



121212

Vö 297/2012

Rapport

Kvalitetsuppföljning, Askenäs

**Förenklad Typ 1.
Vård och omsorgsboende**

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 på Askenäs vård och omsorgsboende

Uppföljningens syfte är att göra en samlad granskning av verksamhetens kvalitet. Förvaltningskontoret bedömer att Askenäs bedriver en vård och omsorg som klarar grundkraven och ger de boende en trygg- vård och omsorg. Personalen är stabil och grundkompetens ska finnas enligt uppgift. Problem för enheten är ett stort antal tomplatser och den situation som uppstått i väntan på beslut om en eventuell renovering. Resurser att åtgärda problem med tomplatser är små. Marknadsföring och den enskildes behov och önskemål är aspekter som kan påverka en placering. Den enskildes val kan kanske påverkas men behovet i äldregruppen styrs av faktorer som är svåra för en enhet att påverka. Askenäs erbjuder flexibilitet och ställer snabbt om till korttidsplatser.

Denna uppföljning (typ 1) är den sjunde ett vård- och omsorgsboende som genomförts sedan 2010.

Uppföljningen visar att enhetens styrka är enhetens förankring i bygden och en fungerande samverkan med hemvård, primärvård och apotek. Lokalerna är en resurs som används till större samlingar och möten. Fungerande rutiner med en stabil personalstyrka och tillgänglighet dygnet runt skapar trygghet. Medarbetarundersökningen visar en personal som är mer nöjd än genomsnittet i kommun och förvaltning.

Ett antal förbättringsområden har framkommit vid granskningen.

Andel nöjda i brukarundersökningen kunde vara högre särskilt när det gäller smak på maten, utevistelse och aktiviteter.

Andel godkända genomförandeplaner behöver öka och den enskildes delaktighet i dem dokumenteras.

Medarbetarnas kompetens behöver registreras i Personec.

Synen på klagomålshanteringen behöver utvecklas och rutiner uppdateras.

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till Vård- och omsorgsnämnd öster

- Enhet visar i verksamhetsplan (2013) hur förbättringar ska genomföras.
- Enheten redovisar fortlöpande genomförda åtgärder i delårsrapport och årsberättelse 2013.

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
	Resurser, organisation	4
2	Resultat 2012	8
2.1	Aktiv och meningsfull tillvaro	8
2.2	Bemötande	9
2.3	Kontinuitet	10
2.4	Mat, måltid och nutrition	11
2.5	Personlig omvårdnad och service	12
2.6	Vård i livets slut.....	12
2.7	Den enskildes skydd	13
2.8	Delaktighet.....	14
2.9	Hälso- och sjukvård	15
2.10	Anhörigstöd	17
2.11	Tillgänglighet och information	18
2.12	Medarbetare och ledarskap	18
2.13	Dokumentation	20
2.14	Särskilda granskningspunkter	20
3	Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat.....	21
3.1	Resultat av granskningen – en sammanställning	21

Källhänvisningar s 22

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), arbetsätt, rutiner (processer) och slutligen den kvalitet som upplevs vid utförd tjänst sk (resultatkvalitet) som mäts exempelvis i upplevelse av bemötande och trygghet.

Den begränsade uppföljningen har sin grund i att betrakta verksamheten med hjälp av tillgängliga data ur verksamhetssystem och rapporter.

Uppföljningen av verksamheten har skett i tre delar

- Sammanställning och analys av data
- Telefonintervju med enhetschefer
- Rapport till enhet och nämnd

Inför besöket har insamling av data skett i form av:

- Enhetens verksamhetsplan
- Enhetens delårsrapport/verksamhetsberättelse
- Medarbetarundersökning³
- Resultat av brukarundersökning
- Kvalitetsinspektioner
- Verksamhetsmätt
- Inkomna klagomål
- Inspektioner från andra myndigheter
- Uppföljning av brister från tidigare granskningar

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 är en telefonintervju med enhetschefer. Vid intervjun 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 samtalet.

Granskaren har innan samtalet samlat data enligt markörer ovan.

Samtalet med enhetschefer genomfördes den 24 oktober 2012.

Slutligen sammanställs en rapport över uppföljningen där enhetens förmåga att leva upp till krav värderas.

Bedömningen sammanfattas i vilka styrkor och förbättringsområden enheten har utifrån kriterierna.

1.4.1 Organisation

Granskning, typ 1, genomförs av en huvudansvarig. Andra professioner som medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och socialt ansvarig samordnare (SAS) /biståndshandläggare, ekonom, lokalsamordnare och anhörigstrateg har efter behov konsulterats i förberedelsearbetet.

Vid telefonsamtalet (12-10-24) deltog cheferna Ann-Cathrine Logrell och Madelene Sonnerfelt.

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

1.5 Omfattning

Uppföljningen omfattar en sammanställning och analys av tillgängliga data om enheten, enhetens egen värdering av hur man lever upp till krav (checklista med kvalitetskrav besvaras och kommenteras). En förannmäld bokning med telefonintervju och en sammanställning med slutsatser

1.5.2 Avgränsning

Uppföljningen innehåller ett telefonsamtal och saknar således den fördjupade granskningens besök på plats. Den begränsade uppföljningen saknar också en fördjupad dokumentationsgranskning av genomförandeplaner. Utanför uppföljningen ligger också granskning av verksamhetens förmåga att leva upp till krav enligt lagen om skydd mot olycksfall (LSO). Arbetet med säkerhet och katastrofberedskap följs upp av annan.

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

1.6 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 arbetsätt, rutiner, så att det gagnar dem vi är till för
Resultat-/effektkvalitet	Resultat av insatta åtgärder i förhållandet till målet. Mäts ofta i Den kvalitet som de vi är till för upplever och i uppnådda mål.
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering
SAS	Socialt ansvarig samordnare
Teamträff	Mångprofessionellt samarbete. Ofta sjuksköterska, arbetsterapeut, enhetschef och omvårdnadspersonal tillsammans för den enskildes behov.
OAS	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska
DocIT	Vård och omsorgs verksamhetssystem för dokumentation om den enskilde
Personec	Örebro kommuns verksamhetssystem för att hantera data om personal och anställningar. Kompetens ska registreras i systemet.

Resurser, organisation

Askenäs ålderdomshem togs i bruk 1969 i dåvarande Askers kommun, och fick då 60 platser. Behovet var större⁵ men tiden för ”ålderdomshem” var ute och istället för att komplettera med ålderdomshemsplatser så byggdes (1975) 18 lägenheter i ett servicehus där alla fick eget badrum (1971 hade Asker kommun gått upp i Örebro kommun). Antalet platser i hemmet minskade från 60 till 52 under 90-talet då alla lägenheter fick dusch och till 48 år 2003 då några lägenheter blev kontor. Askenäs är idag i behov av renovering. Små rum tillsammans med säkerhetsbrister gör att boendet behöver byggas om för att klara krav.

