



2014-12-11 Vö 317/2014

# Rapport

**Kvalitetsuppföljning,  
Av vård- och omsorgsboendet Lindhultsgården**

**2014 -11- 04**

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

## Sammanfattning

Förvaltningskontor Vård och stöd har på uppdrag av Vård- och omsorgsnämnd öster utfört en kvalitetsuppföljning på vård och omsorgsboendet Lindhultsgården.

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

Denna uppföljning (typ 2) är den tjugotredje av en boendeenhet som genomförts sedan 2010.

Lindhultsgården finns i stadsdelen Adolfsberg och är ett demensboende med 24 lgh fördelade på tre avdelningar med 8 lgh var. Två av avdelningarna är gruppboenden och ett är ett vårdboende för demenssjuka. Fastigheten ligger naturskönt och har flera uteplatser i markplan och en inhägnad promenadstig som tillåter de äldre att röra sig mera fritt men ändå tryggt. Enheten har en grundutbildad personal.

Uppföljningen visar att enhetens styrka är strävan att skapa en aktiv och meningsfull tillvaro för de boende och arbetet med att utveckla team som ansvarar för den enskildes vård och omsorg över hela dygnet. Enheten är tillgänglig och informativ med Blogg och Nyhetsbrev på hemsidan och uppdaterade broschyrer och rutiner.

Enheten har nyligen fått ett sprinklersystem installerat och fastigheten ser välskött ut med välbehållen fasad, ansade häckar och krattade gräsmattor.

2013 fick enheten diplom för sammanvägt resultat och hamnade då på andra plats efter Klosterbacken. Resultatet från 2013 års brukarundersökning placerade enheten i mitten bland 18 enheter. 2014 års resultat ser ut att vara något sämre. De äldre ger positiva svar på frågor om trygghet och bemötande men förbättring behövs gällande inflytande och delaktighet.

Medarbetarundersökningen visar att Lindhultsgårdens personal är mycket nöjda med sin arbetssituation och med ledning och styrning. Enheten är nr 1 av alla enheter i vård och omsorg.

Både SOL och HSL dokumentationen behöver en utvecklad egenkontroll. SOL dokumentationen har utvecklats bra och är godkänd medan HSL dokumentationen kan förbättras. Samtycke behöver inhämtas, rutiner uppdateras, Vårdplaner behöver följas upp och analyseras bättre. Kognitiva funktioner och strukturerade omvårdnadsåtgärder behöver utvecklas i dokumentationen.

Påbörjad utvecklingsplan för att förbättrad dokumentation bedöms vara tillräcklig.

Enheten bedöms klara ”godkänt” för 10 av tretton kriterieområden och är ”på god väg” med att klara övriga 3. Enheten är också nära att nå nivå ”Mycket bra” inom flera områden. Sammantaget en väl fungerande enhet med ambitioner och planer för att bli ännu bättre.

## Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till Vård- och omsorgsnämnd öster

- Rapport godkänns
- Lindhultsgården 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.....	2
1.1	Bakgrund .....	2
1.2	Syfte.....	2
1.3	Mål.....	2
1.4	Metod för uppföljning.....	2
1.5	Omfattning.....	3
1.6	Begreppsdefinitioner.....	4
2	Resurser, organisation.....	5
3	Resultat 2012 .....	10
3.1	Aktiv och meningsfull tillvaro .....	10
3.2	Bemötande .....	14
3.3	Kontinuitet.....	15
3.4	Mat, måltid och nutrition .....	17
3.5	Personlig omvårdnad och service .....	19
3.6	Vård i livets slut.....	21
3.7	Den enskildes skydd .....	23
3.8	Delaktighet.....	26
3.9	Hälso- och sjukvård .....	28
3.10	Anhörigstöd .....	30
3.11	Tillgänglighet och information .....	31
3.12	Medarbetare och ledarskap .....	33
3.13	Dokumentation .....	35
3.14	Särskilda granskningspunkter .....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
4	Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat.....	38
4.1	Sammanfattande tabell bedömning av alla kriterier.....	38
4.2	Resultat av granskningen – en sammanställning .....	39
	Källhänvisningar .....	39

# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund

Kvalitetsuppföljningen av Lindhultsgården, av typen fördjupad, är den tjugotredje i ordningen sedan starten 2010. Den systematiska uppföljningen av vård och omsorgsboendeenheter 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.

## Syfte

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

## 1.2 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.

## 1.3 Metod för uppföljning

Granskningen har haft sin utgångspunkt i olika former av kvalitet<sup>2</sup>: den kvalitet brukaren erbjuds i form av resurser som utrustning och anställdas kompetens (struktur), 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
- Medarbetarundersökning<sup>3</sup>
- Resultat av brukarundersökning
- Kvalitetsinspektioner
- Verksamhetsmätt
- Inkomna klagomål
- Avvikelser enligt Hälso- och sjukvårdslagen
- Granskning av tio hälso- och sjukvårdsjournaler (Särskilda kriterier)
- Granskning social dokumentation i tio ärenden, med fokus på genomförandeplaner (Särskilda kriterier)

---

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

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

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

- Inspektioner från andra myndigheter (inte aktuellt denna gång)
- Socialstyrelsens öppna jämförelser

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

#### 1.3.1 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 chef, en arbetsterapeut, en sjuksköterska och två undersköterskor.

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

Vid besöket på Lindhulsgården hade gruppen följande sammansättning:

Owe Fjellborg, granskningsansvarig

Carina Carlsson, planerare

Ylva Blix, MAS

Christina Löf, MAR

Lena Hammarlund, biståndshandläggare

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

## 1.4 Omfattning

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

### 1.4.2 Avgränsning

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

## 1.5 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 <u>gagnar</u> 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
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

Lindhultsgården finns i stadsdelen Adolfsberg och är granne till Vård och omsorgsboendet Adolfsbergshemmet. Verksamheten startade 1993<sup>5</sup>, i ett nybyggt hus, och var i början en entreprenad som övergick i kommunal drift 1999. Lindhultsgården är idag ett demensboende med 24 lgh fördelade på tre avdelningar med 8 lgh var. Två av avdelningarna är gruppboenden och ett är ett vårdboende för demenssjuka. Avdelningarna finns i två huskroppar vilket medför att två av dem ligger markplan och den tredje är plan två i den ena huskroppen medan plan två i den andra huskroppen består av lägenhetsförråd.

”Vi vill att du ska få komma ut så ofta du vill och få vistas i den fantastiska utemiljö som Lindhultsgården erbjuder. Vi har under flera år lagt stort fokus på utemiljö, med promenadstigar, djur, blommor, växter, trädgårdsgrupper, kaffestunder, grillning, musik, allsång, hammock, fågelmatning, bärplockning, plocka äpplen till kakan och mycket mer.” Enhetsplan 2014

Tab. Resurser och antal platser

Resurser enligt budget 2014	Omv Dag/Kväll	Omv Natt	SSK	AT	Adm	Ledning	Övriga	Summa Budget
Lindhultsgården								
Antal årsarbetare per yrkeskategori (åa)	16,32	4,38	1,80	0,38	0,30	0,88	0,00	23,10
Antal anställda per yrkeskategori (st)	17	6	2	1	1	1	0	27
Total budget 2014 (Tkr)	-18 468							

Antal Platser - Vård och omsorgs boende	Antal 2014
Lindhultsgården	
Antal platser permanent boende	24
Antal platser korttidsvård	0
Antal platser totalt	24

Enheten har 0,96 årsarbetare per brukare totalt och 0,86 årsarbetare per brukare om man bara räknar omvårdnadspersonalen.<sup>6</sup>

Den genomsnittliga sysselsättningsgraden är 89,1 procent nära genomsnittet 89,4 procent i kommunens vård och omsorg.

Dagtid arbetar, två till tre ur omvårdnadspersonalen per avdelning, vilket innebär tre – fyra boende per personal. Kvällstid är det fem som jobbar uppdelat på de tre avdelningarna. Natttid arbetar två ur omvårdnadspersonalen på hela huset.

Två sjuksköterskor har ansvar för 12 brukare var. Sjuksköterskebemanning kväll och helg sköts av närliggande Adolfsbergshemmet. Sjuksköterskor arbetar dag, kväll och helg. Kvällstid har sjuksköterskorna ansvar för Adolfsbergshemmet, och Lindhultsgården. Natttid kommer sjuksköterska från kommunens sjuksköterskepatrull.

Verksamheten har en arbetsterapeut som delas med Backagården. Hon finns på plats två dagar per vecka (må och to). Resurs enligt tilldelning är 0,25 men här har enheten valt att höja till 0,5 arbetsterapeut.

<sup>5</sup> Uppgifter om Lindhultsgårdens start kommer från Birgitta Carlsson (Demenscentrum) som var en av initiativtagarna och från Tommy Udd (Södermalms hemmet), som var verksamhetschef och platsansvarig.

<sup>6</sup> Tilldelad resurs i genomsnitt för boenden i kommunal drift är 0,95 åa/brukare totalt och 0,81 åa per brukare omvårdnadspersonal.

I ledningen finns en enhetschef, som är ny sedan ett år tillbaka. Hon har en Socialomsorgsutbildning och en lång erfarenhet av äldreomsorg. Till stöd finns en administrativ assistent på deltid. Det är en liten enhet och ledningen har hela tiden en dialog med de anställda. I slutet på 2013 fick dåvarande chef ett nytt prioriterat uppdrag inom kommunen och när hon med kort varsel gick följde några resurspersoner med. Bland dem fanns en erfaren sjuksköterska och erfaren omvårdnadspersonal. Det tog sedan tid för den nya ledningen att rekrytera och besätta alla tjänster (Kommenteras rapport).

Förutom arbetsplatsträffar avdelningsvis så har enheten var sjätte vecka arbetsplatsmöten där alla anställda deltar. Dessa stormöten är en del i en ledningsfilosofi som syftar till att skapa delaktighet. Kvalitetsgrupp finns för att exempelvis jobba fram rutiner och för att hålla liv i arbetet med värdegrund och garantier. Kvalitetsgrupp planerar exempelvis aktiviteter. Enhetschef börjar kl 06.30 flera dagar i veckan och anpassar sin arbetstid så att möten kan ske med alla grupper. Lindhultsgårdens och Backagårdens chefer täcker upp för varandra vid behov.

