



12-12-12

Vö 302/2012

Rapport

Fördjupad Kvalitetsuppföljning,

Fokus hemvård

November 2012

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

Sammanfattning

Förvaltningskontor Vård och stöd har på uppdrag av Vård- och omsorgsnämnd öster utfört en kvalitetsuppföljning av Fokus hemvård
Uppföljningens syfte är att göra en samlad granskning av verksamhetens kvalitet.
Förvaltningskontoret bedömer att den enskilde inom Fokus hemvård får en vård och omsorg som i stort lever upp till krav men att det också finns flera förbättringsområden.

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

Uppföljningen visar att enhetens styrka är inom Omvårdnad och service, Vård i livets slutskede och Hälso- och sjukvården. Här finns många fungerande rutiner, en bra fungerande vardagsrehabilitering och en säker läkemedelshantering.
Enheten förfogar över bra personalutrymmen och en grundutbildad personal

Ett antal förbättringsområden har framkommit vid granskningen. Största förbättringsområdena finns inom kriterierna för Mat och måltid och Bemötande där enhet främst behöver lyfta prestation i ojämnt presterande grupper.
Förbättring behövs också inom Den enskildes skydd med avvikelshantering och kvalitetsregister samt med Tillgänglighet och information där enheten behöver ordna fungerande rutiner för att leva upp till garantier och krav på namnskyltar, legitimation och arbetskläder.
Det är en för stor variation mellan grupper i prestation för att enheten ska framstå som en enhet.

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till Vård- och omsorgsnämnd öster

- Enhetschefer och ansvarig områdeschef rapporterar genomförda och planerade åtgärder för identifierade förbättringsområden till Vård- och omsorgsnämnd öster senast i april 2013.
- Enheten redovisar fortlöpande genomförda åtgärder i delårsrapport och årsberättelse 2013.

Innehållsförteckning

| | | |
|------|---|----|
| 1 | Inledning..... | 6 |
| 1.1 | Bakgrund | 6 |
| 1.2 | Syfte..... | 6 |
| 1.3 | Mål..... | 6 |
| 1.4 | Metod för uppföljning..... | 6 |
| 1.5 | Omfattning..... | 8 |
| 1.6 | Begreppsdefinitioner..... | 8 |
| 2 | Resurser, organisation..... | 9 |
| 3 | Resultat 2012 | 13 |
| 3.1 | Aktiv och meningsfull tillvaro | 13 |
| 3.2 | Bemötande | 16 |
| 3.3 | Kontinuitet | 17 |
| 3.4 | Mat, måltid och nutrition | 19 |
| 3.5 | Personlig omvårdnad och service | 22 |
| 3.6 | Vård i livets slut..... | 24 |
| 3.7 | Den enskildes skydd | 25 |
| 3.8 | Delaktighet..... | 29 |
| 3.9 | Hälso- och sjukvård | 31 |
| 3.10 | Anhörigstöd | 33 |
| 3.11 | Tillgänglighet och information | 34 |
| 3.12 | Medarbetare och ledarskap | 35 |
| 3.13 | Dokumentation | 37 |
| 3.14 | Särskilda granskningspunkter | 39 |
| 4 | Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat..... | 40 |
| 4.1 | Resultat av granskningen – en sammanställning | 41 |

Källhänvisningar s 38

1 Inledning

1.1 Bakgrund

1.2 Syfte

Uppföljningen är en del av vård- och omsorgs ledningssystem¹ för kvalitet och granskar enhetens förmåga att leva upp till lagstiftningens krav och politiska mål med fokus på den kvalitet som tjänsterna skapar för brukaren.

1.3 Mål

Målet med uppföljningen är att :

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

1.4 Metod för uppföljning

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

Uppföljningen av verksamheten har skett i tre delar

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

Inför besöket har insamling av data skett i form av:

- Enhetens verksamhetsplan
- Enhetens delårsrapport/verksamhetsberättelse
- Täthetsschema
- Medarbetarundersökning³
- Resultat av brukarundersökning
- Kvalitetsinspektioner
- Verksamhetsmätt
- Inkomna klagomål
- Avvikelser enligt Hälso- och sjukvårdslagen
- Granskning av tio hälso- och sjukvårdsjournaler (Särskilda kriterier)

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.

- Granskning social dokumentation i tio ärenden, med fokus på genomförandeplaner (Särskilda kriterier)
- Inspektioner från andra myndigheter (inte aktuellt denna gång)
- Socialstyrelsens öppna jämförelser

Den andra delen av granskningen har bestått i att besöka enheten. Vid besöket har en checklista för kvalitetskrav använts. Listan har grupperat kvalitetskriterier⁴ i 13 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 enhetens lokaler observeras och med att några samtal genomförs med personer som har stöd och hjälp av enheten.

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

Bedömning

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

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

1.4.1 Organisation

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

Vid granskningen den 6 november 2012 deltog enhetens tre chefer, två omvårdnadspersonal, arbetsterapeut och sjuksköterska.

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.

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

1.5 Omfattning

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

1.5.2 Avgränsning

Uppföljningen innehåller ett föränmält 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.

Granskning av dokument begränsas till ett uttag av tio journaler.

Socialt ansvarig samordnare(SAS) tillsammans med MAS och MAR har gjort en granskning av dokumentationen kring samma tio personer. Det är ett slumpmässigt urval av 10 journaler. Utdrag görs av utdataanalytiker. Första urvalet är att det ska vara personer som har både bistånd och kommunal hälso och sjukvård. Därefter väljs slumpmässigt fem kvinnor och fem män ut från uttaget.

1.6 Begreppsdefinitioner

| Begrepp | Beskrivning |
|--------------------------|--|
| Kvalitet | Förmågan att leva upp till behov och krav hos dem vi är till för |
| Struktur/resurs kvalitet | Här förmåga att använda byggnad, utemiljö, utrustning, teknik, anställdas kompetens för dem vi är till för |
| Processkvalitet | Förmåga att med tilldelade och skapade resurser använda och utveckla arbetssätt, rutiner, så att det gagnar dem vi är till för |
| Resultat-/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 |
| TES | Elektroniskt tidsregistrerings- och planeringssystem i hemvården (Tryggt, Enkelt Säkert). |
| NPÖ | Nationell Patientöversikt är en sammanhållen |

| | |
|----------|---|
| | elektronisk journal där legitimerad personal i Örebro kommun kan läsa delar av landstingets dokumentation |
| Meddix | Internetbaserad tjänst för registrering, utbyte och arkivering av medicinska meddelanden i realtid |
| Personec | Örebro kommuns verksamhetssystem för att hantera data om personal och anställningar. Kompetens ska registreras i systemet |

2 Resurser, organisation

Fokus hemvård innefattar södra centrala delarna av Örebro samt Adolfsberg. Enheten har sina lokaler på Drottninggatan 56, Örebro.

Fem grupper jobbar i området : Krämargruppen, Södergruppen, Oscariagruppen, Adolfsberggruppen och Mältargruppen, Områdeschef är Monica Gustafsson.

Varje grupps fasta telefoner kopplas efter fem signaler över till en mobil, dag, kväll och natt.

Enhetens verksamhetsidé

”God och säker individuell vård- och omsorg i en meningsfull vardag byggd på delaktighet och trygghet med ett professionellt bemötande.”

Fokus hemvård vill kännetecknas av:

”... att vi ger våra brukare inflytande och delaktighet i sin egen vardag. Våra brukare ska känna sig trygga och mötas av personal som har ett gott bemötande. Personalen arbetar utifrån kontaktmannaskap och har ett professionellt förhållningssätt med rätt kompetens.”

Hemvård antal brukare 31/10 2012

| Inriktning | Antal |
|------------------------------|------------|
| Omvårdnad | 183 |
| Service* | 260 |
| Trygghetslarm | 406 |
| Mattjänst | 141 |
| Avlösning | 3 |
| Hälso-och sjukvård | 239 |
| - därav sjuksköterskeinsats | 174 |
| - därav arbetsterapeutinsats | 142 |
| Totalt antal brukare | 498 |

* Serviceinsatser utförs av östers gemensamma serviceorganisation. eller av privata utförare

I området finns nästan 500 personer med någon form av hemvårdsinsats. Medelåldern är 79,5 år vilket är något lägre än kommunens 80,8. Spännvidd i ålder är stor och varierar från 27 till 100 år.

I de fem hemvårdsgrupperna arbetar 65 omvårdnadspersonal (13 per grupp). Enheten har en sjuksköterskegrupp (9 st), arbetsterapeuter (5 st), 1 assistent och 3 chefer.

Antal anställda

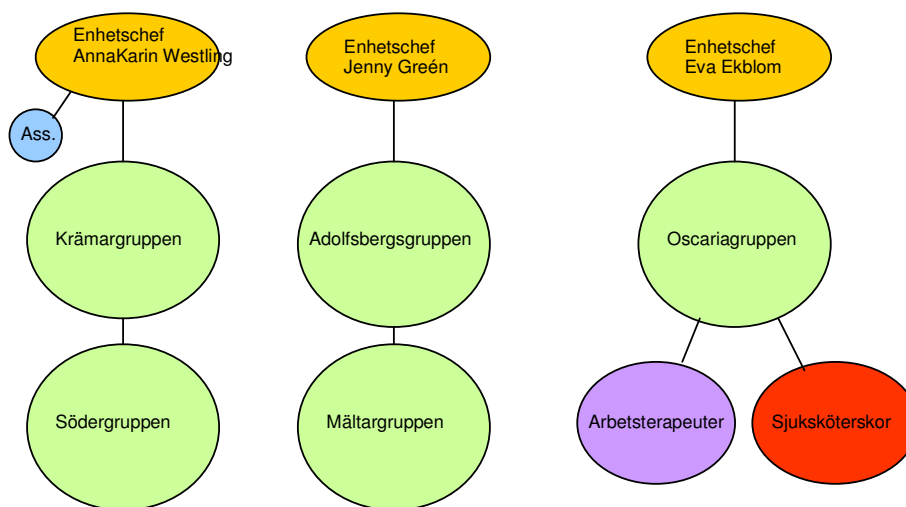
| Enhet | Anställda | Årsarbetare |
|------------------------------|-----------|--------------|
| Omvårdnadspersonal dag-kväll | 65 | 55,60 |
| Omvårdnadspersonal natt* | 0 | 0,00 |
| Sjuksköterska | 9 | 8,85 |
| Arbetsterapeut | 5 | 4,50 |
| Ledning | 3 | 3,00 |
| Administration | 1 | 1,00 |
| Övriga | 0 | 0,00 |
| Totalt | 83 | 72,95 |

Ekonomiskt läge

Prognos vid tid för besöket var – 2, 25 miljoner kronor.