”Askenäs är beläget i centrala Odensbacken cirka tre mil öster om Örebro. I närheten finns fina grönområden och det finns bra uteplatser. Vi har nära till vårdcentral, apotek, folktandvård och affärer. Det finns 48 boenderum fördelat på fyra avdelningar. Varje rum har dusch och toalett.

Hyttan och Gården är gruppboenden för dementa. Här bor tio personer på vardera avdelning. Båten och Sågen är vårdboenden med plats för 14 personer på varje avdelning. Vi har gemensamhetsutrymmen i form av matsal, kök och TV-rum på avdelningarna. I huset finns en stor samlingssal och två mindre mötesrum. Samlingssalen och mötesrummen kan bokas utan kostnad för alla boende. /orebro.se 121112

Uppgifterna på hemsidan ovan är delvis inaktuella meddelar ledningen. Hyttan är gruppboende för dementa. Gården är vårdboende för dementa.⁶

Vid behov ställer Askenäs om permanenta platser till korttidsplatser. Askenäs är en resurs i närområdet med sina lokaler. Föreningar och olika grupper kan använda samlingssal till olika aktiviteter.

Vård- och omsorgsboende - antal platser

Inriktning	Antal
Vårdboende	28
Gruppboende demens	10
Vårdboende demens	10
Boende totalt	48
Korttidsvård totalt	0
Totalt antal platser	48

Askenäs har 52 anställda enligt uppgift i enhetsplan 2012, och en budget på knappt 24 miljoner kronor.

⁵ Ur Fattigvårdsstyrelsen och socialnämnden i Örebro. 1943-1973. En historik. Erik Vallbro. Örebro kommun. Socialförvaltningen. 1979. Ludvig Larsson tryckeri AB.

⁶ Uppgifterna som citeras från hemsidan är delvis inaktuella meddelar ledningen. Hyttan är gruppboende för dementa. Gården är vårdboende för dementa.

I ledningen för Askenäs finns två chefer som har personalansvaret för 2 avdelningar var. Den ene leder också sjuksköterskor (4st) och en administrativ assistent och den andre leder kvälls- och nattpersonal.

De fyra sjuksköterskorna har omvårdnadsansvaret för en avdelning var dagtid. Kväll och natt täcks via patrull. Omvårdnadspersonal har en huvudplacering på en avdelning men kan jobba på flera avdelningar.

Antal anställda

Enhet	Anställda	Årsarbetare
Omvårdnadspersonal dag-kväll	39	32,80
Omvårdnadspersonal natt	9	4,66
Sjuksköterska	4	3,00
Arbetsterapeut	1	0,50
Ledning	2	2,00
Administration	1	1,00
Övriga		0,00
Totalt	56	43,96

Arbetsterapeut tillhör Östernärke hemvård (inhyrd).

Verksamhetsidé:

”Vi ska utföra omsorg och hälso-och sjukvård av god kvalitet. Du ska vara nöjd att bo här dygnet runt.” ur enhetens verksamhetsplan 2012

Styrkor enligt enhetens verksamhetsplan

Placering av Askenäs, ligger fint i stort grönområde. Lätt att vistas utomhus.
Nära till vårdcentral, apotek, affärer, kondis, blomsteraffär och restauranger.
Bra samarbete med hemvården, primärvården och apoteket.
Tillagningskök i huset.
Bra kringlokaler, samlingspunkt för samhällets föreningar.
De allra flesta brukare och anhöriga är nöjda med vårt bemötande och känner sig trygga.
Bra kontroll på risk för undernäring.
Tillgängliga dygnet runt alla årets dagar.
Väl fungerande äldreråd.
Kostnadsmedveten personal, vilket innebär att vi klarar att hålla budgeten.
Hög andel utbildad personal. Stor erfarenhet av äldreomsorg.
Hög kontinuitet på personal. Väl fungerande samarbete mellan cheferna.
Låg personalomsättning.
Glad och positiv stämning.

Svagheter

Trånga lägenheter. Gammalt hus med behov av renovering av vissa delar.
Dåliga allmänna kommunikationer på helgerna.
Gammalt trygghetslarm som ofta krånglar.
Problem med ventilation i huset.
Brukarna är inte så nöjda med maten.
Vi saknar anhörigråd.
Vi har låg etnisk kulturkompetens p.g.a. vårt geografiska läge.

Möjligheter

Vi vill gärna ta emot gifta par/sambor.
Vi har stor flexibilitet, ställer snabbt om till korttidsplatser.
Vi vill att brukarna ska bli nöjda med maten, vi deltar i ett projekt med möjlighet att välja på två rätter till lunch.
Har bra samarbete med anhöriga, arbetar på att bilda ett anhörigråd.

Vi önskar att vi kunde erbjuda ytterligare vidareutbildningar.

I delårsrapporten skriver enheten om att de under första halvåret haft mellan 5-8 tomma lägenheter på olika vårdboendeavdelningarna (ej demensavdelningar). Det finns idag ingen kö till Askenäs. Permanenta platser ställs snabbt om till korttidsplatser vid behov. Under första halvåret har Askenäs haft 30 utflyttade vilket är en konsekvens av att ha korttidsplatser där många flyttar till andra boenden eller hem igen. Men hög andel utflyttade under perioden innebär också att flera avlidit. Askenäs har den näst högsta omsättningen i kommunen och en medelålder som är högre än kommunsnittets för vård och omsorgsboenden (87,4 mot 85,8).

Det framgår av enhetens egna uppgifter att problemen just nu är flera. De har tidvis svårt att fylla platser med boende. Glesbygdsenheter är inte attraktiva för dem som är vana vid staden och de som är vana vid landsbygd kan inte självklart tillgodoses med äldreboenden i "fel" ände av kommun. Enheten väntar också på ett beslut om hur och när det ska bli något med den aviserade ombyggnationen. Vid inventeringen av fastigheters lämplighet som äldreboenden befanns att Askenäs inte klarar brandskyddskrav, har gammal hiss, har ett utjänt personlarmsystem. Fastigheten har fördelar som en bra lokaler för samlingar, eget kök och ett bensindrivet reservaggregat i källaren vid händelse av ett längre strömavbrott.