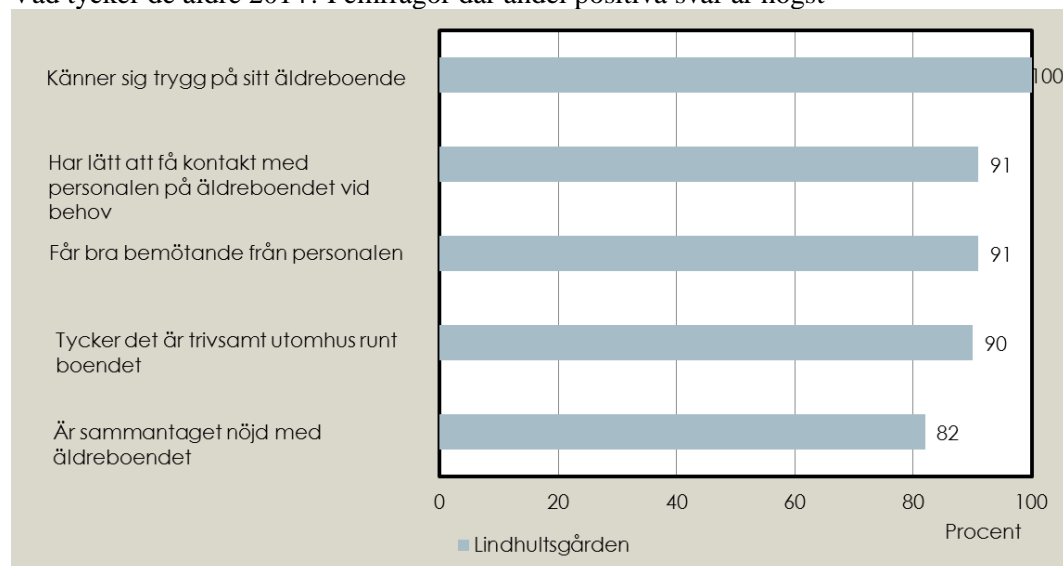
#### Lindhultsgårdens verksamhetsidé

”Med hjärta och värme ger vi Dig en trygg vård- och omsorg med hög kvalitet. Dina önskemål och din delaktighet är viktiga för oss. Här känns din tillvaro meningsfull, varje dag!” Enhetsplan 2014

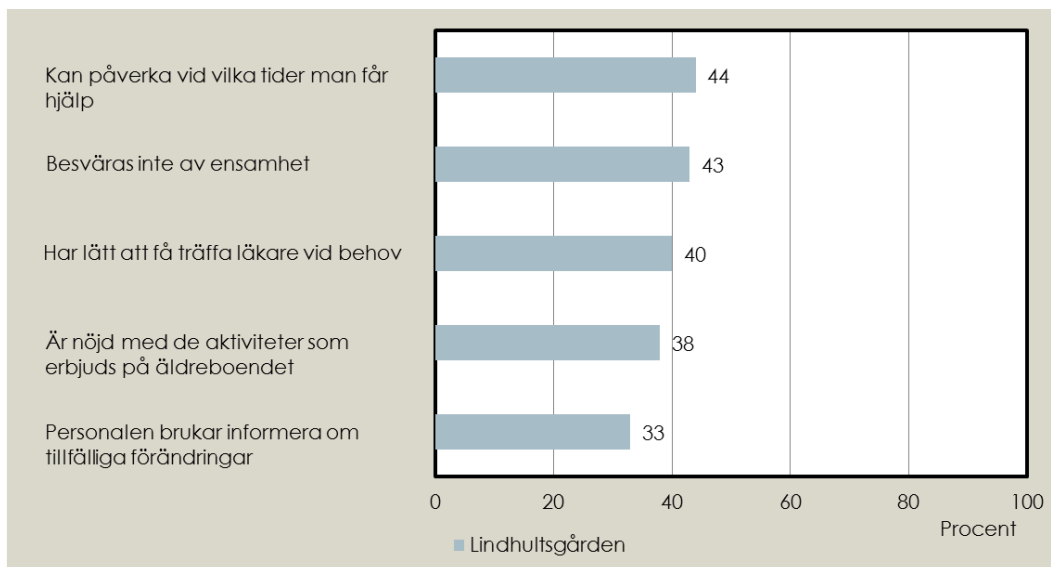
Verksamhetens har en budget på 13,4 mnkr kr och för året prognostiseras att man klarar sig minst inom ram. Senaste års resultat har gett ett plus på mellan 200- och 600tkr.

#### Brukarundersökningar

Vad tycker de äldre 2014? Femfrågor där andel positiva svar är högst



Vad tycker de äldre 2014 Fem frågor där andel positiva svar är lägst.



Svarsfrekvens är enligt Socialstyrelsen 40-60% vilket innebär att 10-14 personer har svarat på enkäten. Om 10 personer svarat så är en persons svar räknat som 10 %, vilket innebär att resultatet får tolkas med försiktighet. Men fortfarande gäller att om 4 av 10 (40 %) svarat positivt på en fråga så är det mindre bra resultat och likaså är 10 av 10 (100 %) ett bra resultat.

I jämförelse med resultatet från 2013 så har Lindhults äldre, 2014, gett enheten ett bättre eller lika bra betyg på 10 frågor och ett sämre betyg på 11 frågor.

### Medarbetarundersökningen

Styrkor enligt medarbetarundersökningen (källa Zondera 2014)

Nr		Lindhults gård	Vård & oms
3	Mitt arbete känns meningsfullt	4,94	4,52
6	Min närmaste chef visar uppskattning för mina arbetsinsatser	4,89	3,89
8	Min närmaste chef ger mig förutsättningar att ta ansvar i mitt arbete	4,89	4,14
12	Jag har den kompetens som krävs för att göra ett bra arbete	4,94	4,57
17	Jag har tillit till min närmsta chefs förmåga att driva vår verksamhet	4,94	4,01
18	Min närmsta chef driver verksamheten med fokus på medborgarna/kunderna/brukarna	5,00	4,15

Att förbättra enligt medarbetarundersökningen (källa Zondera 2014)

Nr		Lindhults gård	Vård & oms
16	På min arbetsplats anpassar vi verksamheten hela tiden utifrån vad medborgarna/kunderna/brukarna efterfrågar	4,44	4,02
20	Min fysiska arbetsmiljö är bra (arbetslokal, ljudnivå, ljus, luft, arbetsstol, m.m.)	4,22	3,45
30	Jag upplever att det finns möjlighet till karriär och utveckling för mig inom Örebro kommuns organisation	3,64	3,19
35	I mitt senaste lönesamtal kopplades min lön till min individuella prestation	4,47	3,93
37	Jag förstår kriterierna (kraven) för den individuella lönesättningen	4,53	4,20
38	Jag kan rekommendera Örebro kommun som arbetsgivare	4,29	3,85

Lindhultsgården har bästa resultat i vård och omsorg och det betyder bland de bättre i kommunen som helhet. Index för ”hållbart medarbetarengagemang” (HME) är 96 (Ök 78).

Måluppfyllelse av indikatorer (se nedan) visar en verksamhet som klarar sitt uppdrag. Vanligtvis har enheten också grönt på ekonomiska mått och att de inte klarar kravet att minska timvikariekostnad är till stor del en konsekvens av den snabba omställning enhet genomgick det första halvåret där flera nyckelpersoner skulle ersättas.

Kvalitetsinspektörernas besök våren 2014 rapporteras i delår 2. Där framgår att förbättringar skett utifrån inspektörernas protokoll. Daglig rutin för sjuksköterskor, rutin för hantering av hygienartiklar hos boende och lokal rutin för behovsläkemedel.

Lex Sarah och klagomål

I diariet finns ett par ”hemligstämplade” klagomål som prövas enligt Lex Sarah och Lex Maria. Det finns en Lex Sarah under 2014. Den avser ett bristande bemötande i en omvårdnadssituation. Relevanta åtgärder är vidtagna och händelsen har bedömts som ett missförhållande (alltså inte allvarligt). En Lex Maria är under handläggning och gäller fall med skada.

## Resultat - Vård och omsorgs indikatorer delårsrapport 2014

### Processer

Mått	2012	2013	2014	Rikt värde	Måluppfyllelse
Beläggning vobo	97,8%	99,0%	97,0%	95,0%	
Andel med kontaktperson	100%	96%	saknas	100%	
Andel med genomförandeplan	96%	96%	100%	100%	
Andel delaktiga i genomförandeplan	100%	100%	90%	100%	
Andel åtgärder på bedömd risk i senior alert	saknas	94%	94%	90%	

### Brukarnas uppfattning

Mått	2012	2013	2014	Rikt värde	Måluppfyllelse
Andel nöjda med bemötande	75%	100%	Saknas	94%	
Andel nöjda med trygghet	86%	80%	Saknas	90%	
Andel nöjda med inflytande och delaktighet	Få svar	78%	Saknas	79%	
Andel nöjda med aktiviteter	67%	70%	Saknas	63%	
Andel nöjda med matens smak	75%	73%	Saknas	77%	
Andel nöjda med utvistelse	Få svar	70%	Saknas	58%	

### Ekonomi

Mått	2012	2013	2014	Rikt värde	Måluppfyllelse
Resultat	200	667	564	0	
Timvikariekostnad (Tkr)	663	561	929	560	
Kostnad för köp av ssk från bemanningsföretag (Tkr)	2	0	166	-1	
Total nettodygnskostnad (Kr/dygn)	1 485	1 466	1 478	1 573	

### Medarbetare

Mått	2012	2013	2014	Rikt värde	Måluppfyllelse
Korttidssjukfrånvaro (antal dagar/anställd)	5,4	7,8	5,0	minska	
Genomsnittlig sysselsättningsgrad	91,6%	87,0%	89,1%	öka	
Andel utbildad omvårdnadspersonal	96%	100%	100%	91%	
Medarbetarindex*	ej mätt	ej mätt	96	78	
Rekommendera vän att arbeta i kommunen	ej mätt	ej mätt	76	52	

\* HME från medarbetarundersökningen

## **Tidigare verksamhetsuppföljningar**

En uppföljning av typ 1, enkel, genomfördes 2011 (Vö 80/2011) och sammanfattningsvis kunde konstateras att

”Lindhultsgården är en väl fungerande enhet inom de flesta av de områden som följts upp i denna granskning. Vid jämförelser av resultat där data från ekonomi, process, brukare och medarbetare sammanställs kommer Lindhultsgården oftast bland de främsta i kommunen. Särskilt kan framhållas ambitionerna och arbetet med att skapa en aktiv och meningsfull tillvaro för de boende och arbetet med måltidsmiljö. Ett nära och utvecklat ledarskap kännetecknar den lilla enheten. Informations- och tillgänglighetsrutiner är fungerande. Ett ständigt arbete med förbättringar kännetecknar ledning och verksamhet.”

### 3 Resultat 2014

Granskningsgruppen kommer till enhet som har haft goda resultat genom åren. Lindhultsgården är Örebro kommuns minsta vårdboendeenhet med sina 24 platser och den tid (tidigt 90-tal) som skapade byggnaden bortsåg från behov av större samlings-salar och personalutrymmen. Vi möter därför personalen vi ska umgås med under dagen i lånad källarlokal på Adolfsbergshemmet, som ligger inom gångavstånd. Där får vi plats för projektor och har möjlighet att runt ett bord diskutera ostörda. Mötet i källaren bryts av att vi besöker Lindhultsgården i samband med lunch, när vi också samtalar med några äldre och förevisas lokaler och utemiljö.

