



20140512 Vv 146>/2014

# Rapport

**Kvalitetsuppföljning, Axbergs Hemvård**

**2014- 04- 08**

Rapporten ingår i en serie rapporter från verksamhetsuppföljningar av enheter inom vård och omsorg i Örebro kommun. Riktlinje för verksamhetsuppföljning och rapporter är tillgängliga på [orebro.se](http://orebro.se)

## Sammanfattning

Förvaltningskontor Vård och stöd har på uppdrag av Vård- och omsorgsnämnd Väster utfört en kvalitetsuppföljning i Axbergs hemvårdsenhet. Uppföljningens syfte är att göra en samlad granskning av verksamhetens kvalitet.

Förvaltningskontoret bedömer att den enskilde inom Axbergs hemvård får en vård och omsorg av god kvalitet.

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

Enhetens styrkor finns inom ”Bemötande”, ”Kontinuitet”, ”Mat och måltid”, ”Personlig omvårdnad och service” och inom ”Medarbetare och ledarskap” och bedöms som godkända inom dessa kvalitetsområden.

Bemötandefrågor och respekt för den enskildes självbestämmande och integritet är ett väl inarbetat förhållningssätt. Genom enheten relationsorienterade förhållningssätt skapas goda förutsättningar för en individanpassad vård och omsorg och möjligheter för den enskilde att delta i dagliga aktiviteter. Enheten har lyckats med att förbättra kontinuiteten för brukarna och har i senaste mätningen nått riktvärdet.

Brukarundersökningsresultatet visar att enhetens medarbetare har ett förhållningssätt där den enskildes önskningar och behov lyssnas in. Det finns rutiner och uppdrag för kontaktsmannaskapet som är tydliga och kända för medarbetare. Enheten har väl fungerande team i vilka alla yrkeskategorier ingår. Det teaminriktade arbetssättet gör att personalen på ett naturligt sätt ser till den enskildes hela behovssituation och att alla yrkeskategoriers sakkunskap tas tillvara i vården och omsorgen om den enskilde.

Det finns en stabilitet i såväl personalgrupp som ledning och en vilja att prova nya arbetssätt och utmaningar. Enheten har en tydlig ledning och arbetsfördelning.

Till sommaren kommer all omvårdnadspersonal att vara utbildade undersköterskor.

Inom området ”Dokumentation” finns enheten förbättringsområden. Framförallt handlar det om att utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen men också att tydliggöra den enskildes delaktighet i den sociala dokumentationen.

Enheten behöver utveckla att formulera trygghetsbeskrivningar i genomförandeplaner tydligare lyfta fram den enskildes delaktighet och att aktiviteter utgår från personens egna intressen och önskemål i dokumentationen. SAS bedömer dock att enheten kan arbeta med dessa förbättringsbehov i egen åtgärdsplan.

Däremot behöver enheten till nämnd särskilt redovisas hur de tänker sig åtgärda identifierade förbättringsområden i den dokumentation som sorterar inom hälso- sjukvårdsområdet (se vidare under rubriken dokumentation).

Kvalitetsområdena ”Aktiv och meningsfull tillvaro”, ”Vård i livets slut”, ”Den enskildes skydd”, ”Hälso- och sjukvård”, ”Delaktighet”, ”Anhörigstöd” och ”Tillgänglighet och Information” fungerar som helhet och där bedöms enheten vara på god väg.

# Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till Vård- och omsorgsnämnd Väster

- Rapport godkänns.
- Axbergs hemvård rapporterar till Vård- och omsorgsnämnd Väster senast i samband med årsberättelse 2014 hur de åtgärdat identifierade förbättringsområden för att leva upp till kraven.
- 
- Axbergs hemvård ska i oktober 2014 kallas till Vård- och omsorgsnämnd Väster för att särskilt redovisa hur de tänker sig att åtgärda identifierade förbättringsåtgärder i dokumentationen enligt Hälso- och sjukvårdslagen

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
1.1	Bakgrund .....	1
1.2	Syfte.....	1
1.3	Mål.....	1
1.4	Metod för uppföljning.....	1
1.5	Omfattning.....	2
1.6	Begreppsdefinitioner.....	3
2	Resurser, organisation.....	4
3	Resultat 2014 .....	7
3.1	Aktiv och meningsfull tillvaro .....	8
3.2	Bemötande .....	10
3.3	Kontinuitet .....	12
3.4	Mat, måltid och nutrition .....	14
3.5	Personlig omvårdnad och service .....	16
3.6	Vård i livets slut.....	18
3.7	Den enskildes skydd .....	19
3.8	Delaktighet.....	22
3.9	Hälso- och sjukvård .....	24
3.10	Anhörigstöd .....	26
3.11	Tillgänglighet och information .....	28
3.12	Medarbetare och ledarskap .....	29
3.13	Dokumentation .....	31
4	Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat.....	34
4.1	Sammanfattande tabell bedömning av alla kriterier.....	34
4.2	Resultat av granskningen – en sammanställning .....	35
	Källhänvisningar .....	36

# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund

## 1.2 Syfte

Uppföljningen är en del av vård- och omsorgs ledningssystem<sup>1</sup> för kvalitet och granskar enhetens förmåga att leva upp till lagstiftningens krav och politiska mål med fokus på den kvalitet som tjänsterna skapar för brukaren.

## 1.3 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 kvalitet<sup>2</sup>: den kvalitet brukaren erbjuds i form av resurser som utrustning och anställdas kompetens (struktur), arbetsätt, 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
- Medarbetarundersökning<sup>3</sup>
- Resultat av brukarundersökning
- Kvalitetsinspektioner
- Verksamhetsmått
- Inkomna klagomål
- Avvikelser enligt Hälso- och sjukvårdslagen
- Granskning av tio hälso- och sjukvårdsjournaler (Särskilda kriterier)
- Granskning social dokumentation i tio ärenden, med fokus på genomförandeplaner (Särskilda kriterier)
- Inspektioner från andra myndigheter (inte aktuellt denna gång)
- Socialstyrelsens öppna jämförelser

Den andra delen av granskningen har bestått i att besöka enheten. Vid besöket har en checklista för kvalitetskrav använts. Listan har grupperat kvalitetskriterier<sup>4</sup> i 13

---

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

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

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

kvalitetsområden och har skickats ut i förväg till enheten. Enheten gör en självvärdering av hur väl de lever upp till kraven och återsänder listan ifyllt innan besöket.

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

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

#### Bedömning

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

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

#### 1.4.1 Organisation

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

Vid granskningen deltog enhetens enhetschef, en sjuksköterska, fyra undersköterskor. Arbetsterapeut hade förhinder men har deltagit i ifyllande av checklista.

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

Vid besöket på Axbergs hemvårdsenhet hade gruppen följande sammansättning:

Gunilla By, granskningsansvarig

Owe Fjellborg, planerare

Cecilia Lunberg MAS

Inga Blomstrand, MAR

Malin Duckert, SAS

#### 1.5 Omfattning

---

<sup>4</sup> Kvalitetskriterier är grundade i lagstiftning, myndigheters riktlinjer och många är tagna ur eller inspirerade av Bra vård för äldre (BraVå) kvalitetskriterier. Genom åren har de blivit beprövade, kompletterade och reviderade för att passa i det specifika som gäller för Örebro kommuns vård och omsorg oavsett utförare.

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

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

## 1.6 Begreppsdefinitioner

Begrepp	Beskrivning
Kvalitet	Förmågan att leva upp till behov och krav hos dem vi är till för
Struktur/resurs kvalitet	Här förmåga att använda byggnad, utemiljö, utrustning, teknik, anställdas kompetens för dem vi är till för
Processkvalitet	Förmåga att med tilldelade och skapade resurser använda och utveckla arbetssätt, rutiner, så att det gagnar dem vi är till för
Resultat-/effektkvalitet	Resultat av insatta åtgärder i förhållandet till målet. Mäts ofta i Den kvalitet som de vi är till för upplever och i uppnådda mål.
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering
SAS	Socialt ansvarig samordnare
OAS	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska
Teamträff	Mångprofessionellt samarbete. Ofta sjuksköterska, arbetsterapeut, enhetschef och omvårdnadspersonal tillsammans för den enskildes behov.
Kvalitetsinspektion	Vård och omsorgs metod för kollegial granskning. Sjuksköterska och undersköterska från annan enhet gör inspektion under en dag,
Treserva	Vård och omsorgs verksamhetssystem för dokumentation om den enskilde
TES	Elektroniskt tidsregistrerings- och planeringssystem i hemvården ( <b>T</b> ryggt, <b>E</b> nkelt <b>S</b> äkert).
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

Axbergs hemvård består av två arbetsgrupper, Ölmbrotorp –Ervalla och Hovsta –Lillån. I respektive grupp finns en sjuksköterska som har omvårdnadsansvaret och en arbetsterapeut som ansvarar för rehabiliteringen. På enheten arbetar totalt ca 30 omvårdnadspersonal, två sjuksköterskor som har omvårdnadsansvar och två arbetsterapeuter. Enheten leds av en enhetschef och som administrativt stöd finns en administrativ assistent anställd.

Axbergs hemvård är inrymt på bottenvåning i Träffpunkt Hovstas hus. Lokalerna är ändamålsenliga och innehåller kontorsrum för planering och dokumentation och utrymmen för lunch och raster.

Bemanningen under dagtid är 12-13 omvårdnadspersonal och under kvällstid är det 5-6 personer i tjänst. Varje dag finns minst en sjuksköterska och arbetsterapeut i tjänst. From maj månad kommer enheten också att bemannas med två driftledare på vardera 50 % .

