



14 12 11 Vö 316/2014

Rapport

Kvalitetsuppföljning, Vesslans hemvård 2014

14 10 14

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

Sammanfattning

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

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

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

Uppföljningen visar att enhetens styrkor finns inom ”Bemötande”, ”Mat och måltid” och ”Den enskildes skydd” men också inom ”Delaktighet”, ”Hälso- och sjukvård” och ”Anhörigstöd”. Framst visar de äldre i brukarundersökningar att de är mycket trygga med den hemtjänst de får och de känner ett stort förtroende för hur personalen utför sin arbetsuppgifter. Vesslans hemvård är också en av få hemvårdsenheter som lyckats samla till en välbesökt anhörigträff.

De äldres nöjdhet placerar Vesslans hemvård högt i rang bland kommunens hemvårdsenheter till skillnad mot den medarbetarundersökning som genomfördes våren 2014. Medarbetarnas bristande nöjdhet placerar enheten längst ned bland 13 jämförbara enheter. Vesslans hemvård har arbetat hårt med att anpassa kostnader till resurstilldelningen vilket kan ha påverkat resultatet på medarbetarenkäten.

Vesslans hemvård har en potential att få betyget ”mycket bra” för kriterierna ”Bemötande” och ”Den enskildes skydd” om dokumentationen utvecklas parallellt med det praktiska utförandet och de kan förklara vad det är i det de gör som är så framgångsrikt. Att få betyget ”Mycket bra” förpliktar i att kunna berätta för studiebesök om sitt recept för framgång.

Ett antal förbättringsområden har framkommit vid granskningen. Som vid tidigare granskningar är det dokumentationen som behöver förbättras. Den individuella vård- och omsorgsprocessen är inte säkrad när exempelvis levandsberättelserna inte finns överförda till det digitala verksamhetssystemet.

Det krävs ytterligare insatser från verksamheten för att synliggöra vad, hur och när man involverat den enskilde i den individuella vård- och omsorgsplaneringen.

I hälso- och sjukvården behöver arbetsterapeuten göra aktivitets- och funktionsbedömningar, vårdplaner behöver utvecklas och registrering i Palliativa registret förbättras.

Enheten har påbörjat arbetet med att förstå och åtgärda sitt resultat från medarbetarundersökningen.

Enheten bedöms vara ”på god väg” inom de kriterier som inte är godkända och de förbättringar som krävs kan enheten redovisa inom ramen för årsvisa planer och rapportering.

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till Vård- och omsorgsnämnd öster

- Rapport godkänns
- Vesslans hemvård rapporterar till Vård- och omsorgsnämnd öster, i samband med årsberättelse för 2014 och i verksamhetsplanering för 2015, om hur de avser att åtgärda identifierade förbättringsområden för att leva upp till kraven.

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 2012	8
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	27
3.12	Medarbetare och ledarskap	29
3.13	Dokumentation	31
3.14	Särskilda granskningspunkter	Fel! Bokmärket är inte definerat.
4	Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat.....	33
4.1	Sammanfattande tabell bedömning av alla kriterier.....	33
4.2	Resultat av granskningen – en sammanställning	34
	Källhänvisningar	35

1 Inledning

1.1 Bakgrund

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

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)

¹ Riktlinje för verksamhetsuppföljning av enheter i vård och omsorg

² Egen tillämpning efter A. Donabedian.

³ Gäller ej entreprenader som redovisar resultat från egna medarbetarundersökningar.

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

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

Vid besöket förs ett samtal med ledning och personal från verksamheten och då har kriterierna och svaren använts som diskussionsunderlag. Dialogen kompletteras med att 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 båda chefer, en arbetsterapeut, en sjuksköterska samt två undersköterskor.

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

Vid besöket hos Vesslans hemvård hade gruppen följande sammansättning:

Owe Fjellborg, granskningsansvarig

Ylva Blix, MAS

Christina Löf, 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 föränmält platsbesök med intervjuer och samtal samt en sammanställning med slutsatser.

Avgränsning

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

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

Vesslans hemvårdsområde är beläget vid Stadsparken i Örebro med närhet till vackra promenadområden. Området täcker centrala och östra delarna av Örebro från Hamnplan ner till Skebäck.

Det centrala läget gör Vesslans betjäningsområde attraktivt att bo i med lättillgänglig närhet till stadens citykärna och dess utbud med aktiviteter och handel.

Hemvårdens lokaler finns på Engelbrektsgratan 19–21, och all personal finns samlade på ett ställe vilket underlättar samarbetet mellan yrkeskategorierna. I fastigheten finns kök och matsal som utnyttjas av dem som bor i Vesslans område och av allmänheten. Det finns samlingslokaler och konferensrum. PRO och Vesslans gårdsråd har mycket aktiviteter i lokalerna, enligt Vesslans verksamhetsplan.

Antal brukare - Hemvård Vesslan	Antal 2014
Omsorg	115
Service	150
Mat	95
Larm	227
HSL	169
Avlösning	1
Antal brukare totalt	263

Vesslans hemvård har ansvaret för vård och omsorg till mer än 100 brukare dag- och kvällstid. Brukarnas medelålder ej kontrollerad 2014, brukar ligga ngt högre än snittet. Det bor mycket få äldre med utländsk bakgrund i området. De flesta i området bor i flerfamiljshus, men det finns även småhus och ett par seniorboenden i området.

...”Vår viktigaste metod är att lyssna. Kunden har berättat för oss att det är viktigt att samma person kommer hem till den varje gång, att vi ska komma i tid och berätta om vi blir försenade. Vi ska ha en personlig relation till kunden som vi hjälper men samtidigt en stabil organisation bakom oss.

Nu ska vi fortsätta att utvecklas, så att de som behöver vår hjälp, och deras anhöriga, kan välja oss i trygghet om att vi är det bästa alternativet. Tillsammans med den vi är till för vill vi utveckla Örebros bästa hemvård. Hemvården, Örebro kommun – det trygga alternativet!” Ur verksamhetsidé – enhetens plan för 2014

Organisation

Vesslan hemvård leds av två enhetschefer som arbetar i ett delat ledarskap med ett tydligt arbetsledaransvar för respektive personal. I september 2014 har det skett ett byte på den ena chefspositionen och ny chef är under inskolning. Det finns i oktober 55 medarbetare fördelade på 2 chefer, 1 assistent, 3 arbetsterapeuter, 5 distriktssköterskor/sjuksköterskor, 6 servicepersonal och 38 omvårdnadspersonal. Fördelning enligt budget (se tab nedan) har förändrats under året

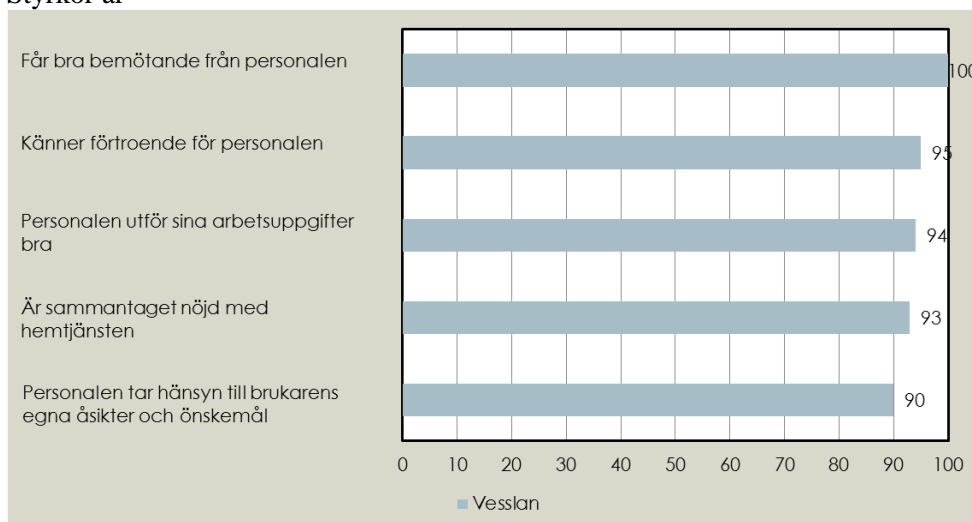
Resurser enligt budget 2014 Vesslan	Omv Dag/Kväll	Omv Nat	SSK	AT	Adm	Ledning	Övriga	Summa Budget
Antal årsarbetare per yrkeskategori (åa)	33,34	0,00	4,78	2,87	1,00	1,85	0,00	43,84
Antal anställda per yrkeskategori (st)	38	0	7	4	1	2	0	52
Total budget 2014 (Tkr)	-5 103							

Hemvården är uppdelad i två arbetsgrupper (Wadköpings- och Floragrupperna) med välutbildad omvårdnadspersonal. Till varje grupp finns omvårdnadsansvariga sjuksköterskor och arbetsterapeut som tillsammans arbetar i team runt brukarna, där även enhetscheferna ingår. Omvårdnadspersonalen har fasta placeringar i sina grupper för bästa möjliga kontinuitet och kontaktmannaskap. Grupperna samarbetar över gränserna för att säkerställa vården och för att effektivt utnyttja resurserna.