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

#### Bedömning

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

#### 3.1 Aktiv och meningsfull tillvaro

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den enskilde har möjlighet att upprätthålla kontakt med släkt och vänner.	X	
Organiserad samvaro erbjuds minst en gång per vecka.	X	
Aktivitets- och funktionsbedömningar görs på alla som grund för planering av individuella aktiviteter.	X	
Den enskilde har möjlighet att delta i dagliga aktiviteter som utgår från personens egna intressen, önskemål och förutsättningar.	X	
Den enskilde tillförsäkras utevistelse efter individuella behov.	X	
Utemiljön medger rörelse och aktivitet och ger förutsättningar för utevistelse året runt.	X	
Funktionella gemensamma utrymmen finns och används.	X	X
Samarbete finns med frivilligorganisationer och andra aktörer.	X	

Enheten berättar i sin självvärdering att de klarar de uppställda kriterierna men har problem med att de ”funktionella gemensamma utrymmena” som inte är tillräckligt stora för större samlingar. Att det går att använda lokalerna flexibelt visar ändå den personal som på förmiddagen ställde om matsalen på en avdelning till en teatersalong med biosittning där även gäster från andra avdelningar välkomnades. Efter den uppskattade föreställningen ställdes rummet om till att bli en matsal igen (se mer under mat och måltid).

Enheten har enligt eget förmenande en bra relation till anhöriga och hjälper den enskilde att upprätthålla önskade kontakter. Det finns många anhöriga som ofta kommer på besök.

Lindhultsgården framhåller som en av sina styrkor att den boende är i fokus och att man arbetar med att skapa förutsättningar för delaktighet och meningsfullhet i vardagen, men att mer kontinuerliga aktiviteter behövs.

Verksamheten anger att den enskilde har möjlighet att delta i dagliga aktiviteter som utgår från personens egna intressen, önskemål och förutsättningar. Planerade aktiviteter genomförs varje dag och aktiviteter på avdelningen varierar så att det ska passa för olika önskemål. Kontaktpersonen ansvarar för att aktiviteter styrs utifrån individens intressen. Ombud ”kulturskapare” finns på varje avdelning, som har huvudansvar att planera gemensamma aktiviteter. Aktiviteter som erbjuds är t.ex fredagsfika, promenad och gudstjänst. Diktläsning, musik och teater hör också till erbjudandena. Möjlighet att delta i balansgrupp finns två gånger/vecka. Man arbetar också med delaktighet i vardagssysslor på avdelningarna. Grundplanering av större aktiviteter i en årscykel finns. T.ex anordnas i sommarcafé under sommarmånaderna och nobelfest i november. Sommartid har enheten (dock inte 2014) haft ankor och andra smådjur för de boendes trevnad.

MAS och MAR kommenterar:

”Verksamheten anger att arbetsterapeut gör ADL-bedömningar på alla och att arbetsterapeuten är ett bollplank för kontaktmannen vid planering av aktiviteter. I de tio granskade journalerna finns arbetsterapeutisk aktivitetsbedömning i åtta och funktionsbedömning i fyra. Bedömning av kognitiva funktioner framgår endast i liten omfattning i de granskade HSL-journalerna.”

Utemiljön har förbättrats de senaste åren och en inhägnad promenadstig gör det möjligt för utevistelse närhelst någon önskar det. I mitten av rundan finns en anlagd damm som vid tiden för besöket är översvämmad och försvårar promenad utan stövlar.

”Gård, promenadslinga och trädgård bidrar till rörelse och aktivitet. På vintrarna skottas promenadslingan så att man ska kunna vara ute även då. Snöskottning under vintern är en uppskattad aktivitet för en del.” Enheten

Enheten beskriver att Medborgarskolans elever kommer och sjunger och spelar regelbundet under året. Även andra musikanter inbjuds att sjunga och spela vid särskilda tillfällen. Enhetschef har varit i kontakt med olika frivilligorganisationer men fått till svar att volontärer saknas just nu.

”Åtta stycken genomförandeplaner har granskats. Att synliggöra en aktiv och meningsfull tillvaro utifrån ett individuellt perspektiv får anses vara uppfyllt då det i princip framkommer i alla planer. Regelbundna notat finns med i den enskildes journal om individuella aktiviteter personen deltagit i.” Biståndshandläggaren

Erbjudna aktiviteter, utevistelse och gemensamma utrymmen samt utemiljö mäts i Vad tycker de äldre? De äldre på Lindhultsgården är (2014) mycket nöjda med gemensamma utrymmen (80 %) och utemiljön (90 %). Det finns också en relativ nöjdhet med möjlighet att komma ut (55 %). Däremot är de äldre inte nöjda med aktiviteter som erbjuds (38 %). I jämförelse med 2013 så är de som svarat 2014 lika nöjda med gemensamma utrymmen och utemiljö där Lindhultsgården är topp tre bland de 21 Örebroenheter som finns i rangordningen.

**Tab: Brukarundersökning 2013 och 2014.**

Frågor ur Vad Tycker de Äldre?	2013	2014	Rang 2014 Ök	Riket 2014	Örebro 2014
Är det trivsamt i de gemensamma utrymmena?	82 %	80 %	2/21	65 %	63 %
Är det trivsamt utomhus runt ditt boende?	91 %	90 %	3/20	67 %	67 %
Hur nöjd eller missnöjd är du med de aktiviteter som erbjuds på ditt äldreboende?*	70 %	38 %	19/21	63 %	60 %
Är möjligheterna att komma utomhus bra eller dåliga?	73 %	55 %	9/21	58 %	54 %

Not \* svar andel mycket nöjd och ganska nöjd.

På frågor om aktiviteter och utevistelse har andel positiva svar minskat och framtida utveckling behöver följas. Övrig förändring är inom felmarginall.

## Analys

Biståndshandläggaren:

”Det framkommer under kvalitetsuppföljningen att verksamheten erbjuder olika former av aktiviteter för brukarna; i större grupp och i små grupper samt individuellt. I de individuellt upprättade planerna finns detta även upptaget. I de fortlöpande daganteckningarna står det ofta noterat om när den enskilde deltagit i aktivitet och ibland om vad den enskilde tyckte om aktiviteten.

Det som kan skickas med som en förbättringsåtgärd är att vid journalföring av gjorda individuella aktiviteter oftare notera hur den enskilde uppfattade eller tyckte uppfatta aktiviteten, för att på så sätt ytterligare synliggöra meningsfullheten för den enskilde. De fortlöpande noteringarna kan sedan användas som stöd vid uppföljningen av den individuella planen.”

MAS och MAR:

”Mycket positivt är satsningen på och utbudet av gemensamma aktiviteter på Lindhultsgården. Möjlighet till meningsfull aktivitet anpassad efter den enskildes förmågor och önskemål har ett mycket stort värde för att kunna upprätthålla förmågor och framhålls i Vård och omsorgs värdegrund och i de Nationella riktlinjerna vid vård och omsorg av personer med demenssjukdom. Med arbetsterapeutens funktions- och aktivitetsbedömning som grund vid planering av aktivitet ges förutsättningar att anpassa aktiviteter i vardagen efter den enskildes förmågor. Positivt på Lindhultsgården är att arbetsterapeutisk funktions- och aktivitetsbedömning genomförs på alla boende och att arbetsterapeut kan finnas med vid planeringen av individanpassade aktiviteter, men då arbetsterapeut endast finns i verksamheten 2 dagar/vecka kan hon endast vara en resurs i detta i begränsad omfattning och då som ett ”bollplank”. Ett stort ansvar ligger på kontaktman och annan personal att signalera till arbetsterapeuten och ett stort



ansvar vilar på arbetsterapeuten att prioritera var hennes insatser mest behövs den tid hon är på Linhultsgården.

En dokumenterad bedömning av kognitiva funktioner och andra funktioner är av stor vikt för att aktiviteter och bemötande ska kunna anpassas efter den enskildes aktuella förmåga samt för att risker ska kunna uppmärksammas och värderas.

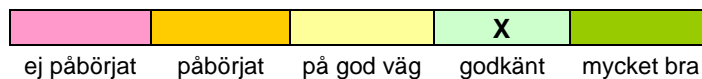
Kognitiv funktionsbedömning är ett förbättringsområde. Risk finns då kognitiva funktioner inte är kartlagda att förväntningarna på den enskilde, strategier i bemötande och utförandet av aktiviteter blir fel i förhållande till den enskildes förmågor.”

Att andel positiva svar på en fråga minskar med 20 -30 % från det ena året till det andra kan om det är få svarande innebära att det bara är 2-3 av de boende som ändrat ståndpunkt, alternativt det är 2-3 nyinflyttade? För Lindhultsgårdens del behöver de reflektera över den försämring som skett mellan åren men också avvakta kommande mätningar. Vid besöket diskuterade vi resultatet och kan konstatera att samarbetet med anhöriga är viktigt eftersom det är de som i över hälften av fallen hjälper sina närstående att svara på enkäten. Det undersökningen bekräftar är att de äldre uppskattar de satsningar som gjorts för att förbättra utemiljön.

Lindhultsgården har sammantaget ett bra utbud på aktiviteter och utemiljön med en året om öppen promenadslina är berömlig. Personalens talanger och lust att musicera och spela teater får komma till uttryck, vilket uppskattas av de boende, kunde granskarna konstatera vid besöket.

### Värdering

Biståndshandläggaren ser att de individuella planerna innehåller noteringar om aktiv och meningsfull vardag. MAS och MAR konstaterar att arbetsterapeut gör funktions- och aktivitetsbedömningar men att de kognitiva funktionsbedömningarna behöver utvecklas. Sammantaget med det aktiva arbetet kring utemiljö och aktiviteter blir bedömningen Godkänt.



### 3.2 Bemötande

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

Enheten konstaterar att brukarundersökningen visar på ett bra resultat vad gäller bemötande. Enhetens erfarenhet är att det finns en bra respons från anhängiga.

Ledningen menar att personalen visar respekt för integritet och självbestämmande och att "Värdegrunden" diskuteras på teamträffar och APT, och alltid med utgångspunkt från omvårdnadsåtgärder och olika omvårdnadssituationer.

Enheten skriver i sin självvärdering att det för närvarande inte varit aktuellt med att behöva hantera några situationer där den enskildes sexualitet berörs. Vid behov kommer vi att "se till individens egna önskemål och behov".

"Med värdegrunden som grund i verksamheten är förhållningssättet sådant att olika livsåskådningar ska respekteras." Enheten

Den äldre är nöjd med bemötandet och 8 av 10 tycker att personalen tar hänsyn till åsikter och önskemål. Förändring mellan åren är inom felmarginalen.

Tabell: Brukarundersökning 2013 och 2014.

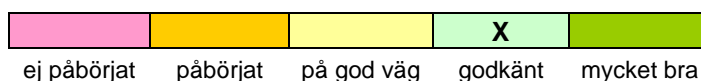
Frågor ur Vad Tycker de Äldre?	2013	2014	Rang 2014 Ök	Riket 2014	Örebro 2014
Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt?	100 %	91 %	15/21	94 %	93 %
Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål?	78 %	78 %	11/21	79 %	79 %

OBS! Förändring mellan åren är inom felmarginal.

#### Analys

Lindhultsgården är en liten enhet med en utbildad och erfaren personalgrupp som arbetar aktivt med Värdegrunden och sitt förhållningssätt. Enheten håller en bra nivå på sitt bemötande. Att på frågan om bemötande gå från 100 % till 91 % kan innebära att enhet sjunker i rang från plats 1 av 21 till 15 av 21! Trots att skillnaden mellan åren är inom felmarginal! Tabell ovan ska alltså läsas med försiktighet. Det behöver finnas en 4-5 mätresultat innan vi kan uttala oss om en trend och då bör uppmätta skillnader vara statistiskt säkerställda.