Driftledarnas uppdrag är att ha ett visst ledningsansvar för den dagliga planeringen samt att vara den som nya brukare möter för att planera vården och omsorgen den första tiden. Driftledaren utser därefter kontaktperson som kommer att planera för uppföljningar, bistå i planering på 50 % och att delta i den direkta vården och omsorgen på de resterande 50.

### Verksamhetsidé

I Hemvården, Örebro kommun är vi 800 utbildade undersköterskor, vårdbiträden, distriktssköterskor och arbetsterapeuter som varje dag kommer hem till dig för att se till att du bor bra hemma. Av oss får du omvårdnad och service, rehabilitering och sjukvård hela dygnet. Vi kör ut din matlåda och serverar mat på restaurang. När du använder trygghetslarmet så kommer vi. Vi arbetar i mindre grupper men finns över hela kommunen, kommer från olika kulturer och pratar många olika språk.

”Vi drivs av att göra skillnad för dig varje dag, så att du kan leva ditt liv som du vill!” ur enhetens verksamhetsplan 2014

### Volym medarbetare

Resurser enligt budget 2014	Omv Dag/Kväll	Omv Natt	SSK	AT	Adm	Ledning	Övriga	Summa Budget
Axberg								
Antal årsarbetare per yrkeskategori (åa)	24,59	0,00	2,38	1,94	1,00	1,00	0,00	30,91
Antal anställda per yrkeskategori (st)	30	0	4	2	1	1	0	38
Total budget 2014 (TKr)	-2 822							

### Enhetschef

Axbergs hemvård leds av en enhetschef som ansvarar för att ange riktningen för verksamheten och skapar förutsättningar för medarbetarna. Enhetschefen ansvarar för att verksamheten arbetar för att leva upp till fastställda mål och lagstiftning inom ekonomisk ram.

### Omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS)

Sjuksköterskorna har ett primärt ansvar för omvårdnaden och ansvarar för att omvårdnadsåtgärder planeras, genomförs och utvärderas på ett ändamålsenligt sätt samt samordnas med behandling och andra åtgärder. OAS ser till att omvårdnadsåtgärder genomförs i samverkan med andra kompetenser när behov finns. Ansvarar för att de

omvårdnadsteoretiska och etiska grunderna för omvårdnadsåtgärder tydliggörs så att de kan ligga till grund för det dagliga arbetet.

#### Arbetsterapeuter

Ansvarar för att rehabiliteringsåtgärder planeras, genomförs, dokumenteras och utvärderas på ett ändamålsenligt sätt.

#### Omvårdnadspersonal/ kontaktmän

Omvårdnadspersonal ska självständigt och i teamarbete med övriga yrkeskategorier och andra samarbetspartners verka för de brukare som har behov av insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

#### **Volymer brukare**

<b>Antal brukare - Hemvård Axberg</b>	<b>Antal 2014</b>
Omsorg	67
Service	79
Mat	64
Larm	117
HSL	81
Avlösning	5
<b>Antal brukare totalt</b>	<b>149</b>

Axbergs hemvård hjälper ca 155 brukare som bor inom ett stort geografiskt område som innebär att enheten har långa resor för att ta sig till och från brukarna. Vid korta besök hos brukare som bor långt från hemvårdslokalen krävs extra noggrann planering för att leva upp till målet, ekonomi i balans.

Inom enhetens stora geografiska område bor ca 150 personer som har någon form av hjälp från Axbergs hemvård. Enheten har ibland långa resor till brukare som bor långt från hemvårdslokalen.

Enheten har haft de bästa resultaten ibland kommunens enheter i brukarundersökningar under flera år. Även i de tidigare genomförda medarbetarundersökningar har enheten bra resultat och de når måluppfyllelse för de indikatorer som sorterar inom medarbetarområdet. Enheten klarar inte målvärden för de indikatorer som finns inom ”Processer” och ”Ekonomi”.

## Resultat - Vård och omsorgs indikatorer årsberättelse 2013

### Axberg

#### Processer

Mått	2011	2012	2013	Rikt värde	Målupp fyllelse
Andel brukartid	39,8%	44,3%	49,5%	56,7%	
Antal personer som besökt brukaren	saknas	17	17	15	
Andel med kontaktperson	100%	100%	93%	100%	
Andel med genomförandeplan	65%	75%	26%	100%	
Andel delaktiga i genomförandeplan	98%	94%	100%	100%	
Andel åtgärder på bedömd risk i senior alert	saknas	saknas	59%	90%	

#### Brukarnas uppfattning

Mått*	2011	2012	2013	Rikt värde	Målupp fyllelse
Andel nöjda med bemötande	89%	100%	98%	97%	
Andel nöjda med trygghet	80%	89%	94%	87%	
Andel nöjda med inflytande och delaktighet	86%	91%	92%	86%	

\* Värden för brukarundersökningar är inte jämförbara mellan 2011 och 2012 på grund av ny skala.

#### Ekonomi

Mått	2011	2012	2013	Rikt värde	Målupp fyllelse
Resultat (Tkr)	1 769	-2 477	-4 028	0	
Timvikariekostnad (Tkr)	2 787	2 454	2 008	2 454	
Kostnad för utskrivningsklara (Tkr)	137	288	504	141	
Kostnad för köp av ssk från bemanningsföretag (Tkr)	597	819	237	819	
Personalkostnad per utförd timma (Kr/tim)	657	569	560	440	

#### Medarbetare

Mått**	2011	2012	2013	Rikt värde	Målupp fyllelse
Korttidsfrånvaro (antal dagar/anställd)	8,9	10,0	10,5	minska	
Genomsnittlig sysselsättningsgrad	85,8%	86,8%	88,5%	öka	
Andel utbildad omvårdnadspersonal	90%	91%	90%	91%	
Medarbetarindex*	83	ej mätt	ej mätt	62	
Rekommendera vän att arbeta i kommunen*	63	ej mätt	ej mätt	52	

## Tidigare verksamhetsuppföljningar

Kvalitetsuppföljning, Axberg 2012 , Förenklad Typ 1. Hemvård

”Axberg har under många år visat goda resultat inom de flesta områden. Enheten har till exempel haft bland de bästa resultaten ibland kommunens enheter både i brukar- och medarbetarundersökningar under flera år. Det har funnits en stabilitet i såväl personalgrupp som ledning men även en vilja att prova nya arbetssätt och utmaningar. Denna uppföljning visar att enhetens styrka är ett gott bemötande, och goda möjligheter till inflytande för den enskilde. Fungerande rutiner inom flera områden som intern samverkan, kontaktmannaskap, information, och anhörigstöd skapar trygghet för den enskilde. Ett fåtal förbättringsområden har framkommit vid granskningen. Andelen av medarbetarnas arbetstid som tillbringas hemma hos den enskilde måste öka. Annars riskerar enheten ett ekonomiskt underskott som kan påverka möjligheten att fortsätta hålla en god kvalitet på sina tjänster. Enheten bör också i samverkan med köket se över rutiner för varmhållning av mat. Även samverkan med vårdcentralen runt läkemedelsgenomgångar behöver utvecklas”

Text från sammanfattning av Uppföljning 2012 Typ 1 enkel. Vv 271/2012 –

### 3 Resultat 2014

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	
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	

Enhetens svar på hur de arbetar med att den enskilde ska ha möjlighet att upprätthålla kontakt med släkt och vänner

”Kontaktpersonen och övriga i teamet pratar med brukaren om dess önskemål och behov av att ha kontakt med släkt och vänner. Kontaktpersonen fungerar som ”länk” mellan personal, den enskilde och anhöriga och är behjälpliga vid kontakter” enhetens svar

På frågorna om aktivitets- och funktionsbedömningar svarar enheten,

”Arbetsterapeut deltar vid genomförandeplanering hemma hos brukaren och kontaktmannen för in det man kommer fram till i besöksplanerna. Arbetsterapeut och sjukgymnast gör hembesök tillsammans och dokumenterar aktiviteter i journal och/eller i vårdplan. Det är kontaktpersonen som i samtalar med brukaren om dess intressen och önskemål. Utflykter och mindre träffar anordnas, vissa tillfällen åker brukaren tillsammans med kontaktperson och tex handlar eller köper kläder eller bara fikar eller äter mat någonstans. Har brukaren även behov av dagvård görs en ansökan ”enhetens svar.

”Arbetsterapeutens närvaro framgår inte i någon av de sex granskade planerna. Det går heller inte att återfinna närvaro vid planering i den löpande sociala dokumentationen” SAS

SAS uppfattar att närvarande medarbetare stundtals under dialogen har svårt att se nytta med dokumentation. Man hänvisar dels till tidsbrist men också den personalkontinuitet som verksamheten har gör att medarbetarna upplever att deras dagliga kommunikation och muntliga informationsöverföring gör att den skriftliga dokumentationen ibland känns onyttig” SAS

Enhetschefens strategi är att de nyrekryterade driftsledarna ska ansvara för bland annat egenkontroll för dokumentation och utse kontaktperson till nya brukare för att öka kvalitén. Vidare beskriver enheten vid besöket att genom sitt relationsorienterade arbetssätt får de reda på vilka intressen och önskemål den enskilde har och på så sätt

”hittar de ”rätt” i aktiviteter. Arbetet inom området ”Aktiv och meningsfull tillvaro” beskriver enheten sker i huvudsak på individnivå men vid högtider anordnar personal tillsammans med brukarna gemensamma aktiviteter. Det finns även möjlighet för brukarna att delta i de aktiviteter som anordnas av de värdinnor som finns i Träffpunktens lokaler. Dessa aktiviteter anslås i veckoprogram. Dessutom har flera brukare beslut om dagvård.

