörigträffar anordnas 4 gånger/år enligt uppgift.

I entrén kan besökande fylla i ett formulär och få en skriftlig återkoppling.

Anhörigrådet träffas 2 ggr/år

Det finns anhörigombud på varje våning.

Enheten har ett bra samarbete med Anhörigcentrum och kontinuerliga besök från centralt genomförs för att utveckla samarbetet.

Skäpplandsgården tillhandahåller 4 st gästrum i Anhörigcentrums regi.

Fri tillgång till informationsmaterial från AC

Analys

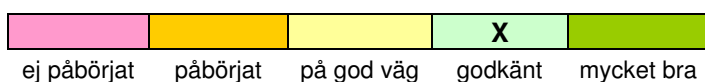
”Det fanns inte någon anteckning i arbetsterapijournalerna om anhöriga och då är det ett utvecklingsområde. Gästrummen och korttidsplatserna på Skäpplandsgården innebär att verksamheten ibland kan få svårigheter med att få gruppen att fungera – personer skiftar på dessa platser och det innebär en svårighet när de ska passa in i samvaron där många av de andra har bott

länge och känner varandra. Enheten hoppas på en lösning av problemet när en korttidsenhet i kommunen bildas.” MAR

Till saken hör att på varje våning finns två rum, som är byggda för att fungera som korttidsboenden. De två tillfälliga gästerna delar då badrum/toalett. Om korttidsplats/gästrum försvinner är alternativet att en person använder båda rummen eller att exempelvis ett par flyttar in. Enhetens resurstilldelning bygger på att en hög beläggning kan hållas. 2012 hade Skäpplandsgården mycket hög beläggning på permanenta platser (97 %) men låg på gästrummen. Korttidsplats i snitt ligger på ca 90 % medan gästrummen ligger på runt 50 %. Att ha insprängda korttidsplatser som innebär, för den permanent boende, att nya gäster ständigt behöver presenteras är ifrågasatt och mycket talar för att korttidsplatser koncentreras till särskilda enheter.

Med ovan beskrivna sakförhållanden är det begripligt och önskvärt att enheten bemödar sig lite extra om att skapa bra relationer med anhöriga. Informationstänkandet med skärmar i entrén, med hälsningsregler, tillsammans med ett ambitiöst program för att skapa en allas delaktighet i utformningen av verksamhetens innehåll, lovar gott inför framtiden.

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	

När uppföljningen gjordes i början på mars var inte all information om Skäppland och Norlandia Care synkroniserad på hemsidor och i interna dokument. Det är inte klart om platschef benämns enhetschef eller verksamhetschef. I rutiner och riktlinjer används verksamhetschef men i nyare dokument har enhetschefsbenämningen börjat dyka upp.

Broschyrer, anslag med telefonnummer till nyckelpersoner finns och underlättar för besökande och nyinflyttade. Tolk används vid behov och enhetens personal har "mångkulturell bakgrund" vilket används i vardagen.

Enheten har ett önskemål om att synliggöra att det finns ett äldreboende på Skäpplandgatan 27. Ute vid cykelbanan/gångbanan i anslutning till parkering och kyrka finns en portal som skulle vara utmärkt för syftet. Idag är det svårt för entreprenader och enheter i egen drift att få gehör för behovet av att synas. (tidigare uppföljningar har pekat på liknande problem för Elgstromska huset, Skebäcksgården, Adolfsbergshemmet mfl.)

När man väl kommer fram till enhetens entrédörr fungerar den inre skyltning och underlättar för en besökare att hitta sitt mål.

Vid besöket bar all personal namnskylt och deras arbetskläder markerade tydligt att de tillhörde arbetsplatsen.

Klagomålshanteringen fungerar enligt uppgift väl. Klagomål registreras särskilt i ledningssystemet för kvalitet (TQM). Finns även vit brevlåda där anhöriga/boende/gäster kan lägga sina synpunkter.

Antal klagomål 2012 enligt självrapporteringen var 8 för hela året. 5 av dem rörde insatskvalitet och alla är åtgärdade.

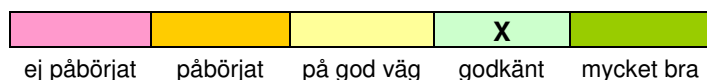
I årsberättelsen talar enheten om "Klagomål på bemötande har vi haft sex under första halvåret, och två under andra halvåret. Detta är åtta för många.

När det förekommer klagomål så tas dessa upp individuellt med berörd personal."

Analys

Enheten är tillgänglig och vill vara tillgänglig är den uppfattning en besökare får där information når den besökande redan i entrén med Tv skärmen. Bemötandet och tilltalet är välkomnande. En rensning av benämningar på ledarna i organisationen behövs för att på sikt vara tydlig.