Enheten har en budget på ca 24 miljoner och problem med beläggning påverkar ekonomin långsiktigt. Enhet klarar inte beläggningsmålet 95 %. Beläggning har minskat från 98,3 % 2010 till 90,1 % delåret 2012. Kostnad per plats blir mycket hög om resurstilldelning för 48 platser ska bestå samtidigt som enheten tidvis bara har 40 - 43 boenden. Åtta tomma platser är nästan en tom avdelning (om 10 platser). En möjlighet för en enhet i glesbygd att klara ekonomin är att kunna låta "överskottspersonal", arbeta med andra uppgifter. Med dagens ansvarsfördelning är det svårt för enheten att öka intäkter genom att exempelvis ta på sig uppgiften att inom ram även ge service till dem i servicehuset. En annan väg kan vara att minska kostnad genom att "låna ut" personal till servicehuset eller hemtjänsten. Ytterligare alternativ är att tillfälligt stänga en avdelning dvs minska från 48 platser till 40. Enheten har sett över tid klarat sin ekonomi inom ram. För närvarande är det viktigt för enhetens ansvariga och personal att de kan vara delaktiga i den process som ska leda fram till ett beslut om Askenäs framtid. En idé om att erbjuda Askenäs, som lämpligt för parboende behöver nog prövas i förhållande till vilket ersättningssystem som kommer att tillämpas. Flera parboenden där den ena parten inte har ett hjälpbehov kan komma att påverka resurstilldelningen.

Enhetens prognos för 2012 är ett underskott på -68 tkr (delår 2), ett underskott som enligt ekonom ökar något under andra halvan av året. En delförklaring till underskottet är höga livsmedelskostnader som behöver åtgärdas med att beställningsrutiner säkras. Med tanke på tomplatser borde enheten ha haft ett överskott eftersom tilldelad resurs inte borde ha behövts fullt ut. En annan konsekvens av tomplatser är att vikariebehovet borde ha minskat, å andra sidan är en hög omsättning på boende (som visats ovan) resurskrävande.

Askenäshemmet 2012 - Betygsindex per fråga	Totalt Örebro	
Vad tycker du om hur personalen bemöter dig?	76	82
Vad tycker du om hur personalen tar hänsyn till dina åsikter och önskemål om den hjälp du vill ha?	74	79
Vad tycker du om hur maten smakar?	58	73
Vad tycker du om möjligheterna att i ditt boende kunna göra sådant som du trivs med?	67	64
Vad tycker du om dina möjligheter till en pratstund med personalen?	67	66
Vad tycker du om den hjälp du har av personalen för att komma ut när du vill?	70	66
Hur tryggt känns det för dig att bo i ett äldreboende?	83	84
Hur nöjd är du sammantaget med den hjälp/omvårdnad du har?	82	80

Tabell ovan visar Askenäs resultat från brukarundersökningen 2012 i förhållande till medel för kommunen. Askenäs svarande är mer nöjda än medel på tre av frågorna. Nöjdhet med matens smak visar den största skillnaden till nackdel för Askenäs. Ett framräknat medelindex ger betyget 72 för Askenäs vilket placerar enheten på plats 14-17 av 21 redovisade enheter. Medel är 74 (varians är mellan 60 och 82)

”Med brukarundersökningarnas resultat som grund har vi identifierat vad våra brukare är nöjda med och vilka som är våra förbättringsområden. Våra förbättringsområden är framförallt områdena kost, aktiviteter, delaktighet och inflytande” ur enhetens verksamhetsplan

Medarbetarundersökning visar att Askenäs hade 74 i index (nr 5 av 18 vård och omsorgsboenden) Varians i index är 50 -85. Askenäs medarbetare var mer nöjda än medel på alla kriterier utom ”organisationsklimat”. (52 jmfrt 55 förvaltningen och 57 kommun)

En kvalitetsinspektion i maj 2012 på Hyttan visar en avdelning med fungerande rutiner.

Resultat - Vård och omsorgs indikatorer (del)årsrapport 2012

Processer

Mått	2010	2011	2012	Rikt värde	Måluppfyllelse
Beläggning vobo	98,3%	95,9%	90,1%	95,0%	
Andel med kontaktperson	100%	100%	100%	100%	
Andel med genomförandeplan	100%	89%	41%	100%	
Andel delaktiga i genomförandeplan	100%	100%	53%	100%	
Andel läkemedelsgenomgångar per plats	saknas	0,35	0,04	1,00	
Senior alert - Andel riksbedömningar per plats	saknas	0,00	0,88	1,00	
Palliativa registret - Medelvärde indikatorer	saknas	saknas	57%	68%	
Andel avvikelser per brukare	saknas	4,44	4,38	3,96	Ej bedömt

Brukarnas uppfattning

Mått	2009*	2010*	2012	Rikt värde	Måluppfyllelse
Brukarundersökning- Medelvärde alla frågor	saknas	saknas	72	74	
Andel nöjda med bemötande	73%	83%	82%	100%	
Andel nöjda med trygghet	64%	79%	69%	85%	
Andel nöjda med inflytande och delaktighet	64%	64%	60%	80%	
Andel nöjda med aktiviteter	13%	56%	47%	60%	
Andel nöjda med matens smak	21%	57%	53%	70%	
Andel nöjda med utevistelse	13%	58%	47%	60%	
Andel nöjda med social samvaro	0%	56%	59%	60%	

*Brukarundersökning genomfördes inte 2011. Därför redovisas resultat från 2009-2010 i tabell

Ekonomi

Mått	2010	2011	2012	Rikt värde	Måluppfyllelse
Resultat	79	217	-22	0	
Timvikariekostnad (Tkr)	2 255	2 136	1 869	2 136	
Kostnad för köp av ssk från bemanningsföretag (Tkr)	0	75	0	75	
Total nettodygnskostnad (Kr/dygn)	1 374	1 446	1 502	1 413	

Medarbetare

Mått	2010	2011	2012	Rikt värde	Måluppfyllelse
Korttidsfrånvaro (antal dagar/anställd) - prognos helår	4,6	5,7	7,6	minska	
Total sjukfrånvaro (% av arbetstid)	8,5%	6,9%	6,0%	minska	
Genomsnittlig sysselsättningsgrad	83,7%	84,0%	83,1%	öka	
Andel utbildad omvårdnadspersonal	93%	98%	ej mätt	91%	
Medarbetarindex*	80	74	ej mätt	62	
Rekommendera vän att arbeta i kommunen*	50	55	ej mätt	52	

*Resultat för medarbetarundersökning i kolumn 2010 avser resultat 2009

2 Resultat 2012

I rapporten redovisas resultat av granskning under olika rubriker som motsvaras av de krav som finns i checklistan för uppföljning. I tabeller som inleder varje kvalitetsområde är markeringarna 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. Bedömningen sammanfattas i vilka styrkor och förbättringsområden enheten har.