”Av 10 granskade journaler fanns det anteckningar i 4 om dagverksamhet. Hela teamet hjälps åt att motivera för dagverksamhet” MAR

Enheten beskriver att de har ett samarbete med frivilligorganisationer och andra aktörer och det sker genom att olika aktörer bjuds in till exempelvis arbetsplatsträffar för att informera om erbjudanden. Exempel på detta är att Röda korset deltagit på arbetsplatsträff och att det resulterat i att brukare lotsas till Röda korset som fungerat som sällskap på promenader. Samarbete med Väntjänsten sker även på individnivå genom att personal är behjälpliga i att kontakta Väntjänsten vid behov

### **Analys**

Enhet har markerat att de klarar alla kvalitetskrav inom området ” Aktiv och meningsfull tillvaro. Bedömningen är att enheten satsar inom detta område och att det finns möjligheter för den enskilde att delta i aktiviteter som utgår från den enskildes egna intressen och önskemål. Enhetens relationsorienterade arbetsätt skapar naturliga förutsättningar för att den enskilde att delta i aktiviteter. Personalen har god kännedom om brukarna och de genomför individuella aktiviteter på ett naturligt sätt. Den enskildes kontaktperson har en nyckelroll här.

”För att uppleva en aktiv och meningsfull tillvaro behöver den enskilde ges möjlighet att påverka sin vardag och erbjudas att berätta om sig själv och sina förväntningar och önskemål. Därför är den individuella vård och omsorgsplaneringen, utöver rättssäker, ett mervärde för den enskilde. Alldeles oavsett hur hög personalkontinuitet och god muntlig kommunikation verksamheten har.

Enheter som arbetar med systematiskt egenkontroll har bättre förutsättningar att följa upp nuläget kontinuerligt och på sätt skyndsamt kunna åtgärda eventuella brister. I Axberg arbetar man med ständiga förbättringar vilket också gör att de har funktionella verktyg för att arbeta systematiskt med dagliga och långsiktiga förbättringsarbeten

Enheten har strategier och kunskap om vad en individuell aktiv och meningsfull tillvaro innebär för den enskilde men förbättring behövs i dokumentationen för att tydliggöra att aktiviteter utgår från personens egna intressen, önskemål och förutsättningar. Enhetens arbete med ständiga förbättringar, kommande arbete med egenkontroll och tillsättande av driftsledare bidrar till utveckling och enheten är på god väg ”SAS.

”Arbetsterapeuten deltar i genomförandeplaneringen hemma hos brukaren. Det innebär arbetsterapeutens bedömningar delges muntligt till personalen. Bedömningar i arbetsterapeuternas dokumentation är en utvecklingspotential” MAR

Programutbud som anordnas av värdinnor i Träffpunktens lokaler anslås och kontaktpersonen har även här en nyckelroll för att informera ”sina” brukare vilka

erbjudanden som veckoprogrammet innehåller. Den enskilde tillförsäkras utevistelse allt efter den enskildes önskemål och behov som inventeras i samtal mellan kontaktperson och den enskilde.

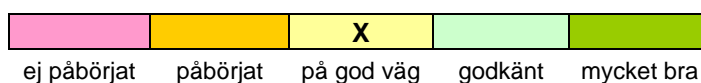
Enheten har samarbete med frivilligverksamheter och andra externa aktörer. Enheten bjuder in frivilligverksamhet och andra för att hålla medarbetare informerade och de bistår i att kontakta Väntjänst då den enskilde har behov.

”Väntjänsten är en naturlig del i verksamheten och hembesöket visade att brukaren sätter stort värde på väntjänsten och bygger upp nära relationer och personliga kontakter – nästan som ett släktskap” MAR

”Enheten har kunskap om området ”Aktiv och meningsfull tillvaro” och utvecklar sig ständigt men förbättringar behövs i dokumentationen för att tydliggöra den enskildes möjlighet till aktiviteter som utgår från personens egna intressen, önskemål och förutsättningar” SAS

### Värdering

Enheten lever upp till alla kriterier för ”Aktiv och meningsfull tillvaro” men enligt SAS behövs i dokumentationen tydliggöras den enskildes möjlighet till aktiviteter som utgår från personens egna intressen, önskemål och förutsättningar därför blir bedömningen på god väg.



### 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	

Den enskilde är mycket nöjd med bemötandet konstaterar enheten och hänvisar till de senaste årens brukarundersökningsresultat där 98 % av de svarande nöjda med personalens bemötande. Enheten beskriver att deras goda resultat har att göra med att de under flera år för en dialog mellan varandra om bemötandefrågor och även under senare år vård och omsorgs värdegrund.

”Vi har sista åren pratat mycket om bemötande både till brukarna och mellan arbetskamrater och alla yrkeskategorier. Har vi ett gott bemötande mellan oss så har vi det troligen hos brukarna med” enhets svar

Om att respektera den enskildes integritet och självbestämmande beskriver enheten att de lyssnar till den enskildes önskan om vad hur de vill ha sin vård och omsorg och det sker naturligt i samtal med den enskilde. Även här hänvisar enheten i sina svar till resultatet i brukarundersökningen. De svarande är nöjda med hur

personalens tar hänsyn till den enskildes åsikter och önskemål, 92 % svarar att de är nöjda vilket placerar enheten på pålats 2 av 16.

På frågan om enheten tagit ställning till hur olika livsåskådningar ska respekteras svarar enheten att de pratar ofta om att våra värderingar inte ska speglas hemma hos brukarna utan det är de som bestämmer och vi respekterar deras önskingar.

### **Analys**

Med brukarundersökningsresultat som grund så lever enheten upp till kvalitetskriteriet ”Bemötande”. Axbergs resultat visar att 98 % av de svarande är nöjda med bemötandet och att 92 % är nöjda med på vilket sätt personalen tar hänsyn till den enskildes åsikter och önskemål.

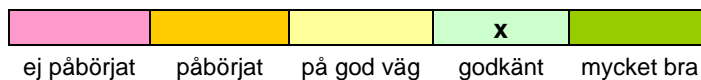
Bemötande frågor och fortsatt förankring av vård och omsorgs värdegrund är områden som ständigt hålls aktuella och är i fokus.

Enheter visar upp ett mycket gott bemötande, en lyhördhet och en fingertoppskänsla för personens önskingar.

I enheten verksamhetsidé anges att arbetet inom Axbergs hemvård är inriktat på att ”göra skillnad för dig varje dag, så att du kan leva ditt liv som du vill” ett förhållningssätt som verkar genomsyra enheten.

### **Värdering**

Mot bakgrund av mycket bra resultat på bemötande i brukarundersökning och att bemötandefrågor och fortsatt förankring av vård och omsorgs värdegrund ständigt är i fokus blir bedömningen godkänt .





### 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	

Enheten beskriver att de sedan en tid tillbaka satsats på att på att så få personer som möjligt ska vara inblandade i vården och omsorgen om den enskilde och att de nu ser resultat av denna satsning. Mellan januari till april har enheten lyckats öka kontinuiteten för brukarna. och har minskat antalet besökare hos den enskilde från 19 till ca 14 besökare och är vid den senaste mätningen nere under 12.

Enheten beskriver att deras lyckade resultat har sin grund i åtgärder som schemaförändringar, mindre geografiska områden och veckovisa uppföljningar av hur det går .

För att säkerställa att hjälpinsatserna planeras så att de utförs efter den enskildes behov och önskemål oavsett vem i personalgruppen som utför dem och oavsett tid på dygnet är besöksplanerna ett viktigt ”verktyg”

”Besöksplaner skrivs med genomförandesamtalet som utgångspunkt. Besöksplanen innehåller information om brukarens önskemål om vad hur och besök/insatser ska en ska utföras. Har den enskilde hjälp nattetid sker informationsöverföring från dag till nattpersonal vad och hur besök/ insatser ska utföras enligt brukarens önskemål. Natten deltar på teamträffar var sjätte vecka eller vid behov för att säkra informationsöverföringen.

På frågan om rutiner finns för att fånga upp förändrad behovssituation svarar enheten

”Varje yrkeskategori som träffar brukaren har som uppdrag att se och vara lyhörd för brukarnas behov. Är det akuta situationer meddelas enhetschef, sjuksköterska eller arbetsterapeut för gemensamma beslut om åtgärder. Bedöms behovsförändringen vara mer långvarig meddelas myndighetskansliet och en vårdplanering bokas in för ny behovsbedömning”  
enhetens svar

Enheten beskriver att arbetet inriktas på att så mycket tid som möjligt av medarbetarnas arbetstid tillbringas hemma hos den enskilde. För brukare som har flera insatser planeras om det är möjligt dessa insatser in som sk ”långa besök” för att minimera restider.

Enheten betonar vikten av att personalen både i ord och i handling visar att de har tid för brukaren och det inte får märkas att de har bråttom. Vid besöket säger en av undersköterskorna att:

”Vi visar att vi har tid och är där för just dig genom att alltid ta av oss jacka och skor och sätta oss ned och inte på något vis signalera arbetsbelastning eller att man är på språng”

Enhetens svar på om den enskilde informeras om den planerade tiden förändras eller om det kommer någon annan personal än vad som planerats är

”Vi pratar med brukarna om de vill bli kontaktade vid förändring, de som vill detta skriver vi in det i besöksplanen på. Tidsspannet i besöksplanen säger ju även när vi kan komma tidigast och när vi senast ska komma. Vi har nu en två veckors planering och det är lättare att informera brukaren i tid om annan personal kommer” enhetens svar

I brukarundersökningen finns en fråga om personalen brukar informera om tillfälliga förändringar ( 74 % positiva svar snitt 45 % och placering 3 av 16). På frågan om den äldre kan påverka vid vilka tider hen får hjälp (76 % positiva svar, snitt 52 %, placering 1 av 16).

