



2013 10 23

Diariernr,
Vv 375/2013

Rapport

Kvalitetsuppföljning

Marklyckans hemvårdsenhet

September 2013

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

Sammanfattning

Förvaltningskontor Vård och stöd har på uppdrag av Vård- och omsorgsnämnd Väster utfört en kvalitetsuppföljning på Marklyckans hemvårdsenhet

Uppföljningens syfte är att göra en samlad granskning av verksamhetens kvalitet. Förvaltningskontoret bedömer att den enskilde inom Marklyckan får en vård och omsorg av god kvalitet.

Denna uppföljning (typ 2) är den åttonde i ordningen av en hemvårdsenhet som har genomförts sedan 2010.

Marklyckan har under en tid haft fokus på att få en ekonomi i balans vilket är en bidragande orsak enligt enhetschefen till att utvecklingsarbetet avstannat en del och att enheten har förbättringsområden. Uppföljningen visar att enheten har både styrkor och förbättringsområden.

Uppföljningen visar att enhetens styrkor finns inom Bemötande, Mat och måltid och Hälso- och sjukvård. Bemötandefrågor och respekt för den enskildes självbestämmande och integritet är ett väl inarbetat förhållningssätt. Mat och måltid fungerar, måltiderna serveras i brukarnas egna hem utifrån den enskildes egna behov och önskemål. Brukarna får en god hälso- och sjukvård och enhetens arbete stärker patientsäkerheten.

Uppföljningen visar att enhetens förbättringsområden finns inom, Aktiv och Meningsfull tillvaro, här behöver enheten bli bättre på att göra aktivitets- och funktions- bedömningar för att få fram den enskildes resurser och förmågor. Kontinuitet, Kontaktpersons roll och uppdrag kan behöva en omstart. Den personliga omvårdnaden fungerar som helhet men dokumentationen kan förbättras. Anhörigstödet fungerar även det som helhet men kan förbättras genom att exempelvis utbilda anhörigombud. När det gäller området, Tillgänglighet så handlar det om att klagomålshanteringen behöver ses över.

Uppföljningen visar vidare att enheten behöver arbeta med att förbättra, Medarbetare och Ledarskap, Delaktighet och Dokumentation.

Inom Medarbetare och Ledarskap behöver enheten ta fram en plan för långsiktig kompetensutveckling och utveckla sin förmåga att arbeta med ständiga förbättringar. Inom kvalitetsområdet, Delaktighet, handlar det om att beskriva den enskildes delaktighet i dokumentationen. Dokumentationen som helhet behöver förbättras för att bli godkänd utifrån lagstiftade krav.

Marklyckan behöver till nämnd särskilt redovisa plan för hur de tänker sig att utveckla dokumentationen och plan för kompetensutveckling.

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till Vård- och omsorgsnämnd Väster

- Marklyckan rapporterar till Vård- och omsorgsnämnd i sin enhetsplan (2014) och i kommande delårs- och årsberättelse om hur de åtgärdar identifierade förbättringsområden för att leva upp till kraven.
- Marklyckan redovisar i april 2014 till nämnd plan för hur de tänker sig att utveckla dokumentationen så att den lever upp till lagstiftade krav och att synliggöra den enskildes delaktighet och inflytande i dokumentationen.
- Marklyckan redovisar i april 2014 till nämnd plan för långsiktig kompetensutveckling som berör alla personalkategorier och som innebär att
 - medarbetarna ska ha den kompetens som behövs för att klara av sina arbetsuppgifter
 - enheten har utbildade undersköterskor
 - medarbetare har grundläggande kunskaper inom demenssjukvård och möjlighet till ständig fortbildning/fördjupning .

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.....	3
1.6	Begreppsdefinitioner.....	4
2	Resurser, organisation.....	5
3	Resultat	6
3.1	Resultat- brukarundersökning 2012.....	6
3.2	Resultat - processmått delår 2 2013.....	6
3.3	Resultat - medarbetare delår 2 2013	6
3.4	Resultat - ekonomi delår 2 2013	7
3.5	Aktiv och meningsfull tillvaro	8
3.6	Bemötande	9
3.7	Kontinuitet	10
3.8	Mat, måltid och nutrition	13
3.9	Personlig omvårdnad och service	14
3.10	Vård i livets slut.....	17
3.11	Den enskildes skydd	19
3.12	Delaktighet.....	21
3.13	Hälso- och sjukvård	23
3.14	Anhörigstöd	26
3.15	Tillgänglighet och information	27
3.16	Medarbetare och ledarskap	28
3.17	Dokumentation	30
4	Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat.....	32
4.1	Sammanfattande tabell bedömning av alla kriterier.....	32
4.2	Resultat av granskningen – en sammanställning	33

1 Inledning

1.1 Bakgrund

1.2 Syfte

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

1.3 Mål

Målet med uppföljningen är att :

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

1.4 Metod för uppföljning

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

Uppföljningen av verksamheten har skett i tre delar

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

Inför besöket har insamling av data skett i form av:

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

¹ Riktlinje för verksamhetsuppföljning av enheter i vård och omsorg

² Egen tillämpning efter A. Donabedian.

³ Gäller ej entreprenader som redovisar resultat från egna medarbetarundersökningar.

Den andra delen av granskningen har bestått i att besöka enheten. Vid besöket har en checklista för kvalitetskrav använts. Listan har grupperat kvalitetskriterier⁴ i 13 kvalitetsområden och har skickats ut i förväg till enheten. Enheten gör en självvärdering av hur väl de lever upp till kraven och återsänder listan ifylld innan besöket.

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) /biståndshandläggare. Andra professioner som ekonom, lokalsamordnare och anhörigstrateg har konsulterats i förberedelsearbetet.

Vid granskningen deltog enhetens enhetschef, två sjuksköterskor, en arbetsterapeut och en undersköterska .

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

Vid besöket på Marklyckans hemvård hade gruppen följande sammansättning:

Gunilla By, granskningsansvarig

Owe Fjellborg, planerare

Rebecka Ardeman-Merten MAS

Inga Blomstrand, MAR

Malin Duckert, SAS

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

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

1.6 Begreppsdefinitioner

Begrepp	Beskrivning
Kvalitet	Förmågan att leva upp till behov och krav hos dem vi är till för
Struktur/resurs kvalitet	Här förmåga att använda byggnad, utemiljö, utrustning, teknik, anställdas kompetens för dem vi är till för
Processkvalitet	Förmåga att med tilldelade och skapade resurser använda och utveckla arbetssätt, rutiner, så att det 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 (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

Marklyckans hemvård har sin lokal på Älvtomtagatan i den Västra stadsdelen av Örebro i det som tidigare har varit Älvtomta Vårdcentral. Lokalerna är väl tilltagna och ändamålsenliga. Brukare med insatser från Marklyckans hemvård bor i området runt Älvtomtagatan och på Marklyckans trygghetsboende. Området består av både villabebyggelse och hyresfastigheter. Geografiskt är området inte större än att personalen kan ta sig till och från brukarna med cykel.

Marklyckans Verksamhetsidé i Verksamhetsplan 2013

Vi ska erbjuda en individuell vård, omsorg och rehabilitering för våra brukare i nära samarbete med anhöriga/närstående. Insatserna ska grundas i ett salutogent förhållningssätt och resultera i personlig livskvalitet. Vi vill kännetecknas av:

Att vi har hög kompetens, är lyhörda, tillgängliga och empatiska.

Att vi är flexibla

Att vi har god teamsamverkan

Att vi har brukaren i fokus

Att vi har fokus på aktivitet och självständighet

Att vi är en attraktiv arbetsplats där arbetsklimatet präglas av öppenhet, samarbete och delaktighet.

Att vi har ett nära ledarskap

Inom Marklyckan arbetar vi utifrån ett salutogent förhållningssätt vilket innebär att vi fokuserar på det friska, att vi utgår från det våra brukare kan och inte det som inte fungerar. Att både brukare och medarbetare känner att de begriper och förstår sammanhanget i den situation de befinner sig i, att det som görs är meningsfullt och hanterbart.

Brukarstatistik

Antal brukare - Hemvård Marklyckan	Antal 2013
Omsorg	66
Service	93
Mat	53
Larm	127
HSL	73
Avlösning	1
Antal brukare totalt	151

Tabell ovan visar hur många personer som finns inom respektive insatskategori.

Det totala antalet brukare med en insats från hemvården är 151.