Leding och styrning av Fokus hemvård.

Fokus hemvård from 121201



Fokus hemvård har en ny organisation för året och från att ha varit fyra chefer är det nu tre som delar på ansvaret. Figur ovan visar hur ansvaret fördelas på de fem hemvårdsgrupperna. Alla tre chefer är utbildade på högskola/universitet har gått det sociala omsorgsprogrammet. De har tillsammans många års erfarenhet från att leda äldreomsorg.

I enhetens verksamhetsplan framhålls följande styrkor

| | | |
|--|--|--|
| Brukaren i centrum Kontaktnmannaskap Bra bemötande Lyhörddhet Förståelse | Trygghet Teamarbete Låg personalomsättning Arbetsglädje | Närhet till brukarna Delaktighet Brukarna litat på oss |
|--|--|--|

Identifierade svagheter är enligt enheten

| | | |
|--|--|--|
| Hinner inte med att följa upp och förnya mål Kompetens tillvaratas inte Ombildade vikarier | Avstånd till brukare Upplevelse av otrygghet bland vissa brukare Avvikelsesrapportering | Stor rörlighet på sjuksköterskor påverkar teamarbetet Försämrad möjlighet till kompetensutveckling |
|--|--|--|

Brukarundersökningen från 2011 placerade Fokus hemvårds fem grupper i två kategorier. Tre grupper hamnade i mitten av fältet (plats 22 till 32) och två grupper var absolut i slutet (plats 47 och 48) bland alla 48 hemvårdsgrupper. Krärmargruppen, Mältargruppen och Oscariargruppen har "normalnöjda" kunder medan Adolfsbergsgruppen och Södergruppen ges lägre betyg på det mesta. Skillnaden i nöjdhet mellan grupperna är ett problem för enheten eftersom uppdraget är att ge en likvärdig och jämlik vård- och omsorg till dem de är till för. Det sammanlagda resultatet för enheten syns i indikatorstabell "Brukarnas uppfattning" nedan. NKI 66 (Örebro kommun 72). Fokus hade lägre värden än kommunsnittet på alla kriterier och lägst på fem av dem.(5/9).

Medarbetarundersökningen 2011 placerar Fokus hemvård som nr 11 av 15 hemvårdsenheter med ett index på 53 (Variation 48 -83). Riktvärde var 62.

Resultatet från en kvalitetsinspektion i en av grupperna under hösten visar att många rutiner fungerar och att ett bra kontaktmannaskap framhålls. Märkligt är dock att enbart en (1) av sju (7) i omvårdnadspersonal bär namnskylt/legitimation och att bara tre (3) av sju (7) använder arbetskläder. En förklaring till att gruppen inte använder arbetskläder är att de reagerar allergiskt på dem, enligt inspektionsrapport.

Enheten har 4 klagomål (3 avslutade och 1 pågår) och 3 lex Sarah ärenden (alla pågår) registrerade under året. Klagomålen gäller tillgänglighet, kvalitet på utförd tjänst och antal personal som kommer och tidspassning.
Missförhållanden som utreds gäller brister i utförd insats och ekonomisk övergrepp

Resultatet från granskningen kommer i huvudsak att tala om enheten som en enhet men dess storlek och de fem hemvårdsgruppernas skiftande resultat på olika mätningar gör att vi när vi finner det motiverat kommentera även resultat på gruppnivå.

Resultat - Vård och omsorgs indikatorer delårsrapport 2012

Processer

| Mått | 2010 | 2011 | 2012 | Rikt värde | Målupp fyllelse |
|--|--------|--------|-------|------------|-----------------|
| Andel brukartid | 45,3% | 46,2% | 52,2% | 52,0% | |
| Antal personer som besökt brukaren | saknas | saknas | 16,0 | 18 | |
| Andel med kontaktperson | 82% | 98% | 74% | 100,0% | |
| Andel med genomförandeplan | 70% | 77% | 78% | 100,0% | |
| Andel delaktiga i genomförandeplan | 34% | 92% | 100% | 100,0% | |
| Antal genomförda läkemedelsgenomgångar | saknas | 19 | 3 | saknas | ej bedömt |
| Senior alert - Antal riksbedömningar | 0 | 16 | 51 | saknas | ej bedömt |
| Andel avvikelser per brukare | saknas | 1,59 | 1,48 | 1,96 | ej bedömt |

Brukarnas uppfattning

| Mått | 2010 | 2011 | 2012 | Rikt värde | Målupp fyllelse |
|--|--------|------|---------|------------|-----------------|
| Nöjd Kund Index | saknas | 66 | ej mätt | 73 | |
| Andel nöjda med bemötande | 70% | 58% | ej mätt | 100% | |
| Andel nöjda med trygghet | 70% | 66% | ej mätt | 85% | |
| Andel nöjda med inflytande och delaktighet | 59% | 41% | ej mätt | 80% | |
| Andel nöjda med aktiviteter | 31% | 25% | ej mätt | 60% | |
| Andel nöjda med matens smak | 45% | 37% | ej mätt | 70% | |

Ekonomi

| Mått | 2010 | 2011 | 2012 | Rikt värde | Målupp fyllelse |
|---|--------|--------|--------|------------|-----------------|
| Resultat (Tkr) | -6 549 | -2 546 | -2 259 | 0 | |
| Timvikariekostnad (Tkr) | 9 887 | 7 770 | 5 810 | 7 770 | |
| Kostnad för utskrivningsklara (Tkr) | 1 096 | 1 753 | 237 | 476 | |
| Kostnad för köp av ssk från bemanningsföretag (Tkr) | 2 868 | 1 645 | 473 | 1 645 | |
| Personalkostnad per utförd timma (Kr/tim) | saknas | 570 | 468 | 455 | |

Medarbetare

| Mått | 2010 | 2011 | 2012 | Rikt värde | Målupp fyllelse |
|--|-------|-------|---------|------------|-----------------|
| Korttidsfrånvaro (antal dagar/anställd)- prognos helår | 6,6 | 8,6 | 9,2 | minska | |
| Total sjukfrånvaro (% av arbetstid) | 6,7% | 7,7% | 7,7% | minska | |
| Genomsnittlig sysselsättningsgrad | 93,2% | 93,3% | 91,9% | öka | |
| Andel utbildad omvårdnadspersonal | 85% | 89% | ej mätt | 91% | |
| Medarbetarindex* | 51 | 53 | ej mätt | 62 | |
| Rekommendera vän att arbeta i kommunen* | 23 | 44 | ej mätt | 52 | |

*Resultat för medarbetarundersökning i kolumn 2010 avser resultat 2009

3 Resultat 2012

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

Bedömning

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

Resultatet av det slumpmässiga urval som gjordes på vilka som skulle ingå i journalgranskning fördelade sig denna gång på 2-3 hjälpmottagare per grupp där en av de fem grupperna inte representeras. Viktigt att tänka på är att det är över 200 personer som ingår i populationen (ursprungsurvalet) och att generaliseringar utifrån de 10 därför får göras med försiktighet.

3.1 Aktiv och meningsfull tillvaro

| Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering | Ja | Nej |
|---|----|-----|
| Den enskilde har möjlighet att upprätthålla kontakt med släkt och vänner. | X | |
| Aktivitets- och funktionsbedömningar görs som grund för planering av individuella aktiviteter. | X | |
| Den enskilde har möjlighet att delta i dagliga aktiviteter som utgår från personens egna intressen, önskemål och förutsättningar. | X | |
| Den enskilde tillförsäkras utevistelse efter individuella behov. | X | |
| Samarbete finns med frivilligorganisationer och andra aktörer. | X | |

På frågor om social samvaro och aktiviteter är index 52 i Nöjd kund undersökningen från 2011 (kommunmedel är 59 och spridning 50-64). Sett till gruppsresultat så har tre av Fokus grupper kommunens lägsta index och två medel och lite över.

”Kontaktpersonen gör en genomförandeplan och eventuellt levnadsberättelse samt genom samtal blir insatt i brukarens sociala nätverk. Kontaktpersonen

uppmuntrar och hjälper brukaren att ringa och ha kontakt med familj och vänner.

Kontaktpersonen påtalar behov av bedömning till arbetsterapeut som då gör hembesök. Arbetsterapeut medverkar bl.a. vid genomförandeplan och teamträffar. Dokumenterar i journal, vårdplaner och FSAdis (ADL-taxonomin)

Vi motiverar brukaren till egen aktivitet. Utevistelse prioriteras för den som vill. Personalen informerar om utbudet av annonserade aktiviteter. I genomförandeplanen sätts delmål upp, önskade aktiviteter planeras in tillsammans med brukaren. Aktiviteter följs upp vid uppföljningssamtalen. Arbetsterapeut kan vid behov skriva remiss till dagverksamhet” Enheten

Enheten skriver i sin verksamhetsplan att eftersom personalens lokaler ligger centralt i deras geografiska område så når de sina brukare snabbt och enkelt. I området finns närhet till grönområden och butiker vilket underlättar för dem att stödja sina brukare då de vill göra en utflykt eller något inköp.

”Kontaktpersonen får i uppdraget samt genom samtal med den enskilde kännedom om behov av utevistelse.

Utevistelse planeras in regelbundet utifrån önskemål från brukaren.

Kontaktpersonen bokar hjälp från väntjänst vid behov. Anhöriga som vill vara aktiva kontaktas ibland. I första hand försöker personalen följa med till läkare och följa med på ärenden med brukaren själva.” Enheten

Enheten framhåller vid besöket att de prioriterar kontaktpersonens planeringssamtal tillsammans med brukaren och att de stöttar och uppmuntrar kontaktpersonen till aktiviteter med den enskilde. Det kan vara Bio, Naturens hus, promenader, shopping, samtal. Allt planerat i TES

”Arbetsterapeut är med på teamträffar och ofta vid upprättande av genomförandeplaner och planeringssamtal. Kontaktmannen kan påtala behov av arbetsterapeutisk bedömning, men arbetsterapeuten gör också efter rapport om ny brukare sin egen bedömning. Sjukgymnast kopplas också in efter behov.

Arbetsterapeut gör vid behov och önskemål underlag för ansökan till dagverksamhet.