#### Värdering



### 3.3 Kontinuitet

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

Idén är att i möjligaste mån så ska det vara Kontaktpersonen som är till hands för den boende. Enheten har förändrat scheman för att öka personalkontinuiteten. Den enskilde medarbetaren knyts mer till en avdelning även om hen också ska kunna gå in och bistå på andra avdelningar.

”Omvårdnadspersonalen strävar alltid efter att informera individen om planer ändras.

Alla boende har en kontaktperson utsedd. Även en andre kontaktperson finns utsedd och träder in om den förste av ngn anledning är frånvarande.” Enheten

Biståndshandläggarens kommentar:

”Verksamheten beskriver att man arbetar mycket aktivt med kontaktmannaskap. Lokal rutinen för 2014 finns upprättad. Kontaktpersonen uppges i rutinen att ha ”ansvar för att hålla samman processen kring brukaren” bland annat med att bjuda in till regelbundna samtal med enskild och även med dennes anhöriga. Enheten lyfter särskilt fram kontaktpersonens roll i anhörigvården.

I den lokala rutinen står att kontaktpersonen ”Ansvarar för utförandet av individuella mål och aktiviteter” samt ”Ser till att göra upp om vad, när och hur”. Rörande frågan om hjälpinsatserna planeras så att de utförs efter den enskildes behov och önskemål svarar enheten att ”Individen styr sina hjälpinsatser. Även om insatser är planerade från början planeras de alltid om efter önskemål från individen”.

Tio journaler har granskats och åtta genomförandeplaner (två planer saknades i journalerna). Genomförandeplanerna innehåller god dokumentation kring den enskildes behov och önskemål. Det har dock inte, i fortlöpande daganteckningar i journal, gått att följa några beskrivande noteringar om de relativt täta regelbundna individuella samtal med brukare/anhöriga som kontaktperson torde haft, enligt vad de själva framhåller att de håller eller erbjuder om. Om enskild och eller anhörig tackat nej till samtal borde också det noterats där. Alla åtta granskade genomförandeplaner innehöll uppgift om namngiven kontaktperson.

Under kvalitetsuppföljningsdagen, vid den gemensamma lunchmåltiden på en av avdelningarna med gruppboendeinriktning, gav en kvinna vid ett av de två borden uttryck för hur nöjd hon var med en av omvårdnadspersonalen som jobbade idag.

Berättade spontant om att hon på morgonen fått hjälp med att rulla håret och var mycket glad för det.”

I jämförelse med andra enheter hamnar Lindhultsgården långt ner i rangordningen gällande andel positiva svar på frågor om tillräckligt med tid, meddela i förväg och påverkan. Frågor som mäter om hjälpinsatser planeras och utförs efter den enskildes behov.

Frågor ur Vad Tycker de Äldre?	2013	2014	Rang 2014 Ök	Riket 2014	Örebro 2014
Brukar personalen ha tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete hos dig?	55 %	60 %	17/21	72 %	71 %
Brukar personalen meddela dig i förväg om tillfälliga förändringar?	60 %	33 %	17/21	50 %	54 %
Brukar du kunna påverka vid vilka tider du får hjälp?	45 %	34 %	19/21	60 %	58 %

Förändringen mellan åren är inom felmarginal utom för frågan om ”meddela i förväg” som enheten bör rikta en särskild uppmärksamhet. Observera att även Riket och Kommunen har relativt låga medelvärden på frågorna.

## Analys

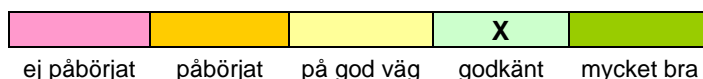
”Vad som ingår i Lindhultsgårdens kontaktmannaskapsarbete har man tydliggjort i skriftlig rutin och beskrivit muntligen vilket med största sannolikhet efterföljs. Till viss del saknas dock synliggörande av det i journal, exempelvis dokumentation om när kontaktperson och enskild och/eller anhöriga haft de förhållandevis täta regelbundna samtalen, alternativt (om de tackat nej) när de erbjudits samtal.

Ett förbättringsområde är att synliggöra arbetet kring frågan om kontinuitet i fortlöpande daganteckningar i journal, såsom de regelbundet erbjudna samtalen med enskild/anhöriga. Alternativt hänvisa till upprättat dokument i journalen där detta går att läsa, exempelvis om samtalet varit del av uppföljning av genomförandeplan.” Biståndshandläggaren

Det är inte bra nära bara 3-4 av 10 svaranden tycker att de blir meddelade i förväg vid förändringar eller att de kan påverka vid vilken tid de får hjälp. Här behöver enhet fråga sig om brukarens upplevelse överensstämmer med verkligheten? Problemet delar enheten med andra enheter i hela riket.

Enheten har ett fungerande kontaktmannaskap och arbetar aktivt med att förbättra kontinuiteten. Genomförandeplanerna innehåller god dokumentation kring den enskildes behov och önskemål men kunde innehålla mer beskrivande noteringar om de relativt täta regelbundna individuella samtal med brukare/anhöriga som kontaktperson har om rutin följs.

## Värdering



### 3.4 Mat, måltid och nutrition

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den enskilde är nöjd med mat och måltid.		X
Alla har en individuell kostplan i sin genomförandeplan.	X	
Måltiderna serveras på ett tilltalande sätt i en lugn och trivsamt miljö.	X	
Den enskilde bereds möjlighet att ta mat och äta själv.	X	X
Måltidssituationen är anpassad efter individens funktionsförmåga.	X	
Hänsyn ska tas till traditioner och högtider samt att man gör skillnad på vardag och helg.	X	
Enheten har ett system för egenkontroll av livsmedelshygien.	X	
Det finns rutiner för riskbedömning, åtgärder och uppföljning av vikt, närings- och vätskebehov samt mat- och vätskeintag.	X	
Måltider och mellanmål ska spridas jämnt över dygnet.	X	
Omvårdnadsmåltider används för personer med demenssjukdom.	X	

Lindhultsgården får sin mat från Adolfsbergshemmets kök. På avdelningen kokar man potatis och gör sallad. Enheten skriver i sin självvärdering att sett till brukarundersökningsresultatet så behöver maten förbättras. De har märkt att levererad mat ser att håller olika kvalitet.

På avdelningarna där mat kan serveras i karotter på bordet där bereds den enskilde möjlighet att ta mat - och att äta själv, men av olika skäl går det inte alltid att genomföra och alternativt serveras mat via en vagn där personalen tar de boendes beställningar i tur och ordning.

Måltidssituationen anpassas efter individens funktionsförmåga och hela teamet engageras för att skapa en så bra situation om möjligt. MAS och MAR ser i sin granskning att ”I den enskildes genomförandeplan anges vilken spridning kosten har under dygnet och i den lokala rutinen för mat och måltidsmiljö anges att det finns möjligheter att äta och dricka även under natten.”

Omvårdnadspersonalen arbetar aktivt med att göra skillnad på vardag och helg. Hänsyn tas till högtider och traditioner.

Miljökontoret har granskat verksamheten och det framkom brister i livsmedelshygien som idag är åtgärdade. Idag finns en fungerande egenkontroll.

Det finns rutin för uppföljning av vikt- och näringsintag. Enheten registrerar i Senior alert och kopplar resultat till vårdplaner. MAS och MAR konstaterar att i åtta av tio granskade

journaler fanns uppföljda mätvärden av vikt dokumenterade och i fyra av dessa fanns också en vårdplan

Biståndshandläggaren skriver:

”Lindhultsgården uppger att alla boende har en individuell kostplan i sin genomförandeplan och att planen omfattar alla dygnets måltider. Detta stämmer enligt de åtta planer som granskats. Planerna omfattar frukost, lunch och kvällsmål samt mellanmål inklusive eventuellt nattmål. Planerna beskriver vad, när och på vilket sätt den enskilde vill och behöver sina måltider under hela dygnet. I övrigt kring måltider kan noteras att det i något fall i granskad journal förts daganteckningar om precisa intag/mått av mat och dryck.

På frågan om måltider serveras ”på ett tilltalande sätt i en lugn och trivsamt miljö”, uppger verksamheten att ”Måltidsmiljön på Lindhultsgården är väldigt lugn och harmonisk”. De beskriver att man på en av våningarna, där några av de boende har nedsatta funktioner som gör att de behöver hjälp med matning, tar särskilt hänsyn till det och har därför delat upp lunchmåltiden i två ”sittningar” så att alla kan få tid för en lugn måltidsstund. Vidare att man aldrig har radio eller tv på i dag-/matrummet när måltider intas.

Vid deltagandet under lunchmåltiden på uppföljningsdagen var bordet trevligt dukat och möjliggjorde samtala med varandra och personal. Denna dag var vi sex runt bordet varav tre boende. Enligt den omvårdnadspersonal som deltog har man sina ”fasta” platser för att skapa trygghet och lugn. Samma omvårdnadspersonal satt med under måltiden och vägledde praktiskt en av de boende på sin ena sida och uppmuntrade och stöttade på sin andra sida en annan boende till att fullfölja sin måltid. Detta klarade hon mycket bra med respekt för den enskilda individen hon hjälpte och på ett ödmjukt sätt hanterade hon deras förmåga att äta så självständigt som möjligt. Hon klarade även att under måltiden samtala med oss som gäster och servera samt då och då bjuda in de boende till samtal och också äta lite av sin egen måltid. Alla åt samma rätter, en person åt timbalkost. Utifrån observationen tolkas att måltiden; panerad kolja med kokt potatis med kall sås och kokta grönsaker och sallad, uppfattades som god av de boende som satt runt bordet. En man som hade nedsatt funktion i talet gjorde klart flera gånger under samtalet att han tyckte om maten som serverades. Dagens observation och deltagande vittnade om en måltidssituation som var mycket god och hela huvudrätten var god, efterrätten ananaskräm var dock mycket tunn och saknade tyvärr smak av ananas.”

MAS och MAR kommenterar:

”En lugn miljö skapas genom att dörrar stängs och draperier dras för, så inte de boende som äter störs av förbipasserande i korridoren. Vid besöket åt vi lunch som serverades ur karotter och på serveringsfat, smör och bröd fanns också på bordet så att den enskilde kunde ta själv eller få hjälp att lägga upp på tallriken. Varmrätten var god men efterrätten var smaklös och hade konstig konsistens. Det var en lugn stämning vid bordet där personal satt med och åt. Vi småpratade och personalen månade om att alla kunde komma till tals. Matsituationen upplevdes mycket trevlig.”

Två i granskningsgruppen åt på en avdelning för gruppboende och hade en fin stund tillsammans med de boende och personal. På avdelningen var stämningen vid lunch uppsluppen i efterdyningar av att två i personalen tidigare på förmiddagen haft en teaterföreställning i matsalen. Spontana utrop av typen ”Å vad glad jag blev av ert skådespel” poppade upp före och under lunch. Det var intressant att få vara med om att ”energin” fanns kvar i rummet så pass lång tid efter att spelet upphört.