2.1 Aktiv och meningsfull tillvaro

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den enskilde har möjlighet att upprätthålla kontakt med släkt och vänner.	Ja	
Organiserad samvaro erbjuds minst en gång per vecka.	Ja	
Den enskilde har möjlighet att delta i dagliga aktiviteter som utgår från personens egna intressen, önskemål och förutsättningar.	Ja delvis	
Den enskilde tillförsäkras utevistelse efter individuella behov.	Ja	
Samarbete finns med frivilligorganisationer och andra aktörer.	Ja	

Enheten skriver i sin ”självvärdering” att de inte har några besökstider och att det finns gott om utrymmen i huset som kan användas och används av de boende tillsammans med anhöriga.

”...en hel släkt till en boende valde att fira julafton med sin mamma här i ett av våra gemensamma utrymmen. Kontaktman har dialog med anhöriga om vilka som tillhör det sociala nätverket kring den boende.

Vi har lokal rutin hur tjänstegarantier ska utföras och dokumenteras på en signeringslista när samvaron är utförd eller erbjuden.
Vi kan inte utföra alla behov vid kanske just det tillfället som önskas.
Däremot så försöker vi genom levnadsberättelsen och samtal med de boende, anhöriga ta reda på olika intressen och behov.

Vi har lokal rutin hur tjänstegarantierna ska utföras och dokumenteras på en signeringslista när utevistelsen är utförd eller erbjuden.
Brukarundersökningen säger att 47 % är nöjda. 40 % är mer nöjda än missnöjda. 13 % är mer missnöjda än nöjda. Ingen är missnöjd.”

Citat ur enhetens kommentarer i självvärderingen.

Enheten har ingen skriftlig plan men en väl inarbetad återkommande rutin med frivilliga såsom kyrkan (Svenska Kyrkan), Askenäs Solgårdsfonden, väntjänsten (några stycken). De menar att det fungerar bra idag men de skulle önska fler frivilliga personer, men något aktivt utvecklingsarbete pågår inte här.

Analys

Enheten har bra lokalresurser och en utemiljö som verkar användas för de boendes behov. 87 % av de svarande är nöjda eller mer nöjda än missnöjda med möjlighet till utevistelse. Enhet klarar krav på samvaro och utevistelse.

I samtal med enhet framgår att samarbetet med civila sektorn skulle kunna utvecklas mer. Resurserna i form av lokaler och utrustning kan vara en tillgång för bygden. Askenäs har exempelvis en träningslokal med en utrustning som även kan användas av äldre boende i och utanför enheten.

Det finns ett "äldreråd" i Östernärke med representanter från olika pensionärsföreningar som försöker göra olika insatser för boende och äldre i närområdet. Äldrerådet söker och får ett ekonomiskt aktivitetsstöd av kommunen.

Värdering

Enheten klarar i stort uppdraget att utifrån förutsättningar skapa en meningsfull vardag. Förbättringsområden är att arbeta mer aktivt med civila sektorn och frivilliga för att kunna erbjuda mer individuella aktiviteter.

2.2 Bemötande

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den enskilde är nöjd med bemötandet.	Ja	
Den enskildes integritet och självbestämmande respekteras av personalen.	Ja	
Den enskilde accepteras i sin sexualitet och har rätt att besluta om att vara sexuellt aktiv eller inte.	Ja	
Verksamheten har tagit ställning till hur olika livsåskådningar bland de äldre ska respekteras	Ja	

Brukarundersökning 2012 visar att brukarna är relativt nöjda med bemötandet. Betygsindex är 74, jämfört med kommuns medel 82. Men när vi tittar på andel mycket nöjda då har Askenäs 82 % mycket nöjda och kommun 73 %. Att medelbetyget blir så pass mycket lägre beror på att enheten har några missnöjda som påverkar medelbetyget. Inom enheten varierar nöjdhet mellan avdelningar från 70 % och 100 %.

Den individella vårdplanen och levsnadsberättelsen är viktig i arbetet med integritet och självbestämmande skriver enheten. En erfaren personal kan "läsa av" situationen i de fall det är svårigheter att kommunicera med ord.

Som exempel på att det finns en öppenhet för sexuella behov och olika livsåskådningar anger enheten:

"Vi har haft makar som vi bäddat ner tillsammans och med respekt lämnat dem ifred!

När vi får kännedom om personers olika livsåskådningar så tar vi reda på hur de vill ha det.

Den nuvarande värdegrunden som står i Örebro Kommuns medarbetarpolicy finns i inramade tavlor på varje avdelning som en ständig påminnelse."

Enheten har också rum som kan passa för parboende, enligt ledningen. Ett rum kan användas som sovrum och det andra som vardagsrum. På en avdelning har vi gjort en lösning med ett par makar som har ett rum som sovrum och ett rum till vardagsrum. Lösningen är inte optimal då våra boenderum är alldeles för små att ha två sängar i"

Analys

Livsaskådningsfrågor mm kommer att lyftas särskilt under kommande år när den nya värdegrunden ska införas. Särskilda samtalscirklar kommer att ordnas och frågorna blir också aktuella under arbetsdagarna med 2013 års enhetsplan. Askenäs läge, på landet, har medfört att de sällan konfronteras med boende som gör anspråk på särskilda behov knutna till sina livsaskådningar, de skriver också i sin enhetsplan att en av svagheterna är avsaknad av kulturkompetens.

Värdering

Boende är relativt nöjda med bemötandet visar brukarundersökningen och ett ständigt arbete pågår för att hålla diskussion om bemötandets betydelse levande. Förbättringsområde är att få med all personal för att minska skillnad mellan avdelningar.

2.3 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	
Vi informerar den enskilde om den planerade tiden förändras eller om det kommer någon annan personal än vad som planerats	Ja	Nej
Kontaktman med tydliggjort ansvar finns för alla brukare.	Ja	

Genom att försöka använda så få vikarier som möjligt håller enheten nere antal kontakter. Vikariestaben är stabil och innebär få nya ansikten för den boende. På avdelningen arbetar all personal med alla brukare (10 -14 boende per avd). Kontaktpersonen har ett särskilt ansvar för sin boende.

”Alla boende har en genomförandeplan samt en omvårdnadsrutin. Omvårdnadsrutinen sitter på insidan av en skåpdörr på toaletten så att all personal ska göra lika efter den boendes önskemål och behov.” Enheten

”Vi informerar om den planerade tiden förändras men inte om det kommer annan personal. (därav både ja och nej i tabell ovan) På whiteboardtavla på avdelningen så står det vem som arbetar de olika arbetspassen under dygnet. Då kan alla läsa vem som kommer på nästa arbetspass. En del boende frågar vem som kommer och vi berättar för dem vem som kommer.”

Enheten följer riktlinje för kontaktmannaskap.