I de tio granskade journalerna finns funktionsbedömning av arbetsterapeut i nio. I fyra av dessa är endast fysisk funktion bedömd. Aktivitetsbedömning finns i nio av de tio journalerna.” MAS och MAR

Följande resultat återfinns i granskning av dokumentation som berör området aktiv och meningsfull tillvaro.

| | | |
|-------------|-----------|--|
| Godkänd | 5 stycken | Aktiv och meningsfull tillvaro framkommer |
| På god väg | 1 stycken | Aktiv och meningsfull tillvaro framkommer delvis |
| Ej påbörjat | 4 stycken | Aktiv och meningsfull tillvaro framkommer inte |

Analys

”Vid journalgranskningen så granskas bland annat delaktighet och inflytande. Det vill säga på vilket sätt framkommer den enskildes intressen och önskemål, vilket är starkt kopplad till aktiv och meningsfull tillvaro. Detta regleras särskilt i 5 kap. 4 § socialtjänstlagen. Rätten att få leva ett värdigt liv med välbefinnande”. SAS

Kontaktmannaskapet är väl utbyggt och rutiner finns. Ett fungerande kontaktmannaskap uppmärksammades även vid en kvalitetsinspektion i en av grupperna.

”Arbetsterapeutens bedömning finns med som underlag i upprättande av genomförandeplaner.

Sjuksköterskans roll i teamarbetet kring aktiv och meningsfull tillvaro är otydlig.” MAS och MAR

Enheten har grupper som har olika resultat på brukarundersökningen och vid samtalet framkommer att enheten själv varit förvånade när resultat presenterades. Det var grupper som man förväntade sig ett bättre resultat från eftersom man tycker sig veta vilka som jobbar på ett bra sätt.

Vid ett av besöken hos en brukare framkommer vilket svårt arbete en kontaktperson kan ha som ska hjälpa den enskilde med att tillgodose allehanda olika behov. För att fungera som en bra kontaktperson krävs att man förutom att vara bra på omvårdnadspraktiska sysslor även ska greppa det sociala livet i staden. Man bör ha kontroll på hur föreningsliv ser ut och det kulturella utbudet i staden. Allt efter vad det kan vara den enskilde behöver stöd med. Har man som kontaktperson aldrig själv satt sin fot i konserthuset eller badhuset eller idrottsanläggningen kräver det att man kan söka samarbete med andra i gruppen för att kunna vara ett stöd för den enskilde.

I samtalet berättar enheten hur man brukar ordna med luciafika på Södermalms hemmet för sina hjälpmottagare. Personalen är mycket positiv till att få bistå även med social samvaro. Många har jobbat länge och vet att det en tid inte ingick i arbetsuppgifterna. En reflektion under samtalet är att det personal idag gör i form av social samvaro kan ha bidragit till att behovet av frivilligarbetare minskat. Frivilligverksamheten kompletterar hemvården och det borde finnas ett behov av deras insatser med tanke på att enheten får ett lågt betyg

Enheten har inte i sin verksamhetsplan för 2012 visat att de tagit fasta på resultatet från brukarundersökningen 2011.

Värdering

”Verksamheten har en hög medvetandegrad om vad som förväntas av dem, både utifrån lagstiftning och arbetsätt. Men det finns brister i dokumentationen. Det finns en skillnad på resultat i de olika grupperna. Bristerna är inte unika för Fokus hemvård jämfört med övriga hemvårdsområden. Det som dock är en framgångsfaktor och hinder är ojämnheten

i kvalitén. Framgångsfaktorn är att man påvisat att det är möjligt i sitt uppdrag att leverera god kvalitet vilket andra grupper i verksamheten kan lära utav. Hindret är att ett ojämnt resultat påverkar det samlade bedömningen.

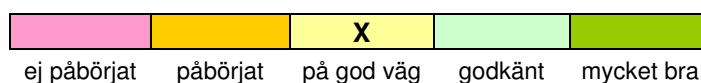
SAS bedömning när det gäller aktiv och meningsfull vardag är att verksamheten är på *god väg*”

”Det är positivt att den enskildes egen delaktighet och önskemål kring aktivitet framgår väl i de granskade journalerna.

Det är en styrka att arbetsterapeutens kompetens tas tillvara och att arbetsterapeutisk bedömning ofta finns med som underlag vid upprättande av genomförandeplaner.

Sjuksköterskans roll i skapandet av en meningsfull vardag bör tydliggöras”
MAS och MAR

Kontaktpersonens roll som inspiratör till olika individuella aktiviteter kan behöva utvecklas. Enheten har påbörjat ett arbete med uppdraget att skapa en meningsfull vardag och är en bit på väg med att utveckla kontaktpersonens roll. Kommande brukarundersökningar får visa om de är på rätt väg. Bekymmersamt är skillnad i resultat mellan hemvårdsgrupperna.



3.2 Bemötande

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

Brucarundersökningen visar att enhetens index för bemötande är 75 (kommunsnitt 82 och enheter varierar mellan 75 och 88) vilket placerar Fokus sist. Inom Fokus har två grupper ett resultat kring medel och övriga under eller mycket under medel.

Kvalitetsinspektionen likväl som vårt besök har inget att anmärka på bemötandet. Det vi såg av hur omvårdnadspersonal respekterade och tog hänsyn till de äldre gjorde ett gott intryck. MAS och MAR skriver att en enskild de talat med påtalar att hon mestadels får ett mycket gott bemötande, förutom vid ett tillfälle. Hon framförde då klagomål till chefen och personalen det gällde har sedan inte besökt henne igen. Hon är nöjd med att enhet lyssnat på hennes åsikt.

”Vi arbetar med kontaktmannaskap och försöker i möjligaste mån planera in kontaktpersonen så ofta som möjligt. Kontaktmannaskapet är verktyget för att skapa bra relationer, förtroende och trygghet till den enskilde och

anhöriga. I relationsorienterat omvårdnadsarbete stärks förtroendet mellan personalen och den enskilde.

Bemötandestandard tas regelbundet upp på planeringsdagar och vid utvecklingssamtal.

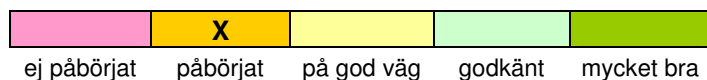
Vi tänker på att vi arbetar i den enskildes hem. Våra grundvärderingar är:
Respekt, helhetssyn, ansvar och delaktighet.
Genomförandeplan, levnadsberättelse. Kontaktpersonen förmedlar till övrig personal om livsåskådning, anhöriga brukar även informera.” Enheten

Analys

Personal villar i att de i sina kontakter med brukarna vet att de är nöjda. Men med tanke på variation i resultat från brukarundersökningen skulle enheten vinna på att utveckla dialogen med brukaren för att ta reda på hur glappet mellan förväntan och prestation ska kunna minska.

Värdering

Bemötandet är ett förbättringsområde för Fokus hemvård. Det finns en medvetenhet hos ledning och medarbetare att man alltid kan förbättra bemötandet men kopplingen till brukarundersökningens resultat är svag. Bekymmersamt är skillnad i resultat mellan hemvårdsgrupperna.



3.3 Kontinuitet

| Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering | Ja | Nej |
|---|----|-----|
| Så få personer som möjligt ska vara inblandade i vården och omsorgen så att den enskilde får hjälp av personal som han/hon känner igen. | X | |
| Hjälpinsatserna planeras så att de utförs efter den enskildes behov och önskemål oavsett vem i personalgruppen som utför dem och oavsett tid på dygnet. | X | |
| Rutiner finns för att fånga upp förändrad behovssituation. | X | |
| Så mycket tid som möjligt av medarbetarnas arbetstid tillbringas hemma hos den enskilde | X | |
| Vi informerar den enskilde om den planerade tiden förändras eller om det kommer någon annan personal än vad som planerats | X | |
| Kontaktman med tydliggjort ansvar finns för alla brukare. | X | |
| Kontaktman är känd av alla brukare. | X | |

Fokus brukare är inte nöjda med den information de får i samband med ändringar i insats. Index för Fokus på Information är 48 (Kommuns medel är 60 och spridning är 48 -71). Här är skillnad i nöjdhet mellan grupper stor. Minst nöjda har ett gruppindex på 33 och mest nöjd på 60.

”Vi följer riktlinjen för kontaktmannaskapet. Planeringen är viktig för kontinuiteten. För de brukare som verkligen är i behov av att så få personer som möjligt kommer försöker vi tillgodose det. Målet är att kontaktpersonen skall ha så många besök hos brukaren som möjligt, särskilt vid dusch, morgonarbetet och social samvaro.

Det står i den enskildes genomförandeplan och besöksplan i detalj vad man skall göra. Delmål och vad som är viktigt att tänka på. Ansvaret ligger på kontaktpersonen att följa upp genomförandeplanen och boka uppföljningssamtal. I övrigt är det allas ansvar att ta upp förändringar.

Teamträffarna används också för att uppmärksamma förändringar i behovssituationen.

Vi tänker på brukartiden i alla moment vi planerar och utför. Vi erbjuder social samvaro och promenader så fort vi har en lucka. Vi uppdaterar snittiderna i TES så att planeringen ligger rätt.

Så fort vi ser att det måste bli en förändring i planeringen kontaktar vi brukaren. Om det blir förändringar under dagen hör vi inte av oss. Till de som det är extra viktigt vem som kommer ringer vi i förväg och säger att den inplanerade personen inte kan komma och vem som kommer istället. Det står i besöksplanen för dem som har behovet att man skall ringa vid förändring.

Alla brukare har en kontaktperson. Kontaktpersonen arbetar utifrån den centrala riktlinjen.

I informationsblad till brukare står om vem som är kontaktperson. Det finns rutin i materialet för introduktionssamtal. Behov finns att uppdatera hemma hos brukarna med namn på eventuell ny kontaktperson.” Enheten

En analys av kontinuitet med hjälp av information i Tes visar att enheten (mätning på en grupp med 30 brukare) planerar med målet att minimera antal olika personal till varje brukare. Under mätperioden (2 veckor i aug-sep) hade brukaren i medeltal 15,1 olika personal hos sig under en två veckors period. Variansen var 9-20. Kontaktpersonen har huvudansvar för sin hjälpmottagare och ett stickprov på 10 mottagare visar att 16 % av besöken utfördes av kontaktpersonen. (i Vivalla var det 21 % och i Rex 6 %) I Fokus hemvård har varje anställd ansvar för 4 hjälpmottagare.

Sammantaget visar mätningen siffror som är mycket bra jämfört med kommunens andra enheter.

Enheten har rutiner för kontaktmannaskap med tydliggjort ansvar för kontaktpersonen. Det är även möjligt att byta kontaktperson.

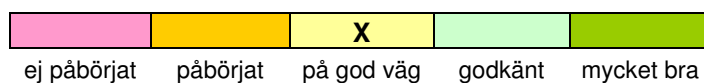
”Vid besöket hos en person framkommer klart att personen vet vem som är kontaktperson och vad personen kan förväntas sig utav kontaktpersonen. Personen berättar bland annat att den tillsammans med kontaktpersonen har planerat hjälpen och att de gör regelbundna uppföljningar” SAS

Analys

Enheten har rutiner för kontaktmannaskap och personkontinuitet och kan delvis visa att detta fungerar i resultat vid mätningar. Kontaktpersonens andel av besök behöver enheten analysera. Rutiner finns för att informera brukaren vid förändringar men de verkar inte fungera i alla grupper.