Den enskilde är inte särskilt nöjd med mat och måltid på Lindhultsgården i jämförelse med andra enheter i Örebro. Det är dock bara ett par svar som behöver bli positiva för att positionen i rangordningen skulle hamna på övre halvan. Förändring mellan åren är inom felmarginal.

Frågor ur Vad Tycker de Äldre?	2013	2014	Rang 2014 Ök	Riket 2014	Örebro 2014
Hur brukar maten smaka?	73 %	60 %	17/21	75 %	74 %
Upplever du att måltiderna är en trevlig stund på dagen?	73 %	60 %	14/21	69 %	67 %

### Analys

Biståndshandläggaren skriver:

”Alla granskade genomförandeplaner (åtta av åtta) innehåller individuell måltidsplan som innefattar hela dygnet, inklusive eventuellt nattmål.

Lindhultsgården har bland annat därav goda förutsättningar att fortsätta arbetet med struktur för att skapa individuella måltider. Den måltidsmiljö som observerades, under enstaka dags huvudmåltid, uppfattades som mycket god.”

Enheten arbetar medvetet med att utveckla måltiden och MAS och MAR skriver:

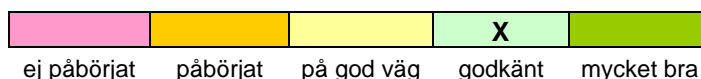
”I Örebro kommuns riktlinjer för mat, måltider och nutrition inom vård och omsorg framhålls måltidens centrala roll som daglig aktivitet på vård och omsorgsboende.

Det är av vikt att på boendet skapa en måltidssituation som är lugn, tydlig och tillgodoser individuella behov utifrån funktionsförmåga och samtidigt skapa social gemenskap och trivsamt samvaro vid måltiden för de boende som har förmåga att delta vid en måltid i samvaro med andra.

På Lindhultsgården erbjuds de boende en trivsamt och individuellt anpassad måltid i enlighet med intentionerna i Örebro kommuns riktlinjer.”

En reflektion från matsituationen är, vilket granskningsgruppen också upplevt på andra enheter, att de avdelningar som använder metoden att servera från en vagn behöver skaffa en värmeplatta för att hålla maten tillräckligt varm. En halvljudden mat tappar mycket av sin potentiella smak.

### Värdering



### 3.5 Personlig omvårdnad och service

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
<b>Personlig omvårdnad</b>		
Den enskilde stimuleras att använda sin förmåga att klara sig själv.	X	
Ledningen har säkerställt att varsamt handlag används och diskretion visas vid all kroppslig omvårdnad.	X	

Den enskilde får hjälp att sköta sina syn- och hörselhjälpmedel efter sina behov och önskemål?	X	
Den enskilde får vid behov hjälp med daglig munvård och det ska finnas upprättad individuell dokumentation för hur munvården ska genomföras.	X	
Den enskilde stimuleras att upprätthålla sin kontinens och toalettbesök ersätts inte av inkontinenshjälpmedel.	X	
Den enskilde får hjälp att hantera eventuell oro och ångest.	X	
Den enskilde ska i möjligaste mån inte uppleva smärta och smärtbehandlingen ska vara individuellt anpassad.	X	

MAS och MAR kommenterar kriterierna utifrån besöket och sin journalgranskning:

*”Rehabiliterande förhållningssätt/stimulans att använda kvarvarande aktivitetsförmåga.*

Verksamheten anger att den enskilde stimuleras att använda sin förmåga att klara sig själv och att ett rehabiliterande förhållningssätt används för att behålla individens förmågor. ADL-bedömning görs av arbetsterapeut och finns som underlag vid diskussion i teamet. Målsättningen är att varje individ så långt som möjligt ska göra det hen kan på egen hand.

*Hjälp/stöd med syn- och hörselhjälpmedel.*

Verksamheten anger att den enskilde får hjälp med ständig rengöring och att sköta sina syn- och hörselhjälpmedel efter sina behov och önskemål. Vid behov kontaktas optiker och audiolog.

*Munvård.*

Verksamheten anger att individuella munvårdskort från tandhygienisten finns och ska följas. Tänderna sköts morgon och kväll och det är i genomförandeplanen som man läser om personen behöver hjälp med ex tandborstning. I en av de tio granskade journalerna fanns en bedömning enligt Senior Alert ROAG dokumenterad.

*Kontinens, toalettbesök.*

Verksamheten anger att den enskilde stimuleras att upprätthålla sin kontinens och toalettbesök ersätts inte av inkontinenshjälpmedel. Kan man gå på toaletten själv eller med stöd så gör man det så länge det går. Behövs ett inkontinenshjälpmedel så provar sjuksköterskan ut ett lämpligt hjälpmedel och skriver detta i en vårdplan. På avdelningarna finns inkontinensombud. I fem av de granskade journalerna fanns en vårdplan för Inkontinens.

*Hjälp/stöd att hantera oro/ångest.*

Verksamheten anger att personalen arbetar efter att först med hjälp av omvårdnadsåtgärder och aktiviteter lugna vid oro. Men ibland kan läkemedel behövas. Handlingsplaner upprättas vid behov. En checklista finns vid oro och sömnproblem. Personalen på Lindhultsgården genomgår under hösten 2014 utbildning i BPSD-registret.

Ingen vårdplan för oro ångest fanns i någon av de tio granskade journalerna.

*Förebyggande av smärta/Smärtbehandling.*

Verksamheten anger att smärta och smärtlindring utvärderas kontinuerligt. Smärtskattningsskala enligt Abbey pain scale används ofta. ”



Service/hemliv	Ja	Nej
Den enskildes kläder tvättas, stryks och lagas vid behov.	X	
Lägenhet och gemensamma utrymmen städas regelbundet och vid behov.	X	

Vid besöket finns inget att anmärka på när det gäller städning och de äldre verkar få hjälp med att hålla sig rena och snygga. Enheten har nyligen fått taksprinkler installerade och det är något en besökare märker av enbart pga hantverkarna ännu inte hunnit måla rören i taken ordentligt med en täckande färg.

Den enskildes rum och kläder sköts i huvudsak av kontaktperson. Rutiner finns för skötsel av kläder och utrymmen.

### Analys

”Ett rehabiliterande förhållningssätt finns i verksamheten och handledning ges av arbetsterapeut framför allt vid teamträffar.

Inkontinenshjälpmedel provas ut av sjuksköterska och checklista för vad du kan göra vid oro och sömnproblem finns. Personalen arbetar med smärtskattningsverktyg.

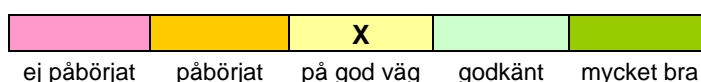
Ett utvecklingsområde är att göra riskbedömning enligt ROAG vid munhälsobedömning.

Dokumentationen av strukturerade omvårdnads- och miljöåtgärder är ett utvecklingsområde. BPSD-registret kan ge stöd i strukturerade omvårdnadsåtgärder och miljöanpassning utifrån individuella behov.”

MAS och MAR

### Värdering

MAS/MAR värderar att Lindhultsgården inom detta område är på nivå på god väg.



### 3.6 Vård i livets slut

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

MAS och MAR:

”Verksamheten har rutiner för palliativ vård, som grundar sig i ” Riktlinjen för Allmän palliativ vård Örebro kommun”. Utbildade palliativa ombud finns på varje avdelning i omvårdnadspersonalgruppen. De arbetar tillsammans med en av

sjuksköterskorna som är palliativt ombud. Den senaste tiden har man fokuserat på att lära sig använda smärtskattningsverktyg.

Den enskilde och anhöriga är väl informerade om livets slutskede. Läkaren samtalar med den enskilde och anhörig i ett tidigt skede. Teamet samverkar kring den enskildes slutskede och sjuksköterskan är den som beslutar om vak ska sättas in.

Anhöriga erbjuds alltid efterlevandesamtal som utförs av sjuksköterska eller kontaktperson.”

**Kvartal: 2014:1 - 2014:2 Både män och kvinnor, samtliga åldersgrupper, samtliga diagnoser.**

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Eftersamtal erbjudet	100	100,0
Läkarinformation till patienten	100	75,0
Uppfyllt önskemål om dödsplats	100	25,0
Munhälsa bedömd	100	100,0
Avliden utan trycksår	90	75,0
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	100,0
Utförd validerad smärtskattning	100	50,0
Lindrad från smärta	100	50,0
Lindrad från illamående	100	100,0
Lindrad från ångest	100	100,0
Lindrad från rosslig andning	100	100,0
Läkarinformation till närstående	100	75,0
Antal vårdtillfällen i urvalet		4

Eftersom det är så få registrerade är det inte relevant med en analys, men påpekas kan det positiva med läkarmedverkan.

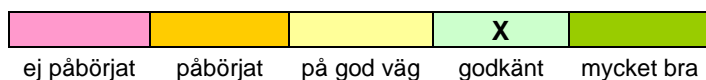
**Analys**

”Verksamheten arbetar aktivt med den palliativa vården och ombud finns som har utbildning samt journalgranskningen visar på ett väl omhändertagande.”

MAS och MAR

**Värdering**

MAS och MAR värderar att Lindhultsgården inom området Vård i livets slut är på nivå godkänd.



### 3.7 Den enskildes skydd

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

#### Brukarundersökningar om trygghet, förtroende och sammantagen nöjdhet

Den enskilde känner sig mycket trygg med sitt äldreboende. Förändring mellan åren är inom felmarginal givet att en svarande står för 10 % eller tom mer av svaren. Det är svårt att förklara hur total trygghet kan öka samtidigt som förtroende för personal sjunker. I mötet med enheten diskuterades frågan och det som nämndes var att när förra chefen slutade för ett år sedan så tog hon med sig några nyckelpersoner som jobbat länge i verksamheten. Att ersätta denna för brukaren ”förlorade trygghet i relationer” kan ta tid. Å andra sidan skulle samma resonemang inte kunna förklara en ökad ”trygghet att bo”.

Frågor ur Vad Tycker de Äldre?	2013	2014	Rang 2014 Ök	Riket 2014	Örebro 2014
Hur tryggt eller otryggt känns det att bo på ditt äldreboende?	80 %	100 %	1/21	89 %	89 %
Känner du förtroende för personalen på ditt äldreboende?	91 %	73 %	18/21	87 %	87 %
Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende?	91 %	82 %	10/21	83 %	82 %

MAS och MAR:

#### *Hantering av avvikelser.*

”Lokala rutiner finns för att den enskilde ska hållas fri från vårdskador och missförhållanden och verksamheten framhåller att personalen är välinformerade om att de är skyldiga att anmäla missförhållanden och känner till hur avvikelshanteringen går till och gör avvikelserapporter vid behov. Hela teamet är involverade i hantering och analys av avvikelser.

Granskning av HSL-journaler och avvikelser visar att avvikelseprocessen följs och att avvikelser analyseras strukturerat följs upp i teamet.

Den lokala rutinen för avvikelshantering baseras på inaktuell riktlinje från 2008.

Under första halvåret 2014 registrerades sammanlagt 76 avvikelser på Lindhultsgården. Fall och läkemedel är de områden som ”sticker ut”, men avvikelser finns registrerade även inom andra områden.”