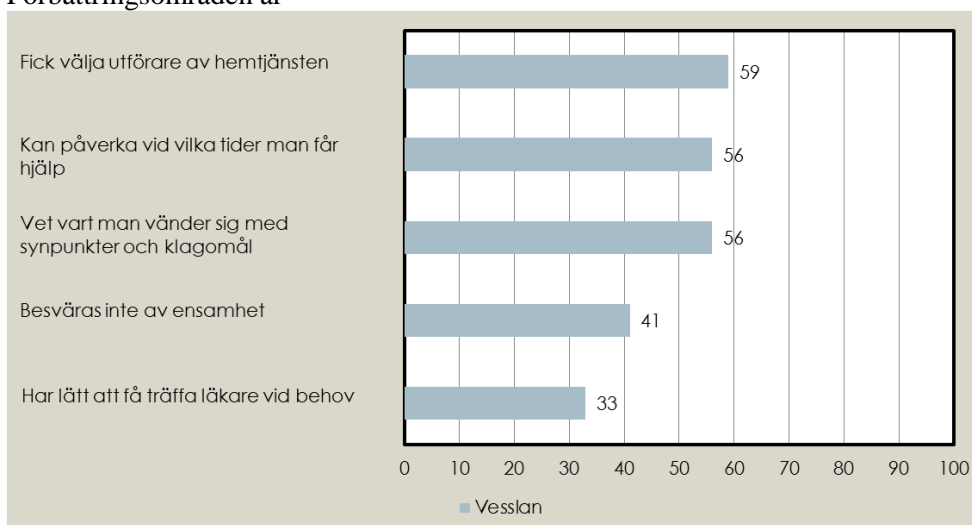
Resultat Äldreundersökningen 2013⁵

Vesslans hemvård rankas som nr 5 av 16 enheter och har liksom tidigare år nöjda brukare. På 8 av 18 frågor är nöjdhet topp 5 och det finns bara ett par låga resultat. Enheten hamnar på plats 15 av 16 är på frågan om ”Tillgänglighet till läkare” och på plats 12 av 16 på frågan om ”möjlighet att påverka tid för hjälp”.

Styrkor är



Förbättringsområden är



/enligt Indikator AB

⁵ Mitt under granskningen av Vesslans hemvård kommer resultatet för 2014 års mätning av Vad tycker de äldre. I rapporten redovisas resultatet utifrån 2013 års resultat med vissa jämförelser av det nya resultatet.

Resultat medarbetarundersökning 2014

Vesslans hemvård hamnar på plats 13 av de 13 hemvårdsenheter i kommunal drift som kan rangordnas i undersökningen. Det finns ett missnöje med ledarskap och styrning.

Styrkor är

Nr		Vesslan	Vård & oms
3	Mitt arbete känns meningsfullt	4,44	4,52
11	Jag vet vad som förväntas av mig i mitt arbete	4,44	4,56
12	Jag har den kompetens som krävs för att göra ett bra arbete	4,73	4,57
26	Jag känner mig stolt över min yrkesroll	4,32	4,44
35	I mitt senaste lönesamtal kopplades min lön till min individuella prestation	3,82	3,93
37	Jag förstår kriterierna (kraven) för den individuella lönesättningen	4,10	4,20

Förbättringsområden är

Nr		Vesslan	Vård & oms
6	Min närmaste chef visar uppskattning för mina arbetsinsatser	3,21	3,89
8	Min närmaste chef ger mig förutsättningar att ta ansvar i mitt arbete	3,57	4,14
10	Min arbetsplats mål följs upp och utvärderas på ett bra sätt	3,05	3,86
17	Jag har tillit till min närmsta chefs förmåga att driva vår verksamhet	2,98	4,01
18	Min närmsta chef driver verksamheten med fokus på medborgarna/kunderna/brukarna	3,46	4,15
23	Jag är nöjd med det arbete som görs för att förbättra arbetsmiljön på min arbetsplats	2,93	3,48

/enligt Zondera

Resultat kvalitetsinspektioner

2013 maj genomfördes en inspektion i Wadköpingsgruppen som enligt rapport visade ett fungerande kontaktmannaskap, och en bra avvikelshantering. Gruppen behöver förbättra: Namnskylt ska bäras, journaler läsas, rutiner uppdateras och i den äldres hem ska finnas skoskydd, handskar, förkläden, tvål och pappershanddukar.

Lex Sarah och klagomål

Senaste året finns två rapporteringar om missförhållanden enl Lex Sarah. En om misstänkt stöld av pengar och en om misstänkt stöld av föremål. Båda är åtgärdade med utbildning, information och polisanmälan.

Registrerade klagomål är fem. Två klagomål gäller personal som röker innan de går in till den äldre (avslutat) och två ärenden gäller brister i larmhantering. I ett femte klagomål kopplades MAS in för att utreda en misstänkt tablettförgiftning. Åtgärdad med ny rutin mellan omvårdnadspersonal och omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Resultat - Vård och omsorgs indikatorer delårsrapport 2014

Processer					
Mått	2012	2013	2014	Rikt värde	Målupp fyllelse
Andel brukartid	50,8%	60,5%	71,0%	73,0%	
Antal personer som besökt brukaren	20	18	18	15	
Andel med kontaktperson	100%	100%	Saknas	100%	Saknas
Andel med genomförandeplan	90%	100%	Saknas	100%	Saknas
Andel delaktiga i genomförandeplan	98%	100%	Saknas	100%	Saknas
Andel åtgärder på bedömd risk i senior alert	saknas	81%	90%	90%	

Brukarnas uppfattning					
Mått	2012	2013	2014	Rikt värde	Målupp fyllelse
Andel nöjda med bemötande	97%	100%	Saknas	97%	
Andel nöjda med trygghet	80%	90%	Saknas	87%	
Andel nöjda med inflytande och delaktighet	85%	90%	Saknas	86%	

Ekonomi

Mått	2012	2013	2014	Rikt värde	Målupp fyllelse
Resultat (Tkr)	-2 118	-1 697	-3 123	0	
Timvikariekostnad (Tkr)	2 400	2 325	3 172	2 324	
Kostnad för köp av ssk från bemanningsföretag (Tkr)	0	1	0	0	
Personalkostnad per utförd timma (Kr/tim)	495	432	411	329	

Medarbetare

Mått	2012	2013	2014	Rikt värde	Målupp fyllelse
Korttidssjukfrånvaro (antal dagar/anställd)	8,0	9,7	6,7	minska	
Genomsnittlig sysselsättningsgrad	90,2%	88,5%	89,6%	öka	
Andel utbildad omvårdnadspersonal	82%	89%	93%	91%	
Medarbetarindex*	ej mätt	ej mätt	69	78	
Rekommendera vän att arbeta i kommunen	ej mätt	ej mätt	49	52	

* HIME från medarbetarundersökningen

Tidigare verksamhetsuppföljningar

En begränsad verksamhetsuppföljning genomfördes och rapporterades 2012 (Vö139/2012) och sammanfattas:

”Vesslans hemvård har ett väl avgränsat geografiskt område att betjäna och närheten till brukarna ger möjlighet till korta transporttider mellan brukarna. Verksamheten verkar ha bra rutiner för att anpassa och fördela personalresursen där den bäst behövs. Brukarundersökningen visar att brukarna i Vesslans i de allra flesta fall är trygga med hjälpen från hemvården och nöjda med hjälpen som helhet. Enheten har högsta nöjd kund index (NKI) av kommunens 15 hemvårdsenheter. Låga värden (något under kommunsnitt) finns för social samvaro och aktiviteter samt mat.

Även om verksamheten är på god väg behövs ett fortsatt arbete för att förbättra dokumentation och arbetsplaner.

Inga av de förbättringsområden som identifierats är så allvarliga att de kräver omedelbara åtgärder.

Vesslans hemvård som tidigare år klarat sin ekonomi arbetar för närvarande med ett stort ekonomiskt underskott. (särskild ekonomisk åtgärdsplan finns)

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till nämnden

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

3 Resultat 2014

Granskningsgruppen kommer till en hemvårdsenhet som genom åren haft ett bra resultat på äldreundersökningar och vanligen klarat sin ekonomi. Nu 2014 är ekonomin svår att hantera när kravet är att öka kvalitetstid hos brukarna samtidigt som resurstilldelning anpassas till marknadsnivå. Vesslans hemvård har pressat sina lönekostnader och närmar sig nivån för tilldelad ersättning men klarar inte årets ram. Våren 2014 genomfördes den första medarbetarundersökningen sedan 2011. Resultatet visar att stämningen i personalgruppen inte var den bästa denna period eftersom Vesslan hamnar långt ner i en jämförelse med andra hemvårdsenheter. När granskningsgruppen kommer på besök så är det en ny chef på den ena av de två chefspositionerna.

Enheten var väl förberedd och granskningsgruppens besök genomfördes utan hinder.

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.	JA	
Aktivitets- och funktionsbedömningar görs som grund för planering av individuella aktiviteter.	JA	
Den enskilde har möjlighet att delta i dagliga aktiviteter som utgår från personens egna intressen, önskemål och förutsättningar.	JA	
Den enskilde tillförsäkras utevistelse efter individuella behov.	JA	
Samarbete finns med frivilligorganisationer och andra aktörer.	JA	

”Vad tycker de äldre 2013 och 2014” mäter inte stödet för aktiviteter för dem med hemtjänst.

Kontaktpersonen hjälper till vid behov. I anslutning till hemvårdens lokaler finns samvaro- och aktivitetslokaler för äldre. Det finns också en restaurang dagtid. En av de äldre vi talar med saknar den tid då Vesslan var ett begrepp! På Vesslan fanns det alltid något att göra. PRO var aktiva och det ordnades underhållning, dans och man spelade exempelvis minigolf. Idag är det inte så mycket aktiviteter. Å andra sidan har åren gått och det har blivit svårare att vara aktiv när omständigheter placerat kroppen i en rullstol. Enheten berättar att de har sittgymnastik för några av sina ”kunder” en gång per vecka men att dessa tillfällen också är öppna för äldre som ännu inte har någon hemtjänst men befinner sig i lokalerna.

”Hemvården är särskilt utmanande att bedöma aktiv och meningsfull tillvaro ur ett rättssäkerhetsperspektiv eftersom biståndsbeslutet är individuellt och det därmed inte är självklart att den enskilde ansökt eller beviljats insatser som avser socialt liv.

Verksamheten beskriver att de fångar upp en aktiv och meningsfull tillvaro i samband med den individuella vård- och omsorgsplaneringen.

Här finns det i journalgranskningen vissa brister. Levnadsberättelsen är i princip obefintlig både vad gäller erbjudande och innehåll. Det finns också förbättringsområden i att synliggöra när planeringssamtal och uppföljningssamtal genomförts. Detta ska göras för att synliggöra den individuella vård- och omsorgsprocessen.