Personalresurser

Resurser enligt budget 2013 Marklyckan	Omv Dag/Kväll	Omv Natt	SSK	AT	Adm	Ledning	Övriga	Summa Budget
Antal årsarbetare per yrkeskategori (åa)	17,09	0,00	0,00	0,00	0,38	1,00	0,00	18,47
Antal anställda per yrkeskategori (st)	23,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	25,00
Total budget 2013 (Tkr)	-1 499							

Inom Marklyckans hemvård arbetar en enhetschef som har budget- och personalansvar för 25 medarbetare som är indelade i 2 grupper. Enheten har tillgång till två distriktssköterskor och till en arbetsterapeut. Dessa yrkeskategorier sorterar under en annan chef, och leds inte av enhetschefen som ansvarar för Marklyckans hemvård.

3 Resultat

I en jämförelse av det sammanvägda resultatet för 2012, där brukarundersökningsresultat vägs samman med processmått, medarbetarmått och ekonomimått kommer enheten på plats 13 av vård och omsorgs 15 hemvårdsenheter. Enheterna rangordnas även inom respektive indikator.

3.1 Resultat- brukarundersökning 2012

Brukarnas uppfattning

Mått*	2011	2012	2013	Rikt värde	Målupp fyllelse
Andel nöjda med bemötande	68%	91%	ej mätt	95%	
Andel nöjda med trygghet	68%	86%	ej mätt	83%	
Andel nöjda med inflytande och delaktighet	35%	64%	ej mätt	81%	

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

Tabell ovan visar resultat från brukarundersökning år 2012 (är det senaste resultatet som finns att tillgå). Marklyckans resultat visar att 91 % är nöjda med bemötandet vilket placerar enheten på plats 12 av 15. När det gäller inflytande och delaktighet hamnar de på plats 15 medan resultatet för trygghet ligger över riktvärdet och ger dem placering 5 .

3.2 Resultat - processmått delår 2 2013

Processer

Mått	2011	2012	2013	Rikt värde	Målupp fyllelse
Andel brukartid	41,8%	54,7%	56,3%	62,8%	
Antal personer som besökt brukaren	saknas	21	20	15	
Andel med kontaktperson	100%	100%	ej mätt	100%	
Andel med genomförandeplan	75%	21%	ej mätt	100%	
Andel delaktiga i genomförandeplan	88%	71%	ej mätt	100%	
Andel åtgärder på bedömd risk i senior alert	saknas	saknas	33%	90%	

Ett av processmått för hemvården är andel brukartid. Marklyckan når inte sitt målvärde i mätningen från delårsuppföljning 2013. Ett annat processmått är personkontinuitet som mäter antal personer som besöker en hemtjänsttagare under 14 dagar. Marklyckans resultat visar att 20 personer besöker brukarna under mätperioden. Riktvärdet här är 15. I jämförelse med övriga hemvårdsenheter hamnar Marklyckan på plats 13 av 15. I mätning 2012 når enheten målvärdet för kontaktperson men är långt ifrån målvärdet för genomförandeplaner.

3.3 Resultat - medarbetare delår 2 2013

Medarbetare

Mått	2011	2012	2013	Rikt värde	Målupp fyllelse
Korttidsfrånvaro (antal dagar/anställd)	13,5	6,1	14,5	minska	
Genomsnittlig sysselsättningsgrad	88,1%	81,0%	79,6%	öka	
Andel utbildad omvårdnadspersonal	94%	54%	ej mätt	91%	
Medarbetarindex*	63	ej mätt	ej mätt	62	
Rekommendera vän att arbeta i kommunen*	42	ej mätt	ej mätt	52	

Marklyckans medarbetare har enligt statistiken en korttidsjukfrånvaro på ca 14 dagar per anställd vilket är en ökning mellan de olika uppföljningstillfällena. I jämförelse med andra

hemvårdsenheter återfinns Marklyckan plats 6 av 15 . Resultat från medarbetarundersökningen som genomfördes 2011 visar ett medarbetarindex på 62 vilket är i nivå med riktvärdet och placerar enheten på en nionde plats av 15.

3.4 Resultat - ekonomi delår 2 2013

Ekonomi

Mått	2011	2012	2013	Rikt värde	Målupp fyllelse
Resultat (Tkr)	28	-1 480	-1 996	0	
Timvikariekostnad (Tkr)	1 371	1 213	860	1 213	
Kostnad för utskrivningsklara (Tkr)	1 416	317	638	125	
Kostnad för köp av ssk från bemanningsföretag (Tkr)	286	459	145	459	
Personalkostnad per utförd timma (Kr/tim)	640	506	499	392	

Enhetens ekonomiska resultat från årsberättelse 2012 och delår 2 2013 visar att de har högre kostnader än tilldelad budgetram. I jämförelse med andra hemvårdsenheter hamnar Marklyckan på plats 14 av 15.

Klagomål

Klagomål	30-jun
Antal klagomål totalt*	1
- varav kvinnor	1
- varav män	0
- varav personalrelaterade	1
- varav insatskvalitet	0
- varav resursbrist	0
- varav övrigt	0
Antal klagomål som lett till förbättringsåtgärd	0
Andel klagomål som lett till förbättringsåtgärd	0%

* Redovisas ackumulerat från 1/1 till måttillfället.

Enheten har ett registrerat klagomål. Av brukarundersökning framgår att 41 % vet var de ska vända sig om de har klagomål.

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.

3.5 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	

Resultat från brukarundersökning på frågan om personalen brukar ta hänsyn till dina åsikter, och om önskemål om hur hjälpen ska utföras har 64 % svarat ja alltid eller oftast. I kommunen är det 80 % som är nöjda med hur personalen tar hänsyn till den enskildes önskemål. Enligt enhetens självvärdering lever de upp till kvalitetskriteriet om att den enskilde har möjlighet att ha kontakt med släkt och vänner och det sker genom att de hjälper den enskilde att förmedla kontakt.

På frågorna om aktivitets- och funktionsbedömningar görs och om hur enheten arbetar med den enskildes möjligheter till individuella aktiviteter lämnar enheten följande svar.

”Aktivitets- och funktionsbedömningar görs om det framkommer att det finns behov av det. Aktiviteter som erbjuds är främst i form av dagvård . De boende inom Marklyckans hemvårdsområde erbjuds promenader om önskemål finns. Insatsen, promenad planeras in i verksamhetssystemet TES vilket ska säkra att insatsen utförs” enhetens svar

”10 journaler är granskade av MAR. Av dessa journaler innehöll sju arbetsterapianteckningar, de andra 3 patienterna hade inte varit föremål för arbetsterapiinsatser. Ingen av journalerna innehöll en funktions och aktivitetsbedömning.” MAR

”Hela 5 journaler innehöll anteckningar från dagverksamhet, varav en hade en fin aktivitetsbedömning från dagrehabilitering. Det är anmärkningsvärd att hälften av de granskade journalerna hade personer som var aktiva i dagverksamhet, det är en mycket hög siffra. Om det beror på att just dessa patienter slumpades ut i de 10 journalerna går inte att analysera” MAR

Enheten beskriver att de har samarbete med frivilligorganisationer eller andra aktörer men att det huvudsakliga samarbetet är med kommunens Väntjänst och till viss del med värdinnorna på Marklyckans trygghetsboende.

Analys

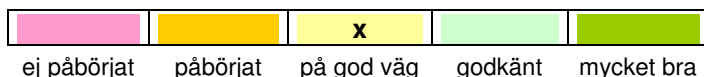
Enligt enheten genomförs aktivitets- och funktionsbedömningar i de fall då det framkommer att det finns behov av det och att det är den enskilde själv som ska påtala behovet. Enhetens förhållningssätt att ”vänta in” att den enskilde själv framför ett behov uppges ha sin grund i att respektera den enskildes självbestämmande och integritet.

”För att den enskilde ska få en aktiv och meningsfull tillvaro där stödet ges på rätt aktivitetsnivå fodras aktivitets och funktionsbedömningar. Aktiviteter och funktionsbedömningar görs endast ”vid behov” och finns inte i dokumentationen. Vid granskningen visade det sig att den enskildes aktiviteter inte tas tillvara. Arbetsterapeuten används inte på ett strukturerat sätt som en resurs till personalgrupp och chef i dessa frågor. Ett utvecklingsarbete har påbörjats med dokumentation av bedömningar som grund” MAR

Enheten behöver utveckla sitt arbetssätt så att det är möjligt för personalen att motivera och hjälpa den enskilde till insatser som stärker dennes resurser och förmågor men naturligtvis med den enskildes självbestämmande för ögonen. Ett arbetssätt där personalen i dialog med den enskilde skapar förutsättningar för aktiv och meningsfull tillvaro och som gör situationen begriplig och hanterbar för den enskilde .