Värdering

Enheten är på god väg i planeringen när det gäller att få ner antal besökare hos varje person, tom utmärkt i den grupp som studerades. Kontaktpersonens andel av besök kan öka och information vid förändringar förbättras.



3.4 Mat, måltid och nutrition

| Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering | Ja | Nej |
|--|----|-----|
| Den enskilde är nöjd med mat och måltid. | X | X |
| Alla har en individuell kostplan i sin genomförandeplan. | X | |
| Måltiderna serveras på ett tilltalande sätt efter individens önskemål och behov. i en lugn och trivsamt miljö. | X | |
| Den enskilde som har behov får stöd och hjälp vid måltiden i hemmet eller i gemensamt matsal. | X | |
| Måltidssituationen är anpassad efter individens funktionsförmåga. | X | |
| Hänsyn ska tas till traditioner och högtider samt att man gör skillnad på vardag och helg. | X | |
| Enheten har ett system för egenkontroll av livsmedelshygien. Finns rutiner för varmhållning/ att hantera kyld mat? | | X |
| Det finns rutiner för riskbedömning, åtgärder och uppföljning av vikt, närings- och vätskebehov samt mat- och vätskeintag. | X | |
| Måltider och mellanmål ska spridas jämnt över dygnet. | X | |

Brukarundersökningen är svårtolkad när det gäller resultatet på frågor om mat. Index är 62 för Fokus (kommunmedel är 66). Variationen mellan Fokus fem grupper är 49-72. Grupperna får mat från fyra olika kök och det är blandat kall och varm mat. Två grupper har både kall och varm mat till sina mottagare.

”I genomförandeplanen beskrivs hur brukaren vill ha maten serverad, om den har allergier eller inte tycker om något särskilt.

Kostplan skrivs vid behov av sjuksköterska. Allt övrigt skrivs i genomförandeplanen.

Anpassning av måltidssituation görs. Vi tänker på att det är lugnt och trevligt vid bordet och att vi följer brukarens önskemål om dukning, tillbehör och dryck och gör som den enskilde är van. Personalen kan sitta med som stöd/sällskap för att se så att individen börjar äta. Att man tänker på färgkombinationen på dukningen för tex synskadade. Individuell bedömning/överenskommelse med brukaren står i genomförandeplan.

Vi ser över vilka behov av hjälpmedel som finns och använder sådana som underlättar vid måltiden. Arbetsterapeut kan se över kroppsställning vid måltid samt tipsa om hjälpmedel.

Det finns rutiner men vi behöver en lokal rutin. Vi skall jobba med kostriktlinjen och utifrån den också skapa en lokal rutin.

Vi använder oss av informationen vi får vid Senior alert och om någon inte äter ordentligt och går ner i vikt gör vi riskbedömning. Därefter görs en vårdplan med åtgärder som följs upp. Vid behov finns vätskelistor och matintag dokumentteras.

Planerar in mat över dygnet utifrån brukarens önskemål och hur den är van att äta. Vid behov planering utifrån sjuksköterskans ordinationer”: Enheten

Vid besöket fick vi äta mat från olika kök. Några åt mat som var kall och några åt mat som var varm. Dagens rätt var panerad fisk, ärtor, potatis och en sås. Den varma maten behövde värmas för att komma i rätt temperatur. En maträtt som bör vara knaprig vid serveringen förlorar på att transporteras i matlådor. Den blir mjuk och sladdrig. Betyget blev en 5-6 på den 10 gradiga skalan.

”Enligt uppgift beskrivs det i genomförandeplaner och besöksplaner hur måltiden ska serveras efter varje den enskildes önskemål och behov. Personalen har möjlighet att om det behövs sitta med som stöd och sällskap för att se att den enskilde börjar äta. Måltiden anpassas efter den enskildes funktionsförmåga och hjälpmedel förskriv vid behov. Planeringen görs alltid utifrån den enskildes önskemål och om behov föreligger utifrån sjuksköterskans ordinationer.

I fem av tio granskade journaler finns vikt noterat i journal. I två av journalerna framkommer att riskbedömning enligt Senior alert är genomförd och att risk för undernäring finns. Riskbedömningen ligger sedan till grund för en vårdplan med åtgärder. I en vårdplan kan vikten tydligt följas. I en notering om att riskbedömning i Senior alert är gjord står det att åtgärder finns i pappersform.

Vid besök hos den enskilde, noterades att den enskilde ibland fick matleverans eller gjorde någon lätt mat själv tillsammans med makan. Den enskilde fick även hjälp av personal när det gällde maten, att göra iordning mat och ställa fram etc. och var nöjd med maten.”

MAS och MAR

SAS granskning av journaler visar att det i dokumentationen inte framkommer något gällande kost utöver inplanerade besök för matdistribution och planering för frukost samt kvällsmat. Det är fokus på insatser vilket inte kan bedömas motsvara innehållet i

kostplan. Det som framförallt saknas är måltidsmiljöns betydelse. I vilket sammanhang och miljöaspekter önskar personen intaga sina måltider.

”Vid besöket hos en person så lagar personen sina egna måltider. Ur ett förebyggande perspektiv borde utredningen även omfatta vilka resurser den enskilde har och vad som bör stimuleras för att upprätthålla förmågor. Alltså inte bara fokusera på behovet vilken den gör i detta fall.” SAS

Analys

”Lokal rutin finns för, riskbedömning, åtgärder och uppföljning av vikt, näring – och vätskebehov samt mat och vätskeintag. Enligt ”Riktlinjer för mat, måltider och nutrition inom vård och omsorg i Örebro kommun” ska identifiering av risk rutinmässigt erbjudas alla vård och omsorgstagare och uppföljning erbjudas var tredje månad eller då det anses befogat.

Funktionsbedömning av den kognitiva förmågan att hantera måltidssituationen är otydliga. Enligt Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom kan personer med måttlig till svår demenssjukdom behöva hjälp med att äta, ha svårt att tolka matsituationen och förstå vad och hur man ska äta.” MAS och MAR

SAS skriver om att innebörden med att en kostplan ska upprättas inte medför att det ska finnas en separat plan för just kost i den sociala journalen. I riktlinjen för mat, måltider och nutrition framkommer att genomförandeplanen även ska omfatta kostperspektivet.

Enligt SAS är förbättringsområdet att inkludera miljö och förutsättningar för en god måltidsmiljö men framförallt att inte glömma att samtala om när och vad den enskilde betraktar som en god måltid. Det kan omfatta allt från planering av inköp, följa med och välja ut sina grönsaker till dukning och sällskap. SAS skriver också att personalen berättar om några goda exempel där matlagning förekommer. Det innebär att man har påbörjat ett arbete med att individualisera måltiden (framförallt lunch) men det behöver utvecklas ett strukturerat arbetssätt med måltidsmiljö och flexibla alternativ.

Fokus behöver tillsammans med kostenheten fundera på hur hela kedjan av mattjänst ser ut. Med den variation av leveranser som idag är krävs en uppföljning där det finns en kontroll på vem som svarar och vad det är han eller hon har fått för typ av mattjänst om mätningar ska leda till förbättringar.

Värdering

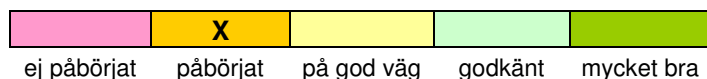
”Där vårdplan kring risk för undernäring finns kan man tydligt följa vikten, men andra åtgärder kring måltidssituationen är otydliga.

Ett förbättringsområde är att fler teamgemensamma riskbedömningar av risk för undernäring behöver erbjudas.

Den kognitiva bedömningen och anpassning utifrån kognitiva nedsättningar vid måltidssituationen behöver här tydliggöras, dokumenteras och följas upp.” MAS och MAR

SAS menar att Fokus hemvård inte är ensamma om att inte inkludera måltidens betydelse i genomförandeplaner. Utmaningen för hemvården generellt är att man inte alltid stödjer och hjälper till i hela måltidskedjan.

Enheten borde kunna använda erfarenheten från grupper med nöjda hjälpmottagare till att förbättra mat och måltid hos dem som har mindre nöjda.



3.5 Personlig omvårdnad och service

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

Brukarundersökningen visar att det finns en nöjdhet med Vårdinsatser index 77 (kommun 80), med Dusch och bad 76 (kommun 81) och med städ och tvätt 70 (kommun 73). På serviceområdet har Fokus ett högre och jämnare resultat än för vård och omsorg. Men även här avviker Adolfsberggruppen (och bitvis Södergruppen) med låga resultat.

”Den enskilde stimuleras att använda sina förmågor. Vi får information om att all personal arbetar utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt. Arbetsterapeut upprättar vårdplaner för specifik rehabilitering och handleder i ett rehabiliterande förhållningssätt. Träningen är en del av vardagen som finns med i planeringen i genomförandeplanerna. Instruktioner från sjukgymnasten förs också in i genomförandeplanerna.

En enskild berättar att hon på eftermiddagen ska gå ut tillsammans med sin kontaktman på en träningspromenad runt kvarteret. Något hon är mycket glad för, eftersom hon annars inte kommer ut alls.

Kontaktmannen ansvarar för tillsyn och skötsel av syn-, och hörselhjälpmedel.

Ingen vårdplan för munvård finns i de granskade journalerna. Notering finns i två journaler att den enskilde sköter tandvården själv. I en journal finns munvårdsläkemedel ordinerat. Vi får information att om behov uppstår hjälper personalen till med munvården.

Sjuksköterskan kontakter biståndshandläggare (enligt rutin) varje år för att förvissa sig om att de som är i behov av munhälsobedömning och enligt tandvårdsförsäkringen har rätt till en bedömning av tandhygienist erbjuds detta.

Tandhygienisten skriver sin bedömning på ett ordinationskort som sedan leder till en instruktion i genomförandeplanen.

Den enskilde stimuleras att upprätthålla sin kontinens och toalettbesök ersätts inte av inkontinenshjälpmedel. Det finns vårdplan för inkontinens i fem journaler samt i två journaler finns det noterat i journalanteckning att den enskilde har utprovade inkontinenshjälpmedel och får hjälp med toalettbesök. Arbetsterapeuten förskriver hjälpmedel då det behövs vid toalettbesök, som t.ex toaförhöjning och mobil hygienstol.

I de granskade journalerna finns inte några vårdplaner som gäller oro och ångest.