Om kontaktmannaskapet

”Kontaktperson utses direkt vi får en ny brukare. Kan ändras om brukaren så önskar. Kontaktpersonens uppdrag är att följa den individuella vård och omsorgsplanerings processen ( IVOP processen) . Kontaktpersonerna är kända för brukare och anhörig. Varje kontaktperson har en egen telefon som brukare och anhöriga når dem på. I kontaktpersonens uppdrag ingår att presentera sig för nya brukare deras anhöriga och att informera om verksamheten och lämna ut ett vykort där kontaktuppgifter finns.” enhetens svar

## **Analys**

Kontinuiteten har förbättrats och enheten har lyckats minska antalet personer som besöker brukarna från 19 till 14. Brukarundersökningsresultatet visar att enhetens medarbetare har ett förhållningssätt där den enskildes önsningar och behov lyssnas in.

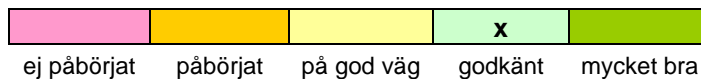
Rutiner, roll och uppdrag som kontaktperson är tydliga och kända för medarbetare .

”Kontinuitet handlar inte enbart om att se till att samma personal besöker brukarna, även om detta har sina utmaningar. Axberg utmärker sig i tillgänglighet vilket är positivt. Det är något som fler verksamheter borde anamma. För att uppmärksamma behov, avvikelser eller gemensamma förhållningssätt krävs det systematik. Om systematik saknas möjliggörs inte uppföljning, utan uppföljning så har vi ingen reell slutsats eller uppfattning och effekten av våra åtgärder. Enligt verksamheten är dokumentationen ett förbättringsområde. SAS delar den uppfattningen. Om Axberg hemvård får

till kontinuitet och dokumentation så ökar verksamhetens konkurrenskraft även ur ett rättssäkerhetsperspektiv” SAS

### Värdering

Enheten har en framgångsrik strategi vad gäller personkontinuitet men de behöver komplettera med strategier för systematisk rapportering och dokumentation. Kontaktmannaskapet är väl utvecklat och håller på att utvecklat arbetssätt för att nå hög brukarkontinuitet. Den sammantagna bedömningen är godkänd.



### 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 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	

Inom Axbergs hemvårdsområde serveras kall mat som levereras från Norrbyhemmets kök. Möjlighet finns att välja på två rätter. Vid dagens besök serverades fisk och potatisplättar. Axberg har 62 brukare med matjänst .

Granskningsteamet som åt dagens lunch tyckte alla att maten smakade bra. Men enligt granskningsteamet märktes det att matlådan stått i kylan en tid innan servering. Efter uppvärmning smakar det nylagad mat. De personer granskningsgruppen besökte var mycket nöjda eller ganska nöjda med maten.

#### Individuell Kostplan

”Sjusköterskan ansvarar för att dokumentera om den enskildes behov i samband med måltider i journalen. Sjuksköterskan samtalar med brukarna

om vikten av kost och näring. Risker dokumenteras i Senior Alert. Vid behov skickas livsmedelsanvisning för beställning av näringsdryck. De brukare som har behov av specialkost får detta. De brukare som har behov av hjälp vid måltid beskrivs i besöksplan och genomförandeplan” enhetens svar

Måltider serveras efter individens önskemål och behov

Den enskilde tillfrågas på vilket sätt de vill ha sin måltid vilket dokumenteras i genomförande planen. Om den enskilde har önskemål att göra skillnad på vardag och helg så skrivs även det in i den enskildes plan. Den som behöver hjälp och stöd i samband med måltiden får det

Hänsyn tas till traditioner och högtider samt att man gör skillnad på vardag och helg utifrån hur den enskilde själv önskar att det uppmärksammas. Vi anordnar gemensamma måltider eller fikastunder vid högtider där de som önskar deltar ”enhetens svar.

På frågan om det finns rutiner för riskbedömning, åtgärder och uppföljning av vikt, närings- och vätskebehov samt mat- och vätskeintag svara enheten att de har en lokal rutin för att göra riskbedömningar i Senior Alert. För att måltider ska spridas jämnt över dygnet har kontaktpersonen uppdrag att se över brukarnas måltider under dygnet och dokumentera detta i genomförandeplanen. Överrapportering till nattpersonal sker om behov finns av måltidshjälp från dem

Enheten på att se över rutiner nattfastan och har för detta tagit hjälp av dietist från Varberga vårdcentral. Enheten beskriver att det ibland är svårt att få ihop det med tider för personer som är i behov av läkemedel i samband med måltid och som bor långt ifrån hemvårdslokalen.

## **Analys**

Mat och måltid, fungerar Måltiderna serveras i brukarnas egna hem och det sker utifrån den enskildes egna behov och önskemål om hur de vill ha det både vardag som helg. Hemvården och Träffpunktens värdinnor samarbetar och hjälps åt att servera de som äter i Träffpunktens matsal. Enheten är tydlig med att i kontaktpersonens uppdrag ingår också att inventera den enskildes behov av stöd och hjälp vid måltiden och att dokumentera detta i genomförandeplanen. Enhetschefen beskriver att rutiner för informationsöverföring till nattpersonal finns om måltidshjälp behövs utföras av dem.

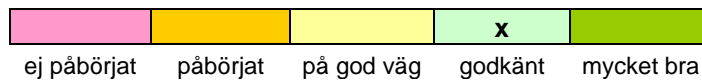
”Att bedöma om patienten har risk för undernäring, är en av förutsättningarna för att ge en god hälso- och sjukvård. Vårdplaner kan göras efter en riskbedömning i Senior Alert. I de journaler som granskats och som innehåller en aktuell riskbedömning och utfall risk för undernäring saknas i vårdplaner om åtgärder och uppföljning. Man kan inte följa om nutritionsutredning har gjorts. Vikt är inte alltid införd i journalen men finns i registret. Ibland står i journaltext (status) att näringsdryck är förskrivet men uppföljning saknas liksom vårdplan” MAS.

”Det är komplext att bedöma mat, måltider och nutrition i hemvården eftersom det inte går att göra generellt (referensram om vad som är god kvalitet). Allt beror på vad varje enskild har för biståndsbeslut och om det finns eventuella vårdplaner som ger ytterligare instruktioner vad gäller

måltid och nutrition. SAS finner inga uppenbara brister i dokumentationen vad gäller mat, måltider och nutrition. De planer som granskats avser mestadels leveranser av själva matlådan eller att den enskilde äter i matsal” SAS .

### Värdering

Sammantaget får enheten godkänt men behöver utveckla att göra vårdplaner för åtgärder och uppföljning för personer där det finns en riskbedömning gjord om undernäring.



### 3.5 Personlig omvårdnad och service

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

Enhetens självvärdering är att de lever upp till samtliga kvalitetskriterier inom ”Personlig omvårdnad och service” och det gör de genom att arbeta temainriktat och rehabiliterande.

”arbetsterapeuten deltar vid genomförandeplaneringar och det som brukaren, kontaktman och arbetsterapeut kommer överens om under

planeringsamtalet dokumenteras i besöks- och genomförandeplan” enhetens svar.

På frågan om Ledningen har säkerställt att varsamt handlag används och diskretion visas vid all kroppslig omvårdnad svarar enhetschefen

”att det är svårt att garantera att alla har ett varsamt handlag men vi pratar om vikten av detta. Värdegrunden har vid flera tillfällen gått igenom och där vi betonar vikten av bemötande som innefattar ett varsamt handlag. Vi uppmärksammar varandras handlag och informerar ny personal om vikten ett gott bemötande och om vad vård och omsorgs värdegrund säger ”enhetens svar.

Syn och hörselhjälpmedel

”Kontaktmannens har uppgift att se till att syn och hörselhjälpmedel sköts och de är hela och rena..

Munvård

”Omvårdnadspersonal följer med vid munvårdsbedömningar och dokumenterar i Treserva och besöksplaner vad brukaren behöver hjälp med. Vid behov kontaktas biståndshandläggare för ett beslut om tandvårdskort .

Kontinens

”Vi planerar in besök där brukaren har behov av toalettbesök, märker vi att munvård detta.

Oro och ångest

”Vi lyssnar på den enskilde och försöker stötta. Vid behov kontaktas anhöriga, sjuksköterska eller i enstaka fall diakonissa eller präst.

Smärta och smärtbehandling

”Vi arbetar med olika former av smärtlindring, medicinering, salvor, förflyttningar, lägesändringar och hjälpmedel såsom madrasser och kontrakturprofylax. Sjuksköterskorna arbetar en del med ”psykologisk” behandling, att försöka avleda från smärtan genom att prata om andra saker än just det man håller på med så brukaren får annat att tänka på” enhetens svar.

Service o hemliv

”De som har biståndsbeslut om tvätt och eller städ har planerade besök för detta. När besöken och hur insatserna städ och tvätt ska utföras planeras tillsammans med brukaren Om behov uppstår mellan de inplanerade besöken sker extra tvättning och städning  
Inköp dokumenteras i besöksplaner och , de brukare som vill följa med gör detta. Sker det med kort varsel brukar vi kunna lösa det med. ”enhetens svar.

Post och bankärenden utförs endast om brukaren är med då vi inte hanterar kontanter.

Ledsagning utförs hos alla som har behov och beslut på detta. Det är i första hand kontaktpersonen som följer ”sina” brukare och för att göra detta möjligt sker ibland byten av arbetspass ” enhetens svar.