Värdering

Enheten behöver bli bättre på att göra aktivitets- och funktionsbedömningar och att i dialog med den enskilde skapa förutsättningar för aktiv och meningsfull tillvaro. Enheten har påbörjat ett utvecklingsarbete därför blir den sammantagna bedömningen på god väg.



3.6 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

Marklyckans resultat i brukarundersökningen visar, då man lägger ihop de som svarat ja alltid de som svarat ja oftast, att 91 % är nöjda med bemötandet. Totalt i kommunen är 95 % nöjda med bemötandet. I jämförelse med övriga hemvårdsenheter placerar sig Marklyckan på plats 12 av 15.

”Bemötandefrågor är ett ständigt utvecklingsområde. Den enskildes integritet och självbestämmande respekteras av personalen. Diskussioner förs i ämnet på arbetsplats träffar. För att säkra att personalen respekterar den enskildes självbestämmande och egna önskemål ska det tydligt framgå i genomförandeplanerna om hur den enskilde vill ha sin vård och omsorg ”enhetens svar.

Granskningsgruppen besökte fyra personer som har insatser från hemvården och från dessa besök rapporteras att alla var nöjda med personalens bemötande.

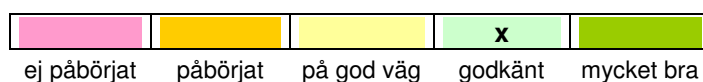
På frågan om verksamheten har tagit ställning till hur olika livsåskådningar bland de äldre ska respekteras svarar enheten att det är ett förbättringsområde och att fördjupade diskussioner behövs inom enheten.

Analys

Bemötandefrågor och respekt för den enskildes självbestämmande och integritet är ett inarbetat förhållningssätt. Bemötandefrågor och förhållningssätt diskuteras och hålls aktuella i olika forum på enheten. Att respektera den enskildes i självbestämmande och integritet är så förankrat att det kan uppfattas ske på bekostnad av att erbjuda hjälp om den enskilde inte själv uttrycker ett specifikt behov eller önskan. Om enheten har ambitionen att arbeta salutogent så behöver de utveckla att arbeta med KASAM, göra situationer begripliga, hanterbara och meningsfulla för den enskilde. Enheten deltog i vård och omsorgs gemensamma värdegrundsbildning men det fortsatta arbetet med förankring har inte prioriterats.

Värdering

Enheten respekterar den enskildes i självbestämmande och integritet och de har ett bra resultat i brukarundersökningen på bemötande, men behöver bättre förankra värdegrundsarbetet och i praktiken omsätta begreppet salutogent förhållningssätt. Sammantaget blir bedömningen godkänt.



3.7 Kontinuitet

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Så få personer som möjligt ska vara inblandade i vården och omsorgen så att den enskilde får hjälp av personal som han/hon känner igen.	x	
Hjälpsatserna planeras så att de utförs efter den enskildes behov och önskemål oavsett vem i personal-gruppen 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	

Om kvalitetskriteriet inom kontinuitet, att 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 svarar enheten att

”Arbete pågår för att minska antalet personer som besöker den enskilde så långt det är möjligt. Särskild satsning pågår för att brukare med omfattande behov av vård och omsorg och för brukare som är i behov av vård i livets slutskede ska möta samma personal vid alla besök under dagen. Ett annat sätt för att uppnå bra kontinuitet är att kontaktperson som är i tjänst alltid ska prioritera att besöka i första hand ”sin” brukare ”

Enhetschefen beskriver svårigheter med att nå bra personkontinuitet då det ekonomiska målet, en ekonomi i balans, krockar med målet att så få personer ska besöka den enskilde. På enheten pågår en översyn för att förbättra bemanningsplaneringen i syfte att bemanna efter brukarnas behov i större utsträckning och för att förbättra personkontinuiteten. För att insatser ska utföras efter den enskildes behov och önskemål oavsett vem i personalgruppen som utför dem ska det tydligt framgå av besöksplanerna vilka insatser som ska utföras och hur.

Mätning om personkontinuitet i förvaltningen visar att inom Marklyckans hemvård är det 21 personer som besöker en hemtjänsttagare under en 14 dagars period. Marklyckans resultat är ganska långt från målvärdet som är 15 och placerar dem på plats 13 av 15 hemvårdsenheter

”Resultatet av de granskade planerna är att man generellt tappat att beskriva var och hur stöd och hjälp ska utföras. Till exempel i en plan framkommer det att en person ska ha hjälp att klä sig. Det framkommer inte om detta till exempel önskas ske i sovrummet eller badrummet. Man kan heller inte läsa ut vad personen klarar själv. Man kan gissa sig till att personen troligtvis klarar att medverka eftersom morgonbesöket enbart inkluderar påklädning, diska, sopor, omvårdnadsstöd. Merparten av de korta instruktionerna lämnar frågetecken och ger inget stöd i att möta den enskilde utifrån dennes resurser och förmågor. Det är också anmärkningsvärt att det förekommer inaktuell information i genomförandeplanerna.

Sammantaget får man som läsare av genomförandeplanerna en bristande bild av hur den enskilde önskar att besöket ska utföras. Det är ett förbättringsområde att synliggöra den enskildes vanor och önskemål i samband med stöd och hjälp
”SAS ”

På frågan om rutiner finns för att fånga upp förändrad behovssituation beskriver enheten att de har daglig morgonrapport i vilken all personal som ska arbeta under dagen inklusive sjuksköterska och arbetsterapeut deltar. Den enskilde får muntlig information om eventuellt byte av personal men de behöver förbättra sina rutiner för att informera brukarna då oplanerade händelser, exempelvis mycket larm, som medför förseningar och som gör att grundplaneringen förändras.

Resultat från brukarundersökningar visar att 43 % alltid eller oftast får besked om ändrad tid och att 66 % (i Örebro kommun 79 %) svarar alltid eller oftast på om personalen kommer på uttalad tid.

På frågan om det finns utsedda kontaktpersoner med tydligt ansvar och om de är kända för alla brukare lämnar enhet följande svar.

”Kontaktman med tydliggjort ansvar finns för alla brukare. Kontaktpersonerna är kända är presenterade för brukarna . Däremot är kontaktmannskapet inte helt

tydligt till brukare som har mattjänst och eller larm som enda insats. Vi behöver fortsätta att arbeta med förbättringar och att förtydliga kontaktpersonens betydelse och ansvar i verksamheten. Som ett led i att förbättra informationen till brukarna om vem som är dennes kontaktperson har enheten tagit fram en skriftlig information som delas ut till alla brukare”

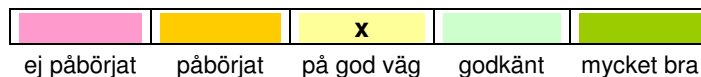
Analys

Enhetschefen framhåller att åtgärder i syfte att öka personkontinuitet pågår. Främst handlar det om att noggrant planera för utförande av insatser. Det handlar också om att hitta möjligheter för kontaktpersoner så att de i första hand utför insatser hos de brukare som de är kontaktperson för. Samarbete mellan olika yrkeskategorier verkar fungera. Vid besöket säger de som deltar från enheten att teamarbetet är värdefullt och att det fungerar bra. Enheten tar till vara på den gemensamma kompetensen i personalgruppen för att tillgodose den enskildes hela behovssituation och för att så få personer som möjligt besöker den enskilde.

Det verkar finnas bra rutiner för att informera varandra i teamet om brukarnas behovssituation. Tid är avsatt varje morgon för rapportering och all personal som arbetar under dagen deltar. För att inte ”tappa fart” krävs ständig utveckling och aktualisering av kontaktpersonens betydelse, roll och uppdrag. Vid besöket framkommer att utveckling av kontaktmannaskapet fått stå tillbaka något i och med enhetens fokus på en ekonomi i balans och en omstart kan behövas för fortsatt utveckling.

Värdering

Enheten har ett fungerande teamarbete, bra rutiner och tid för överrapportering. Enheten planerar noggrant dagen för att så få som möjligt ska besöka brukarna. Kontaktpersons roll och uppdrag kan behöva en omstart, men sammanstaget är enheten på god väg.



3.8 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 Marklyckans hemvårdsområde serveras kall mat som levereras från Norrbyhemmets kök. Möjlighet finns att välja på två rätter. Vid dagens besök serverades levergryta och makaronilåda. Teamet som besökte Marklyckans hemvård och som åt dagens lunch tyckte alla att maten smakade bra. Även de brukare som granskningsgruppen besökte var nöjda med maten.