Värdering



3.12 Medarbetare och ledarskap

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Medarbetare		
Verksamheten är bemannad dygnet runt med sådan kompetens och med sådan personalstyrka att de boende alltid tillförsäkras en god vård och omsorg.	X	
Omvårdnadspersonal ska vara utbildad undersköterska eller ha	X	

genomgått omvårdnadsprogrammet samt bör ha erfarenhet av vård- och omsorgsarbete.		
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	

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	

Det saknas vägledning nationellt för bemanning på vård och omsorgboende. Inte heller i Örebro finns någon rekommendation. Det finns en bemanningsnorm i resursfördelningsmodellen som uttrycks i årsarbetare per brukare men hur man sedan väljer att bemanna över dygnet är upp till enheten. Vid värdering av bemanning har vi jämfört med bemanningsnivåer för demensboende som rekommenderas i en rapport från Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum⁹.

På sitt täthetsschema har Skäpplandsgården bemanningsnivåer som understiger rekommendationerna i Stockholmsrapporten, både dag- och kvällstid och ligger också lågt i jämförelse med kommunens andra boenden där verksamhetsuppföljning genomförts (se tabell nedan).

Antal boende per omvårdnadspersonal i jämförelse mellan några boenden

Tidpunkt	Stockholms modell	Skäpplandsgården	Berggården	Södermalmshuset	Löwenhjelmska huset	Klosterbacken
Förmiddag	3	4,3	4	4,5	3	3
Kväll	4,5	5	6	4,5	7	5
Natt	Anpassas	15	18	18	19	18

Tabellen visar hur många boende i genomsnitt varje person ansvarar för vid olika tider på dygnet.

Ledningen bedömer att man klarar vården och omsorgen på ett säkert sätt trots den relativt sett låga bemanningen. Man sätter även in extraresurs vid behov, t.ex. vid ökad vårdtyngd. Det är också viktigt att påpeka att bemanningen inte understiger de nivåer som anges i avtalet. Granskningsgruppens bedömning är dock att bemanningsnivåerna,

⁹ "Lämplig Bemanning på särskilt boende avsedd för personer med demenssjukdom" S-E Wångrell, B Trygg. Rapporter Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2010:10

framförallt dagtid, är i underkant om verksamheten avser att uppfylla det mervärde som utlovas i avtalet.

Enheten följer avtalet när det gäller grundbemanning och grundkompetens. En plan för kompetensutveckling visar en plan för NC skolan

”Följer täthetsschemat via Bemanning enl. Time Care. Beredskapsschema nattetid för sköterskor.
Betyg/Intyg alla fast personal.
All personal kan dokumentera i journalsystemet Procapita. Flera är dessutom flerspråkiga.
NC skolan med kontinuerlig vidareutbildning i samarbete med Sirishof.
Utbildningar i samarbete med Ö-o kommun vid tillfälle.
NC skolan, utvecklingssamtal 2ggr/år och budgeterade medel för vidareutbildning på individnivå. Plan är år från år, 2013 är det fokus certifiering i kontaktmannaskap. I utvecklingssamtalen tas utbildning upp och planläggs.
Alla fast personal har Demens ABC utbildningen.

Salutogent förhållningssätt, personcentrerad omvårdnad, NC-skola, Procapita, Qualid, Handledarutbildning
2013 Certifiering i kontaktmannaskap
Centralt mål: 96 % Frisknärvaro. ”traffic light system” för uppföljning vid mkt korttidsfrånvaro hos enskild personal. Friskvårdspeng.” Enheten

Ledarskap och organisation

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

Analys

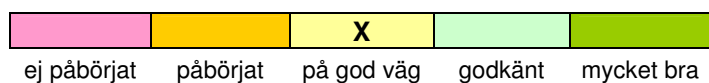
”Arbetsterapeutens roll på enheten som både arbetsterapeut och kultur/aktivitetsansvarig är ny så den funktionen i förhållande till övriga medarbetare behöver få både stöd av ledningen och tid för att utveckla denna nya intressanta roll.” MAR

”Det finns tydliga arbetsbeskrivningar och ansvarsfördelning i lokala rutiner som bifogas vid kvalitetsgranskningen.” MAS

Enheten och Norlandia Care visar att de ämnar lösa sina kompetensutvecklingsbehov med korta insatser under året. På sikt finns planer på mer fylliga utbildningsinsatser och en Akademi. I samtal under besöket framgår att det inte finns en klar plan för individer som behöver en fördjupad kunskapsutveckling. Grundkurs ABC i demenskunskap är bara repetitionskurser för flera av dem.