#### Avvikelser 1/1-30/6 2014 Lindhultsgården

	avd B	avd C1	avd C2	Lindhults- gården ospecificerat	Lindhults- gården HSL	<b>totalt</b>
Fall med skada	3		7			<b>10</b>
Fall utan skada	15	7	10			<b>32</b>
FEL brister i extern vård och omsorg		1				<b>1</b>
FEL brister i utförande av vård och omsorg		2				<b>2</b>
FU utebliven insats			2			<b>2</b>
INF/S infektion smittspridning	1	1				<b>2</b>
INFO bristande, externt		1				<b>1</b>
INFO bristande internt		1				<b>1</b>
KL brister i utförande av vård och omsorg		1				<b>1</b>
LM felaktigt iordningställande			3		2	<b>5</b>
LM förväxling av			1			<b>1</b>
LM glömd dos	1	3	7			<b>11</b>
LM medverkar ej			1	1		<b>2</b>
LM otydlig ordination		1			1	<b>2</b>
MTP produktfel			1			<b>1</b>
VÖ våld mellan brukare och personal			2			<b>2</b>
<b>totalt</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>34</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>76</b>

MAS och MAR om:

#### *”Skydds- och begränsningsåtgärder.*

Verksamheten anger att skydds- och begränsningsåtgärder endast används efter inhämtande av information från teamet, samt efter samråd med individen och anhöriga, oftast i samband med förändrat behov eller vid vårdplanering. Lokal rutin finns.

I de sju av tio (7/10) granskade journalerna finns skydds- och begränsningsåtgärder i form av passiva larm eller grindar registrerade. Samtycke framgår i tre (3/7) av dessa och uppföljning utifrån individen är otydligt. I en av journalerna framgår tydligt att den enskilde avböjt rörelselarm.

#### *Riskbedömning Senior alert.*

Verksamheten anger att registrering och riskbedömning görs i Senior Alert. Om risk finns görs en vårdplan med åtgärder. Statistiken visar att 75 % av de boende på Lindhultsgården hade en aktuell riskbedömning enligt Senior alert den 30/6 2014. Till 94 % av de identifierade riskerna fanns planerade åtgärder.

I de granskade journalerna framkommer att riskbedömning enligt Senior alert har genomförts i nio av tio journaler.

#### *Sårvård och trycksår.*

Verksamheten anger att risker för trycksår registreras genom Senior alert och att uppföljningar görs.

Journalgranskningen fanns tre journaler där den enskilde hade bedömts ha risk för trycksår där fanns det också en vårdplan kopplat till risken.

Landstingets rekommendationer för sårvård följs. Sjuksköterskorna håller sig uppdaterade genom att ta del av information och gå på utbildning när det gäller sårvård.

#### *Fallrisk.*

Verksamheten anger att fallrisk registrerar i Senior alert och att åtgärder som olika larm, höftbyxor, plocka bort mattor, halksockor, förbättrad belysning tas upp på teamträffar.

#### *Hygien.*

Verksamheten arbetar idag med egenkontroll av hygien genom hygienombud och att göra kvalitetsuppföljning. Hygienrond har nyligen genomförts med stöd av läns gemensam hygiensjuksköterska. Enhetschef planerar förbättra egenkontrollen med hjälp av driftledare som kommer att ha detta i sitt uppdrag.

#### *Larm.*

Lokal rutin finns. Av rutin framgår inte att samtycke ska finnas för passiva larm och hur den enskilde ska vara delaktig vid uppföljning.”

### **Analys**

”Örebro kommuns riktlinjer och metodstöd för avvikelshantering är kända. Lokal rutin finns, men den behöver revideras. Mycket positivt är att avvikelser analyseras strukturerat och följs upp i teamet.

Ett förbättringsområde av stor vikt är att tydliggöra samtycken och den enskildes inställning och upplevelse av skydds- och begränsningsåtgärderna i dokumentationen.

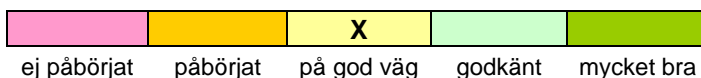
Enligt Örebro kommuns rutin för ”genomförande och dokumentation vid riskbedömning enligt Senior alert” ska riskbedömningen och registreringen ge underlag för gemensam bedömning i teamet samt planering och uppföljning av individanpassade åtgärder och dokumentationen ska göras enligt rutinen. Positivt är att registrering och riskbedömning i Senior alert genomförs och vårdplaner upprättas vid behov.

Den lokala rutinen för larm behöver revideras. Eftersom passiva larm är en skydds- och begränsningsåtgärd är det av stor vikt att tydliggöra hur samtycke fås och dokumenteras och hur larmet följs upp utifrån den enskilde. Aktiva larm är också av stor vikt att följa upp utifrån kognitiv förmåga och känsla av trygghet.”

### **Värdering**

Den enskilde är mycket trygg med sitt boende men har då inte kunskap om de förbättringar som krävs för säkra ”samtycke” och för att uppdatera viktiga rutiner.

MAS/MAR värderar att Lindhultsgården inom området ”den enskildes skydd” är på god väg.



### 3.8 Delaktighet

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

#### Brukarundersökningen och delaktighet

På frågan om personal ”tar hänsyn”, som tidigare redovisats, är 8 av 10 nöjda, men på frågor om utförandet som delvis också mäter delaktighet är de äldre inte så positiva. De tycker inte att de ”meddelas ändringar i förväg” och de kan inte ”påverka vid vilken tid de får hjälp”. (se detalj ovan i kap 3.3)

#### Biståndshandläggaren:

”Ett konkret sätt att granska den enskildes delaktighet och inflytande är genom dokumentationen. Dels i upprättade genomförandeplaner och dels via löpande daganteckningar som är förda i den sociala journalen.

Åtta stycken brukares genomförandeplaner har granskats (målet är att granska tio stycken), två planer saknades i verksamhetssystemet och utgör därför bortfall. De två brukare vars planer inte är upprättade har nyligen flyttat in, för knappt två respektive sex veckor sedan. Anteckning finns dock om att det vid ankomstsamtalet, med den av de två som bott längst, uppgetts om tidplan för när vårdplaneringsträff ska hållas - för upprättande av genomförandeplan. Det går inte att generalisera utifrån resultatet men indikationer kan uppfattas.

Vid granskningstillfället framgår i sex planer (6/8) att den enskilde varit delaktig vid upprättandet av dem. I de andra två (2/8) uppges att den enskilde inte deltog på grund av att demenssjukdom hindrade. I en av planerna där den enskilde deltog står att hon deltog på så sätt att hon satt med. Framgår av den planen att anhörig deltog. Enheten har tagit fram en rutin för upprättande av levnadsberättelser och genomförandeplaner 2014. Där står bland annat att ”*Om personen ej själv har kunnat vara delaktig i uppförandet av genomförandeplanen så fyll i ej deltagit, och skriv sedan i informationsrutan: Då den enskilde på grund av sin demenssjukdom verbalt ej har kunnat delta, har jag som kontaktperson provat mig fram i vården och omsorgen. Genom kroppsspråk och ansiktsuttryck har jag fått bekräftat att (namnet på personen) mår bra och känner sig nöjd och trygg*”.

Enheten redovisar vidare om delaktighet för den enskilde ”I genomförandeplanen dokumenteras det vilka behov individen har. Behov finns dokumenterat över dygnet” och enheten uppger att vid upprättad genomförandeplan får enskild och/eller anhörig ett exemplar av den. Om den enskilde inte kan ta del av det skrivna redovisas planen muntligen till henne/honom. I de granskade planerna får det anses framgå väl vad den enskilde tillsammans med anhörig framfört till kontaktperson gällande individuella behov.

I den sociala journalen kan man relativt bra följa dygnsperspektivet för alla enskilda vars journaler har granskats. Bland annat via de fortlöpande daganteckningar som omvårdnadspersonal gjort. Där går att följa händelseförlopp över tid, där återfinns anteckningar om mående (främst fysiskt hälsa), sinnesstämning, socialt liv och enskilds anhörigkontakt. Framgår även om praktiska förhållanden. Det är svårighet att följa vissa delar av IVOP-processen i de fortlöpande daganteckningarna såsom utfall eller plan för enskild efter teamträffar, exempel om behov av uppföljningar av mål framkommit under dessa träffar. Det syns ibland på daganteckningar att de förts i ett sorts redovisande syfte. Här kan man tolka att det troligen föregåtts av en tanke/plan om behov av förändrat arbetssätt för att hjälpa den enskilde, men det har inte alltid gått att se i dokumentationen vad som är skälet till förändringen. I en (1/8) av de granskade journalerna framgår dock tydligt att anteckningarna föregåtts av en särskild handlingsplan där många olika kategorier av personer deltagit vid upprättandet av den, inklusive anhörig. Resultat av teamträffar och eventuell plan om åtgärd utifrån dessa framgår alltså till en del men det är ett område att synliggöra ytterligare, det vill säga ett förbättringsområde. Enheten själva uppger i viss mån att detta är ett förbättringsområde. Att de har en lokal rutin men att de ”just nu arbetar aktivt för att förbättra teamets samarbete för att säkerställa att individens behov tillgodoses”. Enhetens chef uppger också att de har särskilt utbildad personal på avdelningarna, så kallade spjutspetsar, som ska lära ut till övriga kring arbetet med genomförandeplaner.

Enheten redovisar även; ”Vid inflyttning lämnas levnadsberättelsen ut med instruktioner om att anhörig kan fylla i den tillsammans med individen”. Vid granskning återfinns sex levnadsberättelser (6/8), vilka beskriver personlig bakgrund, intressen och tidigare engagemang samt i viss mån även ”Mitt liv idag”.

Sammanfattningsvis är det en relativt jämn och god kvalitet på de sociala journalerna och det är synligt att kompetens finns i verksamheten.”

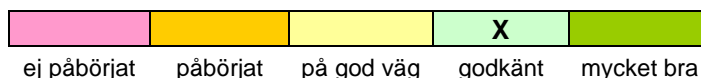
Enheten menar att vården och omsorgen anpassas efter individen. Det är en skillnad på hur gruppboende och vårdboende bedrivs. Flytt från gruppboende till vårdboende och tvärtom sker vid behov, och enheten har erfarenhet av flytt åt båda hållen.

## **Analys**

Biståndshandläggaren menar att ”Trots att det finns ett förbättringsområde i dokumentationen kring delaktighet, kopplat till att synliggöra delar av IVOP-processen, så är det sammantagna intrycket att enheten arbetar bra med delaktighet och inflytande. Enhetens redovisning samt dokumentationsgranskningen, ger flera exempel på att den enskildes delaktighet är viktig för verksamheten. Arbetet för att förbättra den enskildes delaktighet får anses vara gott. Skriftliga rutiner finns, i viss mån, för att tydliggöra den enskildes delaktighet. Enheten uppger att man just nu arbetar aktivt med rutinen att säkerställa den enskildes behov genom förbättrat teamsamarbete.”