Analys

Askenäs är en medelstor enhet med 48 platser och 52 anställda. I samtal framgår att nattpersonal också går kvällar vilket innebär att arbetet utifrån individens behov kan säkras över dygnet.

Värdering

Enhet klarar kriterier för kontinuitet. En stabil personalstyrka innebär rimligen att den enskilde inte ska behöva möta alltför många under tidsperiod och att individualiseringen i utförandet av hjälpinsatser kan vidhållas. Den enskilde behöver också veta vem det är som kommer vid ändrad planering.

2.4 Mat, måltid och nutrition

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den enskilde är nöjd med mat och måltid.		Nej
Måltiderna serveras på ett tilltalande sätt i en lugn och trivsamt miljö.	Ja	
Den enskilde bereds möjlighet att ta mat och äta själv.	Ja	
Det finns rutiner för riskbedömning, åtgärder och uppföljning av vikt, närings- och vätskebehov samt mat- och vätskeintag.	Ja	

På frågan: Vad tycker du om hur maten smakar? är 53 % nöjda, 6 % mer nöjd än missnöjd och 24 % missnöjda och 18 % mer missnöjda än nöjda (17 svarande). (Jämfört med Örebro totalt där 57 % är nöjda)

Askenäs har tidigare år haft bättre värden. Betygsindex för Askenäs är 58 (kommun 73).

Enheten har kontinuerliga kostmöten med köket och försöker påverka innehåll och utformning på matsedel. De deltog i kostprojektet med avd Hyttan år 2011. Det de lärde sig, försökte de föra över till övriga avdelningar. Enheten visar också att kvalitetsinspektörer ger bra respons om måltidssituationer vid granskning.

Sedan i januari har två rätter serverats till lunch.

På avd för 14 dukas med 4 per bord. Enligt uppgift har enheten årliga kräftfester (Vinökräftor). I år ska de även pröva på att arrangera en Nobelfest. Samlingssalen används och julfester och grillfester kan det vara 48 deltagare.

Den enskilde erbjuds att ta mat i möjligaste mån. Det varierar över tid hur maten serveras beroende vilka individer som bor på enheten för tillfället och vilka behov de har. Äter själv gör alla som kan och kan man inte så får man hjälp. Det varierar över tid p.g.a. individens behov.

Enheten har alla boende registrerade i Senior Alert. Enheten har en lokal arbetsordning.

Analys

Den enskilde är inte nöjd med mat och måltid trots att enhet har ett eget tillagningskök där närhet borde kunna ge utslag i nöjdhet.

Betygsindex på 58 för mat är lågt i jämförelse med snittet 73 och enheten som har ett eget tillagningskök borde kunna lyssna på dem de är till för, för att ta reda på vad glappet mellan förväntan och prestation kan bestå av. I förbättringsarbetet har Enheten har också börjat servera 2 rätter vid lunch och planerar att arrangera en sk ”Nobelmiddag” i år.

Värdering

Det finns en ordning för mat, måltid och nutrition och lokalutrymmet används väl. Det pågår olika försök att förbättra mat och måltid men det måste ses som ett misslyckande att man tillsammans med tillagningsköket inte kan få fler nöjda med smaken på maten.

2.5 Personlig omvårdnad och service

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
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 på påstående 1	Nej på påstående 2

”I genomförandeplanen står det vilka hjälpmedel den boende har och om den boende behöver ha hjälp med detta eller klarar det själv. Vi har fem hörselombud. Det finns ett ombud på varje avdelning, samt en för kväll/nattpersonal. Ombuden har ett skrivet uppdrag.”

”Alla boende har ett munvårdskort som är utfärdat av tandhygienisten. Det sitter på insidan av en skåpdörr på toalett/duschutrymmet så att all personal lätt kan se vad behovet är för den enskilde. Inplanerad utbildning i december att tandhygienist deltar på allas APT”.

”När vi har omvårdnadsmöte tas det upp om den enskildes behov av inkontinensmaterial och toalettvanor som sedan dokumenteras i genomförandeplanen.” Ur enhetens svar

Analys

Enheten är välförsedd med hörselombud vilket innebär att man står väl rustad vid införandet av de nya värdighetsgarantierna.

Värdering

Enheten har etablerade rutiner i omvårdnad och kan fortsätta påbörjad utveckling.

2.6 Vård i livets slut

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Det finns rutiner för vård i livets slutskede	Ja	

”Alla avdelningar, nattpersonal samt sjuksköterskor har palliativa ombud. Ombuden har nedskrivna uppdrag. Vi har lokal rutin för palliativ vård. I livets slutskede använder vi smärtningskala enligt Abbey pain scale checklista.”

Enheten meddelar också att de får positiv feedback av anhöriga för sin vård i livets slutskede. I delårsrapport 2 visar de att de klarar många kriterier för registrering i palliativa registret bättre än kommunsnittet men de har svårt med de kriterier som är beroende av ett bra läkarsamarbete. Knappt 40 % klaras mot målvärdet 100%.

Analys

Som tidigare nämnts så har Askenäs under året haft en hög omsättning på boende. Många har flyttat ut och in till korttidplatser men hela 18-19 är registrerade som avlidna hittills i år. Medelåldern var vid senaste mätningen hög och är troligen en orsak till att det varit många avlidna. Normalt avlider 30-40 % på ett vårdboende under ett år och Askenäs var uppe i den andelen redan vid halvåret. (18 registrerat avlidna). Enhetens rapport visar en medvetenhet om vad man behöver förbättra.

Värdering

Enheten har fungerande rutiner och kan fortsätta sitt förbättringsarbete enligt plan.

2.7 Den enskildes skydd

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den enskilde känner sig trygg med sin vård och omsorg.	Delvis	
Rutiner finns för att den enskilde ska hållas fri från vårdskador och missförhållanden.	Ja	
Skydds- och begränsningsåtgärder (lås, bälten, grindar etc.) används efter bedömning.	Ja	
Risker för trycksår registreras, förebyggs, åtgärdas och följs upp.	Ja	
Fallskador förebyggs med individuella och generella åtgärder.	Ja	
Larm fungerar och är individuellt anpassade samt svarstid är så kort som möjligt.	Ja	

”Enligt brukarundersökningen på Askenäs så är 69 % nöjda med ”Tryggheten”, resten 31% är mer nöjda än missnöjda. Ingen är missnöjd. Örebro totalt har 76 % nöjda.” Enheten

I betygsindex⁷ har Askenäs 83 (kommun 84) på frågan om hur tryggt det känns att bo i äldreboendet?