Enligt uppgifter från personalen så ska man åtgärda oro och ångest problem genom att ta sig tid att lyssna på den enskilde, ev sätta in extra tillsyner. Utreda orsak, se över läkemedel genom en läkemedelsgenomgång och erbjuda social samvaro.

Enligt uppgift är smärtbehandlingen individuellt anpassad . Det finns inte någon vårdplan i de tio journalerna som beskriver smärtbehandlingen, men man kan läsa i journalanteckningar att smärtbehandling i form av läkemedel är insatt på tre patienter. Det framkommer inte tydligt andra åtgärder av t.ex arbetsterapeut och sjukgymnast relaterade till smärtlindring.

Omvårdnadspersonalen är uppmärksamma och uppmärksamma förändringar hos enskild person och tar kontakt med sjuksköterska vid förändringar. Sjuksköterskan upprättar då en vårdplan och en läkemedelsgenomgång kan bli aktuell”. MAS och MAR

Analys

”Det är till fördel för den enskilde att ett rehabiliterande förhållningssätt används och att vardagsrehabiliteringen fungerar väl.

Rutin finns att munhälsobedömning erbjuds men eventuella ordinationer syns inte som åtgärder i journalen.

Sjuksköterskan bedömer inkontinens och förskriver inkontinenshjälpmedel efter behov. Vårdplaner finns vid behov.

Hög ålder, ofta i kombination med flera sjukdomar och hög läkemedelsförskrivning, innebär risker som måste beaktas när vi behandlar äldre.

Vårdplaner kring oro och smärta finns ej i de granskade journalerna, men problem uppmärksammas vid behov. En smärtanalys görs med mätinstrument t.ex. VAS och Abbey Pain Scale. Det är viktigt att göra en helhetsbedömning av den äldre och behandla utifrån dennes helhetsbild istället för att endast fokusera på enskilda sjukdomar eller symtom." MAS och MAR

Enheten klarar kriterier för service.

Värdering

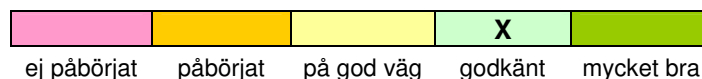
"Vardagsrehabiliteringen är en styrka.

Ett förbättringsområde är att den munhälsobedömning som leder till planerade åtgärder skrivs som vårdplan i journalen.

Det är en styrka att den enskilde stimuleras att upprätthålla sin kontinens. Genom teamarbete ges stöd efter individuella behov.

Ett utvecklingsområde är tydligare teamarbete, riktade åtgärder och vårdplaner vid oro och smärtproblem." MAS och MAR

Servicen fungerar godkänt i området med reservation för skillnad i resultat mellan grupper.



3.6 Vård i livets slut

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

"Det finns en särskild palliativ pärm som följs. Rutin vid oväntat dödsfall finns.

Palliativa ombud finns som i första hand skall arbeta hos en palliativ brukare när kontaktpersonen inte är i tjänst.

Kontaktpersonen, sjuksköterskan och palliativa teamet har bra kontakt med anhöriga och kan informera om vården.

Vid vak är det alltid ordinarie personal och så få som möjligt. Anhöriga sitter vak om de vill.

Sjuksköterskan och kontaktpersonen alternativt det palliativa ombudet kommer överens om vem som är mest lämplig att kontakta anhörig” Enheten

”Lokala rutiner finns för palliativ vård. Palliativa ombud finns som i första hand skall arbeta hos den palliative om kontaktpersonen inte är i tjänst. Vid vak är det alltid ordinarie personal som ska sitta vak. Det är sjuksköterskan som bedömer om vak ska sättas in. Kontaktperson, sjuksköterskan och det palliativa teamet har kontakt med anhöriga och informerar om vården.

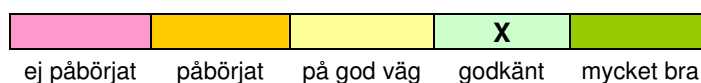
Utdrag från palliativa registret kan ej visa spindeldiagram på grund av färre än 10 dödsfall den senaste mätperioden 2011:3-2012:2. I journalgranskningen var det endast en person som avlidit, men personen avled på sjukhus.” MAS och MAR

Analys

”Sifferstatistiken från palliativa registret visar högre värden än genomsnittet i Örebro förutom för områdena munhälsa bedömning och utförd validerad smärtskattning”. MAS och MAR

Värdering

”Tydliga rutiner finns som är kända i verksamheten. Detta är en styrka.” MAS och MAR



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 avvikelshanteringen går till och gör avvikelserapporter vid behov. | X | |
| Fallskador förebyggs med individuella och generella åtgärder. | | X |
| Enheten har fungerande egenkontroll för hygien. | | X |
| Finns beredskap för att klara prioriterade arbetsuppgifter vid extremväder | X | |
| Finns beredskap för att uppmärksamma och hantera våld i hemmet? | X | |

| | | |
|---|---|--|
| Larm fungerar och är individuellt anpassade samt svarstid är så kort som möjligt. | X | |
|---|---|--|

Resultatet från brukarundersökningen visar ett trygghetsindex på 71 (kommun 79). Skillnad i resultat är stor mellan grupperna. Två grupper ligger på medel, två något under medel och en mycket under (varians inom Fokus 53 -80)
I självvärderingen har enheten markerat att förbättringar behövs i arbetet med Lex Sarah och skaderutiner samt hygien.

”I socialtjänstlagen framkommer trygghetsaspekten särskilt i 5 kap. 4 §, specifikt om rätt att känna välbefinnande. Den översätts till meningsfullhet och trygghet. Det är en subjektiv upplevelse vilket innebär att vi inte kan standardisera alla parametrar för trygghet. Samtal blir en nyckelfaktor. Vid journalgranskningen så finns det brister i att genomföra uppföljningssamtalen. Endast fyra av tio personer har ett dokumenterat uppföljningssamtal”. SAS

”Vid uppföljningssamtal frågar vi om den enskilde känner sig trygg. Vi försöker komma i tid varje dag och att det är samma personer som kommer så ofta som möjligt.

Vi arbetar i möjligaste mån patientcentrerad, framförallt se till att tillgodose brukarens behov.

Vi arbetar ständigt med förebyggande insatser. Riskbedömningar görs med jämna mellan rum för att så tidigt som möjligt hitta en åtgärd innan problemet blir för stort.

Uppföljningar är en viktig del av vårt arbete så vi vet att de åtgärderna vi gjorde var bra.

Ny rutin för Lex Sarah inte ännu känd av all personal. Personalen vet att man har anmälningsskyldighet men har svårt att skilja på de olika lagarna. Detta är ett förbättringsområde!

När en brukare tar skada skrivs en avvikelse och sjuksköterska kontrollerar och undersöker detta. MAS gör en bedömning om det ska anmälas till socialstyrelsen i form av en Lex-Maria.

Personalen följer instruktion från arbetsterapeut i arbetet med att skydda den enskilde. Lokal rutin håller på att skapas kring begränsningsåtgärder.

Omvårdnadspersonal observerar förändringar vid risk för trycksår och har kontakt med sjuksköterska. Arbetsterapeut har mycket kunskaper om hur man ska förebygga. En vårdplan görs när sjuksköterska upptäcker att brukaren har risk för trycksår. I den står all individuell information som behövs.

Det finns rutiner för hur man rapporterar avvikelser. Personalen skriver avvikelserapporter. Sjuksköterska och arbetsterapeut skriver sin bedömning. Det ligger i deras ansvar att undersöka händelsen. Händelsen diskuteras på teamträffar och de eventuella åtgärder som behöver vidtas.

Det är dock ett förbättringsområde. Personalen skriver för lite avvikelser.

Vi pratar om avvikelser på teamträffarna och hur man ska förebygga. Arbetsterapeut kan informera den enskilde kring förebyggande åtgärder samt lämna ut material kring detta. Miljö anpassas och funktionsträning sätts in.

Vi använder oss åt av den allmänna basala hygienriktlinjen för att förhindra smitta från vårdtagare till personal och vice versa. Kontaktpersonen ansvarar för att göra rent hjälpmedel mm. Lokal rutin finns.

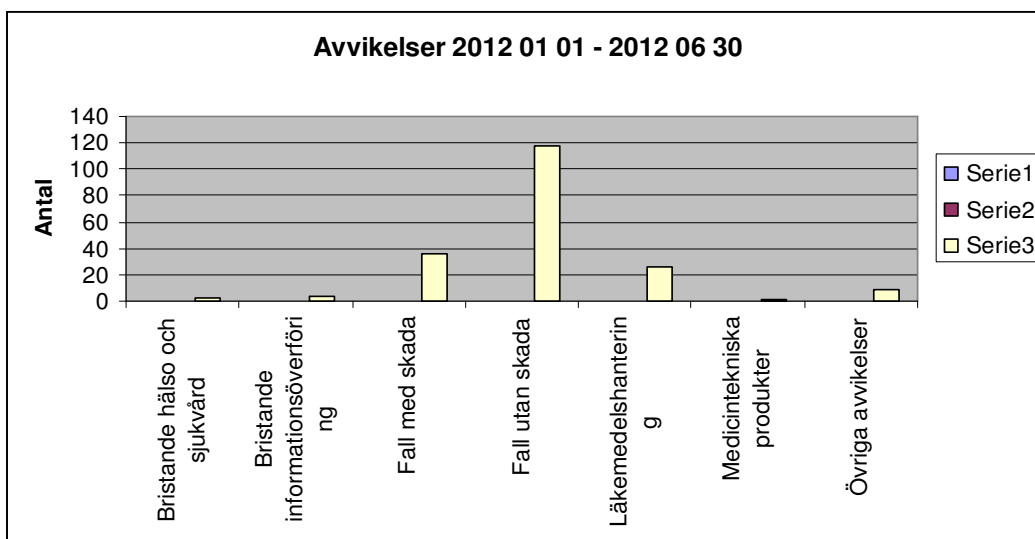
Prioriteringslista finns samt en lista på hur man skall förbereda enheten för vinterväder. Lokal rutin finns.

Lokal rutin finns för att uppmärksamma våld i hemmet.

Larmen är individuellt anpassade, vissa hjälpmedel behövs ibland. Larm prioriteras och vi försöker ha så kort svarstid som möjligt." Enheten

"Enligt uppgift försöker enheten arbeta personcentrerat och med kontinuitet för att bevara trygghet för brukaren. Bedömning görs av kontaktperson vid uppföljningssamtalet Vid besök berättar den enskilde att hon är trygg med vården och omsorgen." MAS och MAR

Avvikelser som dominerar i antal är fallavvikelser nästa större grupp är läkemedel. Se tabell nedan.