## Värdering

”Verksamheten uppmanas att se över ovan redovisad process genom egenkontroll för att möta det förbättringsbehov kring teamsamarbete som finns, men på det stora hela är förbättringsområdet relativt litet i förhållande till de förtjänster som kan konstateras med; uppmärksammande av den enskildes delaktighet via bland annat de lokala rutiner som finns och efterföljs. Bedömningen för detta område blir därför Godkänt.” Biståndshandläggaren



## 3.9 Hälso- och sjukvård

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

MAS och MAR sammanfattar enhetens självvärdering och kommenterar: (i kap 3:11 nedan finns redovisat om brukarnas uppfattning om personalens tillgänglighet).

### *Tillgång till sjuksköterska.*

Vardagar finns alltid minst en sjuksköterska i tjänst på boendet. Under helger och kvällar samarbetar Lindhultsgården med Adolfsbergshemmet enligt ett jourschema. Bemanningsföretag täcker i dagsläget upp vid frånvaro.

### *Tillgång till arbetsterapeut.*

Arbets terapeut finns på verksamheten 2 dagar/vecka. Övriga vardagar arbetar arbetsterapeuten på ett annat vård och omsorgsboende, men kan vid behov nås på telefon. Enligt enhetschefen på Lindhultsgården behövs mer arbetsterapeutresurs. Arbetsterapeuten har på Lindhultsgården ingen egen arbetsplats och inte heller någon bärbar dator.

### *Tillgång till sjukgymnast.*



Sjukgymnast kommer till Lindhultsgården varannan vecka och besök görs utifrån behov.

#### *Tillgång till läkare.*

Länsövergripande ramavtal finns som reglerar tillgång till läkare och tider för rond. Under kvällar och helger har verksamheten alltid tillgång till distriktsläkare enligt jourssystem i primärvården.

Verksamheten berättar att under våren har läkarna varierat men nu har Lindhultsgården återigen fått en läkare knuten till Lindhultsgården. Rond sker varannan vecka och vid behov görs hembesök utöver detta. Läkarbesök kan också bokas in på övrig tid om behov finns.

#### *Samverkan med andra aktörer.*

Samverkan sker med både Universitetssjukhuset och Vårdcentralen utifrån den enskildes behov. NPÖ används aktivt i samband med och efter rond. Både sjuksköterska och arbetsterapeut använder verktyget.

#### *Instruktion och delegering.*

Verksamheten anger att sjuksköterskorna har delegeringsgenomgång med omvårdnadspersonal och bedömer när de är redo för delegering. Checklistor och kontrollfrågor används. Den delegerade ska visa att den klarar av de delegerade uppgifterna.

#### *Läkemedel.*

Läkemedelsgenomgångar och utvärderingar av läkemedel görs minst en gång per år tillsammans med läkare. Lokala rutiner finns för läkemedelshanteringen avseende, förvaring hygien, beställningar och leveranser. All överlämning av läkemedel till den enskilde sker inne i den enskildes lägenhet. Vårdplaner för läkemedelshantering finns i 8 av 10 granskade journalerna.

#### *Medicintekniska produkter.*

Verksamheten anger att medicintekniska produkter används i den utsträckning som den enskilde har behov av. Hjälpmedel förskrivs av arbetsterapeut och används enligt förskrivningen.

Upplevs personal som tillgänglig av den boende?

Enligt tabell nedan har sjuksköterskans tillgänglighet minskat medan övrig förändring är inom felmarginen. Att sjuksköterskan upplevs mindre tillgänglig kan bero på en längre tids vakans på tjänst efter de förändringar som blev nödvändiga efter att sköterska lämnat för nya uppdrag. Läkartillgängligheten ligger på en låg nivå men enheten menar att avtal med Landstinget följs de är dock svårt att få läkare att göra "hembesök". De äldre får mycket av sin "läkarkontakt" via sjuksköterska som förmedlar exempelvis behov av ändrade recept och provtagningar.

Frågor ur Vad Tycker de Äldre?	2013	2014	Rang 2014 Ök	Riket 2014	Örebro 2014
Hur lätt eller svårt är det att få träffa sjuksköterska vid behov?	90 %	55 %	20/21	78 %	82 %
Hur lätt eller svårt är det att få träffa läkare vid behov?	33 %	40 %	18/20	58 %	62 %
Hur lätt eller svårt är det att få kontakt med personalen på ditt äldreboende, vid behov?	82 %	91 %	5/21	85 %	81 %

#### **Analys**

MAS och MAR:

"Tillgänglighet till sjuksköterska säkras upp genom samarbetet med Adolfsbergshemmet. Arbetsterapeutresursen är mycket begränsad, vilket leder till att prioriteringar hela tiden måste göras. Enhetschef bedömer också att mer

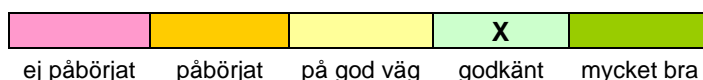
arbetsterapeutresurs behövs. Arbetsterapeuten har också behov av en bärbar dator för att underlätta flexibilitet i arbetet, då ingen egen arbetsplats finns på Lindhultsgården.

Positivt är att verksamheten arbetar med läkemedelsgenomgångar och att läkemedel överlämnas till den enskilde i dennes lägenhet.

Positivt är också att NPÖ används regelbundet av både sjuksköterskor och arbetsterapeut.”

### Värdering

MAS och MAR värderar att Lindhultsgården inom detta området Hälso- och sjukvård är på nivå godkänd.



### 3.10 Anhörigstöd

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

Enheten berättar att många anhöriga besöker Lindhultsgården ofta och de överlag är mycket nöjda över att de är delaktiga sin anhörigas vård och omsorg.

Samtal med anhöriga sker kontinuerligt och vid behov erbjuds anhörigsamtal.

Anhörigträffar anordnas både vår och höst, ibland oftare men minst två gånger per år. Intresse har hittills inte funnits för att skapa ett anhörigråd. (se även kap 3.11 om enhetens arbete med tillgänglighet och information).

Lindhultsgården anser att de behöver utveckla sitt anhörigstöd och har en plan för att hålla anhörigcirklar på enheten 1 gång per termin.

Det finns en lokal rutin för hur man på bästa sätt ska kunna stödja anhöriga.

Vid inflyttning ges alltid information till anhöriga om anhörigcentrum. Om det verkar vara så att en anhörig verkar ha ett behov av att besöka Anhörigcentrum så påminner personalen om vad som finns men erfarenheten visar att de ofta tackar nej till att ta sådana kontakter.

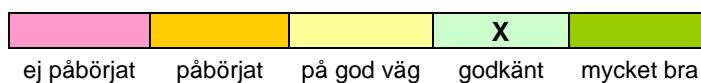
Anhöriga som hjälpte sin närstående att svara på enkäten fick själv svara på frågan hur de tyckte att samarbetet med äldreboendet fungerar. Bland Lindhultsgårdens anhöriga var 90 procent positiva till samarbetet (rang14/21). (Riket 88).

### Analys

Anhöriga är nöjda med samarbetet, enligt brukarundersökningen och de årliga anhörigträffarna är uppskattade enligt personalens berättelse.

Enheten har ombud, rutiner och ett intresse för att fortsätta utveckla samarbetet med – och stödet till anhöriga.

### Värdering



### 3.11 Tillgänglighet och information

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

Enhetens hemsida är uppdaterad och levande! Sedan våren 2014 finns Blogg och Nyhetsbrev där den intresserade kan söka information om vad som hänt och händer på Lindhultsgården. Bloggen startade april 2014. Bilder och berättelser om vad som sker. Utflykter, fester och andra begivenheter. Enheten berättar också om hur de använder pengar till att förbättra utemiljö för de äldre.

”Vår tanke med denna blogg är att du ska få en inblick i vad som sker på Lindhultsgården, både i stort och i smått. Här kommer du ha möjlighet att ta del av vår vardag, vad som händer och vad vi gör. Kommentera gärna om du har synpunkter eller idéer om vad du skulle vilja se här! Vi hoppas att du ska tycka att detta är ett bra sätt att få ännu mer inblick i vår verksamhet!” Lisa Otternäs Ec Viljan att kommunicera är mycket god och nyhetsbrev ger också utrymme till att berätta för exempelvis anhöriga om hur arbetet med installation av sprinklersystem fortlöper och hur det påverkar de boende.

Lindhultsgården är tillgänglig och serviceinriktad och de följer kommunens servicegarantier. Enheten har en tillgänglighetstelefon och i entrén finns nu en TV med rullande information, som en variant av blogg och nyhetsbrev.

Individer som behöver särskilt stöd för att kunna förstå och ta till sig information får den hjälp de behöver skriver enheten i sin självvärdering.

Enheten är väl skyltad och ligger i ett område som också heter Lindhult vilket innebär att många skyltar vägleder den besökande till rätt område och sedan till enheten. Skylt finns vid större väg samt på vid infart och vid parkering.

Alla anställda bär namnskylt och vid behov beställs nya. Besöket bekräftar att all personal vi möter också bär sina namnskyltar.

Enheten har rutin för hur klagomål ska hanteras och de har ”förhållningssättet att vi gärna tar emot synpunkter. De är viktiga för att vi ska kunna bli bättre.”

Frågor ur Vad Tycker de Äldre?	2013	2014	Rang 2014 Ök	Riket 2014	Örebro 2014
Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet?	36 %	45 %	7/21	46 %	43 %

Förändring mellan åren är inom felmarginal.

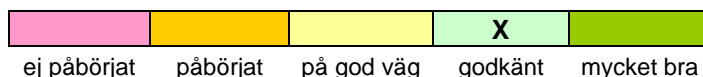
Trots att andel som svarar att de vet vart de ska vända sig är låg är det ett ”normalvärde” tom nationellt.

### Analys

Enheten klarar alla kriterier med godkänt. Svårigheten är att värdera klagomålshanteringen eftersom registrering av klagomål inte kunnat redovisas. Men med visad ambition och rutin ska klagomål kunna fångas i syfte att utveckla verksamheten.

### Värdering

Enheten arbetar aktivt med att vara tillgängliga och om viljan att vara öppen mot omvärlden, med blogg och nyhetsbrev, också visar sig vara hållbar över åren kommer enheten att klara nivån ”mycket bra” och bli ett föredöme för andra enheter.



### 3.12 Medarbetare och ledarskap

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
<b>Medarbetare</b>		
Verksamheten är bemannad dygnet runt med sådan kompetens och med sådan personalstyrka att de boende alltid tillförsäkras en god vård och omsorg.	X	
Omvårdnadspersonal ska vara utbildad undersköterska eller ha genomgått omvårdnadsprogrammet samt bör ha erfarenhet av vård- och omsorgsarbete.	X	
All personal ska behärska svenska språket på ett sådant sätt att han/hon kan kommunicera muntligt och skriftligt.	X	
Medarbetarna ska ha den kompetens, som behövs för att klara av sina arbetsuppgifter.	X	
Enheten har en plan för långsiktig kompetensutveckling som berör alla personalkategorier (för individen, arbetsgruppen och enheten)	X	
Personalen har grundläggande kunskaper inom demensvård och möjlighet till ständig fortbildning/fördjupning inom området.	X	
Personalen har grundläggande kunskaper inom IVOP och möjlighet till ständig fortbildning/fördjupning inom området		X
Personalomsättningen bevakas för att säkerställa kontinuitet för den enskilde	X	

Verksamheten är bemannad dygnet runt

Schemat har förbättrats på ett sådant sätt att det nu finns täckning över hela dygnet. Ett förbättringsarbete kvarstår dock för att göra det ännu bättre. En åtgärdsplan är framtagen utifrån resultatet på medarbetarundersökningen och den pekar på att anpassningar av schemat inte varit bra för alla medarbetare. Delade turer har ersatts med långa turer som kan upplevas tröttande.