På frågan om alla brukare har en individuell kostplan svarar enheten att det i huvudsak är brukare med omfattande insatser som har en kostplan upprättad. Vidare beskriver enheten att måltiderna serveras i den enskildes ordinarie bostad. 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. De som bor på trygghetsboendet får ledsagning ned till matsalen av hemtjänstpersonalen eller av boendets värdinnor.

Enheten uppger att de har en lokal rutin för egenkontroll av livsmedelshygien, rutiner för riskbedömning, åtgärder och uppföljning av vikt, närings- vätskebehov och att de lever upp till att måltider sprids jämt över dygnet. För patienter med omfattande behov ska måltider och mellanmål planeras in i TES. Riskbedömningar är ett pågående arbete som görs i Senior Alert.

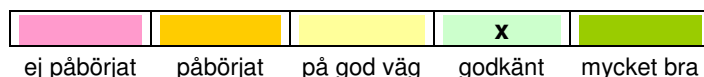
I MAS dokumentationsgranskning (tio journaler) finns dokumentation om att riskbedömningar gjorts i Senior Alert i sju journaler. I tre journaler finns uppgifter om risk för undernäring och i två journaler finns uppgifter om att patienter är undernärda. De tre journaler där uppgifter om risk för undernäring finns är en vårdplan upprättad. Däremot saknas vårdplan för nutrition för de patienter som enligt dokumentationen är undernärda. Dokumentation om vilka arbetsuppgifter som är fördelade till omvårdnadspersonal finns i två av de 10 granskade journalerna.

Analys

Det är inte möjligt att göra analys och bedömning mot bakgrund av brukarundersökningsresultat då mat och måltid inte är befrågad i brukarundersökning 2012. Mat och måltid, verkar dock fungera utifrån en hemvårdsenhets förutsättningar. 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. Samarbetet mellan Trygghetsboendets värdinnor och hemtjänsten vad det gäller vem som ska hjälpa brukarna med att bära bricker i matsalen som tidigare varit ett problem fungerar numera bra. Av MAS dokumentationsgranskning framgår att av tio journaler finns dokumentation i sju om att riskbedömningar som är gjorda i Senior Alert men att enheten behöver utveckla att tydligare dokumentera om nutrition och om vilka arbetsuppgifter som är fördelade till omvårdnadspersonal.

Värdering

Den sammanvägda bedömningen blir godkänt.



3.9 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	

Att den enskilde stimuleras att använda sin förmåga att klara sig själv är ett av kvalitetskriterierna. Enheten menar att de lever upp till detta genom att i det direkta vård- och omsorgsarbetet arbeta rehabiliterande. Diskussioner om betydelsen av rehabiliterande förhållningssätt och hur personalen ska utföra insatser förs på teamträffar. Enligt den personal som deltar vid besöket handlar det mycket om att i stunden motivera den enskilde att klara sig själv. Det kan exempelvis handla om att motivera den äldre att själv gå från säng till matbord / toalett. För att säkerställa att den personliga omvårdnaden utförs på ett varsamt sätt har distriktssköterskor och arbetsterapeuten handledning och utbildning vid behov till övrig personal.

Inom ramen för kvalitetsuppföljningen på Marklyckan har MAS granskat tio hälso- och sjukvårdsjournaler. Områden inom dokumentationen som granskats är kontinens, ångest, oro, sömn, smärta, avvikelser och Senior Alert gällande trycksår, fall, nutrition och munhälsa. Andra områden var läkemedelsgenomgångar samt den palliativa vården.

”I samtliga granskade journaler tyder diagnoserna på stora sammansatta vårdbehov” MAS

Munvård.

Enhetens beskriver att det framförallt är brukare med mer omfattande behov som också behöver och har med munvård.

”I nio journaler finns det inga uppgifter om patienternas behov av hjälp med munvården. I en journal finns dokumentation om att en bedömning är gjord med bedömningsinstrumentet ROAG. Bedömningen visar att patienten inte har någon risk för dålig munhälsa. Det saknas uppgifter om vilka omvårdnadsinsatser som ges individuellt för att varje patient ska kunna klara av att sköta sin egen munvård så länge som möjligt ” MAS

Kontinens

Beskrivningen från Marklyckan hemvård är att toalettbesök planeras kontinuerligt in i besöksplanen hos brukare med behov om hjälp och att inte distriktssköterskan skriver ut inkontinensskydd om det inte är nödvändigt.

”I två journaler av tio finns uppgifter om inkontinens, varav en har en vårdplan med fördelade arbetsuppgifter till omvårdnadspersonalen. Det saknas uppgifter om hur stöd ges i att behålla sin kontinens i dokumentationen” MAS

Oro och ångest.

Enhetens beskrivning om hur de arbetar för att den enskilde får hjälp att hantera eventuell oro och ångest är att det sker i samband med hembesök hos den enskilde och den enskildes möjligheter att få och använda larmet vid oro. Vidare beskriver enheten att sjuksköterska eller den palliativa sjuksköterskan har samtal med personer med oro.

”I tre journaler av tio finns dokumentation om oro i samband med urinvägsinfektion, inför besök på dagvården och en oro som kan bero på en demenssjukdom (utredning pågår). Dessa journaler saknar vårdplaner.

I patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) anges att patientens egna önskemål vad avser vård och behandling ska dokumenteras. Mot bakgrund av lagstiftningen är det därför viktigt att tillsammans med patienten dokumentera patientens synpunkter och upplevelse av vården

”Det framgår av dokumentationen att sjuksköterskans tillsammans med den enskilde dokumenterar den äldres egna synpunkter och upplevelse av vården vilket är bra. Några exempel som kan nämnas är ”Är nöjd med sitt hjälpmedel” ”Vill inte till dagvården trivs inte där” ”Patienten känner sig trygg när personalen kommer varje dag ” och ”Patienten vill inte ha läkemedel då patienten upplever att stomin stör funktionen av läkemedlet.

Det är viktigt att det finns vårdplaner kring patienters oro. Vårdplanens syfte är att patienten själv är med och planerar kring sin oro. Följden blir att personalen får stöd i hur patientens oro ska hanteras” MAS

Smärta och smärtbehandlingen

Beskrivningen från Marklyckans hemvård är att personal uppmärksammar, informerar distriktssköterskan då en person har smärta. Genom teamsamverkan om brukarens hela behovssituation uppmärksammas om en person har smärta och åtgärder vidtas. Omvårdnadspersonalen har möjlighet till daglig kontakt med distriktssköterskan och kan på så vis påtala om en brukare har smärta .

”I två finns dokumentation om att patienterna har en tillfällig smärta i foten som behandlas med tryckavlastning och i ögat som behandlas med läkemedel. I tre journaler finns uppgifter om smärta efter frakturer och på grund av benskörhet. För dessa symtom saknas vårdplaner

Enheten kan överväga om det behövs vårdplaner för tillfällig smärta i de fall där distriktssköterskan bedömer att det på sikt kan uppstå en långvarig smärtproblematik. För de som har smärta efter frakturer och sjukdomar i skelettet är det nödvändigt med vårdplaner ” MAS

Service/hemliv

Det är områdets servicegrupp som utför serviceinsatser. Men hemvården både tvättar och städar om det uppstår tillfälligt behov av det mellan inplanerade besök från servicegruppen. Detsamma gäller inköp, post och bankärenden.

Analys

Planering och utförande av insatser som rör den personliga omvårdnaden och servicen verkar fungera bra och brukarna får sina behov tillgodosedda med god kvalitet. Distriktssköterskorna och arbetsterapeuten har handledning till övrig personal vid behov i kroppslig omvårdnad. Personalen som är med vid besöket har lång erfarenhet i yrket och även på enheten vilket gjort att de byggt upp relationer till brukarna och har kännedom om dem och deras behov. De vet vad och hur insatser ska göras. Enheten behöver dock synliggöra den personliga omvårdnaden i dokumentationen.

I MAS journalgranskning har några förbättringsområden framkommit.

”Enheten behöver utveckla att bedöma och att dokumentera om den enskilde behov av munvård, hjälp att upprätthålla sin kontinens, hur den enskilde får hjälp att hantera oro och smärta. Att göra en bedömning är nödvändigt för att ta reda på vad som ligger till grund för exempelvis varför en patient har smärta, inte vill äta eller har en viktnedgång .