”Aktiv och meningsfull tillvaro” kan också granskas utifrån den lokala värdegrunden. Då handlar en meningsfull tillvaro om trygghet, bemötande och att den enskilde känner ett egenvärde i mötet med hemvården. Medarbetarna beskriver ett relationsorienterat förhållningssätt i sitt kontaktmannaskapsuppdrag och enheten har ett bra resultat i brukarundersökningen för dessa parametrar. Verksamheten har fortfarande teamträffar och samverkar på så sätt även tvärprofessionellt i dessa områden. Utifrån detta perspektiv är verksamheten framgångsrik.” SAS

Möjlighet att delta i dagliga aktiviteter utifrån önskemål och individuella förutsättningar

”Verksamheten anger att arbetsterapeutiska aktivitetsbedömningar görs, som kommuniceras med teamet vid teamträffar och används som grund för planering av individuella aktiviteter vid behov.

I de 10 granskade journalerna finns arbetsterapeutisk aktivitetsbedömning i 7 journaler i varierande omfattning. Funktionsstatus dokumenterad av arbetsterapeut finns inte i någon av de granskade journalerna (0/10).

Vårdplaner där arbetsterapeut dokumenterat finns dokumenterade i 6 journaler.

Den enskildes delaktighet framgår väl.” MAS och MAR

Enheten använder frivilliga organisationen vid planerade aktiviteter och samverkar med väntjänst, gårdsrådet, pensionärsförbund och kyrkan.

Analys

”Arbetsterapeutisk aktivitets- och funktionsbedömning är gjord i varierande omfattning och konsekvensen då det saknas aktuell information om aktivitets- och funktionsstatus i HSL-journalen blir att det är svårt att följa sjukdomsutveckling och försämring/förbättring av funktioner och aktivitetsförmåga samt att få en adekvat uppfattning om nuläget.” MAS och MAR

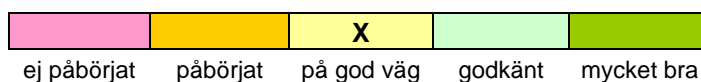
”För att uppleva en aktiv och meningsfull tillvaro behöver den enskilde en möjlighet att påverka sin vardag och erbjudas att berätta om sig själv och sina förväntningar och önskemål. Därför är den individuella vård och omsorgsplaneringen, utöver rättssäkerhet, ett mervärde för den enskilde. Planeringen påverkar självupplevelsen av ett värde och möjliggör delaktighet och inflytande. Utifrån brukarnas perspektiv är Vesslans hemvård framgångsrika. Utifrån SAS perspektiv krävs det ytterligare insatser från verksamheten för att synliggöra vad, hur och när man involverat den enskilde i den individuella vård- och omsorgsplaneringen.

SAS bedömning är att de verksamheter som arbetar med systematiskt egenkontroll har bättre kontroll på sina brister och kan arbeta med ständiga förbättringar. En sådan strategi hade med stor sannolikhet undanröjt de brister som återfinns i dokumentationen kring en aktiv och meningsfull vardag.

Den ena gruppen arbetar med målstyrningstavlor vilket också gör att de har funktionella verktyg i verksamheten för att arbeta systematiskt med dagliga och långsiktiga förbättringsarbeten.” SAS

Värdering

Enheten arbetar på flera sätt framgångsrikt med aktiviteter och meningsfull tillvaro, samverkar med frivilliga och en stor andel av de äldre har arbetsterapeutiska bedömningar, men enheten behöver utveckla sin dokumentation för att synliggöra individens behov av aktiviteter och arbetsterapeuten behöver göra aktivitets- och funktionsbedömningar.



3.2 Bemötande

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

I ”Vad tycker de äldre 2013⁶” är det alla d.v.s. 100 procent (Ök 96, Riket 97) av de svarande som är positiva till personalens bemötande. (Rang 1/16). På frågan om personalen tar hänsyn till den äldres åsikter så är 90 procent av de svarande positiva (Rang 3/16). Integritet och självbestämmande är ständigt uppe till diskussion och en av grupperna deltar i projekt ”Ständiga förbättringar”.

⁶ I Vad tycker de äldre 2014 är resultatet på frågan om bemötandet 100 procent positiva och på frågan om Hänsyn tas är 96 procent positiva.

”Vi pratar om det på reflektions tid och vid ”tavelmöten” i projektet ständiga förbättringar i Floragruppen, på arbetsplatsträff samt på utvecklingssamtal.”
Enheten

”Den enskilde upplever sig även som delaktig i vården och omsorgen. Verksamheten beskriver att de återkommande har dialog i arbetsgrupperna om bemötande och respekt. Verksamheten lyfter även fram teamets betydelse vilket också är synligt i dialogen med verksamheten.

Det finns en uppriktighet och prestigelöshet mellan deltagarna under mötet. Det framkommer relevant och saklig kritik mot brister där cheferna är lyhörda och ger sin bild av varför bristerna uppkommit och vad man planerar för åtgärder. Som besökare så uppfattar man att just dialogen är en framgångsfaktor som bidrar till ett gott bemötande till deras ”kunder”. Det finns ett utrymme att ventilerade problem i arbetsgruppen och det är kanske därför man inte tar med sig sina verksamhetsrelaterade problem och utmaningar hem till brukarna.

Verksamheten har svårt att beskriva varför de är så bra på bemötande. Det är inget krav men det underlättar om man vill upprätta hålla ett gott resultat att veta varför man är bra.

SAS vill dock utmana verksamheten att lyfta skydds- och begränsningsåtgärder i en etisk dialog för få bränsle till den befintliga värdegrundsdialogen. De kan också hjälpa verksamheten att identifiera deras framgångsfaktorer.” SAS

Enheten arbetar utifrån värdegrunden vilket medför att den enskilde medarbetaren och gruppen behöver ompröva sina värderingar. Att enheten svarat ”nej” på frågan om de tagit ställning till hur olika livsåskådningar ska respekteras ska tolkas som att de inte har ”rätt” svar på allt. De försöker jobba fördomsfritt och öppet i varje möte. Att det fungerar visar sig bland när man klarar vården och omsorgen i livets slutskede oavsett den äldres livsåskådning. Enheten menar att frågan dessutom inte är ett problem för dem i dagsläget eftersom områdets befolkning är relativt homogen kulturellt sett.

Analys

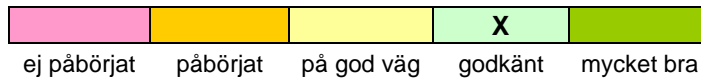
Vesslans hemvård är bra på bemötande menar de äldre enligt brukarundersökning 2013 och 2014. Integritet och självbestämmande är viktigt och personalens förhållningssätt är under utveckling. Mötet med personal vid granskningen förstärker bilden av en enhet som lyssnar på sina brukare. Genomgående har Vesslans hemvård ett bra resultat på frågor om hjälpens utförande och den äldres trygghet vilket borde kunna tolkas som att integritet och självbestämmande respekteras.

”Verksamheterna är generellt bättre på att lyfta förbättringsområden men SAS uppfattning är att man också behöver identifiera framgångsfaktorer. Först då kan man arbeta fram strategier för bibehålla och utveckla. Utan medvetenhet om varför så är det svårt att introducera nya medarbetare i vad som är standarden när man arbetar i Vesslans hemvård.

Det finns ett förbättringsområde vad gäller bemötande i genomförandeplanerna. Genom att skriva utifrån ett ”jag-perspektiv” istället för uppgiftsorientering så framträder den enskildes önskemål om bemötande på ett tydligare och konkretare sätt.” SAS

Värdering

Vesslan är bra på bemötande. En ökad medvetenhet om varför man är framgångsrik kan leda till att enheten också blir ”mycket bra” och ett föredöme där man i studiebesök kan vägleda andra.



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.	JA	
Hjälpinsatserna planeras så att de utförs efter den enskildes behov och önskemål oavsett vem i personalgruppen som utför dem och oavsett tid på dygnet.	JA	
Rutiner finns för att fånga upp förändrad behovssituation.	JA	
Så mycket tid som möjligt av medarbetarnas arbetstid tillbringas hemma hos den enskilde	JA	
Vi informerar den enskilde om den planerade tiden förändras eller om det kommer någon annan personal än vad som planerats	JA	
Kontaktman med tydliggjort ansvar finns för alla brukare.	JA	
Kontaktman är känd av alla brukare.	JA	

”Vi försöker planera stödet så långt det är möjligt att kontaktpersonen utför stödet men också att det är samma person som går under dagen. Vi når inte målet för kontinuitet, det är därför ett förbättringsområde.” Enheten

Antal besökare i snitt är 18 för Vesslan och målvärdet är 15. Snittet kan sänkas om planeringen i TES utvecklas. Enheten håller på att rekrytera Driftledare som ska utveckla planeringen med att exempelvis lägga smartare rutter. Enheten konstaterar att det gäller att planera smartare, inte bara att springa fortare.

”Vi lyssnar in den enskildes önskemål gällande tider för insatserna. Besöksplaner uppdateras fortlöpande- och vid behov utifrån förändrat behov och önskemål. Önskemål gällande tider kan inte alltid uppfyllas. Det är ett förbättringsområde.” Enheten

Kontakt personen informerar teamet, ändrar i besöksplanen och kontaktar biståndshandläggaren/At/Dsk. Dokumentation är ett förbättringsområde för tillfället.

Enheten uppfyller kravet för värdeskapande tid hemma hos brukarna. (Brukartid)

”Den enskildes telefonnummer finns i besöksplanen och personalen ringer till dem man vet att tiden är extra viktig för, om man blir försenad, och informerar också vem som kommer på nästa besök.” Enheten

Brukarundersökning 2013 visar att 67 % (rang 6 av 16) är positiva till att personal meddelar vid förändring. (2014 är det 69 % (rang 3 av 15).

Varje brukare har två kontaktpersoner och får reda på vem som blir kontaktman vid introduktions samtal. Kontaktmannen besöker brukaren för att presentera sig.

”Verksamheten beskriver att besöksplanerna uppdateras fortlöpande. Eftersom de inte sparas ner som genomförandeplaner så går det inte att följa utvecklingen, och det är en brist.