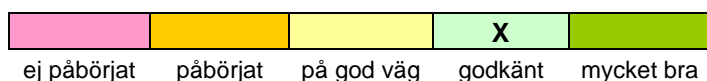
## Analys

Enheten har ett teaminriktat arbetssätt där både arbetsterapeut och sjuksköterska ingår som en naturlig del. Sjuksköterskan och arbetsterapeuten är tillgängliga för övriga teamet genom på mobiltelefon. Även övrig i personal har god tillgänglighet då kontaktpersonerna alltid nås av brukaren, anhöriga och övriga i personalgruppen på särskild kontaktmannaskapstelefon.

”Arbetsterapeuterna fördelar vårdplaner till omvårdnadspersonalen och de kan hantera dessa och gör uppföljningar. Omvårdnadspersonalen har ett rehabiliterande förhållningssätt och är enligt arbetsterapeuterna bra på att genom aktiviteter behålla den enskildes funktioner. Arbetsterapeuten handleder och instruerar övriga teamet men arbetet med kognitiv checklista och bedömningar för att tydliggöra arbetssättet kan utvecklas” MAR.

## Värdering

Den sammantagna bedömningen är att enheten är godkända inom området ” Personlig omvårdnad och service”



### 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	

Enhetens beskrivning om ”Vård i livet slut”

”Rutiner finns för vård i livets slut som ständigt uppdateras av enhetens palliativa ombud. Det är läkare och sjuksköterska som informerar den enskilde och anhöriga om vården i livets slutskede. Vi sätter alltid in vak in vak vid behov och sjuksköterska och kontaktperson tar kontakt med anhöriga och erbjuder efterlevandesamtal ” enhetens svar.

Enligt kompletterande information från palliativa samordnaren har enheten under 2013 registrerat åtta personer i palliativa registret vilket överensstämmer med antalet dödsfall.

## Analys

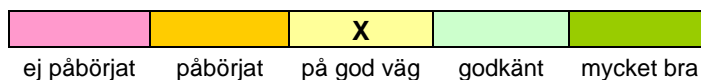
Enheten har rutiner för vård i livets slut och har palliativa ombud. Enheten har som rutin att sätta in vak vid behov i vård i livets slut och det är sjuksköterska och kontaktperson har efterlevnadssamtal med den enskilde och anhöriga.

Enheten registrerar personer som avlider enligt rutin i palliativa registret . Ingen av sjuksköterskorna har gått den heldagsutbildningen i palliativ vård för målgruppen sjuksköterskor. Detta är något som enheten behöver fundera på hur de kan utveckla. Däremot deltar enhetens palliativa ombud kontinuerligt i de ombudsträffar och utbildningar som anordnas för dem. Enligt uppgift från den palliativa samordnaren arbetar enheten bra med vården i livets slut i praktiken och bedömer att den enskilde får en bra vård i livets slut. Enheten behöver dock, som nästan alla andra enheter, utveckla arbetet med validerad smärtskattning och att ha brytpunktssamtal. Enligt den palliativa samordnaren finns indikatorer på att samarbete och informationsöverföring mellan dag kvälls- och nattpersonalen alla kategorier som finns kring vårdtagare i döende fas behöver säkras så att upprättade planer är kända och följs av alla som är inblandade i vården i livets slut.

Enhetens sjuksköterska har påtalat att de har svårigheter med att få och att uppdatera palliativa ordinationer från Lillåns vårdcentral.

### Värdering

Sammantaget bedöms enheten att vården livets slut fungerar för den enskilde i praktiken men att enheten har en del förbättringsområden, som bland annat handlar om att ta fram bättre rutiner för att registrera dödsfall i palliativa registret och att genomföra brytsamtal. Ett arbete som har påbörjats enligt enhetschef.



### 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	



På frågan om trygghet i brukarundersökningen svarade 92 % att man känner sig trygg i hemmet och med den vård och omsorg man får. Resultat placerar Axberg på plats 4 av 16 i jämförelse mellan hemvårdsenheterna.

Enheten beskriver att de är flexibla och försöker möta den enskildes behov och önskemål och att göra ”det lilla extra ” för att alltid hitta lösningar om brukaren har bekymmer och för att de ska känna sig trygga med vården och omsorgen.

På frågan om rutiner finns för att den enskilde ska hållas fri från vårdskador och missförhållanden svara enheten att avvikelse rutinen fungerar bra. Enhetschef ansvarar för att på teamträffar gå igenom avvikelser och ta fram åtgärder på aktuell händelse tillsammans med teamet. Enheten utbildats i hantering av både Lex Maria och Lex Sarah anmälningar Klagomål följs upp och dokumenteras i W3D3 och journal.

Skydds och begränsningsåtgärder

”Skulle behov av begränsningsåtgärd uppstå föregås detta alltid av en individuell bedömning innan åtgärd sätts i och åtgärden är alltid tidsbegränsad med uppföljning av arbetsterapeut. Skydds och begränsningsåtgärder förekommer inte så ofta .

Förebygga trycksår

Vi arbetar förebyggande med att förhindra uppkomst av trycksår och använder oss av Senior Alert i detta arbete. Omvårdnadspersonalen är mycket uppmärksamma behov. Landstingets rekommendationer för sårvård följs.

Förebygga fall

Arbetsterapeut är med vid genomförandesamtalet och observerar brukaren på exempelvis mattor eller höga trösklar så att detta kan åtgärdas innan brukaren faller. Har ett fall rapporterats som avvikelse gör arbetsterapeuten hembesök för att se över miljön hos den enskilde.

Egenkontroll för hygien

Vi har kvalitetsinspektörer i grupperna som uppmärksammar om hygienrutinerna inte följs. Hygienrutinerna går igenom av enhetschef eller kvalitetsinspektör med nyanställd personal. Hygienrutinerna följs upp kontinuerligt. Hygiensjuksköterskan bjuds med jämna mellanrum in för att informera personalen och har nyligen besökt båda grupperna” enhetens svar.

Enheten beskriver att de har beredskap för extremväder och har en lokal rutin som bland annat innehåller prioriteringsordning för insatser. Rutinen uppdateras årligen.

Beredskap för att uppmärksamma och hantera våld i hemmet

Enheten beskriver att de har enhet har erfarenhet av att hantera misstanke om våld i hemmet och att de utifrån händelsen tillsammans diskuterat deras hantering . Vid misstanke om våld i hemmet meddelas detta alltid enhetschef som ansvarar för fortsatt hantering.

Larm

En ny larmorganisation har införts och enheten beskriver att avvikelser har inkommit till enheten. Enheten tillsammans med ny larmorganisation är i en uppbyggnadsfas där arbetet är inriktat på att hitta bra samverkansformer rutiner och hantering ”enhetens svar.

**Analys**

De som får sin vård och omsorg i Axbergs regi är trygga och kan lita på att den hjälp de har behov utförs. Enheten beskriver att de är flexibla och försöker möta den enskildes behov och önskemål och att göra ”det lilla extra ” för att alltid hitta lösningar om brukaren har bekymmer och för att de ska känna sig trygga med vården och omsorgen.

SAS rekommenderar dock att för att behålla det goda resultat som enheten visar i brukarundersökningar på trygghet att enheten förbättrar dokumentation om vad som gör att varje enskild person känner sig trygg alternativt otrygg. Även om insatser som verksamhetens tillgänglighet och höga kontinuitet med säkerhet är bidragande faktorer är det bra att känna till varje enskilds referensramar till trygghet.

”Enheter har generellt ett förbättringsområde vad gäller att identifiera orsak till trygghet eller otrygghet. Axbergs hemvård uppger att de arbetar med att identifiera otrygghet/otrygghet men få av dessa resultat går att återfinna i den sociala dokumentationen” SAS

Avvikelserutinen fungerar bra och teamet har kännedom om rutin och hantering av avvikelser. Medarbetarna har nyligen utbildats i både Lex Maria och Lex Sarah processerna.

”Avvikelserutinen fungerar bra enligt teamet, chefen tar med sig avvikelserna till en teamträff och de tittar på dem tillsammans och gör en gemensam analys. Just nu processar de två avvikelser. Skydds och begränsningsåtgärder förekommer sparsamt i verksamheten. Arbetsterapeuterna ansvarar att dokumentera runt de skydds och begränsningsåtgärder som finns och samverka med teamet

Skydds och begränsningsåtgärder förekommer sparsamt i verksamheten. Arbetsterapeuterna gör miljöanalyser vid alla fallavvikelser.

Ny larmorganisation är införd och det är betydande att samverka mellan enheten och larmorganisation fungerar

Den enskildes behov säkerställs med ett nära teamarbete och täta muntliga rapporter mellan varandra i teamet. Enheten upplever att dokumentationen blir ett merarbete då de har god kännedom om den enskildes behov genom sitt relationsorienterade arbetssätt. Dokumentationen är ett utvecklingsområde.

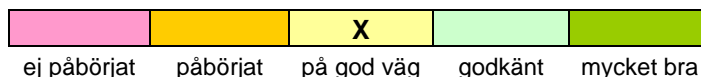
Senior Alert processen behöver tydliggöras. Arbetsterapeuterna gör miljöanalyser vid alla fallavvikelser. Arbetsterapeuterna beskriver att de tar ett stort ansvar när det gäller alla riskbedömningar enligt Senior Alert och upplever att det är helt deras ansvar om det ska bli några bedömningar.

Enheten kan behöva fundera över om och hur det finns behov av en jämnare fördelning av arbetsuppgifter inom teamet för att ytterligare utveckla teamsamverkan i dessa patientsäkerhetsfrågor

Personalen har hög kompetens när det gäller förflyttning – alla ordinarie har gått tredagars förflyttningsutbildning” MAR

## Värdering

Det finns många styrkor inom området ”den enskildes skydd” men att fortsatt utveckling behövs i att dokumentera trygghetsbeskrivningar i genomförandeplaner och att utveckla att registrera och riskbedöma i Senior Alert.