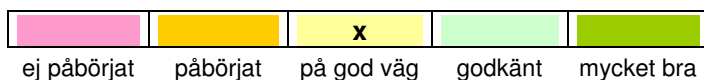
Som stöd för bedömning av förebyggande åtgärder och för att förbättra munhälsan för de äldre finns ett bedömningsinstrumentet Revised Oral Assessment Guide (ROAG). Vid besöket framkommer att enheten använder sig av instrumentet för bedömning av munhälsa men de kan utveckla att använda sig av det än mer

I sjukvårdsjournalerna saknas uppgifter om vilka omvårdnadsinsatser som ges individuellt för att varje patient ska kunna klara av att sköta sin egen munvård så länge som möjligt. Kontinens och är ett område som bör uppmärksammas mer på enheten men det är bra att distriktssköterskan inte skriver ut inkontinensskydd om det inte är nödvändigt. Uppgifter saknas i dokumentationen om hur stöd ges den enskilde att behålla sin kontinens” MAS.

Det är områdets servicegrupp som utför serviceinsatser. Men hemvården både tvättar och städar om det uppstår tillfälligt behov av det mellan inplanerade besök från servicegruppen.

Värdering

Personliga omvårdnaden och servicen fungerar bra den sammantagna bedömningen är ”på god väg”



3.10 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 är att de följer upprättade rutiner för vård i livets slut. Distriktssköterskan tillsammans med palliativa sjuksköterskan har samtal med anhöriga i samband med vård i livets slut. Enheten följer anhörigas önskemål om hur de vill ha vården och Vak sätts alltid in och i möjligaste mån är det samma personal som sitter vak. Enheten har flera palliativa ombud som fått utbildning och en närhet till palliativa vårdsamordnare som även de utgår från Älvtomta .

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Eftersamtal erbjudet	100	100,0
Läkarinformation till patienten	100	85,7
Uppfyllt önskemål om dödsplats	100	85,7

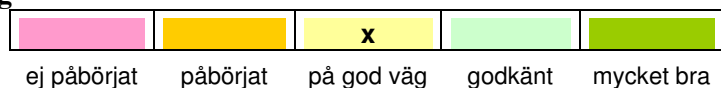
Munhälsa bedömd	100	71,4
Avliden utan trycksår	90	85,7
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	100,0
Utförd validerad smärtskattning	100	42,9
Lindrad från smärta	100	57,1
Lindrad från illamående	100	100,0
Lindrad från ångest	100	100,0
Lindrad från rosslig andning	100	85,7
Läkarinformation till närstående	100	71,4
Antal vårdtillfällen i urvalet		7

Tabellen ovan visar Marklyckans resultat från palliativa registret och avser perioden 1/10 2012 till 30/9 2013 och avser sju personer registrerade. Det är liknande värden i jämförelsen med resultaten från 2012. Utifrån resultaten behöver enheten förbättra sig inom områdena, att utföra validerad smärtskattning och att vara lindrad från smärta.

Analys

Marklyckans hemvårdenhet följer de riktlinjer och rutiner som finns för vård i livets slut. De har ett nära samarbete med de palliativa vårdsamordnarna och har flera utbildade palliativa ombud men kan förbättra att, utföra validerad smärtskattning och att, vara lindrad från smärta i palliativa registret.

Värdering



3.11 Den enskildes skydd

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den enskilde känner sig trygg med sin vård och omsorg.	x	
Rutiner finns för att den enskilde ska hållas fri från vårdskador och missförhållanden.	x	
Skydds- och begränsningsåtgärder (lås, bälten, grindar etc.) används efter individuell bedömning.	x	
Risker för trycksår registreras, förebyggs, åtgärdas och följs upp.	x	
Landstingets rekommendationer för sårvård följs	x	
Personalen känner till hur avvikelshanteringen går till och gör avvikelserapporter vid behov.	x	
Fallskador förebyggs med individuella och generella åtgärder.	x	
Enheten har fungerande egenkontroll för hygien.	x	
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	

Enligt brukarundersökningens resultaten är 87 % är trygga med den hemtjänst de får.

Enhetens beskriver hur de arbetar med att förebygga vårdskador och missförhållande genom att:

- Sjuksköterskan delegerar medicinska uppgifter till personal som kan och vill utföra hälso- och sjukvårduppgifter.
- Personalen har utbildning i förflyttningsteknik för att inte skador ska uppstå i samband med förflyttningar.
- Registrera i Senior alert
- Daglig muntlig rapportering och information om eventuell förändrat tillstånd

Enheten beskriver att de inte har någon brukare som har begränsningsåtgärd för tillfället. Men att de känner till vad som gäller då eventuellt behov uppstår, att beslut om begränsningsåtgärd alltid ska föregås av en individuell bedömning.

Enhetens svar på om risker för trycksår registreras, förebyggs, åtgärdas och följs upp är att de dels registrerar i Senior Alert och dels genom enhetens teamarbete uppmärksammas behov tidigt.

”Statistiken från Senior Alert visar att en patient har risk för trycksår och har åtgärder för detta. I fem journaler finns uppgifter om riskbedömningar i Senior Alert gällande trycksår. Ingen av dessa har risk för trycksår. I två av dessa fem

journaler finns vårdplaner gällande sår och blåsor på huden, där arbetsuppgifter är fördelade till omvårdnadspersonalen ” MAS .

”Arbetet med riskbedömningar enligt Senior Alert har startat som ett samarbete mellan sjuksköterska och arbetsterapeut där de tillsammans riskbedömer en patient i taget” MAR

Enligt enheten känner personalen till hur avvikelshantering går till och gör avvikelserapporter vid behov men att en uppdatering kan behövas.

Delårsbokslutet 2013 visar att de flesta avvikelser är fall utan skada (25st) och med skada (8st) avvikelser inom läkemedelshantering (6st).

”I fem journaler finns inga avvikelser dokumenterade. I övriga journaler finns dokumentation om två avvikelser gällande fall utan skada, två om fördröjd utebliven vård som har inträffat under natten samt en avvikelse under dagtid
”MAS

Enheten säger att de har rutiner för egenkontroll och hygienriktlinjerna som finns efterlevs. Det är dock svårt att få en uppfattning på vilket sätt enheten arbetar med att förankra hygienriktlinjen och säkra att de följs.

Ett av kvalitetskriterierna inom hemvårdens verksamhet är att ha beredskap för att klara att utföra insatser vid extremväder. Inför varning om extremväder sätts alltid extra personal resurser in och transporter sker med bil (Marklyckan är normalt en cykelburen enhet) En prioritering finns av arbetsuppgifter i samband med extremväder.

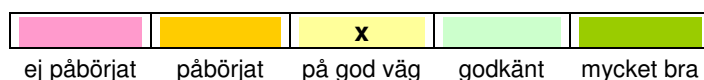
Analys

”Dokumentationen i vårdplanerna är bra och innehåller tydlig beskrivning av patienternas tillstånd. Eftersom arbetsuppgifterna är fördelade till omvårdnadspersonalen visar det på ett bra flöde av dokumentationen. Ett förbättringsområde är att göra en individuell riskbedömning för varje patient. I samband med APT diskuteras fortlöpande användandet av skyddskläder och tillbehör för att kunna tvätta händer i vårdarbetet” MAS

Enhetens förbättringsområden är att processen för avvikelshantering gällande hälso- och sjukvård behöver bättre förankras och tydliggöras i verksamheten. Enheten kan utveckla metoder för egenkontroll av hygienriktlinjer.

Värdering

Enheten har rutiner och riktlinjer för arbetet med, Den enskildes skydd. Enheten arbetar med att utveckla riskbedömningar i senior Alert, men behöver tydligare förankra arbetet med avvikelshantering och utveckla metoder för egenkontroll av hygien i verksamheten . Sammantaget är enheten på god väg.



3.12 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	

För att ta reda på och bedöma om en enhet lever upp till att den enskilde ges möjlighet att vara delaktig i sin vård och omsorg är om det framgår i den enskildes dokumentation, i planering och i planer. Marklyckans beskrivning är att lever upp till viss del av kvalitetskriterierna men också att de har en hel del brister och förbättringsområden inom området delaktighet.

Att den enskildes behov av att vara en individ är enligt enheten, ”ett pågående förbättringsarbete. För närvarande utbildas medarbetare i den individuella vård och omsorgsplaneringsprocessen. Den enskilde erbjuds att upprätta en levnadsberättelse i vilken den enskildes egna önskemål och behov ska framgå. Enheten beskriver vidare att de behöver bli tydligare i sin information till brukarna om deras rätt få ta del av dokumentationen som gäller honom/henne”.