Det som inte framkom under mötet var att en av grupperna i verksamheten arbetar med målstyrningstavlor, det kan vara en strategi för att nå målvärdet med kontinuitet.

SAS träffade en person som har hjälp av Vesslans hemvård. Hen hade kunskap om vem som var kontaktperson och vad hen kan förvänta sig av sin kontaktperson. De har tillsammans upprättat en genomförandeplan.” SAS

Analys

Enheten har ett fungerande kontaktmannaskap och resultatet på brukarundersökningar visar att de äldre är positivt inställda till enhetens sätt att jobba med utförandet. På frågor om tidpassning och information vid förseningar ger de äldre personalen ett gott betyg.

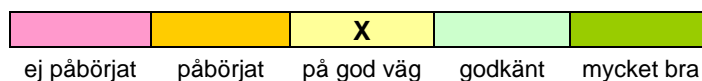
”Merparten av verksamheterna i hemvården har utmaningar att nå upp till målvärde vad gäller kontinuitet.

Det är inte bara dagsplaneringen som behöver ha personkontinuitet utan även planering av personalresurser utifrån brukarnas behov behöver kvalitetssäkras. Här har verksamheterna idag inte ett bra systemstöd. Förhoppningsvis kan det nya bemanningsverktyget ”Medvind” underlätta planeringen av resurser utifrån behov och på så sätt även stödja och underlätta den dagliga planeringen i TES.

Oavsett vilka systemstöd vi har så är förutsättningen att man aktivt redigerar besöksplaner utifrån önskemål och därefter uppdatera genomförandeplanerna. Om inte det sista görs kan man inte följa förändringar.”SAS

Värdering

Kontinuitet är ett förbättringsområde som enheten arbetar aktivt med.



3.4 Mat, måltid och nutrition

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

Äldre i Vesslans område får sina matlådor från Vesslans kök. Maten är varm. Granskarna åt av maten för dagen som var Citron-Sej med potatis och sallad alternativt Järpar med potatis och sås. Granskarna hämtade maten i restaurangen och tog brickorna till möteslokalen. Enligt uppgift var det exakt samma mat som serverades den äldre i hemmet men då kom den i matlåda. Granskarnas betyg på maten varierade från att det var en ”normal” husmanskost utan extravaganser till att det var en smakrik och god mat.

De äldre vi talade med hade inget att anmärka på maten eller så hade de inget behov av matleveranser. En av dem hämtade mat ett par gånger i veckan från en närbelägen restaurang (ej kommunens) och resten av veckan lagade hon sin egen mat.

Enheten har ett nära samarbete med kökschefen och de har 4 kostombud som tar hand om beställningar och informerar övrig personal om vikten av måltiden.

”Personalen serverar alltid måltiden i lugn och trivsamt miljö. Finns det behov att sitta där och samtala medan den enskilde äter så planerar kontaktpersonen i besöksplanen.

Vi har många som har måltidsstöd och några som vi ledsagar till restaurangen.

Kontaktpersonen skriver noga i besöksplanen om vad det är för typ av hjälp som behövs. Hur maten ska serveras och om det finns behov av måltidsstöd.

Vi har rutin hantering utifrån livsmedelshygien och mäter varmhållningen en gång i veckan. Här behöver vi bli bättre.

Följer individens önskemål. Samverkan behövs kring de brukare vi delar med nattorganisationen för att få jämn måltidsfördelning och att nattfastan inte blir så lång.” Enheten

Måltidmiljö och anpassning av måltidsituationen efter individuella behov och önskemål.

”Verksamheten beskriver att man strävar efter att alltid servera måltiden i lugn och trivsam miljö. Måltidssituationen anpassas efter den enskildes behov och finns behov av att någon sitter med vid måltiden planerar kontaktpersonen in detta i besöksplanen samt vad personen behöver hjälp med och hur maten ska serveras. Verksamheten har många personer som har måltidsstöd och några som man ledsagar till restaurangen.” MAS och MAR

I senior alert gör man en vårdplan om det finns risk för undernäring. Vid risk för undernäring så skrivs det också särskilt in kring kost i besöksplan/genomförandeplan.

Riskbedömning, vårdplan nutrition

”I 7 av 10 granskade journaler fanns en vårdplan kopplad till risken för undernäring. Verksamheten skriver också in i besöksplanen det som rör kosten. Vikten följs och fanns registrerat i samtliga 10 journaler som mätvärde. Ett utvecklingsområde som verksamheten själv lyfter fram är att de behöver skapa ett samarbete med nattorganisationen då det gäller nattfastan.” MAS och MAR

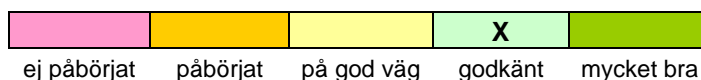
I enhetens självvärdering har de markerat med ett ”Nja” vid kriteriet om att ”hänsyn tas till traditioner och högtider...” därför att de inte har någon skriftlig rutin för hur detta ska ske. Under mötet framgår att hänsyn tas dels generellt utifrån vilka helger det gäller och dels utifrån individernas olika behov.

Analys

”Måltidssituationen och stödet anpassas efter den enskildes funktionsförmåga. Riskbedömningar för undernäring genomförs och vårdplaner upprättas och följs upp, men planeringen av måltidssituationen framgår inte i HSL-dokumentationen. Vikten registreras och vid behov görs uppföljning. Verksamheten ser själva att man behöver arbeta mer med nattfastan.” MAS och MAR

”Det är alltid 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



3.5 Personlig omvårdnad och service

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

MAS och MAR kommenterar:

Rehabiliterande förhållningssätt/stimulans att använda kvarvarande aktivitetsförmåga

”Verksamheten framhåller att personalen arbetar utifrån rehabiliterande förhållningssätt utifrån brukaren/patientens motivation och vilja.

Arbetsterapeut finns med vid teamträffar. Detta framgår inte tydligt i den granskade HSL-dokumentationen, men det framgår att hembesök ofta görs tillsammans med omvårdnadspersonal

I de granskade journalerna finns dokumentation där det framgår att arbetsterapeut arbetar med att stärka och stimulera den enskildes aktivitetsförmåga inom olika aktivitetsområden i samverkan med övriga teamet. Den enskildes delaktighet framgår väl.

Hjälp/stöd med syn- och hörselhjälpmedel

Hörselombud finns och enligt verksamheten hjälper kontaktmannen den enskilde vid behov och önskemål.

Munvård

När det gäller munvårdsbedömningar är detta ett utvecklingsområde enligt verksamheten. Munhälsobedömningar ska göras enligt Senior Alert s.k. ROAG men det har man inte kommit igång med än. Verksamheten har dock kontakt med tandhygienisterna som arbetar inom Vesslans område och rutin finns för munvård vid palliativ vård.

Inga vårdplaner fanns för munvård i de 10 granskade journalerna.

Kontinens

Den enskildes behov och önskemål av inkontinenshjälpmedel bedöms genom samtal mellan den enskilde och OAS. I 1 av de 10 granskade journalerna fanns 1 vårdplan för upprätthållande av sin kontinens.

Hjälp/stöd att hantera oro/ångest

Vid oro och ångest hos en patient ber OAS omvårdnadspersonalen att lägga in extra tillsynsbesök och har sedan även en dialog med ansvarig läkare.

Inga vårdplaner fanns för oro ångest i de 10 granskade journalerna.

Förebyggande av smärta/Smärtbehandling

När det gäller smärtproblematik finns rutiner för hur smärta upptäcks och åtgärdas. Sjuksköterskan har daglig dialog med omvårdnadspersonal som då kan påtala om de uppmärksammat person med smärta. Behövs det sättas in smärtstillande läkemedel tar sjuksköterskan kontakt med läkare.
Ingen vårdplan för smärtproblematik fanns vid journalgranskningen.”
MAS och MAR

Enheten skriver att ansvarig dsk/ssk ber omvårdnadspersonalen att lägga in extra tillsynsbesök vid oro och ångest. Dsk/ssk kontaktar ansvarig läkare om det finns behov av dämpande läkemedel för oro- och ångest.

I Vesslans område anger 41 procent av de svarande att de inte besväras av ensamhetskänslor (Ök 43, Riket 45) Rang 10/16. I Vad tycker de äldre 2014 är det 47 procent som inte besväras av ensamhet (+ 6 %). I området bor en hög andel mycket gamla och det finns en viss samvariation med hög ålder och med hur man svarar på frågan om ensamhet.

Service/hemliv	Ja	Nej
Den enskildes kläder tvättas, vid behov.	JA	
Städning och omvårdnadsstädning fungerar	JA	
Den enskilde får hjälp med inköp, post och bankärenden	JA	
Den enskilde får hjälp med ledsagning vid behov	JA	

Service/hemliv

Enhet har ännu inte ställt om från att ha en separat servicegrupp och det är vid tiden för granskarnas besök fem personal som arbetar rak vecka och med i huvudsak serviceinsatser.

Kontaktpersonen gör besöksplan utifrån den enskildes behov och önskemål.
Omvårdnadsstädning är ett förbättringsområde menar enhet i sin självvärdering.
Kontaktpersonen hjälper till med inköp mm utifrån behov och önskemål.
TES planeraren eller kontaktpersonen planerar vid behov av ledsagning.

Analys

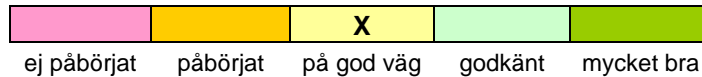
”Verksamheten framhåller att man arbetar utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt och arbetsterapeut arbetar i teamsamverkan med övrig personal och finns som stöd. Teamsamverkan i samband med teamträff är dock otydlig i HSL-dokumentationen.
Rutiner finns för munvård, inkontinens, oro, ångest och smärta. Men ett utvecklingsområde är att göra detta synligt genom vårdplaner.” MAS och MAR.