### 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	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	

Enhetens beskrivning av området ”Delaktighet” Enhetens självvärdering är att de lever upp till samtliga kriterier utom det som handlar om att den enskilde erbjuds att ta del av innehållet i den dokumentation som gäller honom/henne och att de behöver förbättra att tillsammans med den enskilde upprätta en levnadsberättelse.

”Kontaktpersonen ansvarar för att dokumentera i besöksplaner hur brukaren vill att besöken ska utföras. Vi kan bli bättre på att beskriva även de korta besöken exempelvis tydligare beskriva hur besök som benämns tillsyn ska utföras utifrån den enskildes önskemål Efter bytet av verksamhetssystem har beskrivning av den enskildes levnadsberättelser stannat av Här behövs en nystart i verksamhetssystemet Treserva göras.

Uppföljning av den enskildes vård och omsorgsbehov sker genom att kontaktpersonen uppdaterar genomförandeplanen var tredje månad, skriver ut och går igenom den med brukaren som skriver under och kopia lämnas till enhetschef. Genomförandeplanen följs upp tillsammans med den enskilde men vi erbjuder inte den enskilde med automatik att ta del av innehållet i den dokumentation som gäller honom/henne utan sker vid uttalat önskemål från den enskilde ”enhetens svar

Granskningen av den sociala dokumentationen som SAS genomför är gjord på sju personer. Urvalet görs slumpmässigt och vid urvalet visade det sig att enbart sju personer hade ett omsorgsbeslut (två personer hade enbart trygghetslarm, en person har enbart hälso- och sjukvård) . SAS granskning är omfattar de sju sociala akter som innehåller omsorgsbeslut.

”Av sju granskade personer har alla medverkat i upprättande genomförandeplaner. Kvalitén på synliggörande av den enskildes röst är varierande. Det är uppenbart att kompetensen finns i verksamheten. En plan är dessutom excellent. I den planen är den enskilde den primära personen och uppgifterna sekundära. Personalen blir en hur-faktor. I andra planer är uppgifterna primära och personalen sekundär och den enskilde osynlig. Källan blir obefintlig. Det går inte att läsa ut vem som beslutat om hur stöd och hjälp ska genomföras.

Enheten berättar att man haft svårigheter att ta till sig Treserva och att kunskapsbrist är en avgörande faktor. SAS kan dock notera att flera olika personer har varit inne och dokumenterat, det indikerar att kunskap finns i verksamheten. Det går inte att läsa ut att uppföljning har genomförts i någon av de sju granskade planerna ” SAS

Enheten beskriver att de arbetar teaminriktat och att enheten är bemannat dygnet runt. Rutiner finns för att överföra information mellan dag, kväll och nattpersonalen. Vidare beskriver enhetschef att det är hon som tar emot uppdrag från biståndshandläggare och omgående fördelar nya brukare till hemvårdsgruppen Hemvårdsgruppen ansvarar för att planerar in besök enligt datum för verkställighet.

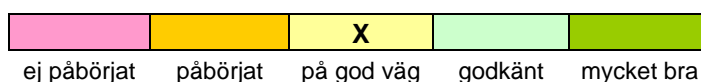
## Analys

”Enheten har ett generellt utvecklingsbehov att utveckla det språkliga i dokumentationen. Textfälten i TES har en begränsning med SAS bedömer ändå att språket kan utvecklas för att tydligare synliggöra den enskildes röst i dokumentationen. Språket i d dokumentationen är kortfattat och exkluderar i den enskilde och innehåller i ganska stor utsträckning instruktioner till kollegor. Det är heller inte ovanligt att man skriver vissa uppmaningar med stora bokstäver, det gör att man som läsare lätt fokuserar enbart på OBS och STORA BOKSTÄVER och riskerar att missa övrig väsentlig information.

Enheten behöver se över sitt processflöde för den individuella vård och omsorgsplaneringen. Det går inte alltid att följa händelser över tid och händelser av betydelse. Den individuella vård och omsorgsprocessen saknas i den löpande journaldokumentationen. SAS bedömer att systematisk egenkontroll kan underlätta för verksamheten. Vilket enhetschefen har för avsikt att genom att bland annat rekrytera en driftsledare.” SAS

## Värdering

Resultat är varierande i synliggörande av den enskildes önskemål i dokumentationen, men SAS bedömer att enheten kan åtgärda dessa förbättringsområden genom egen åtgärdsplan. Bedömning är att enheten är på god väg.



### 3.9 Hälsa- och sjukvård

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Omvårdnadsansvarig sjuksköterska finns tillgänglig för den enskildes behov	X	
Arbetsterapeut finns tillgänglig för den enskildes behov.	X	
Sjukgymnast finns tillgänglig för den enskildes behov	X	
Läkare finns tillgänglig för den enskildes behov	X	
Samverkan sker med andra aktörer utifrån individens behov t.ex. vårdcentral, sjukhus, 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	

Enheten beskriver att det finns en omvårdnadsansvarig sjuksköterska i varje hemvårdsgrupp. Sjuksköterska är alltid tillgänglig på mobiltelefon och kan kontaktas direkt av både brukare, anhörig och omvårdnadspersonalen.

Sjukgymnast deltar på planerade teamträffar och nås på telefon om behov finns. Arbetsterapeut och sjukgymnast träffas en gång i veckan.

Enheten beskriver att det problematiskt med läkarmedverkan och tillgänglighet.

De flesta brukarna tillhör Lillåns vårdcentral men enheten också har brukare som tillhör andra vårdcentraler exempelvis Frövi och Varberga.. Enheten beskriver att de har stora bekymmer med att få till ett samarbete med de olika vårdcentralerna. Enheten saknar planerade rondtider. Samverkan med Lillåns Vårdcentral är begränsad och sker genom att enheten erbjudits en stående tid på Lillåns vårdcentral då sjuksköterskan kan komma för att samtala om brukarna.

Däremot beskriver enheten att samverkan med andra aktörer utifrån individens behov som USÖ, dagvård och korttidsvård fungerar bra. Exempelvis så utbildar USÖ enhetens medarbetare om behov finns av specifik kunskap. Behov av dagvård/dagrehabilitering eller korttidsvård initieras oftast av omvårdnadspersonal eller arbetsterapeut på teamträff.

Instruktion och delegering säkerställs utifrån omvårdnadspersonalens kompetens och sker enligt kommunens rutiner och uppdateras en gång per år. Inför sommaren är det många på

enheten som ska delegeras och i dagsläget ses den lokala rutinen över. Dessutom utbildas fortlöpande all anställd personal för att kunna delegeras.

#### Läkemedel och läkemedelshantering

”För att säkerställa att brukare som har behov av stöd och hjälp med läkemedel tar/får rätt läkemedel och rätt dos i rätt tid används signeringslistor som ska skrivas under. I besöksplanerna dokumenteras om den enskilde har hjälp med att ta/få läkemedel och att signeringslista ska fyllas i. Läkemedelsgenomgångar görs kontinuerligt av distriktssköterska men dokumenteras inte alltid som en läkemedelsgenomgång. Vårdplaner upprättas för brukarens läkemedelsbehov ”enhetens svar

MAS genomgång av Senior Alert visar att enheten hade som mål 2013 att göra 60 registreringar i Senior alert och gjorde 29. För 2014 saknas definierat mål avseende antal. Detta är ett förbättringsområde.

”I dag har enheten 27 personer (9 i en hemvårdsgrupp och 18 i den andra) som har en aktuell riskbedömning registrerad i Senior alert. Det är färre än det antal som borde ha erbjudits en riskbedömning utifrån det antal personer som har hemsjukvård, även här behöver enheten förbättra sig.

För ena gruppen saknas nästan helt dokumentation av registrerade riskbedömningar och åtgärder. För andra gruppen är dokumentationen fullföljd enligt rutin för statistik och vårdplaner men uppföljning saknas för åtgärder avseende nutrition där överensstämmelse mellan registrerade åtgärder och uppgifter i journalen inte överensstämmer. Samverkan i det vårdpreventiva arbetet mellan sjuksköterska och arbetsterapeut är påtagligt och behöver utvecklas. Till exempel en vårdplan om risk för undernäring är skriven av arbetsterapeuten med åtgärder i form av näringsdryck. Behovet och problematiken kring risk för undernäring går inte att återfinna i sjuksköterskans dokumentation. Det går inte att följa händelseförlopp över tid

I de journaler som granskats och som har aktuell riskbedömning och utfall risk för undernäring saknas vårdplaner om åtgärder liksom uppföljning. De som har vårdplaner med åtgärder saknar uppföljning. Man kan inte följa om nutritionsutredning har gjorts. Vikt är inte alltid införd i journalen men finns i registret. Ibland står i journaltext (status) att näringsdryck är förskrivet men uppföljning saknas liksom vårdplan” MAS

#### Analys

Sjuksköterska, arbetsterapeut och även sjukgymnasttillgången för den enskildes behov bedöms vara god. Det finns en omvårdnadsansvarig sjuksköterska i varje hemvårdsgrupp som alltid finns tillgänglig på mobiltelefon och kan kontaktas direkt av både brukare, anhörig och omvårdnadspersonalen. Däremot beskriver enheten att de har problem med att få ett tillräckligt läkarstöd. Sjuksköterskan framför detta som ett stort problem, ansvaret för vården vilar tungt på hälso- och sjukvårdspersonalen i den kommunala vården.

”Arbetsterapeuten i området och sjukgymnasten från Karla Vårdcentral är naturliga medarbetare i arbetslaget. Personalen tar kontakt med båda

yrkeskategorierna vid behov. Arbetsterapeuterna använder sig inte tillräckligt mycket av möjligheten att läsa vårdgrannarnas dokumentation via den nationella patientöversikten NPÖ, här finns ett utvecklingsområde.