SAS har inför kvalitetsuppföljningen tagit kontakt med enhetschefen och bitt denne skicka tio stycken genomförandeplaner för granskning. SAS har gjort urvalet tillsammans med MAS och MAR. Genomförandeplaner ska vanligtvis finnas i en pärm som förvaras i verksamheten efter att de upprättats. Slutsatsen, att det inte finns planer som upprättats tillsammans med den enskilde, grundar sig i att det saknas närvarande vid upprättande av plan, målsättning samt delmål på alla planer. Detta i sig medför att planerna inte är godkända.

”Genomförandeplanen är resultatet av besöksplanerna. Det är vanligt att dessa uttrycks kortfattat och det är en utmaning för omvårdnadspersonalen att både uttrycka sig kortfattat och samtidigt tydliggöra den enskildes vanor och önskemål.

Resultatet av de granskade planerna är att man generellt tappat att beskriva var och hur stöd och hjälp ska utföras. Till exempel i en plan framkommer det att en person ska ha hjälp att klä sig. Det framkommer inte om detta till exempel önskas ske i sovrummet eller badrummet. Man kan heller inte läsa ut vad personen klarar själv. Man kan gissa sig till att personen troligtvis klarar att medverka eftersom morgonbesöket enbart inkluderar påklädning, diska, sopor, omvårdnadsstäd. Merparten av de korta instruktionerna lämnar frågetecken och ger inget stöd i att möta den enskilde utifrån dennes resurser och förmågor. Sammantaget får man som läsare av genomförandeplanerna en bristande bild av hur den enskilde önskar att besöket ska utföras. Det är ett förbättringsområde att

synliggöra den enskildes vanor och önskemål i samband med stöd och hjälp”
SAS

Godkända	0
Delvis godkända	0
Ej godkända	10
Saknas planer	0

”Det går inte att få en klar bild av den enskildes uppfattning, vanor eller önskemål genom dokumentationen. Det innebär inte nödvändigtvis att verksamheten inte arbetar med delaktighet och inflytande men det finns inget i dagsläget som påvisar det. Det behöver framkomma mycket tydligare vad den enskilde beskriver, upplever, berättar, känner, etc.

Det är frivilligt för den enskilde om det ska upprättas en levnadsberättelse men ett erbjudande ska alltid ges. SAS kan inte läsa ut om någon av de granskade personerna är ny för gruppen efter övergång till Treserva och kan därför inte bedöma om erbjudande har skett tidigare (DocIT). SAS vill dock uppmärksamma verksamheten på att erbjudandet ska synas i verkställighetsjournalen” SAS.

På frågan om den en enskildes behov säkerställs genom teamarbete mellan personalkategorier och över dygnet och om biståndsbeslut verkställs inom rimlig tid svar enheten att de har en fungerande teamsamverkan. Utbildningssatsning i den individuella vård och omsorgsplaneringsprocessen är planerad till december månad .

Analys

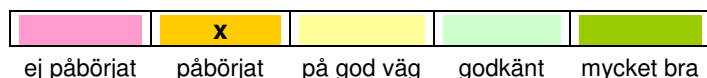
Att arbeta salutogent innebär till stor del att arbeta för den enskildes delaktighet och inflytande. Av den dokumentationsgranskning som SAS genomfört är det svårt att få en tydlig bild av den enskildes behov, vanor eller önskemål. Avsaknaden av uppgifter om delaktighet och inflytande, den enskildes uppfattning och önskemål i dokumentationen behöver dock inte betyda att Marklyckan inte arbetar med delaktighet och inflytande i det direkta mötet med brukarna.

För att få en uppfattning om den enskildes vanor, intressen och önskemål om hur den enskildes önskan om hur vården och omsorgs insatser ska utföras ska den enskilde erbjudas att upprätta sin levnadsberättelse. Enligt SAS går det inte av dokumentationsgranskningen utläsa om de granskade personerna är nya brukare i Treserva, vilket gör att bedömning inte kan göras om erbjudande om att upprätta levnadsberättelsen har skett tidigare i det gamla verksamhetssystemet. SAS vill dock uppmärksamma enheten på att erbjudande om att upprätta en levnadsberättelse ska synas i verkställighetsjournalen.

Att fortsätta att utbilda personalen i den individuella vård- och omsorgsplaneringsprocessen borde bidra till en utveckling av teamarbetet mellan de olika personalkategorierna och också bidra till att öka den enskildes möjligheter till delaktighet och inflytande.

Värdering

Delaktighet, handlar mycket om att beskriva den enskildes delaktighet i dokumentationen. Enheten behöver i dokumentationen synliggöra den enskildes vanor och önskemål till att beskriva var och hur stöd och hjälp ska utföras. De instruktioner som dokumenteras i genomförandeplanerna behöver bli tydligare i att beskriva den enskilde utifrån dennes resurser och förmågor. Enheten har en bit kvar för att genomförandeplanerna ska bedömas som godkända.



3.13 Hälsa- 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	

Enheten beskriver att de har tillgång till två distriktssköterskor som har omvårdnadsansvar och till en arbetsterapeut som svarar för det rehabiliterande arbetet på enheten. Vidare beskriver enheten att de har bra tillgång till såväl sjukgymnast som läkare och att samarbetet mellan enhetens arbetsterapeut och primärvårdens sjukgymnast fungerar bra. Samarbetet med sjukgymnasten underlättas av att hon har sitt kontor i samma lokaler som Marklyckans hemvård. Sjukgymnasten deltar på enhetens teamträffar.

På frågan om hur samverkan sker med andra aktörer utifrån individens behov t.ex. vårdcentral, sjukhus, hemvård gör enheten distriktssköterska följande beskrivning.

”Patienter som inte kan ta sig till vårdcentralen ansvarar vi för att skriva in i hemsjukvården enligt rutin för inskrivning i hemsjukvården som innebär att

distriktssköterskan eller Sjuksköterskan på vårdcentralen kontaktar varandra för att överlämna information om diagnos och läkemedel för att kunna skriva in patienten i hemsjukvården. En förteckning över inskrivna patienter lämnas till vårdcentralen chef. En inskrivning i hemsjukvården kan också initieras av omvårdnadspersonalen som då vidtalar sjuksköterskan.

En person som är inskriven i hemsjukvården har fortsatt hjälp av omvårdnadspersonalen. Omvårdnadspersonal ansvarar för att svara på larm och t.ex mattjänst.

Rutin finns för om vad som ska ske i samband med att en patient behöver uppsöka akutsjukvården. Det är distriktssköterskans ansvar att dokumenterar i Meddix när en patient blir inlagd på USÖ och också att följa registrerade händelser och eventuella diagnoser i Meddix under sjukhusvistelsen bland annat för att vara väl informerade inför hemgång.

Inför en patients planerade utskrivning från sjukhuset och hemgång till bostaden sker informationsöverföring via telefonrapportering och genom det utskrivningsmeddelande som skickas med patienten hem. Distriktssköterskan planerar för hur patienten ska tas emot hemma t.ex personal möter upp eller anhöriga följer patienten hem”

På frågan om instruktion och delegering säkerställs utifrån omvårdnadspersonalens kompetens svarar enhetens att

”Instruktion och delegering av arbetsuppgifter utgår från ”Riktlinje för instruktion och delegering inom den kommunala hälso- och sjukvården i Örebro län”

En delegerad arbetsuppgift gäller högst ett år, därför sker delegeringssamtal en gång per år. I delegeringssamtalet ställs kontrollfrågor för att distriktssköterskan ska kunna blida sig en uppfattning om omvårdnadspersonalens reella kompetens. I delegeringssamtalet diskuteras läkemedelshantering för olika former av läkemedel ”enhetens svar

På frågan om hur enheten säkerställer att instruktion och delegering sker utifrån omvårdnadspersonalens kompetens svarar enheten:

”Enhetschefen ansvarar för att informera distriktssköterskan om vilka nyanställningar som gjorts. Den som är nyanställd får en skriftlig information i samband med dennes introduktion om delegerade arbetsuppgifter. Blankett över delegerade arbetsuppgifter fylls i och skrivs under både av distriktssköterska och av personal som mottagit delegering. Delegerade arbetsuppgifter följs upp på av distriktssköterskan.”

Enheten beskriver att det är distriktssköterskan som ansvarar för att ge instruktioner till omvårdnadspersonalen om exempelvis såromläggningar. För att säkerställa att såromläggningar utförs enligt instruktion planeras insatsen i TES. MAS bedömning är distriktssköterskan arbetar bra med att ge instruktioner, kompetensutveckla och att handleda övrig personal i hälso- och sjukvårdsuppgifter.