Enhetens service fungerar men de har inte ställt om från att ha särskild servicegrupp till en hemtjänst där omvårdnad och service åter integreras. Det var inte så länge sedan man erbjöd personal att ingå i en servicegrupp där rak vecka erbjöds och att nu ställa tillbaka verksamheten skulle innebära att många behöver gå tillbaka till schemalagd arbetstid med helger igen. Servicepersonal har tv

anställningar och jobbar kvar med rak vecka. Blir deras tjänster lediga kommer de nya inte att erbjudas rak vecka.

Värdering

Sammantaget leder kraven på förbättrade vårdplaner att betyget för ”personlig omvårdnad och service blir ”på god väg” och där förbättringar kan klaras inom ram för rapportering i årscykelns verksamhetsplan, delrapporter och årsberättelse.



3.6 Vård i livets slut

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

Vesslan har en sjuksköterska, en arbetsterapeut samt fyra omvårdnadspersonal som är palliativ ombud och det finns upprättade rutiner. Rutinen- och riktlinjen för palliativ vård följs.

Ansvarig sköterska informerar anhöriga om villkoren för vård i livets slutskede.

Vi sätter täta till syner eller vak vid behov. Usk/omvp som brukaren känner väl sitter vak (ordinarie personal). Den som sitter vak är trygg med uppdraget, alla sitter inte vak.

Ansvarig sköterska ringer anhöriga och erbjuder efterlevnadssamtal.

”Verksamheten har rutiner för den palliativa vården. Palliativa ombud finns som sjuksköterska, arbetsterapeut och fyra omvårdnadspersonal samt ett bra samarbete med läkarna på vårdcentralen när det gäller den palliativa vården. Dagboksanteckningar förs i palliativa pärmen och kommunens riktlinje för palliativ vård är känd. Ordinarie personal som känner sig trygg i uppdraget sitter vak. Ansvarig sjuksköterska ringer anhöriga och erbjuder efterlevande samtal.

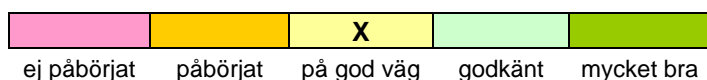
Det är svårt att värdera det Palliativa registret då det är bara två individer registrerade. Positivt är att validerad smärtskattning är gjord och patienterna är lindrade från smärta. Inget spindeldiagram visas på grund av färre än 10 registrerade dödsfall.” MAS och MAR

Analys

”Personalen arbetar efter riktlinjen för palliativ vård och flera palliativa ombud finns i verksamheten av alla yrkeskategorier. Vilket underlättar teamarbetet och ombuden kan stötta sina kollegor.” MAS och MAR

Det är svårt att ge godkänt för en verksamhet där underlaget för bedömning är litet.

Värdering



3.7 Den enskildes skydd

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den enskilde känner sig trygg med sin vård och omsorg.	JA	
Rutiner finns för att den enskilde ska hållas fri från vårdskador och missförhållanden.	JA	
Skydds- och begränsningsåtgärder (lås, bälten, grindar etc.) används efter individuell bedömning.	JA	
Risker för trycksår registreras, förebyggs, åtgärdas och följs upp.	JA	
Landstingets rekommendationer för sårvård följs	JA	
Personalen känner till hur avvikelshanteringen går till och gör avvikelserapporter vid behov.	JA	
Fallskador förebyggs med individuella och generella åtgärder.	JA	
Enheten har fungerande egenkontroll för hygien.	JA	
Finns beredskap för att klara prioriterade arbetsuppgifter vid extremväder	JA	
Finns beredskap för att uppmärksamma och hantera våld i hemmet?	JA	
Larm fungerar och är individuellt anpassade samt svarstid är så kort som möjligt.	Ej svar	

Den äldre känner sig trygg med stödet från hemvården (90 procent är positiva, Ök 88, riket 87). Förtroendet för personalen är högt (95 procent positiva, Ök 91, Riket 92) Rang 5/16. Sammantaget är 93 procent nöjda med sin hemtjänst (ÖK 90, Riket 89)

Tabell visar att goda resultat från 2013 upprepas 2014.

	2013	2014
Trygg med stöd från hemvården	90 %	92 %
Känner förtroende för personalen	95 %	96 %
Samtantaget nöjd med hemtjänsten	93 %	94 %

Enheten menar att de har en kompetent ordinarie personal som ger trygghet genom sitt bemötande. Dock kan de se att det vid nyanställningar behövs erfaren personal kopplat till det ansvar det innebär att arbeta inom hemvården. Utöver det behövs en gedigen introduktion.

Vid missförhållanden skriver enheten avvikelser som följs upp på teamträffar och därefter skrivs åtgärdsplan, vilken följs upp kontinuerligt. Lex Sara rapporteringar görs när så är befogat skriver enheten i sin självvärdering.

”För att upprätthålla det goda resultatet från brukarundersökningen rekommenderar SAS att verksamheten förbättrar dokumentation kring vad som gör att varje enskild person känner sig trygg respektive otrygg. Trygghet är en betydelsefull komponent för välbefinnande.

Verksamheten beskriver dock utmaningar vid introduktion vid nyanställningar eller vikariat eftersom arbetets karaktär fordrar erfarenhet och det finns inte alltid tillgänglig personal med erfarenhet. Ett önskemål som framförs som en grund i kvalitetssäkring är att de medarbetare som kommer från bemanningsenheten och inte har erfarenhet bör ha fått kompetens i dokumentation, delegeringsutbildning och lyftkörkort innan de kommer till verksamheten.

Verksamheten har god kunskap om Lex Sarah och beskriver att de rapporterar när det är befogat. SAS delar den bedömningen. Det finns just nu två aktuella utredningar som pågår som avser ekonomiskt missförhållande och är av brottslig karaktär. Där pågår en parallell polisutredning om brott.” SAS

MAS och MAR kommenterar *Trygg vård*

”Verksamheten anger att den ordinarie personalen är kompetent och ger trygghet till den enskilde genom sitt bemötande. Vid nyanställning så tänker man in att det behövs personal med erfarenhet samt att de får en ordentlig introduktion. Verksamheten framhåller behovet av introduktion av nyanställd personal och vikarier för att kunna upprätthålla tryggheten för brukarna.

Hantering av avvikelser

Avvikelser rapporteras i verksamheten och analyseras i teamet men är ett utvecklingsområde då endast HSL-avvikelser och till största del avvikelser som gäller fall och läkemedel rapporteras. (se tab nedan). Rutiner finns för att på teamträffar ta upp avvikelser som rör missförhållande, åtgärdsplaner skrivs och uppföljning sker.

Avvikelser 1/1-30/6 2014 Vesslan hemvård

	Vesslan	Flora-gruppen	Wadköpingsgruppen	Vesslan HSL	totalt
Fall med skada		5	5		10
Fall utan skada	3	10	23		36
INFO bristande, externt			1	1	2
KL bemötande			1		1
LM Apotekstjänst				1	1
LM fel tid		1			1
LM felaktigt iordningställande		1			1
LM glömd dos		3	3		6
LM medverkar ej			1		1
MTP produktfel				1	1
totalt	3	20	34	3	60

Skydds- och begränsningsåtgärder

Risikanalys görs i teamet vid behov av skydds- och begränsningsåtgärder för den enskilde och om den enskilde samtycker så verkställs sedan åtgärden. Vid journalgranskningen fanns i 1 journal vårdplan där skydds- och begränsningsåtgärd framgår och samtycke var registrerat.

Riskbedömning Senior alert

Riskbedömning enligt Senior alert finns i samtliga 10 granskade journaler. Vid risk upprättas vårdplan av sjuksköterska eller arbetsterapeut. Enligt statistik delår 2

2014 är 105 risk-bedömningar genomförda och 90 % av alla med bedömd risk har minst 1 åtgärd registrerad.

Fallrisk

Fallskador förebyggs genom aktivt arbete med riskbedömningar i verktyget Senior Alert och läkemedelsgenomgångar genomförs. Vid bedömd fallrisk skrivs vårdplaner och vidtagna åtgärder följs upp på teamträffar där sjukgymnasten deltar 2 ggr i månaden.

Journalgranskningen visade 7 riskbedömningar fall och det fanns 7 vårdplaner kopplade till dessa.

Trycksår

Rutin finns att omvårdnadspersonalen observerar huden och vid rodnad rapporteras detta till ansvarig sjuksköterska.

I 2 journaler fanns risk för trycksår enligt Senior Alert bedömning registrerat och till dessa fanns vårdplaner dokumenterade.

Hygien

Verksamheten anger att de arbetar efter hygienriktlinjerna som finns i kommunen.”

MAS och MAR

Analys

”Verksamheten framhåller vikten av en fungerande introduktionsutbildning inom Vård och omsorg. Tryggheten i vården utgår från att personalen är kompetent och känner brukaren. Vid nyanställningar blir det svårt att upprätthålla tryggheten då inte den nyanställde genomgått fullständig introduktionsutbildning innan hen ska arbeta på egen hand.

Rutiner finns för avvikelshantering men det är av stor vikt att rapporteringen av avvikelser utvecklas att omfatta även övriga avvikelseområden.

Verksamheten arbetar aktivt med riskbedömningar i Senior Alert och när åtgärder vidtas upprättas vårdplaner och uppföljningar sker på teamträffar.

Rutiner finns och fungerar väl när det gäller skydds- och begränsningsåtgärder.”

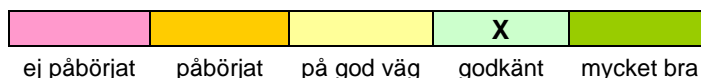
MAS och MAR

”Alla verksamheter har generellt ett förbättringsområde vad gäller att identifiera orsak till trygghet kontra otrygghet. Det är inget krav men en framgångsfaktor.

Vesslans hemvård beskriver att de arbetar systematiskt med avvikelser och har god kunskap om Lex Sarah.” SAS

De äldre som har hjälp av Vesslans hemvård upplever en trygghet vilket framgår av resultatet på enkäten -Vad tycker de äldre? Liksom i slutsatser gällande bemötandet så kan enheten ta ytterligare ett utvecklingssteg om de med utgångspunkt från individens behov också i dokumentation kan beskriva vad det är i insatser och organisation som leder till ett gott resultat.