Norlandia Cares satsning på att tillsätta en områdeschef i Örebro medför att ledningen får en rejäl förstärkning och ökar möjlighet till att genomföra uppdraget. Det finns ett problem med att värdera ledarskap och organisation när ledning byts ut varje år. Satsning på ett ledningssystem (TQM) och en områdeschef som kan vara sammanhållande för enheterna i Örebro ökar möjlighet att klara chefsbyten.

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.

”Använder dokumentationssystemet ProCapita PUL, personlig inloggning till journalalföringsystem Procapita och avvikelshantering . Dokumentförstörare för utskrifter med patientinformation.
Kvalitetsteamet gör månadsuppföljning
Månadsuppföljning av kvalitetsteamet” Enheten

”Arbetsterapjournalerna tydliggöra aktivitetsbedömningar, riskbedömningar och vårdplaner. I två fall har en kognitiv checklista använts. Ett utvecklingsområde är skydds och begränsningsåtgärder, individens utförande av aktiviteter och individuella aktivitetspreferenser. Enheten har en egenkontroll för HSL journaler där kvalitetsteamet följer upp 5 journaler månadsvis” MAR

”Av dokumentationen framgår det att verksamheten arbetar med vårdplaner.

Det finns några otydligheter gällande upprätthållande av de äldre personernas kontinens och hur en inkontinens är diagnostiserad.

Bedömningen är att samtliga mervärden är uppfyllda från föregående kvalitetsinspektion.” MAS

Enligt föreskrift SOSFS 2006:5 ska alla personer ha en upprättad genomförandeplan. .

Vid genomgång av utvalda journaler finns följande antal planer.

Antal godkända planer	1
Delvis godkända planer	0

Ej godkända planer	9
Saknar antal planer	0

”I de planer som inte är godkända saknar en del medverkan av den enskilde. Det framkommer varken i planen eller i journalen varför den enskilde inte medverkat. En del planer är för allmänt hållna när det gäller när (tidspunkten). Om planen ska vara individuell är det inte tillräckligt att skriva morgon eftersom det inte framkommer när det är morgon för en specifik person. Få planer saknar också en beskrivning på vem som ska stödja/hjälpa den enskilde. De förbättringsområden som uppmärksammats kan genom uppföljning skyndsamt korrigeras och då skulle alla planer bli godkända.

Den plan som är godkänd är excellent, den kan med fördel användas som ett gott exempel på hur en genomförandeplan ska se ut.” SAS

Analys

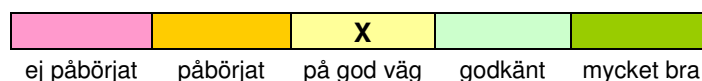
Bedömningen är att Skäpplandsgården lever upp till kraven i Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården, SOSFS 2008:14 och med tillägg SOSFS 2011:8. MAS

”Min bedömning är att det krävs mer arbete krävs med metodik för genomförandeplaner. Det väsentliga är den enskildes medverkan och önskemål vilket inte blir framträdande om planerna är allt för allmänt hållna och bristfälliga i formalia.

Skäpplandsgården använder jag-form när de skriver planerna. Det är ett utmärkt sätt att tydliggöra den enskildes medverkan. Det är dock mindre lämpligt skrivsätt när den enskilde inte medverkat!

Trots brister i planerna finns det en jämn kvalitet och en kompetens hos omvårdnadspersonalen. Skäpplandsgården borde möjligen se över sin egenkontroll. De brister som uppmärksammats borde inte passerat egenkontrollen.” SAS

Värdering



3.14 Särskilda granskningspunkter

Avtalets mervärden följs upp i särskild handling.

4 Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat

4.1 Sammanfattande tabell bedömning av alla kriterier

Preliminär

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	0	0	5	8	0

4.2 Resultat av granskningen – en sammanställning

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

Typ av kvalitet	Förklaring	Granskat	Bedömning
Struktur-kvalitet	Resurser som personal, byggnad, lokaler, utrustning	Dokument, besök	<u>God kvalitet</u> - Utemiljö - Gemensamhetsutrymmen och lägenheter <u>Behöver förbättras</u> - Bemanning
Process-kvalitet	Arbetsätt, rutiner, funktion	Dokument, besök	<u>God kvalitet</u> - Rutiner för det dagliga arbetet. - Organiserad samvaro - Utevistelse - Värdegrundsarbete - Pedagogiska måltider <u>Behöver förbättras</u> - <u>Bristande kvalitet</u>
Resultat-kvalitet	Bemötande, trygghet, smärtlindring mfl	Dokument, brukarundersökningar, besök	<u>God kvalitet</u> - Trygghet - Bemötande <u>Behöver förbättras</u>

Källhänvisningar

Rapport Uppföljning av mervärde Skäpplandsgården 2013

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/> |