På frågor om kvalitetskriterierna som rör läkemedel, läkemedelshantering och läkemedelsgenomgångar svarar enheten

”Läkemedelshantering utgår från ” Instruktioner för kommunal hälso- och sjukvård i Örebro län” som gäller from 2012. Det finns en riktlinje på intranätet angående läkemedelshantering. Vi håller oss informerade genom e-mail från vår chef Christina Johansson, går på kurser, som gäller för oss sjuksköterskor. Vi genomför läkemedelsgenomgångar De flesta patienter sätts in på apodos. Läkemedel finns även uppmärkt i låda med patientens personnummer och namn i läkemedelsrummet och delas av sjuksköterska. Signeringslistor upprättas och lista med namnförtydligande på personalens signaturer finns i delegeringspärmen.

När patienten avlidit ber vi anhöriga ta hand om läkemedel och kassera på apoteket. Narkotikaklassade läkemedel kontrollräknas och tas om hand av sjuksköterskan”

”I Treserva är inte Marklyckan en egen enhet varför det inte går att hämta uppgifter för enheten Marklyckan. Statistiken visar att det har genomförts 42 läkemedelsgenomgångar inom Älvtomta hemvård” MAS.

Resultat av journal granskning (10 journaler) gällande läkemedelsgenomgångar (LMG) visar att

”I fyra journaler finns uppgifter om LMG och att i läkemedelshantering är fördelad till omvårdnadspersonalen. Två av dessa fyra innehåller dokumentation om att uppföljning av LMG genomförts och i två journaler finns uppgifter i arbetsplanen angående läkemedelshantering och att i arbetsplanen är läkemedelshantering fördelad till omvårdnadspersonalen I fyra journaler finns ingen dokumentation om LMG” MAS

Sjuksköterskorna berättar att patienten deltar i LMG i samband med bl.a symtomskattningen, vilket är bra.

”Eftersom statistiken endast han analyseras utifrån uppgifter från hela Älvtomta hemvård är det svårt att se uppgifter om statistik i Marklyckans område” MAS

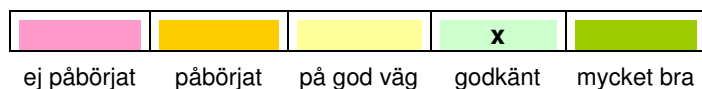
Analys

De rutiner som beskrivs om samverkan mellan landtinget och den kommunala hemsjukvården verkar fungera bra. Oavsett på vilket sätt ett eventuellt behov av inskrivning i hemsjukvården blir aktuellt verkar det finnas rutiner för detta. Enheten har också fungerande och kända rutiner och arbetssätt för att delegering som säkerställs utifrån omvårdnadspersonalens kompetens. Enheten har van personal som arbetat länge vilket gör att distriktssköterskorna har god kännedom om omvårdnadspersonalens kompetens vilket underlättar att delegering säkerställs och sker utifrån omvårdnadspersonalens kompetens. Enheten har rutiner för läkemedelshantering.

”Bedömningen är att brukarna får en god hälso- och sjukvård. Intrycket är att distriktssköterskorna på ett ödmjukt sätt gör ett bra arbete som stärker patientsäkerheten. Marklyckans hemvård lever upp till kraven i Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården, SOSFS 2008:14 och med tillägg SOSFS 2011:8.” MAS

Värdering

Bedömningen är att brukarna får en god hälso- och sjukvård. Personalen gör ett bra arbete som stärker patientsäkerheten. Marklyckans förbättringsområden är att få samtycke från patient för att hämta uppgifter i NPÖ. Sammantaget får enheten godkänt.



3.14 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	

Enhetschefen beskriver att anhörigstödet inte prioriterats och att enheten inte har anhörigträffar, anhörigråd eller anhörigombud.

På frågan om anhöriga erbjuds att vara delaktiga i vården och omsorgen svarar enheten att det sker om den enskilde själv vill det och framför ett sådant önskemål och att anhöriga genom kontakt med chef, kontaktpersonen eller någon annan personal i teamet välkomnas att ställa frågor. Avlösning i hemmet erbjuds efter beslut av biståndshandläggare och enheten förmedlar kontakt med anhörigcentrum. Enheten arbetar med att förbättra information, att bli tydliga med vad som är uppdraget mot den enskilde. På fråga till anhöriga som hjälpt sin närstående att svara på enkät (brukarundersökning 2012), svarar 7 av 10 anhöriga att deras samarbete med hemtjänsten fungerar mycket bra eller bra. Ingen är missnöjd

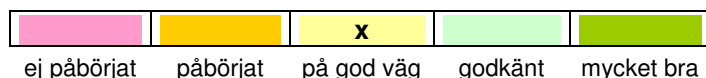
Analys

Enhetens uppfattning är att de alltid lyssnar till den enskildes behov i första hand och att stödet till anhöriga sker naturliga i de situationer där anhöriga deltar eller då anhöriga tar kontakt. Enheten utgår från den enskildes behov och önskemål och de framhåller att samarbete och

stöd till anhöriga sker utifrån detta. Enhet behöver dock fundera över hur de kan utveckla stödet till anhöriga genom exempelvis genom att ha anhörigträffar och anhörigombud. Enheten arbetar med att förbättra information till både brukare och anhöriga till anhöriga för .

Värdering

Anhörigstödet är inte ett prioriterat område för enheten . Förbättring av information är på gång men anhörigstödet kan utvecklas ytterligare. Sammantaget är enheten på god väg



3.15 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 boende får hjälp med information såväl vid tal, syn- och hörselnedsättning och också anlitas tolk vid behov. Vi håller på att arbeta fram en särskild välkomstmapp som ska delas ut till alla nya brukare där kontaktuppgifter ska finnas till chef, kontaktperson mm”

Vid besöket finner vi ingen medarbetare som inte bär sin namnskylt och i kvalitetsinspektionerna finns inte heller någon anmärkning på att detta inte följs. Chefen Marklyckan uppger att de arbetar efter Örebro kommuns riktlinjer för klagomålshantering och att klagomål används i syfte att förbättra i verksamheten. Enheten hade under 2012 endast ett registrerat klagomål i verksamhetssystemet. Resultat från brukarundersökning visar att 41% vet vart de ska vända sig om de har klagomål att jämföras med 59% i kommunen.

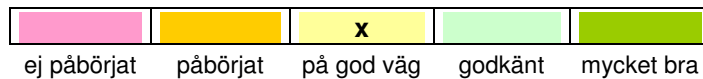
Analys

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. Marlyckan håller på att ta fram ett skriftligt informationsmaterial med kontaktuppgifter .

Att enheten endast har ett registrerat klagomål, och att endast 41 % vet var de ska vända sig om de har klagomål tyder på att klagomålshanteringen är ett förbättringsområde. Enheten behöver säkerställa den enskildes möjligheter att framföra klagomål och för att leva upp till värdighetsgarantierna. 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.



3.16 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
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 svarar att verksamheten lever upp till kvalitetskriteriet ” Verksamheten ska vara bemannad dygnet runt med sådan kompetens och med sådan personalstyrka att de boende alltid tillförsäkras en god vård och omsorg”.

Enheten har enligt medarbetarenkäten (2012) 54 % utbildad omvårdnadspersonal. Enhetschefen beskriver att det finns medarbetare som inte fullt ut behärskar svenska språket och som behöver stöd med att dokumentera och att enheten har behov av att kompetensutveckla medarbetare inom demenssjukvård. En kartläggning av medarbetares

kunskaper inom demenssjukvård behövs för att kunna erbjuda personalen grundläggande kunskaper alternativt fortbildning.

Förhållningssättet till kompetensutveckling i dagsläget är enligt enhetschefen att, all personal endast erbjuds utbildningar där förvaltningen ställer krav på genomförande såsom utbildning i Treserva. Enhetschefen budskap till medarbetarna och hennes prioritering är att i dagsläget ha fokus på att öka brukartiden för att få en bättre ekonomi. Resurser saknas för kompetensutveckling och därför har utbildningssatsningar inte prioriterats.

Ledarskap och organisation

Enheten svar på om ansvaret för olika arbetsuppgifter är tydligt och enheten har en förmåga att åtgärda eventuella brister är att ansvar för olika arbetsuppgifter behöver förtydligas. Enheten gör sitt bästa att förbättra samt att åtgärda brister som uppkommer men att ansvaret för arbetsuppgifter behöver bli tydligare.