"Sextiosju registrerade riskbedömningar är genomförda enligt Senior alert under perioden oktober 2011-tom september 2012. I två av de granskade journalerna framgår att bedömning enligt Senior alert är gjord och i en att det planeras. I de granskade journalerna är en vårdplan upprättad utifrån riskbedömning, risk för trycksår.

Landstingets rekommendationer för sårvård och sårvårdsprodukter följs. Vårdplan upprättas när sår uppstår. Journalgranskningen visade tre vårdplaner för sårvård där uppföljning dokumenterats. MAS och MAR

Verksamheten följer de basala hygienriktlinjerna.

”Någon lokal rutin har vi inte utan vi använder den centrala riktlinjen som är enkel och tydlig. Vi har ett förråd där förkläden, handsprit och handskar finns att hämta av personalen och som de tar med hem till brukarna. Vi använder arbetskläder som tvättas hos Berendsen, ett fåtal personer med tex psoriasis har tillåtelse att ibland inte använda arbetskläder”, Enheten

MAS och MAR skriver:

”Vad gäller skydds- och begränsningsåtgärder får vi information att personal följer instruktion från arbetsterapeut. Kortfattad lokal rutin finns, som inte är uppdaterad.

Enligt uppgift är larm individuellt anpassade, men rutiner kring passiva larm framgår inte. I kompletterande uppgifter från enhetscheferna beskrivs att bedömning av passiva larm görs när ett behov uppstår. T.ex när brukaren inte kan larma själv och om risk finns att personen stiger upp ur sängen och ramlar. Oftast är det anhöriga, arbetsterapeut eller omvårdnadspersonal som uppmärksammar att behov finns. Enhetschef lyssnar in och tar beslut”

Analys

Enligt SAS finns förbättringsområden vad gäller trygghet. Kontaktpersonens samtal med den enskilde behöver utvecklas i detta område. Framförallt behöver det ske en kvalitetssäkring av att alla uppföljningssamtal genomförs.

MAS och MAR skriver:

”Det framgår inte hur avvikelshanteringen används för förbättringar i rutiner och arbetssätt.

Verksamheten anger avvikelshanteringen som ett förbättringsområde och det ser vi som positivt.

Riskbedömning enligt Senior alert är påbörjat. I Fokus hemvård är fler riskbedömningar registrerade än i andra hemvårdsområden i Örebro kommun. Det är ottydligt hur riskbedömning i Senior alert leder till vårdplaner och individuella åtgärder.

Enheten arbetar efter gällande rutiner och riktlinjer vad gäller sårvård och hygien. Egenkontroll av hygien är ottydlig.

Den lokala rutinen kring skydds- och begränsningsåtgärder är inte uppdaterad och kan inte följas i nuläget. Rutinen stämmer inte överens med den regionala riktlinjen ”Skydds- och begränsningsåtgärder inom vård och omsorg för personer med allvarlig kognitiv störning”. MAS och MAR

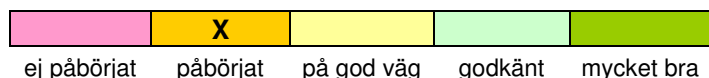
Värdering

”Det behöver förtydligas hur teamsamverkan ska gå till för uppföljning av avvikelser. I ”Lokal rutin för avvikelshantering i Fokus hemvård” är det ottydligt hur sjuksköterska och arbetsterapeut deltar i teamet.

Senior alert är ett utvecklingsområde. Registrering behöver leda vidare till vårdplaner.

Egenkontroll av hygien behöver förtydligas.

Den lokala rutinen för skydds- och begränsningsåtgärder är inte aktuell och ska utgå. Den måste ersättas med arbetssätt utifrån gällande riktlinje. Rutiner för Skydds- och begränsningsåtgärder är under utarbetning i Örebro kommun. I väntan på dessa kan kontakt tas med MAS/MAR/SAS för stöd”.
MAS och MAR



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 | |
| Biståndsbeslut verkställs inom rimlig tid. | X | |
| Den enskilde ska alltid erbjudas bästa möjliga vårdform enligt Örebro kommuns riktlinjer vid demens där trygghet, meningsfullhet och säkerhet kan erbjudas. | | X |

Kontaktpersonens främsta verktyg är den individuella vård och omsorgsprocessens olika samtal. Vid journalgranskning av tio sociala journaler framkommer följande resultat.

| | | |
|------------|-----------|-----------------------------------|
| Godkänd | 3 stycken | Genomförda introduktionssamtal |
| Ej godkänd | 7 stycken | Ej genomförda introduktionssamtal |

| | | |
|------------|-----------|--------------------------------|
| Godkänd | 4 stycken | Genomförda planeringssamtal |
| Ej godkänd | 6 stycken | Ej genomförda planeringssamtal |

| | | |
|------------|-----------|----------------------------------|
| Godkänd | 4 stycken | Genomförda uppföljningssamtal |
| Ej godkänd | 6 stycken | Ej genomförda uppföljningssamtal |

SAS konstaterar att av de tre granskade samtalen är det merparten som inte blir godkända.

Enligt självvärderingen så följer enheten de riktlinjer och rutiner som finns för att dokumentera om individen på rätt ställen i verksamhetssystemet. Teamträffar och kontakt med nattpersonal ska garantera att planerad hjälp utförs enligt den enskildes behov.

”Den enskildes behov säkerställs genom teamarbete mellan personalkategorier och över dygnet. Enligt uppgift finns ett bra samarbete och regelbundna teamträffar där sjuksköterskor och arbetsterapeuter deltar genomförs. Arbetsterapeuter och sjuksköterskor följer också med på hembesök vid behov.

Sjuksköterskorna träffar omvårdnadspersonalen varje dag. Omvårdnadspersonalen kan nå sjuksköterskan och arbetsterapeut om behov uppstår under dagen. Nattpersonalen kontaktas då behov finns för detta. Rutin finns för detta som alla känner till.

Journalgranskningen visar att den enskilde är delaktig när sjuksköterskan eller arbetsterapeuten gör hembesök vid en direkt vårdåtgärd och att sjuksköterska/arbetsterapeut och den enskilde är överens om utförandet. Den enskilde är också delaktig vid vårdplanering som sker i hemmet. I tre av tio journaler beskrivs detta”. MAS och MAR

Den enskilde erbjuds att ansöka om demensdagvård om önskemål och behov finns. Enligt uppgift finns idag ingen rutin för hur samverkan med dagverksamheten och uppföljning av vårdform genomförs i teamet. Kontakt tas om det börjar "vackla" i hemmet eller på dagverksamheten, men det är sparsamt med att kontakta varandra när allt rullar på. Det är inte alltid arbetsterapeuterna i hemvården får reda på när det skett t ex byte av nivå på dagvård. Lokal rutin för sjuksköterskorna finns, men är ofullständig och otydlig.
MAS och MAR

Analys

I SAS analys av samtalen kan konstateras att det finns krav i socialtjänstlagens vägledande principer om att verksamheten ska ha en flexibilitet. Det innebär att man verksamheten inte får ha ett standardutbud av insatser utan stöd och hjälp ska anpassas till den enskilde. Här bli samtal centralt för att identifiera både bemötande och personens önskemål. I SOSFS 2006:5 framkommer krav på den enskilde ska medverka i sin planering och den arbetsmodell som införts i hemvården har tagit fram ett verktyg för samtal. Fokus hemvård har en ojämnhet i förmåga att skriva om samtalen i journalerna. Deltagande personal vid mötet har god kunskap om arbetsprocess men det utövas inte fullt i praktiken när dokument granskas. Här finns också en ojämnhet mellan hemtjänstgrupperna i Fokusområdet. Betänk dock att det bara är tio journaler som granskas i ett stort hemtjänstområde med flera hundra hjälpmottagare.

”Teamträffar genomförs regelbundet, men det är otydligt vilka som deltar och hur hälso- och sjukvårdsfrågorna finns med vid teamträffarna.

Enligt SOSFS 2008:14 ska den enskildes egna önskemål framgå i patientjournalen” MAS och MAR

”Det finns otydliga rutiner för teamarbete och samverkan vid uppföljning av vårdform för personer med demenssjukdom. Enligt Örebro kommuns riktlinjer vid demenssjukdom ska personen med demenssjukdom alltid erbjudas bästa möjliga vårdalternativ där trygghet meningsfullhet och säkerhet kan erbjudas. Enligt den regionala riktlinjen ”Vård och omsorg vid demenssjukdom” ska personer som bor i ordinärt boende och där hemvård i kombination med dagverksamhet inte längre är tillräcklig kan vara i behov av särskilt boende” MAS och MAR

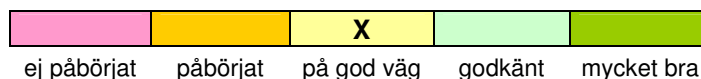
Värdering

SAS slutsats är att delaktighet kunde komma fram bättre i dokumentation men att enheten är på god väg.

”Den lokala rutinen för teamträffar behöver tydliggöras vad gäller hälso- och sjukvård.

En styrka är att den enskildes delaktighet och önskemål tydligt framkommer i dokumentationen.

Ett utvecklingsområde är tydligare lokala rutiner för teamarbete och samverkan kring och uppföljning av vårdform för personer med demenssjukdom”.
MAS och MAR



3.9 Hälso- och sjukvård

| Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering | Ja | Nej |
|--|----|-----|
| Omvårdnadsansvarig sjuksköterska finns tillgänglig för den enskildes behov | X | |
| Arbeterapeut finns tillgänglig för den enskildes behov. | X | |
| Sjukgymnast finns tillgänglig för den enskildes behov | X | |
| Läkare finns tillgänglig för den enskildes behov | X | |
| Samverkan sker med andra aktörer utifrån individens behov t.ex. vårdcentral, sjukhus, dagverksamhet, korttidsvård. | X | |
| Instruktion och delegering säkerställs utifrån omvårdnadspersonalens kompetens. | X | |
| Den enskilde tar/får rätt läkemedel och rätt dos i rätt tid. | X | |
| Läkemedelsgenomgångar genomförs regelbundet där den enskilde är delaktig. | X | |
| Rutiner finns för att minska olämpliga läkemedel | X | |

| | | |
|--|---|---|
| Rutiner för läkemedelshantering upprättas och följs. | X | |
| Medicintekniska produkter används i den utsträckning som den enskilde har behov av | X | X |

I brukarundersökningen finns frågor om nöjdhet med vårdinsatser. Hjälp med medicinering, såromläggning, rehabilitering och munhygien. Index för Fokus är 77 och kommunmedel är 80. Variationen inom Fokus är enligt tidigare mönster. Nöjdhet är denna gång högre än medel i tre grupper och mycket låg i en.