Värdering



3.8 Delaktighet

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den enskildes behov av att vara en individ ska synas i den individuella planeringen och i enhetens gemensamma värdegrund. Hänsyn tas till jämställdhet och mångfald.	JA	
Den enskilde erbjuds själv eller tillsammans med anhöriga att beskriva sin levnadsberättelse, sina önskemål och göra sina målformuleringar.	JA	
Den enskildes vård- och omsorgsbehov planeras och utvärderas genom att regelbundet följa upp mål i dokumenterade genomförandeplaner.	JA	
Den enskilde erbjuds att ta del av innehållet i den dokumentation som gäller honom/henne.	JA	
Den enskildes behov säkerställs genom teamarbete mellan personalkategorier och över dygnet	JA	
Biståndsbeslut verkställs inom rimlig tid.	JA	
Den enskilde ska alltid erbjudas bästa möjliga vårdform enligt Örebro kommuns riktlinjer vid demens där trygghet, meningsfullhet och säkerhet kan erbjudas.	JA	

Brugarundersökningen visar att personalen ”tar hänsyn till den äldres egna åsikter och önskemål” och att det finns en respekt för den äldres behov genom att komma i tid till avtalade möten. Möjlighet att påverka tid för hjälp och information vid tillfälliga förändringar har inte lika många positiva svar, men här är också kommunens- och det nationella resultat lågt. 2014 är enheten nr 1 av 15 enheter på att ”visa hänsyn”. Se jämförelse tabell nedan.

Frågor ur Vad tycker de äldre?	2013	2014
Personalen tar hänsyn till den äldres åsikter och önskemål	90 %	96 %
Kan påverka vid vilka tider man får hjälp	56 %	59 %
Personalen kommer på avtalad tid	83 %	90 %
Personalen brukar informera om tillfälliga förändringar	67 %	69 %

Enheten menar i sin självvärdering att de tillmötesgår den enskildes behov och önskemål.

Brukaren och dennes anhöriga erbjuds att beskriva sina önskemål i en levnadsberättelse

Kontaktpersonen följer upp om mål nås var tredjemånad och vid behov, men här behöver enheten förbättra sig enligt egen uppgift.

Den enskilde får originalet av genomförandeplanen och kontaktpersonen behåller kopia i personakten.

Teamet tillsammans med chefen säkerställer att den enskildes behov blir tillgodosett. Rapporteringar, teamträffar med nattorganisationen och planeringssamtal med brukaren håller ihop processen över dygnet.

Biståndsbeslut verkställs inom rimlig tid eftersom Tesplaneraren bokar introduktionssamtal inom 24 timmar och om akut behov planeras besöket snabbt.

Teamet diskuterar och planerar behovet utifrån den enskildes behov. Planeringssamtal med brukaren sker alltid när behov förändras så att annan vårdform kan bli aktuell.

SAS rapportering från granskning av journaler visar att det finns ett glapp mellan de dagliga arbetets planerande, utförande och uppföljning när detta ska studeras i dokumentationen.

”Ett urval görs på tio personer, hälften män och hälften kvinnor och jämt fördelat mellan verksamhetens grupper. Därutöver brukar så långt så möjligt granskningen även omfatta en person som är palliativ.

Alla brukare har besöksplaner men endast tre är översparade till genomförandeplaner. Det är ett förbättringsområde utifrån rättssäkerhet. Först när det finns en plan finns det möjlighet att genomföra uppföljningar.

Det finns ett förbättringsområde i hur behoven beskrivs för att synliggöra den enskildes delaktighet. Att skriva i jag-form eller utifrån personens namn istället för uppgift medför ett perspektivskifte för läsaren utifrån för vems skull.

Målsättningen är att den enskilde är den primära personen och uppgifterna sekundära. Personalen blir då en hur-faktor. När uppgifterna är primära och personen sekundär så blir den enskilde osynlig. Källan blir också obefintlig och det går inte att läsa ut vem som beslutat om hur stöd och hjälp ska genomföras.

Att uppföljning genomförs är inte synliggjort på ett tydligt sätt i den sociala journalen är en brist. Det innebär inte att det inte genomförs men det går inte att följa i en dokumentationsgranskning.” SAS

MAS och MAR kommenterar *Teamarbetet*

”Den enskildes behov säkerställs genom teamarbete mellan personalkategorier och över dygnet. Chefen leder teamarbetet och tillsammans säkras rutiner efter den enskildes behov. Teamsamverkan sker varje vecka en timme då omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och enhetschef träffas. Varannan vecka deltar också sjukgymnast. Svåra ärenden kan även tas upp på APT. Sjuksköterska och arbetsterapeut är med på morgonrapporten tillsammans med omvårdnads-personalen och sjuksköterskan är också med på eftermiddagstrappan. Rutin finns även för teamträff med nattorganisationen. Planeringssamtal hålls med den enskilde.” MAS och MAR

Analys

Den äldre är mycket nöjd med att hänsyn tas till åsikter och önskemål. Att personal kommer i tid till sina uppdrag är att visa respekt för överenskommelser. Enheten har förbättrat möjlighet att påverka tid för hjälp och information om tillfälliga förändringar. Det är nästan 7 av 10 som är positiva även här.

”Struktur och rutiner finns för teamsamverkan och delaktighet.” MAS och MAR

”Det finns ett generellt utvecklingsbehov språkmässigt. Textfälten i TES har en begränsning med SAS bedömer ändå att språket kan mjukas upp för att synliggöra den enskildes röst. Det väldigt kortfattande språket exkluderar i dagsläget den enskilde och omfattar i stor utsträckning instruktioner till kollegor.

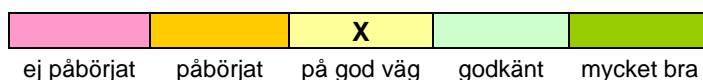
Verksamheten behöver kvalitetssäkra sitt processflöde gällande den individuella vård och omsorgsplaneringen. Det går inte alltid att följa händelser över tid och händelser av betydelse. Den individuella vård och omsorgsprocessen är inte

framträdande i den löpande journaldokumentationen. Däremot syns det i journalerna att en del av arbetet som gäller den enskilde sker i ”teamträffar” och det är en framgångsfaktor i utveckling av vård- och omsorgsprocessen.

SAS bedömer att systematisk egenkontroll kan underlätta för verksamheten och undanröja de brister som finns i den individuella vård- och omsorgsprocessen.”

Nio av tio bland de äldre som har hjälp av Vesslans hemvård känner sig delaktiga i planering och utförande av vården och omsorgen, men SAS bedömning att den individuella vård- och omsorgsprocessen behöver utvecklas med hjälp av egenkontroll av dokumentation leder till att den sammantagna bedömningen bara blir ”på god väg”.

Värdering



3.9 Hälsa- och sjukvård

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

MAS och MAR kommenterar:

”Medicinska diagnoser fanns i samtliga journaler av dessa var 9 rätt verifierade. Mätvärden fanns registrerade i alla 10 journaler framför allt blodtryck, puls och vikt. Hos personer med diabetes fanns mätvärden för kontroll av blodsockret. I 1 journal fanns alla vitalparametrar som tas vid genomgången av Beslutsstöd de var antecknade som mätvärden och dokumenterat i journalen.

Tillgång till sjuksköterska

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska är tillgänglig under dygnet för den som är inskriven i kommunal hemsjukvård utifrån den enskildes behov.

Tillgång till arbetsterapeut

Arbetsterapeut finns tillgänglig under vardagar. Verksamheten anger att tillgängligheten till arbetsterapeut är god och att ökad resurs sätts in då behovet ökar.

Tillgång till sjukgymnast

Sjukgymnast kontaktas vid behov och finns med varannan vecka vid teamträffar. Verksamheten anger att samverkan fungerar mycket bra och att sjukgymnasten är väl tillgänglig. Enhetschef skriver in beslut på insats från sjukgymnast i TES, så det kommer in i besöksplanerna.

Tillgång till läkare

Länsövergripande ramavtal finns som reglerar tillgång till läkare och tider för rond. Sjuksköterskorna har rond en gång i veckan på Skebäcks Vårdcentral. Ansvarig sjuksköterska bokar läkemedelsgenomgång med ansvarig läkare. Under kvällar och helger har verksamheten alltid tillgång till distriktsläkare enligt jourssystem i primärvården. Samverkan sker med andra aktörer vid behov utifrån den enskilde personen.

Samverkan med andra aktörer

Vid journalgranskningen saknades dokumentation av samtycke när det gäller informationsöverföring HSL i samtliga 10 granskade journaler.

Instruktion och delegering

Sjuksköterskorna delegerar omvårdnadspersonalen i hälso- och sjukvårdsuppgifter. Arbetsterapeuten ansvarar för instruktion av hjälpmedel och aktiviteter utifrån den enskildes behov.

Läkemedel

Vårdplan för läkemedelshantering fanns i 8 granskade journaler. I 2 journal där patienten är diabetiker fanns vårdplan för diabetes och i vårdplan för insulinbehandling. Sjuksköterskorna ansvarar för att det finns rutiner för att minska olämpliga läkemedel och för läkemedelshantering i stort.

Medicintekniska produkter

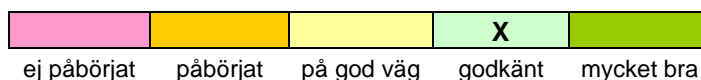
Arbetsterapeuten bedömer behovet och förskriver hjälpmedel och ansvarar för uppföljning” MAS och MAR

Analys

”Verksamheten har fungerande rutiner och arbetssätt för hälso- och sjukvården och tillgängligheten till hälso- och sjukvård för den enskilde är god och samverkan med Skebäcks vårdcentral fungerar väl.