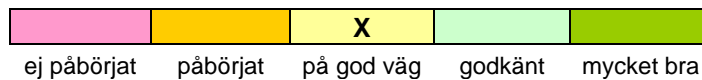
Medicintekniska produkter finns i verksamheten. All personal har förflyttningsutbildning så det fungerar bra berättar personalen och arbetsterapeuterna verifierar detta” MAR

Enheten har en del förbättringsområdet inom området ” Hälso- och sjukvård” som handlar om att utveckla en systematik och struktur för hälso- och sjukvårdsarbetet som innefattar bedömning, analys, åtgärder, uppföljning och i dokumentation synliggörs detta för att kunna påvisa omvårdnadsprocessen i journalen. Andra utvecklingsområde är arbetet med kvalitetsregister genom att utveckla samverkan mellan sjuksköterska och arbetsterapeut avseende riskbedömningar enligt Senior alert” MAS

Enhetens förbättringsområden inom dokumentationen beskrivs under kvalitetskriteriet ”Dokumentation”.

### Värdering

Enheten behöver utveckla en del rutiner för arbetet med Hälso- och sjukvården såsom att utveckla en systematik för bedömning, analys åtgärder och uppföljning. Ett arbete som enligt enhetschef är påbörjat därför blir den sammantagna bedömningen på god väg



### 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	

Enheten beskriver att de satsat på anhörigstödet bland annat genom deras deltagande i anhörigprojektet. Inom ramen för projektet har enheten inventerat anhörigas synpunkter på enhetens anhörigstöd i syfte att utveckla och förbättra stödet till anhöriga.

Det som framkom är att behovet av stöd är väldigt individuellt och att för att tillgodose detta förs nu en dialog med varje brukares anhörig (om den enskilde ger samtycke till det) för att ta reda på hur de vill ha kontakt, stöd och information.

Anhöriga erbjuds att delta i upprättandet av den enskildes levnadsberättelse.  
Alla yrkeskategorier finns tillgängliga för de anhöriga på telefon och mail.

Anhöriga informeras om att den enskildes kontaktperson alltid finns tillgänglig på den särskilda mobiltelefon som varje kontaktperson utrustats med.

Enheten har i flera år haft anhörigträffar där andra stödverksamheter bjudits in för att informera om vilket anhörigstöd som erbjuds exempelvis via anhörigcentrum.

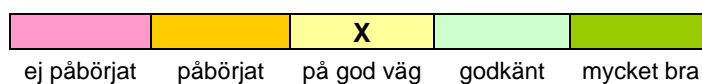
På enheten finns tre utbildade anhörigombud, en lokal rutin för att stödja anhöriga finns och anhöriginformation finns tillgänglig för all personal en särskild pärm . Anhöriga erbjuds avlösning i hemmet och enheten uppger att detta fungerar bra . Tid för avlösning planeras utifrån när den anhöriges önsknings och behov .

### **Analys**

Axberg har satsat på att utveckla stödet och samarbetet med anhöriga. De har utbildade anhörigombud och de är noga med att själva hålla sig informerade och stödformer som erbjuds anhöriga. Kontaktpersonerna finns alltid tillgängliga för den enskilde och även för anhöriga. Det finns en medvetenhet om att det i första hand är den enskildes behov som ska tillgodoses och samarbetet med anhöriga sker utifrån denna utgångspunkt. Enheten vilar i att de klarar sitt uppdrag med att tillgodose de äldres behov och glesbygdssammanhanget skapar naturliga situationer där anhöriga deltar. Kontaktpersonerna är trygga i sina uppdrag och arbetar med att ta tillvara anhöriga som resurs och vara lyhörd för den anhöriges behov av stöd.

Men enheten behöver trots detta fundera över hur de ska säkra att det är den enskilds egen önskan om och med vilken anhörig som kontaktas av personalen och att samtycke tydligt framgår i dokumentationen.

### **Värdering**





### 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	

Om kvalitetskriterier ovan som handlar om ”Tillgänglighet, information och service” svarar enheten att,

”Information med beskrivning av verksamheten på kommunens hemsida finns och är uppdaterad med aktuella uppgifter. Vi har rutiner för kontakt via telefon, e-post och vid besök. Den enskilde får hjälp med information såväl vid tal, syn- och hörselnedsättning och också anlitas tolk vid behov.

**Skriftlig information finns om enheten med kontaktuppgifter till ansvarig chef och andra nyckelfunktioner.** Vi lämnar ut vykort där kontaktmannen finns presenterad med namn och telefonnummer. Vi har kontaktmannaskapstelefoner och lämnar ut de nummer brukare och anhöriga önskar.

#### Analys

Enheten arbetar på bra inom området med Tillgänglighet, enheten finns presenterad på kommunens hemsida och kontaktuppgifter stämmer. Den gemensamma hemsidan som finns för att presentation av hemvårdsenheter ger inte mycket utrymme till att profilera sin enhet. Enheten har ett skriftligt informationsmaterial med kontaktuppgifter som lämnas till den enskilde.

Utmärkande för enheten är den sk kontaktmannaskapstelefon som alla kontaktpersoner är utrustad med och på vilken både brukare och anhöriga når sina kontaktpersoner. Det finns säkrade rutiner för kontakt via telefon, e-post och vid besök.

Resultat i brukarundersökningen visar att 54 % vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål vilket placerar Axberg på plats 11 av 16 hemvårdsenheter. I enhetens årsberättelse redovisas att de haft endast ett klagomål under året.

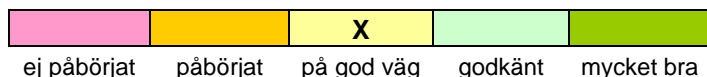
Vid besöket bär alla som vi möter sin namnskylt och i kvalitetsinspektionerna finns inte heller någon anmärkning på att detta inte följs.

Enheten behöver säkerställa den enskildes möjligheter att framföra klagomål och för att leva upp till värdighetsgarantierna. Endast 54 % vet var de ska vända sig om de har

klagomål. Från flera kvalitetsuppföljningar bekräftas bilden av att klagomålshanteringen är ett förbättringsområde inom hela vård- och omsorg.

### Värdering

Tillgänglighet och information fungerar som helhet men det saknas gör en strukturerad hantering av klagomål. Klagomålshanteringen behöver en om/nystart.



### 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	

#### 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	

Enheten har markerat att de lever upp till samtliga kvalitetskriterier inom ”Medarbetare och ledarskap” Enheten beskriver att den är bemannad dygnet runt och att medarbetarnas kompetens tillförsäkras att den enskilde får en god vård och omsorg.

De sista tre vårdbiträdena validerar nu till undersköterskor och är klara med sin utbildning till sommaren och då är all omvårdnadspersonal utbildade undersköterskor i Axbergs

hemvård. Enheten beskriver att medarbetarna har lång yrkeserfarenhet och att de har låg personalomsättning. Enheten beskriver att de arbetar med långsiktig kompetensutveckling som berör alla personalkategorier och att det sker genom att de följer den kompetensstyrningsmodell som Örebro kommun har.

Medarbetarnas kompetensutvecklings behov inventeras i samband med de årliga medarbetarsamtalen. Enhetschef säger att i årsplanen finns dels utbildningar som är gemensamma för alla medarbetare men också vissa specifika utbildningar för enskilda medarbetare allt efter behov. Enheten har utbildade demensombud som ständigt utvecklar kompetensen på olika sätt och som också sprider kunskapen vidare inom enheten.

Kontinuiteten för den enskilde är ett av Axbergs fokus områden och satsningar görs för att bevaka att personalomsättningen för att säkerställa en bra kontinuitet. Enheten har en låg personalomsättning men ser över och följer utvecklingen kontinuerligt för att öka kontinuiteten ytterligare. Från årsskiftet har enheten minskat antalet personer som besöker den enskilde under en två veckors period från 19 till 15. ( Se vidare under rubriken Kontinuitet) .

Det finns en stabilitet i såväl personalgrupp som ledning . Både medarbetare och ledningen uttalar en vilja att prova nya arbetssätt och utmaningar. Utveckling och förbättring sker bland annat inom ramen för projekt ” Ständiga förbättringar inom hemvården” där Axberg deltar men också i mer ”lokala” satsningar som exempelvis att gemensamt arbeta med rutiner som är kända och följs av medarbetare inom olika områden. Enhetschefen betonar vid besöket hennes ambition att utveckla enheten i dialog med medarbetarna .

### **Ledarskap**

Enheten beskriver att alla medarbetare har kännedom om ansvar, roller och arbetsuppgifter. Axberg ingår i projektet ”Ständiga förbättringar i hemvården” och håller som bäst på att arbeta med att förbättra sina processer inom ramen för projektet. Alla medarbetare har fått i utbildning i Leanmetoden och förbättringsarbete.

Alla förbättringsområden som uppmärksammas dokumenteras på en sk förbättringstavla så behov av områden blir synliga och möjlighet till lösningar diskuteras och fastställt och ansvariga utses.

”För att nå framgång i verksamheten krävs ständiga förbättringar och förnyelse av alla delar i verksamheten. För detta har vi ett metodiskt förbättringsarbete som genomsyrar hela verksamheten och en kultur som stimulerar till kreativa förslag och nya idéer” ur verksamhetsplan 2014.

Enheten beskriver vidare att de använder medarbetarenkäten som underlag för utveckling. Enhetschef går tillsammans med medarbetarna igenom resultatet i medarbetarenkäten i syfte att förbättra inom enheten.