”I alla de tio granskade journalerna finns en omvårdnadsansvarig sjuksköterska tillgänglig för den enskildes behov. För detta finns lokal rutin.

Arbetsterapeut finns kopplad till varje geografiskt område och har ett nära samarbete med personalen i hemtjänstgrupperna.

Samverkan med andra arbetsterapeuter sker genom muntlig rapportering och vårdplaneringen i Meddix. Det finns en inarbetad rutin för arbetsterapeuterna att gå in för varandra och titta på respektives område om någon som är borta. Rutinen är dock inte nedskriven.

Arbetsterapeuterna tar sällan del av informationen i NPÖ (Nationell Patientöversikt). Enligt uppgift arbetar de väldigt olika kring NPÖ. Någon nyttjar NPÖ regelbundet, men de flesta av använder NPÖ mycket sällan. I de tio granskade journalerna finns samtycke för sjuksköterska att ta del av sammanhållen journal i samtliga, men för arbetsterapeut saknas det i alla tio.

Hjälpmiddel förskrivs och kommer fort ut till den enskilde vid behov. Sjukgymnast finns tillgänglig vid behov. Läkare finns tillgänglig för den enskildes behov. Lokal rutin finns för ronder på de vårdcentraler som verksamheten samarbetar med. Jourtid finns överenskommelse mellan kommun och landsting att sjuksköterskan kan kontakta primärvårdens jourläkare dygnet runt om behov uppstår. Personalen följer med och hjälper även till med att boka ex. sjukresor, väntjänst, dagvård etc. Lokal rutin finns för samverkan med andra aktörer där sjuksköterskans arbetsuppgifter framgår.

I sex journaler finns vårdplan för läkemedelshantering, i övriga fyra sköter den enskilde läkemedelshantering själva. Där den enskilde har hjälp med att ta sina läkemedel planeras detta in i planeringssystemet TES och delegerad omvårdnadspersonal utför sedan detta och signerar när det är utfört. Det är få avvikelser som rör läkemedel.

Läkemedelsgenomgångar är genomförda för fem personer.

I fyra journaler finns vårdplan för läkemedelsgenomgångar och lokal rutin finns för hur dessa ska genomföras. Läkemedelsgenomgången initieras av sjuksköterskan.

I läkemedelsgenomgången går man igenom den enskildes läkemedel och kan då justera och ev sätta ut olämpliga läkemedel. I två av journalerna hade läkemedel satts ut och uppföljning var gjord.” MAS och MAR

Analys

”Sjuksköterskor och arbetsterapeuter finns nära teamet i vardagen och detta bidrar till att säkerställa god vård för den enskilde.

Arbetsterapeuterna påtalar att de inte använder informationsmöjligheten i NPÖ. Detta kan leda till att viktig information om den enskilde missas.

Kontakten med vårdcentralens läkare är av stor vikt för att säkerställa den enskildes behov. Lokala rutiner finns.

Antal avvikelser gällande läkemedelshantering ligger under genomsnittet för hemvården i Örebro kommun och planeringssystemet kan bidra att det inte glöms bort.

Enheten arbetar med läkemedelsgenomgångar enligt gällande riktlinje. Lokal rutin finns.”

MAS och MAR

Värdering

”Det är en styrka att sjuksköterska och arbetsterapeut arbetar nära teamet och är lättillgänglig.

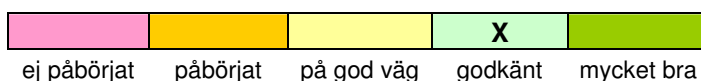
För att säkerställa vården för den enskilde är det av stor vikt att använda informationen som finns i NPÖ. Detta är ett förbättringsområde som behöver lyftas. Arbetsterapeuterna framhåller detta själva som ett utvecklingsområde.

Det är bra att det finns tydliga rutiner för ronder med respektive vårdcentral.

Det finns fungerande rutiner för läkemedelshantering. Det är en styrka att läkemedel lämnas i rätt tid genom att detta planeras i TES.

Positivt är att en lokal rutin finns för läkemedelsgenomgångar och att sjuksköterskan regelbundet initierar detta.” MAS och MAR

Enhet bör uppmärksamma skillnad mellan grupper.



3.10 Anhörigstöd

| Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering | Ja | Nej |
|--|----|-----|
| Den anhörige ska känna sig välkommen att vara delaktig i vården och omsorgen i den mån önskemål finns. | X | |
| Den anhörige blir sedd av personalen och får möjlighet att ställa frågor och själv ge information. | X | |
| Anhörigträffar anordnas regelbundet. | | X |
| Ett anhörigråd finns. | | X |
| Anhörigombud finns | | X |
| Enheten har en lokal rutin för att stödja anhöriga | | X |

| | | |
|---|---|--|
| Anhöriga erbjuds avlösning i hemmet eller i andra former vid behov. | X | |
| Enheten informerar om och förmedlar kontakt med Anhörigcentrum. | X | |

”Anhöriga bjuds in till planeringssamtal och uppföljningssamtal om brukaren vill.
 Kontaktpersonen har kontakt med anhöriga och informerar eller svarar på frågor om brukaren vill.
 Har försökt anordna anhörigräffar, men inget intresse har funnits för det.”
 Enheten

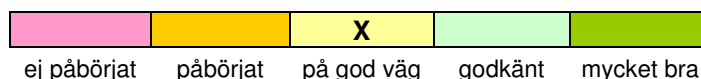
Enheten har inget anhörigråd och inga anhörigombud. Rutin för att stödja anhöriga saknas. Det finns flera personer som använder avlösning i hemmet vid behov. Enheten erbjuder också information om Anhörigcentrum vid introduktion av ny hjälpmottagare, samt om personalen noterar att det kan finnas ett behov.

Analys

Det finns en välvillig inställning till att stödja anhöriga men det mesta arbetet sker i så fall i hemmet i mötet mellan kontaktperson och anhörig. Avlösning används och för närvarande är det 3 personer som använder sig av möjligheten. Fokus hemvård gör det nödvändiga för att stödja anhöriga men det är inte ett prioriterat område.

Värdering

Anhöriga får information om vilket stöd de kan få och information om Anhörigcentrum förmedlas. Anhörigstödet skulle kunna förbättras med att exempelvis utbilda anhörigombud.



3.11 Tillgänglighet och information

| Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering | Ja | Nej |
|--|----|-----|
| Relevant och uppdaterade kontaktuppgifter till enheten finns på kommunens hemsida. | | X |
| Skriftlig information finns om enheten med kontaktuppgifter till ansvarig chef och andra nyckelfunktioner. | | X |
| Verksamheten är tillgänglig och serviceinriktad. Det finns säkrade rutiner för kontakt via telefon, e-post och vid besök. | X | |
| Utföraren svarar för att den boende får hjälp med information såväl vid tal, syn- och hörselnedsättning som vid annan språktillhörighet. Tolk anlitas vid behov. | X | |
| All personal bär väl synliga namnskyltar och legitimation? | X | |
| Klagomålshantering fungerar | | X |

”Alla grupper har telefonsvarare under morgonarbetet, övrig tid svarar alltid någon med gruppnamn och sitt eget namn. Tolk anlitas vid behov.
 Samtliga ordinarie personal har namnskyltar och tjänstelegitimation.
 Vikarier bär vikarieskyltar. Personalen lyssnar och tar klagomål på allvar.
 Personalen ser till att åtgärda om något blivit fel” Enheten

Enheten gör ett tillägg om att det saknas en instruktion/rutin för personalen om hur man hanterar ett klagomål. Det kan vara svårt att skilja på ”dagligt gnäll” och formellt klagomål. De menar att det skulle behövas en blankett att lämna till brukaren för att skriva ett klagomål som sedan hanteras på enheten enligt gällande rutin. Det skulle vara enklare om det var som förr när ”Synpunktsblanketten” fanns menar de.

Informationen på hemsidan är inte uppdaterad med den senaste organisationsförändringen vilket också gäller den skriftliga. Uppdatering pågår enligt ledningen.

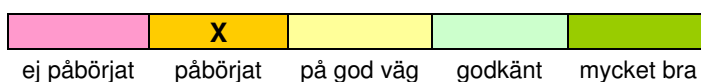
Analys

”Klagomålshanteringen är ett förbättringsområde. Det finns behov av en lokal rutin för hur man tar emot och hanterar klagomål. Personalen vet inte riktigt hur man gör, eller kan skilja på ”gnäll” och klagomål”. Mas mar

En kvalitetsinspektionen som i höstas kunde konstatera att omvårdnadspersonal inte bar namnskyltar och att arbetskläder undveks pekar på ett problem som ledningen snarast bör bearbeta. Namnskylt ska bäras enligt garanti och arbetskläderna är också en del av den identitet som ska styrkas men är också viktiga ur hygiensynpunkt.

Värdering

Tillgänglighet är god med hjälp av telefoner men förbättringar behövs med en lokal rutin för hur klagomål ska hanteras. Ledningen behöver se över att alla använder namnskyltar och arbetskläder eller lyfta frågan som ett problem.



3.12 Medarbetare och ledarskap

| Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering | Ja | Nej |
|--|----|-----|
| Medarbetare | | |
| Verksamheten är bemannad dygnet runt med sådan kompetens och med sådan personalstyrka att de boende alltid tillförsäkras en god vård och omsorg. | X | |
| Omvårdnadspersonal ska vara utbildad undersköterska eller ha genomgått omvårdnadsprogrammet samt bör ha erfarenhet av vård- och omsorgsarbete. | X | |
| All personal ska behärska svenska språket på ett sådant sätt att han/hon kan kommunicera muntligt och skriftligt. | | X |
| Medarbetarna ska ha den kompetens, som behövs för att klara av sina arbetsuppgifter. | X | |

| | | |
|--|---|---|
| Enheten har en plan för långsiktig kompetensutveckling som berör alla personalkategorier (för individen, arbetsgruppen och enheten) | X | |
| Personalen har grundläggande kunskaper inom demensvård och möjlighet till ständig fortbildning/fördjupning inom området. | | X |
| 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 | |

Fokus hemvård har 91,9 % utbildad tillsvidareanställd omvårdnadspersonal. I Personec är inte kurser benämnda ”demens” inlagda. Bemanning anpassas utifrån vårdtyngd.

”De som inte behärskar svenska språket har gått svenskakurs samt får fortsatt stöd. Vid rekrytering ställer vi högre på språkkunskaper. Personalen utbildas kontinuerligt vid behov.

De flesta tillsvidareanställda har rätt kompetens. De ökade kraven på dokumentation och datoranvändning gör att det blir svårt för många att klara av de ökade kraven och vi ser ett behov av utbildning.