Verksamheten dokumenterar i vårdplaner, registrerar i mätvärden och följer upp. Dock registreras inte samtycke för informationsöverföring vilket är en brist, se under avsnittet dokumentation.” MAS och MAR

Värdering



3.10 Anhörigstöd

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den anhörige ska känna sig välkommen att vara delaktig i vården och omsorgen i den mån önskemål finns.	JA	
Den anhörige blir sedd av personalen och får möjlighet att ställa frågor och själv ge information.	JA	
Anhörigträffar anordnas regelbundet.	Nja	
Ett anhörigråd finns.		Nej
Anhörigombud finns	JA	
Enheten har en lokal rutin för att stödja anhöriga	JA	
Anhöriga erbjuds avlösning i hemmet eller i andra former vid behov.	JA	
Enheten informerar om och förmedlar kontakt med Anhörigcentrum.	JA	

Anhöriga som hjälpte sin närstående att svara på enkäten fick själv svara på frågan hur de tyckte att samarbetet med hemtjänsten fungerade. Bland Vesslans anhöriga var 93 procent positiva till samarbetet⁷. (Ök 84, Riket 87).

Enheten skriver att om den enskilde samtycker så är närstående välkomna att vara delaktiga på planeringssamtal eller andra träffar som rör deras närstående. Hela teamet har ett ansvar för- och tar hand om de anhöriga och närstående

Enheten har som en av få hemvårdsenheter samlat anhöriga till en mycket uppskattad anhörigträff (40-50 deltagare), vilken genomfördes i våras. Vesslans hemvård har inget anhörigråd och försök att skapa ett sådant genom åren har fallit på att anhöriga inte varit intresserade.

Vesslan har idag två anhörigombud och en lokal rutin finns är framtagen för arbetet med att stödja anhöriga.

Enheten erbjuder anhöriga avlösning vid behov.

I statistik framgår att Vesslan har avlösning i hemmet till en anhörig. Över tid har man i perioder haft en (1) till som mest 2-3 samtidiga avlösningar. Erfarenheten är att det är mycket svårt för den anhörige att släppa sitt ansvar för att få tid för sig själv eller bara komma ifrån.

Teamet informerar och förmedlar kontakt med anhörigcentrum.

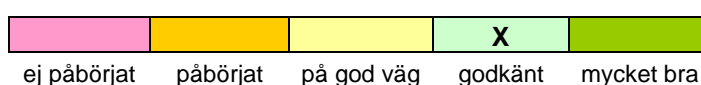
Analys

Enheten är aktiv i sitt stöd till anhöriga och den samling som gjordes 2014 kommer att upprepas. Samlingarna är också tillfällen för enheten att berätta om sina planer och sina resultat. Det är viktigt att berätta om resultat från både brukar- och medarbetarundersökningar.

⁷ I Vad tycker de äldre 2014 är det 94 procent positiva (+ 1 %)

Generell kommentar som gäller hemvården i stort och inte bara Vesslans hemvård:
 ”Avlösning i hemmet” är och har varit ett lågt utnyttjat stöd i Örebro sedan statistik började föras 2008 och kan jämföras med kommuner där stödet är 10 ggr mer utnyttjat. Vesslan liksom andra hemvårdsenheter och den centrala ledningen behöver fundera på om ”avlösning i hemmet” som tjänst eller insats betraktat är tillräckligt marknadsförd. Alltifrån biståndsbeslut till tjänstens utformning kan behöva ses över. Idag kan den som söker information om avlösning i hemmet på orebro.se hamna hos förvaltningen för funktionshinder som använder samma beteckning på insatsen som vård och omsorg. Men vård och omsorgs information om insatsen är noll. Avlösning i hemmet kan vara ett stöd som möjliggör ett kvarboende och förhindrar anhörig att bli ”utbränd”.

Vesslans hemvård är bra på att stödja anhöriga



3.11 Tillgänglighet och information

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

Enhetens administrativa assistent uppdaterar kontaktlistorna kontinuerligt.

Varje enskild som har stöd av enheten, har kontaktuppgifter på en lista hos sig.

”Verksamheten är tillgänglig och serviceinriktad. Den enskilde kan kontakta oss via telefon, E-post eller kommer till vårt kontor.” Enheten

Tillgängligheten mäts i brukarundersökningen med frågor om hur olika personalgrupper är tillgängliga för den äldre. Vesslans hemvård har här sitt mindre bra område. Till omvårdnadspersonalens tillgänglighet är 76 procent positiva (rang 9/16) något lägre än kommun och rikssnitt. Till sjuksköterskors tillgänglighet är 60 procent positiva (rang 10/16) och till läkares tillgänglighet är 33 % positiva (rang 15/16).⁸

Teamet tillmötesgår informationsbehov utifrån den enskildes önskemål och behov. Tolk kan behöva användas (ej så ofta)

⁸ I Vad tycker de äldre 2014 har nöjdhet med tillgängligheten ökat för alla grupper: Ssk från 60 till 85 procent, Läkare från 33 till 44 procent och för omvårdnadspersonal från 76 till 81 procent.

Vid besöket bär all personal vi stöter på i lokalerna sina namnskyltar. En kvalitetsinspektion genomförd av kollegor i hemtjänsten visade att för ett år sedan var de många som inte bar namnskyltar på föreskrivet sätt.

Enheten tar emot klagomål både muntligt och skriftligt och hanterar/följer upp dem skyndsamt. Att registrera dem i W3D3 är ett förbättringsområde skriver enheten.

Enheten har fem registrerade klagomål i det kommungemensamma registret. Klagomålen är avslutade eller under åtgärd. Ett är av typen öppet och svårt att adressera rätt ansvarig instans. Klagomålen i Treserva är inte sammanställda för uppföljning.

En fungerande klagomålshantering kräver att "kunden" vet var hen ska klaga. Enligt brukarundersökningen är det 64 procent som vet det 2014 (mot 56 %, 2013). Rikssnitt är 62.

Analys

Den gemensamma hemsidan som finns för att presentation av hemvårdsenheter ger inte mycket utrymme till att profilera en specifik enhet. Enheten har ett skriftligt informationsmaterial med kontaktuppgifter som lämnas till den enskilde.

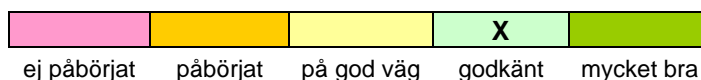
Tillgänglighet är god utifrån mått som information, telefonnummer, närhet till grupp men sämre när det gäller möjlighet att nå personal. Problemet är att värdera svaret på denna typ av frågor i en undersökning. Om nu de äldre menar allvar med sitt "missnöje", att de inte är så positiva i sina svar, varför syns det då inte i klagomålsstatistiken? Kan det vara så att klagomålshandlingen inte fungerar eller kan det vara så att den enskilde kan vara missnöjd men att denna tillgänglighet inte är så betydelsefull? Enheten menar exempelvis att läkartillgängligheten är god (enligt avtal) men att det är sjuksköterskan som fungerar som ett mellanled. Det är ssk som möter läkaren och som sedan förmedlar eventuella åtgärder till den äldre antingen själv eller via undersköterskan. Att läkartillgänglighet är låg, enligt den äldre, kan alltså kompenseras av att sjuksköterska och övrig personal kan fungera som länk mellan den enskilde och läkaren. Behov som läkare behöver tillgodose, som recept, provtagningar mm kan bli tillgodosedda utan direkt kontakt med läkaren. Därför behöver inte bristande läkartillgänglighet leda till missnöje och klagomål.

Larmhanteringen fungerar på samma sätt i Vesslan som i många andra enheter. Ny kommungemensam larmenhet är under intrimning.

Klagomål hanteras i situationen och det finns inte tid och utrymme att registrera alla situationer. Problemet är att lyfta "äkta" klagomål så att gruppen kan använda dem som en gåva för att utveckla sina tjänster. Via metoden "ständiga förbättringar" kan kanske en medvetenhet växa fram om att ett fungerande klagomålshanteringssystem innebär att systemfel kan identifieras och åtgärdas. Brukarundersökning visar exempelvis ett visst missnöje med att kunna påverka vid vilka tider hjälp ges. Missnöjet syns inte i klagomål. Enheten bör då fråga sig om avsaknaden på klagomål beror på att den äldre inte vet hur man kan framföra sina klagomål eller på att man inte är tillräckligt lyhörd. Det är begripligt att enheten inte ser klagomål som sådana som sitt stora problem när de har nöjda brukare. Nöjda brukare borde rimligen betyda att hemvårdens tjänster för det mesta utförs till belåtenhet.

Värdering

Vesslans hemvård är tillgänglig och arbetar aktivt för vara nåbara



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.	JA	
Omvårdnadspersonal ska vara utbildad undersköterska eller ha genomgått omvårdnadsprogrammet samt bör ha erfarenhet av vård- och omsorgsarbete.	Nja	
All personal ska behärska svenska språket på ett sådant sätt att han/hon kan kommunicera muntligt och skriftligt.	JA	
Medarbetarna ska ha den kompetens, som behövs för att klara av sina arbetsuppgifter.	JA	
Enheten har en plan för långsiktig kompetensutveckling som berör alla personalkategorier (för individen, arbetsgruppen och enheten)	JA	
Personalen har grundläggande kunskaper inom demensvård och möjlighet till ständig fortbildning/fördjupning inom området.	Nja	
Personalomsättningen bevakas för att säkerställa kontinuitet för den enskilde	JA	

Enheten är bemannade mellan 07:00 – 22:00

Enligt enheten så är 85 procent av omvårdnadspersonalen utbildade undersköterskor och enheten validerar kontinuerligt personal som inte har undersköterskeutbildning eller motsvarande.

Ett uttag ur Personec visar att all personal inte kan vara rätt registrerade. Beroende hur tabell tolkas kan andel utbildade variera mellan 73 och 94 procent. Vid tid för besök har enheten 17 tomma schemarader. Rader som behöver fyllas med att ordinarie personal jobbar mer eller med att timanställda tas in.

Enhet har 44 omvårdnadspersonal varav 10 vårdbiträde och 34 Undersköterskor. Av de 10 vårdbiträdena är 4 tv anställda varav 2 i servicegruppen och 2 i omvårdnadsgruppen. Det resterande 6 är vikarier varav 4 ska anmäla sig för validering till våren 2015.

Enheten har 12 heltider och 24 deltid omvårdnads personal.