Enheten har lokal rutin för avvikelshantering. De följer alltid upp avvikelserna på omvårdnadsmöte då alla yrkeskategorier deltar. Lokal rutin finns för olika kontroller såsom vikt, puls, blodtryck och öron. Riskbedömningar görs på fall, undernäring och trycksår enligt Senior Alert. Andel avvikelser per plats var något högre än kommunsnittet under första halvåret men inte anmärkningsvärt högt.

⁷ Betygsindex är medelvärdet av alla svar på en fråga. Alla svarandes betyg summeras och delas med antal svarande. Index 84 kan läsas 8,4 på en 10 gradig skala. Ett högt värde som 8,4 innebär att det finns få som markerat låga betyg. Markör har räknat ut betygsindex på alla frågor se tabell 8.

”Lex Sarahanmälan har vi ingen ännu i år. Genomgång av nya rutiner ska vi ha i november på APT för all personal.
När vi får klagomål så tar vi hand om dem så fort vi kan enligt kommunens riktlinjer.” Enheten

Riktlinjen för Skydds-och begränsningsåtgärder följs och det finns en lokal rutin. Personalen är väl informerad och vet vad som gäller. Det finns hotell-lås på demensboendes dörrar vilket innebär att den boende kan stänga dörren om sig utan risk att bli störd av vandrande och oroliga medboenden. Hotell-låset medger att dörr är lätt att öppna inifrån utan nyckel. Det finns också en lokal rutin för rörelselarm.

”Vi har nästan aldrig trycksår alltså förebyggs det väl. Alla våra boende har gjorda riskbedömningar enligt Senior Alert.” Enheten

”Avvikelse skrivs på all fallskador. Avvikelsena går igenom på omvårdnadsmöte. Ser om vi kan åtgärda något förebyggande för att det inte ska inträffa igen. Vi har lokal rutin beträffande avvikelshantering.
Beträffande de generella åtgärderna så har vi, i de allmänna utrymmena sett över risker såsom bl.a. trappsteg och belysning.” Enheten

I samtalet berättar ledningen att en konsekvens av att låta den äldres behov av att få röra sig komma till uttryck kan leda till att det blir fler fall.

Enheten har ett gammalt larmsystem. Larmfel åtgärdas så snabbt som möjligt med serviceföretaget Telenta (Karlstad) som en gång i tiden installerade larmet. Det kan ibland ta några dagar innan de kommer.

Analys

Askenäs boende är ungefär lika trygga som äldre på andra boenden. Rutiner och teknik används för att skapa trygghet. Inventeringen av status på Örebros äldreboenden har visat att det finns säkerhetsaspekter att åtgärda. Brandskyddet kan behöva brandklassade dörrar och ett sprinklersystem. Mobila sprinkler finns att hyra under tiden säkerhetsfrågan finner sin lösning. Dessa kan sättas in hos personer som har ett riskbeteende gällande eld. Personlarmet är gammalt och kommer att bytas ut när övriga beslut är fattade om Askenäs framtid.

Värdering

Enheten har kontroll på kriterierna för den enskildes skydd och är beroende av politiska och andra ledningsbeslut för att kunna agera vidare.

2.8 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 behov säkerställs genom teamarbete mellan personalkategorier och över dygnet	Ja	
Den enskilde ska alltid erbjudas bästa möjliga vårdform enligt Örebro kommuns riktlinjer vid demens där trygghet, meningsfullhet och säkerhet kan erbjudas.	Ja	

I brukarundersökningen fick Askenäs betyget 74 (kommun 79) på frågan om hur personal tar hänsyn till åsikter och önskemål. Enheten har haft upp till 20 % missnöjda på denna fråga tidigare. 2012 är missnöjet nere på 7 % och andel nöjda och mer nöjda än missnöjda är 93 %. (60 + 33)

”Vi lyssnar på hur de boende vill ha det men det kanske inte alltid går att göra efter önskemål. Då får man komma överens om bästa möjliga och det dokumenteras i genomförandeplanen. Om inte den boende kan föra sin talan är alltid anhörig eller god man delaktig i genomförandeplanen. Vi tar hänsyn till INDIVIDEN oavsett kön eller bakgrund.” Enheten

”Alla som flyttar till Askenäs får underlaget till levnadsberättelsen. Men det är inte alltid vi får tillbaka den ifylld. Då får vi ta upp det vid flera tillfällen och påtala vikten för anhöriga att vi behöver en viss information för att vården av individen ska bli så bra som möjligt. Vi försöker alltid att göra en målformulering tillsammans med den boende och dennes anhöriga.” Enheten

I delårsrapporten visar enheten att bara 41 % av de boende har genomförandeplan och att 53 % varit delaktiga i framtagande av plan (riktvärdet är minst 85 %). Låga värden förklaras av att många kontaktpersoner missat att fylla i vilka som deltagit vilket gör plan underkänd. En annan förklaring är att 4 platser användes som korttidsplatser och att de som bor på korttidsplats inte planeras på samma sätt som de som bor permanent. (De skall dock enligt riktlinje ha en plan även på korttidsplats, granskningskommentar)

”Vi har bra rapporteringsrutin mellan dag/natt/sjuksköterska/arbetsterapeut enligt lokal rutin. All personal dokumenterar i DocIt. Dag- och nattpersonalen har ansvar att genomförandeplanen fungerar över hela dygnet och att alla genomförandeplaner uppdateras kontinuerligt allt efter behov som ändras.” Enheten

Enhet gör riskinventering på alla avdelningar och använder checklista för fysiskt riskinventering. De följer riktlinje för demensvård och har en lokal rutin för flytt emellan avdelningar. Det händer att det efter prövning sker flytt från gruppboendet till vårdboendet. Enhet följer, enligt uppgift, tjänstegarantierna som säkerställer meningsfullhet och trygghet för den boende.

Analys

Enheten anger i sin självvärdering att de klarar alla kriterier men har svårigheter att redovisa godkänd nivå på antal godkända planer och planer med delaktighet.

Värdering

Styrkan är att förbättringar sker i att den enskilde får mer att säga till om men det finns mer att göra och förbättringsområden är andel godkända genomförandeplaner och andel delaktiga.

2.9 Hälsa- och sjukvård

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Omvårdnadsansvarig sjuksköterska finns tillgänglig för den enskildes behov	Ja	
Arbetsterapeut 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, hemvård.	Ja	
Rutiner för läkemedelshantering upprättas och följs.	Ja	

Enheten har alltid personal på plats enligt Örebro kommuns "bemanningsmodell", som de säger om resursfördelningen. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska arbetar alltid dagtid vardag som helg (Enhet har 3,25 årsarbetare ssk). Kvällstid köper de sjuksköterska (ssk) av Östernärkes hemvård och bemanning av sjuksköterska nattetid täcks av central nattpatrull. Det finns en handlingsplan för att säkra Hälso- och sjukvård inom Askenäs. Flera lokala rutiner och checklistor finns gällande sjuksköterskornas arbetsordning.