Personalen har en individuell utvecklingsplan. Pga. minskad budget för kompetensutveckling har det varit svårt att tillgodose behov och önskemål. Många av vår personal saknar grundläggande kunskaper i demensvård.

Vi ser ett behov av mer utbildning inom bla. demens, psykiatri, missbruk och sjukvårdsuppgifter. Enheten

Ledarskap och organisation

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

Medarbetarundersökningens index på 53 (2011) var lite högre än 2009 års 51 men lägre än vård och omsorgs 66 och kommunens 62. Fokus är nummer 11 av 15 enheter i hemvården. I undersökningen är högsta delindex 61 och gäller handlingskraft. Inom detta index finns stort missnöje med möjlighet till Kompetensutveckling i kommunen och många markerar en ovilja att rekommendera en vän att jobba i kommun. Det framgår inte av enhetens verksamhetsplan att de arbetar med åtgärder utifrån medarbetarenkäten annat än möjligtvis indirekt. Exempelvis så står det i planen att man har för avsikt att arbeta med kompetensutveckling men relation till mätning som pekar på ett missnöje hur detta fungerar saknas.

”Många i personalen uppges sakna grundläggande kunskaper i demensvård, psykiatri, missbruk och hälso- och sjukvård. Strategisk kompetensutvecklingsplan saknas. Enligt uppgift har alla yrkeskategorier har en uppdragshandling och att brister åtgärdas i möjligaste mån.”
MAS och MAR

Analys

Enheten är stor med en omfattande verksamhet. Ledningen behöver fundera på vad ett resultat från en brukarundersökning kan betyda för enhetens gemensamma resultat och vad det betyder att ha grupper med ett varierande resultat. Åtgärder bör rimligen vara av olika slag och med olika intensitet för de olika grupperna. Den nya organisationen kan vara ett led i en sådan utveckling.

”Strategisk planering av kompetens är otydlig. Grundläggande kompetens i demensvård, psykiatri, missbruk och hälso- och sjukvård är av stor vikt för en patientsäker vård.

Plan saknas för hur brister i verksamheten åtgärdas. Det finns en utvecklingsgrupp som arbetar med förbättringar, men det framgår inte hur förbättringsarbete genomförs.” MAS och MAR

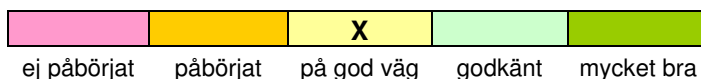
Enheten menar att de jobbar aktivt med kontaktmannaskapet (i Tes) så att kontaktpersoner besöker den enskilde i största möjliga mån då de är i tjänst. Som visats under Kontinuitet så stärker inte stickprovsanalysen att detta sker märkbart i praktiken. Här behövs fler uppföljningar.

Värdering

”Strategisk kompetensutvecklingsplan behövs för att säkerställa kompetensen inom viktiga områden där personalen uppges sakna grundläggande kunskaper.

Ett förbättringsområde är en plan för systematiskt förbättringsarbete inom verksamheten.” MAS och MAR

Ledningen i den nystartade organisationen behöver analysera och åtgärda skillnader mellan grupperna.



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.

”En hög andel brukare har en genomförandeplan.
 HSL- personalen för journaldokumentation.
 Brukaren tillfrågas samtycke vid inhämtning av information exempelvis NPÖ och Meddix.
 Brukaren tillfrågas om anhöriga skall kontaktas vid förändring av hälsotillstånd.
 Vårdplaner upprättas vid behov.

Alla genomförandeplaner granskas på teamträffar och återkopplas till kontaktpersonen om behov av ändringar/tillägg finns.
 Finns ej” Enheten

SAS skriver att det vid granskningen framkommer att alla personer har en upprättad genomförandeplan. Alla planer uppfyller inte kraven i SOSFS 2006:5. Av tabell nedan framgår att det finns ett par mycket bra planer som kan användas som goda exempel.

| | | |
|------------|-----------|------------------------|
| Mycket bra | 2 stycken | Excellent plan |
| Godkänt | 1 stycken | Godkänd plan |
| På god väg | 3 stycken | Delvis godkända planer |
| Påbörjat | 4 stycken | Ej godkända planer |

SAS menar att i journalanteckningar förväntas läsaren kunna följa händelseförlopp över tid. Man ska också kunna följa händelser av vikt, samtal utifrån den individuella vård och omsorgsplaneringen är en händelse av vikt. Vid sammanställningen av journalgranskningen finns följande resultat:

| | | |
|------------|-----------|--|
| Mycket bra | 1 stycken | Excellent journal, det går att följa händelseförlopp över tid och IVOP-processen. Delaktighet och inflytande framkommer också. |
| Godkänt | 3 stycken | Godkänd journal |
| Påbörjat | 6 stycken | Ej godkända journal, det är övervägande hälso- och sjukvårdanteckningar som ssk och att klistrat in. |

”Kvaliteten på planer och journalanteckningar varierar mellan grupperna. Det är särskilt två grupper som utmärker sig vad gäller mycket väl och godkända planer samt journalanteckningar. Det finns överlag allt för mycket HSL-anteckningar som sjuksköterska och arbetsterapeut klistrar in. De hör inte hemma i den sociala journalen. Den möjligheten försvinner i mitten på november i samband med övergång till nytt verksamhetssystem.

Enhetscheferna presenterar en struktur för hur de arbetar med att följa upp genomförandeplaner och när det är dags för uppföljning. Trots detta system

så återfinns brister vad gäller uppföljning av planerna. Detta är ett förbättringsområde.

För genomförandeplanerna som bedöms som delvis godkända saknas det uppföljningsdatum och resultat av uppföljning. De planer som inte är godkända är för allmänt hållna, det går inte att läsa ut vad som ska utföras.

De journaler som inte bedöms som godkända där är det inte möjligt att följa händelseförlopp över tid eller hur den enskilde har fått komma till tals". SAS

MAS och MAR skrivet att:

"Enheten lever upp till kraven i Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården SOSFS 2008:14. Det som är otydligt i dokumentationen är riskanalyser, och vårdplaner efter riskbedömning i Senior alert.

Rutin för egenkontroll av dokumentationen finns ej.

Samtycke är inhämtat hos alla."

Analys

Enligt SAS så är Fokus hemvård ojämn sin kvalitet. Det framkommer skillnader mellan grupperna som är anmärkningsvärd. Hon fortsätter med att sammantagen kan man för några personer inte läsa ut vilket stöd eller hjälp de är i behov av. Det går inte att följa händelser av vikt och betydelse eller på vilket sätt den enskilde har fått påverka sin omsorg. Samtidigt, i samma verksamhet, finns det planer och journaler som är utmärkta och kan användas som goda exempel.

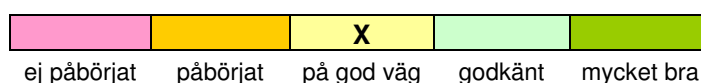
Bristerna innebär dock att man inte generellt möter lagkraven och det finns en egenkontroll men den fungerar inte fullt ut i praktiken.

Värdering

"En styrka i dokumentationen är att den enskildes delaktighet och egna önskemål framkommer samt att samtycke finns registrerat.

Förbättringsområden inom dokumentationen är en tydligare röd tråd, riskanalyser, kognitiv bedömning och upprättande av vårdplaner efter riskbedömning enligt Senior alert." MAS och MAR

SAS slutsats är att det finns förbättringsområden i verksamheten gällande dokumentationen och det goda resultatet som finns överskuggas stundtals av bristerna. Den totala bedömningen blir att man är på god väg. Den landar där eftersom verksamheten uppenbarligen har verktyg för en excellent dokumentation. Det krävs dock en plan för hur verktygen kan användas på grupper som har brister.



3.14 Särskilda granskningspunkter

Finns inga särskilda punkter för Fokus hemvård.

4 Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat

I tabell nedan görs en sammanställning av värdering av de olika kvalitetskriterierna Fokus styrkor är Omvårdnad och service, Vård i livets slutskede och Hälso- och sjukvården. Största förbättringsområden finns inom kriterierna för Mat och måltid och Bemötande där enhet främst behöver lyfta prestation i ojämnt presterande grupper. Förbättring behövs också inom Den enskildes skydd med avvikelshantering och kvalitetsregister samt med Tillgänglighet och information där enheten behöver ordna fungerande rutiner för att leva upp till garantier och krav på namnskyltar, legitimation och arbetskläder.

Sammanfattande tabell med bedömning av alla kriterier

| Kvalitetsområden | Ej Pb | Pb | På G | Gk | Mbra |
|------------------------------------|-------|----|------|----|------|
| 1. Aktiv och meningsfull tillvaro | | | X | | |
| 2. Bemötande | | X | | | |
| 3. Kontinuitet | | | X | | |
| 4. Mat, måltid och nutrition | | X | | | |
| 5. Personlig omvårdad och service | | | | X | |
| 6. Vård i livets slut | | | | X | |
| 7. Den enskildes skydd | | X | | | |
| 8. Delaktighet | | | X | | |
| 9. Hälso- och sjukvård | | | | X | |
| 10. Anhörigstöd | | | X | | |
| 11. Tillgänglighet och information | | X | | | |
| 12. Medarbetare och ledarskap | | | X | | |
| 13. Dokumentation | | | X | | |
| 14. Särskilda granskningspunkter | | | | | |
| Summa | 0 | 4 | 6 | 3 | 0 |

4.1 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> Bra personalutrymmen Grundutbildad personal <u>Behöver förbättras</u> <u>Bristande kvalitet</u> |
| Process-kvalitet | Arbetsätt, rutiner, funktion | Dokument, besök | <u>God kvalitet</u> Många fungerande rutiner Vardagsrehabilitering Läkemedelshanteringen <u>Behöver förbättras</u> Användandet av namnskyld legitimation, arbetskläder Avvikelsehantering, Senior Alert. <u>Bristande kvalitet</u> |
| Resultat-kvalitet | Bemötande, trygghet, smärtlindring mfl | Dokument, brukarundersökningar, besök | <u>God kvalitet</u> <u>Behöver förbättras</u> För stor variation mellan grupper i prestation <u>Bristande kvalitet</u> |

Totalt sett bedömer vi att Fokus hemvård bedriver en vård och omsorg som lever upp till många kvalitetskriterier men att det finns flera förbättringsområden.

Sammanställt av Owe Fjellborg, planerare

Källhänvisningar

Vård och omsorg, Riktlinje för verksamhetsuppföljning av enheter i vård och omsorg
Tillgänglig 121030 på <http://www.orebro.se/1935.html>

Bra Vå

Tillgänglig 121030 på <https://vardforbundet.se/BraVard/Kvalitetskrav>