99 % av personalen behärskar svenska språket och enheten har enligt uppgift kompetenspåfyllning i språk och kommunikation för dem som har svårt med svenska språket.

I självvärderingen konstateras att ”enhetschefen ser till att personal får den kompetens de behöver för att klara arbetsuppgifterna. Varje anställd har en utvecklingsplan utifrån dennes behov.

Enheten skriver också i sin rapport att:

De flesta har gått demensutbildning men nya anställda ska planeras in på utbildning.

I Personec kan vi inte få bekräftat att personal har demensutbildning i den mängd som anges. Vesslans hemvård har 5 omvårdnadspersonal med demensutbildning (grund) och en arbetsterapeut har en geriatrik kurs registrerad. Det är svårt att via Personec föra i bevis att ”de flesta ” har gått en demensutbildning. Vi direkt fråga uppger enhetschef att uppgifterna i Personec inte uppdaterats de senaste två åren.

De flesta anställda har jobbat mellan 5 och 35 år på Vesslan. Det innebär att även de senast anställda samlat på sig flera års erfarenhet.

Ledningen menar att de arbetar systematiskt med arbetsmiljön och trivseln men att det också är ett förbättringsområde, särskilt med tanke på den senaste medarbetarundersökningen.

Ledarskap och organisation

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

Varje anställd har sitt ansvarsområde. Den ena omvårdnadsgruppen, av två, är med i projektet ständiga förbättringar.

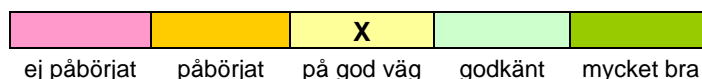
Vesslans hemvård hamnar på plats 13 av de 13 hemvårdsenheter i kommunal drift som kan rangordnas i undersökningen 2014. Det finns ett missnöje med ledarskap och styrning (se tabell i kap 2 ovan). Resultatet diskuteras i mötet med enheten och en åtgärdsplan håller på att tas fram. En förändring har skett redan när det gäller ledarskapet och det är att den ena chefen bytts ut. Bytet sker inte som en åtgärd utifrån medarbetarundersökningen men som det visat sig i efterhand kanske som en bra konsekvens för enheten. Enheten är på god väg ekonomiskt även om man inte når mål i år och 2013 och 2014 års -Vad tycker de äldre? visar att de flesta är mycket positiva till den hjälp som levereras.

Analys

Uppföljningen av Vesslans kompetens bekräftar de problem vård och omsorg har med att registrera genomförda kurser per individ. Hur kan chefer ta ett ansvar för medarbetarnas utveckling när registren inte är uppdaterade? Teamet för kvalitetsuppföljning av enheter fortsätter att kritisera detta faktum att kompetensregisterhanteringen är bristande. Personalavdelningen gör en upphandling av ett nytt personalhanteringssystem, men i den ingår inte en modul för hantering av kompetens vilket innebär att vård och omsorg själv behöver aktualisera frågan att få registreringen att fungera. Om registret inte är att lita på får det till följd att de jämförelsedata Örebro kommunleverar till staten inte är trovärdiga.

Vesslans hemvård har många styrnings- och ledarskapsfrågor att ta tag i för att skapa en attraktiv arbetsmiljö. De behöver analysera hur de kan återinstallera och utveckla det förtroende som funnits. Brukarna är nöjda och ekonomin snart i balans borde vara en potential till att medarbetarna ser, känner och upplever att nedlagt arbete ger resultat!

Värdering



3.13 Dokumentation

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Enheten lever upp till kraven i Socialstyrelsens föreskrifter Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS	JA	
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.	JA	
Rutin för egenkontroll av dokumentation SOL finns	JA	
Rutin för egenkontroll av dokumentation HSL finns	JA	

Dokumentation enligt SOL granskas enligt särskilda kriterier.

Dokumentation enligt HSL granskas enligt särskilda kriterier under utveckling.

Enheten skriver att all personal kan dokumentera och får handledning och coaching vid behov. Dokumentationen är trots detta ett förbättringsområde. Egenkontrollen visar på att det kan vara mycket olika kvalitet på dokumentation beroende på vem som skriver.

Enhetschefen följer upp SOL dokumentation vid återkopplings-/utvecklingssamtal. För HSL dokumentation har Dsk och At ett stort ansvar och här saknas rutin idag.

”SAS har granskat de besöksplaner som är ett underlag för genomförandeplanen. Endast tre stycken är sparade till en genomförandeplan. Detta är en brist som behöver åtgärdas omgående.

Även om SAS har synpunkter på innehållet i stycken delaktighet och att den enskilde inte är synliggjord så uppfyller planerna formalia, därför blir de godkända. Det innebär inte att verksamheten inte behöver arbeta med förbättringar.

Godkänd genomförandeplan	3 stycken
Ej godkänd genomförandeplan	0 stycken
Saknas	7 stycken

Det finns ett generellt förbättringsområde för genomförandeplaner i hemvården. De har i stor utsträckningen uppgiftsorienterad information. Det skulle få ett mycket större värde och tydliggörande av delaktigheten om planen utgick i jag-form eller person. SAS kommer att skicka ett stödmaterial till enhetscheferna för att stödja i formulering.

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.

Sammantaget är det synligt att det finns det kompetens och kvalitet i verksamheten för hur man dokumenterar, utmaningen är att öka upp kvalitén så att alla brukare har en rättssäker dokumentation.

Det finns också ett förbättringsområde vad gäller att bättre synliggöra den individuella vård och omsorgsplaneringen. Man kan dock läsa ut att man till exempel planerar att ha uppföljning men det går inte att läsa ut att den är genomförd. Det som är positivt är att teamträffar är synliggjorda i den löpande dokumentationen.” SAS

Ingen lokal rutin finns upprättad för hur HSL dokumentation ska säkras.

”Hälso- och sjukvårdsdokumentationen motsvarar i stort de krav som ställs i SOSFS 2008:14, med tillägg SOSFS 2011:8. Vid granskningen av 10 journaler så framkommer att verksamheten behöver arbeta vidare med uppföljning i vårdplaner och status är inte alltid dokumenterad.

Inhämtat samtycke till informationsöverföring HSL är inte dokumenterat i någon av de 10 granskade journalerna.

Ingen lokal rutin för egenkontroll finns idag.” MAS och MAR

Analys

”Alla personer har en grundstomme i genomförandeplanen eftersom den bygger på besöksplanerna i TES. Den här delen av dokumentationen är tillfredställande ur ett rättssäkerhetsperspektiv. Däremot finns ett generellt utvecklingsområde för förvaltningen att stödja verksamheterna i att hitta ett språkbruk som tillåter korta formuleringar men utan att exkludera den enskilde röst.

SAS uppfattar att det finns en drivkraft i verksamheten att genomföra åtgärder kring de brister som uppmärksammats. Genom att använda egenkontroll så är SAS uppfattning av verksamheten på kort tid kommer att åtgärda de brister som finns i den sociala dokumentationen.” SAS

”Vårdplaner och status behöver utvecklas.

Egenkontroll för HSL-dokumentation är under utveckling centralt och rutiner behöver tillskapas lokalt för genomförande av egenkontroll, då den är klar att använda.

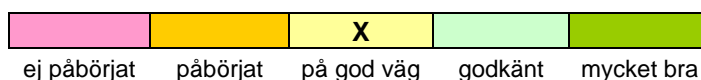
En brist som behöver åtgärdas är inhämtande och dokumentation av samtycke till informationsöverföring HSL.” MAS och MAR

Värdering

”Alla brister i dokumentation äventyrar rättssäkerheten. Besöksplanerna gör att det inte finns en omedelbar brist och på vis finns en viss kvalitetssäkring.

Verksamheten är medveten om vilka förbättringar som behöver genomföras. Detta gör att SAS bedömer att verksamheten kommer att kunna genomföra åtgärder självständigt utan att presentera åtgärdsplan i nämnden. Den sammantagna bedömningen av dokumentationen bedöms därför som På god väg.” SAS

MAS och MAR värderar att Vesslan hemvård inom detta område är på god väg.



4 Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat

4.1 Sammanfattande tabell bedömning av alla kriterier

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

4.2 Resultat av granskningen – en sammanställning

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

Typ av kvalitet	Förklaring	Granskat	Bedömning
Struktur-kvalitet	Resurser som personal, byggnad, lokaler, utrustning	Dokument, besök	<u>God kvalitet</u> Bra lokaler i närhet till Brukarna, grundutbildad personal <u>Behöver förbättras</u> <u>Bristande kvalitet</u>
Process-kvalitet	Arbetsätt, rutiner, funktion	Dokument, besök	<u>God kvalitet</u> Riskbedömning i Senior alert. Anhörigträff(ar). <u>Behöver förbättras</u> Dokumentation, SOL Individuell vård- och omsorgsplan Dokumentation, HSL Aktivitets-, funktionsstatus Registrering i Personec <u>Bristande kvalitet</u>
Resultat-kvalitet	Bemötande, trygghet, smärtlindring mfl	Dokument, brukarundersökningar, besök	<u>God kvalitet</u> Bemötande, trygghet, Hänsyn <u>Behöver förbättras</u> Medarbetarnas nöjdhet med ledarskapet <u>Bristande kvalitet</u>

Totalt sett bedömer granskningsgruppen att Vesslans hemvård bedriver en vård och omsorg som totalt sett är bra och det finns kvalitetskriterier där enheten har en potential att kunna få betyget ”mycket bra.” Styrkan är att processer fungerar och att rätt hjälp levereras till dem de är till för. Nöjda kunder och en hyfsad ekonomi räcker dock inte för att skapa total kvalitet. Dokumentationen behöver förbättras för att säkra att den enskildes behov tillgodoses. När mätning av medarbetarnas nöjdhet gjordes var enheten i ett kaosartat skeende. Det kan bara bli bättre!

Källhänvisningar

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

Tillgänglig 14-11-26 på <http://www.orebro.se/1935.html>

Bra Vå

Tillgänglig 14-11-26 på <https://vardforbundet.se/BraVard/Kvalitetskrav/>

Uppdaterad 12-08-16