I enhetens självgranskning anges att:

”Enheten har svårt att få till en bra basverksamhet. Det dagliga arbetet pågår och många gånger blir känslan av att det släcks bränder. Det handlar om akuta och tillfälliga lösningar mer än att arbeta i ett långsiktigt perspektiv. Otydligheten finns i alla led (enligt enhetschefs uppfattning) Vi gör dock alltid vårt bästa för att möta brukarens önskemål” enhetens svar.

På frågan om enheten arbetar systematiskt med ständiga förbättringar svarar enheten att det finns många tankar och idéer till förbättringar men att enheten har svårigheter att genomföra dem och uppger målkonflikter som hinder. Det ekonomiska målet och målet om ökad brukartid är svårt att förena med ständiga förbättringar inom andra målområden. Enhetschefen säger att enheten är i behov av stöd för att komma vidare bland annat med att förbättra bemanningsplaneringen, genomföra kompetensutveckling och prioritera arbetsuppgifter inom ramen för tilldelad budget.

Enheten säger att de inte använder sig av resultaten från medarbetarenkäten för att förbättra i organisationen och också det är på grund av att enhetens fokus handlar om att förbättra ekonomin. Att ta avstamp och använda sig av bland annat medarbetarenkätens resultat i förbättringsarbetet stannar vid en teoretisk möjlighet men blir aldrig av i praktiken då all tid går åt att planera vardagen .

Analys

Mot bakgrund av enhetens självvärdering (att de lever upp till fem av elva kvalitetskriterier inom Medarbetare och Ledarskap) och utifrån enhetschefens beskrivning vid besöket finns en del att göra för att förbättra ” Medarbetare och ledarskap”.

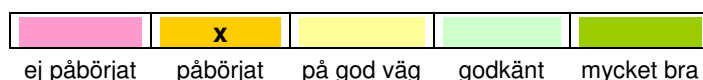
Medarbetare saknar undersköterskeutbildning, det finns medarbetare som behöver få utbildning i svenska och medarbetare som behöver erbjudas kompetensutveckling inom demenssjukvård. Marklyckan har ett ekonomiskt underskott och det ekonomiska läget genomsyrar enhetens svar inom flera frågeområden. Enhetschefen menar att utveckling och förbättringsarbete fått stå tillbaka på grund deras av fokus på ekonomin och att det är svårt att hitta lösningar och åtgärder.

Ledning och medarbetare behöver använda sig av verktyg och metoder trots ett ekonomiskt ansträngt läge för att komma vidare. Exempelvis tydligare integrera verksamhetsplan och medvetet använda undersökningar och uppföljningar i förbättringsarbete för att komma ifrån det som verkar vara ett situations- och händelsestyrt arbetssätt.

Att skapa en ledningsgrupp där olika yrkeskategorier finns representerade kan skapa förutsättningar för förankring och kommunikation inför beslut. Genom att samla sakkunskap från olika yrkeskategorier kan underlätta ledningsarbetet och även bidra till att vården och omsorgen sker utifrån brukarnas hela behovssituation, sammanhållen vård och omsorg.

Värdering

Enheten har förbättringsområden inom Medarbetare och Ledarskap. Enheten behöver ta fram en plan för kompetensutveckling och utveckla en systematik för att arbeta med ständiga förbättringar. Den sammantagna bedömningen blir påbörjat.



3.17 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.

Enligt enhetens självvärdering lever de ej upp till kraven i Socialstyrelsens föreskrifter om dokumentation. De har inte heller någon rutin för egenkontroll av dokumentation enligt SoL eller HSL.

SAS granskning av sociala journaler (journalanteckningar) visar

”I nio av tio journaler går det inte att följa händelseförlopp över tid för att avgöra hur vården och omsorgen fungerar. Resultat av teamträffar är bristfälliga och det går heller inte konsekvent att följa resultat av den individuella vård och omsorgsprocessen. Det är företrädesvis hälso- och sjukvård som beskrivs och resultat saknas ofta. De sociala konsekvenserna uteblir eller framkommer sällan. Detta i sig är inte ovanligt och förekommer även på andra enheter.

Men de sammantagna bristerna är så pass omfattande att det är allvarligt utifrån ett rättssäkerhetsperspektiv. Till exempel, en person har enbart två journalanteckningar på elva månader.

I merparten av journalerna är det dagverksamheterna som är en bidragande faktor till att kunna få ett sammanhang över omsorgen.

I den tionde journalen finns det en utmaning för hemvården och här förekommer det frekventa journalanteckningar, även här tillsammans med dagverksamheten. SAS slutsats är att det är uppenbart att kompetens finns i verksamheten och frågeställningen som uppstår är; varför är det så ojämn kvalitet i journalerna”

Av 10 granskade journaler innehöll 7 journaler arbetsterapianteckningar. Resterande (tre journaler) hade patienterna hade inte behov av arbetsterapiinsatser. Ingen av journalerna innehöll en funktions och aktivitetsbedömning. Hela 5 journaler av dessa 10 hade anteckningar från dagverksamhet, varav en hade en fin aktivitetsbedömning från dagrehabilitering. Det är anmärkningsvärd att hälften av de granskade journalerna hade personer som var aktiva i dagverksamhet, det är en mycket hög siffra. Om det beror på att just dessa patienter slumpades ut i de 10 journalerna går ej att analysera.

Dokumentationen för arbetsterapeuten är ett utvecklingsområde där aktivitets och funktionsbedömningar redan har diskuterats och en tydligare dokumentation påbörjats. Hela gruppen av arbetsterapeuter i Älvtomta behöver stöd till en tydligare dokumentation. Arbetet har påbörjats.

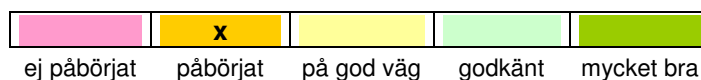
Analys

Dokumentationen är eftersatt på enheten och behöver förbättras för att bli godkänd utifrån lagstiftade krav och för att säkra den enskildes delaktighet och inflytande synliggörs i dokumentationen

Värdering

Identifierade förbättringar i dokumentationen är så pass omfattande att enhetschefen behöver inkomma med en åtgärdsplan. Det som behöver framkomma i den sociala journalen är

- händelser av betydelse (läsaren ska kunna följa omsorgen över tid),
- resultat av genomförda åtgärder,
- synliggörande av individuell vård och omsorgsplanering,
- Resultat från teamträffar



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			
Summa		3	7	3	

4.2 Resultat av granskningen – en sammanställning

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

Typ av kvalitet	Förklaring	Granskat	Bedömning
Struktur-kvalitet	Resurser som personal, byggnad, lokaler, utrustning	Dokument, besök	<p><u>God kvalitet</u> Rymliga och ändamålsenliga lokaler. Stabil personalstyrka med lång yrkeserfarenhet. Fungerande samverkan med vårdcentral</p> <p><u>Behöver förbättras</u> Kompetensplanering Arbeta med ständiga förbättringar</p> <p><u>Bristande kvalitet</u></p>
Process-kvalitet	Arbetsätt, rutiner, funktion	Dokument, besök	<p><u>God kvalitet</u> Mat och måltid. Bra rutiner för HSLarbetet. Bra teamarbete och rutiner för rapportering om brukarnas behovssituation mellan yrkeskategorier och mellan dag- kvälls- och nattpersonal.</p> <p><u>Behöver förbättras</u> Att göra aktivitets och funktionsbedömningar Klagomålshanteringen Dokumentation (HSL), synliggöra att hjälp med vård, upprätthålla kontinens, hantera oro och smärtlindring tillgodoses</p> <p>I dokumentationen (SoL) synliggöra den enskildes inflytande och delaktighet</p> <p><u>Bristande kvalitet</u></p>
Resultat-kvalitet	Bemötande, trygghet, smärtlindring mfl	Dokument, brukarundersökningar, besök	<p><u>God kvalitet</u> Bemötande</p> <p><u>Behöver förbättras</u> Avikelsehanteringen gällande hälso- och sjukvård behöver tydliggöras, värdegrundsarbetet</p> <p><u>Bristande kvalitet</u></p>

Totalt sett bedömer vi att Marklyckans hemvård bedriver en bra vård och omsorg men att det finns flera förbättringsområden.

Sammanställt av Gunilla By, planerare

Källhänvisningar

Nätet:

Vård och omsorg, Riktlinje för verksamhetsuppföljning av enheter i vård och omsorg
Tillgänglig 2013-09-24 på <http://www.orebro.se/1935.html>

Bra Vå

Tillgänglig 2013-09-24 på <http://vardforbundet.se/BraVard/Kvalitetskrav/>

|