"Vi har en arbetsterapeut 0,5 tjänst på Askenäs enligt "bemanningsmodellen". Denna tjänst köper vi av Östernärke hemvård som också ombesörjer vikarieplanering." Enheten

Sjukgymnasten tillhör Odensbackens vårdcentral och gör kontinuerliga besök på Askenäs enligt lokalt upprättat avtal mellan kommun och landsting. Läkare från Odensbackens vårdcentral kommer en gång per vecka och har rond på Askenäs enligt lokalt upprättat avtal mellan kommun och landsting. Däremellan så har sjuksköterska möjlighet till direktkontakt vid behov. För närvarande finns en fast läkare på Odensbackens vårdcentral vilket underlättar i samarbetet.

"Vi har samverkansmöten, fyra gånger per år, med primärvården för att ha en bra kvalitet i samarbetet. Vi har ett lokalt avtal med Odensbackens vårdcentral." Enheten

Det finns upprättade rutiner för läkemedelshantering. Detta följs upp av ansvarig chef. Läkemedelsgenomgångar var vid mätning genomförd för alla boende.

Det finns klagomål på brister i läkemedelshantering från december 2011 och februari 2012 där synpunkter lämnas på att Askenäs inte klarar vården av alla demenssjuka och att följderna blir att den enskilde kan bli "neddrogad". Nödvändiga åtgärder är vidtagna, och ärendena är avslutade enligt enheten.

Kvalitetsinspektionen från maj 2012 noterade att hygien är ett förbättringsområde eftersom smutsig tvätt lades direkt på golvet istället för i säck.

Analys

Enheten klarar kriterierna för området hälso- och sjukvård vilket innebär att de enligt uppgift kan bemanna med sjuksköterskor och arbetsterapeut och att de har en fungerande samverkan med vårdcentralen och sjukhus.

Örebro kommun arbetar inte längre med den bemanningsmodell som fördelade resurser till enheterna. Istället för bemanningsmodell skulle enhet tala om "tilldelad resurs". Inom den tilldelade resursen kan de fördela årsarbetare och kompetenser utifrån sina behov. Rutiner för läkemedelshantering ska också enligt uppgift fungera. Enstaka klagomål kan inte vara grund för en större kritik men är viktiga för enheten att bearbeta. Kopplingen läkemedel och demenssjuka görs även i kapitel medarbetare och ledarskap

Värdering

Enheten har nödvändiga personalresurser för att bedriva hälso- och sjukvård och samverkan är etablerad. Askenäs kan fortsätta påbörjad utveckling.

2.10 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	
Anhörigträffar anordnas regelbundet.	Ja	
Ett anhörigråd finns.		Nej
Anhörigombud finns		Nej
Enheten har en lokal rutin för att stödja anhöriga		Nej
Enheten informerar om och förmedlar kontakt med Anhörigcentrum.	Ja	

”Vi har inga besökstider utan anhöriga är välkomna när de själva vill. Om individen själv inte kan vara delaktiga i individuella vård- och omsorgsplaneringen så deltar alltid anhörig.

Anhörigträffar har vi två gånger per år. En stor träff och sedan har var avdelning en egen träff. Ibland har vi fått ställa in avdelningsträffarna då vi inte har fått några anmälningar. En avdelning har deltagit i anhörigprojekt och har haft fler anhörigträffar per år.” Enheten

Enheten har tagit upp behovet av att ha ett ”anhörigråd” med anhöriga på två träffar men ej fått några intressenter. De arbetar vidare med frågan.

”Vi följer riktlinjen för anhörigstöd till anhöriga som är central i kommunen. Den finns med som en stående punkt på checklista vid inflytt av ny boende.

På anhörigträffarna informerar vi alltid om anhörigcentrum. All information om och från Anhörigcentrum sitter på en anslagstavla i entrén.” Enheten

Analys

Förr i tiden (1970- och 80 talet) fanns ”förtroenderåd” på kommunernas äldreboenden. Det innebar att särskilda betrodda äldre boende kunde vara med och påverka innehållet i verksamheten via rådgivande organ. Idag har förtroenderådet ersatts med anhörigråd eftersom de äldre idag har en mycket hög medelålder och ofta har multipla hälsoproblem och därför behöver anhöriga som stöd i arbetet med att påverka sitt boende. Askenäs arbetar för att skapa en bra relation till anhöriga. Anhörigträffar arrangeras regelbundet och man har kontakt med Anhörigcentrum. Förbättringsområden är att utbilda ombud och att om möjligt bilda ett råd med intresserade anhöriga. En lokal rutin kan troligen utvecklas när ombud har utbildats.

Värdering

Styrkan är tryggheten i etablerade rutiner och förankringen i bygden. Enheten är medveten om vilka förbättringar som krävs och kan fortsätta sitt utvecklingsarbete.

2.11 Tillgänglighet och information

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Beskrivning om utförarens tjänster och profil finns framtaget och presenterat 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	
All personal bär väl synliga namnskyltar.	Ja	
Klagomålshantering fungerar	Ja	

I samtalet med ledningen framkommer att de funderar på hur Askenäs kan utveckla sin hemsida. De behöver profilera sin enhet så att fördelar med ”gröna ytor”, lugnet, naturen och fina samlingslokaler kommer fram. Hur ska den enskilde med behov av ett vård- och omsorgsboende kunna välja Askenäs om de inte kan sticka ut med sitt alternativ i det övriga utbudet?

”Webben uppdateras kontinuerligt. På anhörigträff har vi bett om synpunkter på vår webbsida, men inte fått några förslag till förändring.

Vi har en ”Välkommen till Askenäs” broschyr där alla telefonnummer står.. Vi följer Örebro kommuns rutiner.

Vi kan med gott samvete säga att vi alla är duktiga på tillgänglighet. Vi frågade på anhörigträffen och alla närvarande tillstyrkte detta.

Vi har ingen lokal rutin för klagomålshantering utan vi följer Örebro kommuns riktlinjer. Vi har haft ett klagomål hittills i år.

Analys

Tillgänglighets- och informationskriterier är inget problem att leva upp till. Klagomålshandlingen ger mycket få klagomål. Det finns en anledning för enheten att se över sin syn på klagomål. Att få enheten att välkomna klagomål som en gåva kräver ett medvetet arbete. Om den som är missnöjd inte kan eller vågar uttrycka sitt missnöje riskerar enheten förlora en värdefull information som krävs i förbättringsarbetet. Att det finns ett litet missnöje framgår av brukarundersökningen. Hur hanteras exempelvis klagomål på mat? Rimligen borde det finnas klagomål på mat men hur och var de registreras är oklart idag.