### **Analys**

Axbergs hemvård har under många år visat goda resultat inom de flesta områden. Enheten har väl fungerande team i vilka alla yrkeskategorier ingår. Det teaminriktade arbetssättet gör att personalen på ett naturligt sätt ser till den enskildes hela behovssituation och att alla yrkeskategoriers sakkunskap tas tillvara i vården och omsorgen om den enskilde, men också att medarbetare har kännedom om ansvar och

roller och att arbetsuppgifter. Ledningen är tydlig i att Värdegrund och verksamhetsidé ska genomsyra verksamheten.

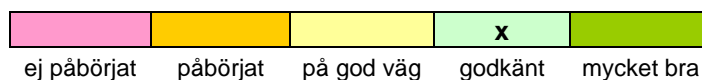
Enheten har en stabil personalgrupp och ledning. Uppfattningen är att medarbetare och chef trivs och att det finns en vilja och ambition att hela tiden förbättra och utveckla enheten. Just nu sker mycket av utveckling inom ramen för projektet” Ständiga förbättringar i hemvården. Enheten använder sig av medarbetarenkätens resultat som underlag för utveckling. Enhetschefen betonar att hon lägger stor vikt vid att arbeta med medarbetardialog i syfte att medarbetarnas ska vara delaktiga och ha möjlighet till påverkan och inflytande i verksamheten för att uppnå trivsel och ansvarstagande.

Enheten har en hög andel utbildad omvårdnadspersonal. Till sommaren är all omvårdnadspersonal utbildade undersköterskor.

Medarbetarnas kompetensutvecklingsbehov inventeras i samband med de årliga medarbetarsamtalen och det finns en årsplanering för utbildningar såväl på individ som på gruppnivå.

### Värdering

Enheten lever sammantaget upp till kvalitetskriterierna. Enheten är bemannad dygnet runt och enheten har en tydlig ledning och arbetsfördelning. Enheten har en hög andel utbildade undersköterskor men enhetens kompetens behöver registreras i verksamhetssystemet personic för att bli synlig.



### 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		
Rutin för egenkontroll av dokumentation HSL finns		

*Dokumentation enligt SOL granskas enligt särskilda kriterier.*

*Dokumentation enligt HSL granskas enligt särskilda kriterier under utveckling.*

Enhetens beskrivning om vad de gör för att leva upp till kvalitetskriterierna inom området ”Dokumentation”.

All omvårdnadspersonalen har genomgått utbildning i den individuella vård- och omsorgsplanerings processen. Alla på enheten har även gått utbildning i Social dokumentation och nyligen har en genomgång gjorts av innehållet i rutinen för

egenkontroll. Alla yrkeskategorier dokumenterar i Treserva och skriver besöksplaner i TES och uppdaterar genomförandeplaner i Treserva. Sjuksköterskorna har genomgått en utbildning i och genomfört en kollegial granskning och arbetsterapeuterna står på tur för att göra samma sak.

SAS har granskat sju sociala journaler. Av dessa är sex stycken godkända. Den ej godkända planen saknar delmål som är relevanta.

Godkänd genomförandeplan	6 stycken
Ej godkänd genomförandeplan	1 stycken
Saknas	0 stycken

Även om SAS har synpunkter på hur den enskildes delaktighet inte fullt ut synliggörs i dokumentationen (se under rubriken delaktighet) uppfyller planerna formalia och bedöms som godkända. Men det innebär inte att verksamheten behöver fortsätta att arbeta med förbättringar. En av planerna bedöms som excellent av SAS och uppmanar enheten att dra nytta och lära av den!

”Det finns ett generellt förbättringsområde för genomförandeplaner i hemvården. De har i stor utsträckningen uppgiftsorienterad information. Dokumentationen skulle få ett större värde och tydliggörande av delaktigheten om planen utgick i jag-form eller person, vilket planen som är excellent gör.

Journalanteckningar är av varierande kvalitet. Hos några personer går det väldigt långt mellan dokumentationstillfälle vilket gör att det är svårt att hitta referensramar, det vill säga från vilket läge bedömer personalen. Det saknas generellt resultat av åtgärder som gör att det inte är möjligt att följa händelser över tid. Det ska dock tilläggas att merparten av de personer som granskats också har dagvård. Tack vare dagvården blir den sammantagna dokumentationen tydligare och möjliggör att följa händelse över tid.

Sammantaget finns det kompetens och kvalitet i verksamheten, utmaningen är att öka kvalitén så att alla brukare har en rättssäker dokumentation.

Det finns också ett förbättringsområde vad gäller att synliggöra den individuella vård och omsorgsplaneringen.

Det ska tilläggas att SAS gjort journalgranskning efter besöket i verksamheten. SAS ser att verksamheten har börjat komplettera med de brister som uppmärksammades i dialogen vid besöket. Det ska verksamheten ha beröm för!” SAS

Enligt MAR är dokumentationen i arbetsterapeuternas journaler godkända .

## **Analys**

Dokumentation enligt SOL

”Dokumentationen i genomförandeplanen som bygger på de besöksplanerna som finns i TES är tillfredställande. Däremot finns ett generellt utvecklingsområde både för enheten Axberg, men också på förvaltningsnivå, att stödja verksamheterna i att hitta ett språkbruk som tillåter korta formuleringar men utan att exkludera den enskildes röst ” SAS.

Enligt SAS har enheten ett bättre resultat än enhetens egen skattning och SAS bedömning är att det finns en drivkraft att genomföra förbättringsåtgärder. SAS uppfattning är att enheten inom ramen för eget utvecklingsarbete kan åtgärda identifierade förbättringsområden som handlar om att synliggöra den enskildes delaktighet i och förbättra språkbruket i dokumentationen. SAS sammantagna bedömning av dokumentationen är att enheten är på god väg.

Dokumentation enligt HSL

Enligt MAR är dokumentationen godkänd men det behövs en viss kunskaps påfyllning vad det gäller arbetsterapeuternas bedömningsdel i journalerna och hur fördelning av vårdplaner till personalen ska ske. En vidareutveckling som är påbörjad.

”Vid granskning av 10 arbetsterapijournaler så finns de data som ska finnas men strukturen i journaldokumentationen behöver förändras, där bedömningar av aktivitetsförmågan och aktivitetspreferenser behöver tydliggörs. Arbetsterapeuterna är väl medvetna om detta och kommer att utveckla och förändra detta direkt.”MAR

Enligt MAS behövs bedömning, analys, åtgärder och, uppföljning i dokumentationen synliggöras och är ett förbättringsområde.

”De förbättringar som behövs göras i journalen avspeglar sig sannolikt inte det faktiska arbetet som enheten utför. Brister i dokumentationen är inte unikt för Axbergs hemvård utan mer av ett generellt problem som är känt och där enhetschefer behöver ta ansvar för att utveckling sker med hjälp av framtagna rutiner och manualer. Bidragande till situationen är nytt dokumentationssystem som kräver fler moment för att dokumentera rätt än tidigare verksamhetssystemet och som medfört ett förändrat arbetssätt i vardagen för dokumentationsskyldig personal” MAS

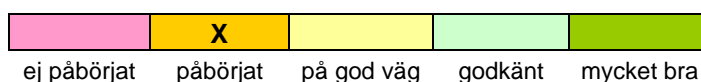
Identifierade förbättringsområden omfattas av nedanstående punkter:

- Utveckla en systematik och struktur för bedömning, analys, åtgärder, uppföljning och i dokumentation synliggöra detta för att kunna påvisa omvårdnadsprocessen i journalen.
- Formulera omvårdnadsdiagnoser i vårdplaner med åtgärder och uppföljning och fördela åtgärder som ska utföras av personalen.

MAS bedömning är att behovet av förbättring av dokumentationen i hälso- och sjukvårdsjournalen är av sådan karaktär att åtgärder behövs göras och att dessa särskilt redovisas i nämnd.

## Värdering

SoL dokumentationen och HSL dokumentationen som bedöms av MAR bedöms sammantaget på god väg men den del i HSL dokumentationen som bedöms av MAS kräver att åtgärder redovisas i nämnd och bedöms som påbörjat.



## 4 Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat

### 4.1 Sammanfattande tabell bedömning av alla kriterier

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

## 4.2 Resultat av granskningen – en sammanställning

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

Typ av kvalitet	Förklaring	Granskat	Bedömning
<b>Struktur-kvalitet</b>	Resurser som personal, byggnad, lokaler, utrustning	Dokument, besök	<u>God kvalitet</u> Grundutbildad och stabil personalstyrka <u>Behöver förbättras</u> Enheten har ej tillräckligt läkarstöd  läkarstöd  <u>Bristande kvalitet</u>
<b>Process-kvalitet</b>	Arbetsätt, rutiner, funktion	Dokument, besök	<u>God kvalitet</u> Kontinuitet , Personlig omvårdnad  <u>Behöver förbättras</u> Dokumentation SOL , klagomåls hantering <u>Bristande kvalitet</u> Dokumentation HSL, vårdplaner , kvalitetsregister
<b>Resultat-kvalitet</b>	Bemötande, trygghet, smärtlindring mfl	Dokument, brukarundersökningar, besök	<u>God kvalitet</u> Bemötande o trygghet  <u>Behöver förbättras</u>  <u>Bristande kvalitet</u>

Axbergs hemvård bedriver en vård och omsorg som totalt sett är bra och de lever upp till de allra flesta kvalitetskriterier. Det finns förbättringsområden inom den sociala dokumentationen men som kan klaras av i enhetens eget pågående förbättringsarbete.

Åtgärder krävs dock för att förbättra registrering i kvalitetsregistren och dokumentationen inom häslo- och sjukvårdsområdet som kräver särskild redovisning i nämnd. .



## Källhänvisningar

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

Tillgänglig 20140512 på <http://www.orebro.se/1935.html>

Bra Vå

Tillgänglig 20140512 på <https://vardforbundet.se/BraVard/Kvalitetskrav/> ]