Värdering

Styrkor är en väl fungerande tillgänglighet och inarbetade informationsrutiner. Förbättringsområdet är en fungerande hantering av klagomål.

2.12 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.	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.	Ja	
Ansvar för olika arbetsuppgifter är tydligt och enheten har en förmåga eventuella brister	Ja	
Enheten arbetar systematiskt med ständiga förbättringar.	Delvis	

Askenäs har en bemanning över dygnet som gör att man ligger exakt på den norm för demensvård som tagits fram i utredning av Stockholms läns äldrecentrum⁸ förmiddagar (3 boende per omvårdnadspersonal) men något under på kvällstid (4,7 mot 4,5). Natttid har man en normal bemanning med 16 boende per personal. Variationen natttid i kommunen är mellan 12 och 20 boende per omvårdnadspersonal.

”Vi har alltid bemanning enligt modell för resurstilldelning. Vi sätter alltid in extravak vid palliativ vård.

All vår tillsvidareanställd omvårdnadspersonal har undersköterskekompetens. De flesta har lång erfarenhet av vård- och omsorgsarbetet.

Vi har inventerat behoven av kompetensutveckling i samband med våra medarbetarsamtal. Vi gör också kontinuerliga kompetensutbildningsinsatser inom olika områden där behov finns.” Enheten

Hösten 2012 hade enheten planerat för demensutbildning men i samtalet framgår den tilltänkta utföraren Demenscentrum inte erbjöd grundkurser. Nattpersonal har behov av att lära sig mer beteendeförändringar vid demenssjukdom och kurs om BPSD (beteendeförändringar och psykiska symtom vid demenssjukdom) kan vara en lösning.

”Nästan all vår personal har deltagit i demenscentrums utbildningar i demensvård. Just nu har det varit sparsamt med utbud på demensvårdsutbildning.” Enheten

Registrering av demenskunskap verkar inte vara uppdaterad vid det uttag som gjordes i registret vid intervjutillfället så hade Askenäs bara 7 personer med demensutbildning.

”Vi har många ombud för olika arbetsuppgifter. Alla ombud har ett skriftligt uppdrag. Resultaten i medarbetarundersökningen var goda, och på våra utvecklingsområden har vi gjort handlingsplaner som vi ska följa upp i höst.

⁸ ”Lämplig Bemanning på särskilt boende avsedd för personer med demenssjukdom” S-E Wångrell, B Trygg. Rapporten Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2010:10

Vi arbetar ständigt med våra förbättringsområden men inte i en systematisk form...”

Analys

Alla tillsvidareanställda omvårdnadspersonal har grundkompetensen – en omvårdnadsutbildning. Enligt enhet har de flesta gått demenskurser men det syns inte i registret. Kompetensplan på individnivå behöver förankras i en plan på enhetsnivå där det fastställs vad enheten har för behov och hur resurser, i form av medarbetare, ska utvecklas på kort och lång sikt.

I verksamhetsplan anges att årets utbildningar kommer att vara Treserva, Lindningsteknik, Hjärt- och lungräddning och ovan nämnda demensutbildningar. När Demenscentrum som har uppdraget att genomföra grund- och påbyggnadskurser i demensvård inte har några grundkurser att erbjuda vet inte enhet hur det är tänkt att de ska tillgodose sina behov. Under avsnittet Hälso- och sjukvård nämndes att det förekommit klagomål på att Askenäs använde läkemedel för att lugna demenssjuka. Alternativet till ”neddrogning” kan vara kunskap. Det är viktigt att enheten kan skaffa mer kunskap om demensproblematik. Att arbeta med ständiga förbättringar är något som en avdelning lär sig i kostprojektet där ”genombrottsmetoden” används. Askenäs medarbetare var mer nöjda än medel. Askenäs hade 74 i index (nr 5 av 18 vård och omsorgsboenden)

Värdering

Enheten har en stabil grund att stå på där all personal är utbildad. Medarbetarna är nöjda enligt medarbetarundersökningen. Förbättringsområden är identifierade och enhet kan fortsätta sitt utvecklingsarbete.

2.13 Dokumentation

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
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.

”Vi har inte någon lokal rutin för egenkontroll av dokumentation. Men vi gör kontinuerliga kontroller av hur dokumentationen sker. Vi kollar genomförandeplaner minst två gånger per år”.

Av Askenäs planer och rapporter framgår att dokumentation är ett förbättringsområde. Genomförandeplaner behöver bli bättre. Treservautbildningen under hösten blir en anledning till att ta tag i brister.

Analys

Enheten gör kontroller av dokumentation och genomförandeplaner. Dessa klarar inte krav idag och behöver bland annat kompletteras med noter om den enskildes delaktighet.

Värdering

Enheten har en egen kontroll som kan utvecklas. Treserva blir en nystart med att ta tag i de krav som gäller för dokumentation.

2.14 Särskilda granskningspunkter

Inga särskilda granskningspunkter

3 Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat

3.1 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 Telefonintervju	<u>God kvalitet</u> Samlingslokaler, utemiljö. Stabil personal, grundkompetens <u>Behöver förbättras</u> Gammal, uttjänt byggnad. (se lokalinventerings rapport). <u>Bristande kvalitet</u> Larm, brandskydd (åtgärd pågår)
Process-kvalitet	Arbetsätt, rutiner, funktion	Dokument Telefonintervju	<u>God kvalitet</u> Många fungerande rutiner <u>Behöver förbättras</u> Mat och måltid Klagomålshanterings-systemet Öka andel godkända planer Registrera i Personec <u>Bristande kvalitet</u>
Resultat-kvalitet	Bemötande, trygghet, smärtlindring mfl	Dokument, brukarundersökningar Telefonintervju	<u>God kvalitet</u> <u>Behöver förbättras</u> Delaktighet Andel nöjda med mat <u>Bristande kvalitet</u>

Totalt sett bedöms att Askenäs bedriver en vård och omsorg som klarar grundkraven och ger de boende en trygg- vård och omsorg. Personalen är stabil och grundkompetens ska finnas enligt uppgift. Problem för enheten är ett stort antal tomplatser och den situation som uppstått i väntan på beslut om en eventuell renovering. Resurser att åtgärda tomplatsproblemet är små. Marknadsföring, den enskildes behov och önskemål är aspekter där enheten är beroende av andras beslut.

Planerare Owe Fjellborg

Källhänvisningar

Tryckta källor

Ur Fattigvårdsstyrelsen och socialnämnden i Örebro. 1943-1973. En historik. Erik Vallbro. Örebro kommun. Socialförvaltningen. 1979. Ludvig Larsson tryckeri AB.

Internet

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

Bra Vå

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