Enheten uppger att all ordinarie omvårdnadspersonal har undersköterskeutbildning. Personalen behärskar det svenska språket. Medarbetarna har kompetens för att kunna klara sina arbetsuppgifter. Vid behov erbjuds hjälp och/eller utbildning.

Individuella planer finns och de följs upp vid utvecklingssamtal. Enheten strävan är att kompetensutveckla personalen inom olika områden kontinuerligt.

Demens Abc och BPSD-utbildning pågår (Beteendemässiga och psykiska Symtom vid Demens).

Personalen har gått utbildning i IVOP. De kan processen men ej all dokumentation. Alla kan tex inte skriva genomförandeplaner trots utbildningsinsatser. Enhetens plan är att använda spjutspetsarna till internutbildning.

”Vi försöker undvika personalomsättning så mycket som möjligt. För mycket rotation mellan avdelningarna undviks också för att göra miljön så trygg som möjligt för de boende.” Enheten

Ett uttag ur Personec visar att enheten har registrerat kompetens hos omvårdnadspersonalen. 13 st har demenskurs registrerad och enheten uppger att de håller på att genomföra ett program där alla ska ha genomfört Demens Abc. Några går också BPSD utbildning för att lära sig arbeta med BPSD registret.

### Ledarskap och organisation

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

Arbetsuppgifter och roller är tydliggjorda vilket gör att brister lättare kan redas ut. Enheten planerar och arbetar ständigt med förbättringar. Både långsiktigt och med problem/svårigheter som dyker upp. En handlingsplan är framtagen och följs upp på APT.

Besöket visar att det finns ett tydligt ledarskap med en medveten styrning mot ett ökat brukarinflytande.

Medarbetarundersökningen 2014 som är starten på en ny mätserie visar att medarbetarna är mycket nöjda. I en rangordning mellan alla enheter inom vård och omsorg hamnar Lindhultsgården som nr 1 av 38. Vård och omsorg har ett högre medelvärde än kommunen i snitt vilket innebär att Lindhultsgården har bland de mest nöjda medarbetarna!

Tabell nedan visar Lindhultsgårdens resultat på Hållbart medarbetarengagemang (HME), Medarbetarindex (MI) och Attraktiv arbetsgivare (AG) i förhållande till kommunmedel.

Enhet	HME	MI	AG
Lindhultsgården	96	96	88
<b>Kommunsnitt</b>	<b>78</b>	<b>72</b>	<b>70</b>

Enheten redovisar en åtgärdsplan där de visar att det trots ett mycket bra resultat finns behov av att förbättra vissa områden. Enheten ska anpassa verksamheten ytterligare utifrån de äldres önskemål. Den fysiska arbetsmiljön behöver förbättras. Granskningsgruppen kunde se att personal satt som fällknivar böjda kring ett lågt bord i "farstun" där de intog sin medhavda lunch. Planeringen behöver bli bättre för att hinna med exempelvis dokumentation. Enheten menar att det är viktigt att arbeta med att låta alla komma till tals i det ständigt fortgående förbättringsarbetet.

(Det finns också en åtgärdsplan utifrån resultatet på brukarundersökningen!)

### Analys

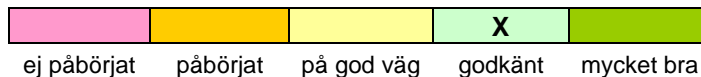
Ett utmärkt resultat på medarbetarundersökningen kan jämföras med ett sämre resultat på brukarundersökningen. Båda undersökningarna genomfördes vid ungefär samma tid på året (våren 2014). Det är för tidigt att tala om en tendens men enheten behöver noga följa om brukarnas minskade nöjdhet bara är tillfällig. De äldres relativa missnöje kanske dels kan förklaras av att det mellan 2013 och 2014 skett en stor omsättning bland de boende (ej hunnit etablera relationer mellan personal och de äldre med sina anhöriga) och dels av att nyckelpersoner vid förra årsskiftet lämnade verksamheten för nya uppdrag. Bland annat försvann chef, sjuksköterska och erfaren omvårdnadspersonal.

I övrigt har enheten en bra kontroll på sin personalresurs och rutiner för bemanning utifrån den äldres behov är under utveckling. Enheten arbetar systematiskt med att förbättra villkoren för medarbetarna.

### Värdering

Mycket nöjda medarbetare men mindre nöjda brukare visar att det automatiskt inte är så att nöjda medarbetare leder till nöjda brukare.

Sammantaget bedöms enheten klara kriterierna med godkänt och det finns en potential till att bli ”mycket bra” den dag enheten också kan visa mycket nöjda brukare.



### 3.13 Dokumentation

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Enheten lever upp till kraven i Socialstyrelsens föreskrifter Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS	X	
Enheten lever upp till kraven i Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården, SOSFS 2008:14 och med tillägg SOSFS 2011:8.		
Rutin för egenkontroll av dokumentation SOL finns		X
Rutin för egenkontroll av dokumentation HSL finns		X

*Dokumentation enligt SOL granskas enligt särskilda kriterier.*

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

Vi strävar efter att den sociala dokumentationen ska vara tillräcklig, tydlig med ändamålsenliga uppgifter. Dokumentationen ska ske omgående vid händelser. Genomförandeplanerna ska ta hänsyn till och visa på den enskildes behov och önskemål. Genomförandeplan finns för alla boende.

Vi följer medicinska föreskrifter, säkrar medicinhantering, samarbetar med Landsting och kommun. Samtycke inhämtas och dokumenteras.

Spjutspetsar ska arbeta med detta tillsammans med EC. Vi har dock inte kommit så långt.

En central dokumentationsgrupp för egenkontroll arbetar nu med det. Den har inte kommit ut än.

Biståndshandläggarens resultat:

För att plan ska betraktas som godkänd ska följande kriterier vara uppfyllda:

- Fullständigt namn och personuppgifter
- Datum för plan är upprättad
- Alla medverkande vid upprättande av plan (fullständigt namn och funktion/yrkestitel)
- Att den enskilde/företrädare varit aktivt delaktig vid upprättande av plan/på vilket sätt
- Finns mål hämtat från den sociala utredningen
- Finns relevanta delmål utifrån mål
- Att vad beskrivs
- Att när beskrivs

- Att hur beskrivs
- Att vem beskrivs
- Ansvarig för uppföljning
- Datum för uppföljning
- Resultat av uppföljning

Alla punkter behöver vara ifyllda för att planen ska vara godkänd.

Om de två sista punkterna saknas *kan* planen bli delvis godkänd.

Saknas någon av de första tio punkterna blir planen underkänd. Resultatet för Lindhultsgården är:

Antal godkända planer	8
Delvis godkända planer	0
Ej godkända planer	0
Saknar antal planer	2 (nyinflyttade, plan inte hunnit upprättas)

Planerna uppfyller kraven på formalia. Man tydliggör överlag det sociala innehållet i planerna. Alla planer blir godkända och kvaliteten är jämn och innehåller ett välbeskrivet; vad, när, hur och av vem insatser ska utföras. Det står angivet om den enskilde och anhörig har varit delaktiga i upprättandet av planen eller om den enskilde inte varit det och orsak till det. Alla planer innehåller mål och inte sällan delmål. De innehåller datum för uppföljning och i vissa journaler finns uppdaterade planer som bland annat innehåller nya delmål.

Planerna är upprättade utifrån rubriker som inrymmer den enskildes behov av vård- och omsorgsinsatser hela dygnet, inklusive måltider under heldygn. På frågan om hur planerna används i vardagen uppger enheten att tanken är att planerna ska vara ett levande dokument, men att man främst flyttar över delar av innehållet i planen till en så kallad boendeplan/brukarplan som blir det dagliga arbetsunderlaget/verktyget. Detta underlag sitter bland annat uppe på insidan av en skåpsdörr i den enskildes badrum. Enheten redovisar att genomförandeplanen ses som ett levande dokument främst genom att den ”följs upp kontinuerligt med 6 månaders mellanrum samt vid förändrat behov. Här arbetar vi med att förbättra dokumentationen vid förändrat behov hos den enskilde” skriver enheten i sin redovisning.

Enheten uppger att vissa delar av arbetet med dokumentationen är ett förbättringsområde och pekar främst på rutin för egenkontroll. Planen är att spjutspetsar ska arbeta med detta tillsammans med enhetschef, man har dock inte kommit så långt redogör man. Här efterlyser enheten vägledning med vidare utbildning i social utförardokumentation samt tillgång till arbetsverktyg såsom en konkret mall i verksamhetssystemet för genomförandeplan.

Av enhetens lokala ”Rutin för upprättande av levnadsberättelser och genomförandeplaner” framgår att inflyttningssamtal ska ske efter 2 veckor, vårdplanering ska ske efter 4-6 veckor och levnadsberättelser och genomförandeplaner ska vara klara senast 8 veckor efter inflytt. Den tidplanen tycks efterföljas, relaterat de granskade journalerna. Det framgår i alla genomförandeplaner att den enskilde erbjudits att upprätta levnadsberättelse och om de tackat ja eller nej till att upprätta en sådan.



Enheten redovisar (med tydlig koppling till SOSFS 2006:5 4 kap 1 § om Gemensamma bestämmelser om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser): ”Vi strävar efter att den sociala dokumentationen ska vara tillräcklig, tydlig med ändamålsenliga uppgifter. Dokumentationen ska ske omgående vid händelser”. De fortlöpande daganteckningarna i journal får anses vara frekventa till antal notat, flera gånger i veckan, ibland varje eller varannan dags noteringar. Det går i anteckningarna, som tidigare omnämnts i rapporten, att följa händelseförlopp över tid.

Bestämmelser finns om vad som ska framgå av dokumentationen i samband med genomförandet av en insats (enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd: SOSFS 2006:5). Krav finns på att form av genomförandeplan ska finnas och det kravet uppfyller enheten, men att som idag använda två olika dokument för genomförande av insatser torde försvåra målet om genomförandeplanen som ett levande dokument. Enheten kan bli ännu tydligare med att arbeta för genomförandeplanen som *ett* samlat levande dokument för varje dags arbete kring den enskildes behov. Detta kan därför ses som ett förbättringsområde

MAS och MAR visar i sin dokumentationsgranskning att:

”Verksamheten uppgår att de följer medicinska föreskrifter, säkrar medicinhantering, samarbetar med Landsting och kommun. Samtycke inhämtas och dokumenteras.

I åtta av tio (8/10) granskade journaler fanns medicinska diagnoser dokumenterade och dessa var också verifierade. Samtycke till informationsöverföring fanns registrerat i sex av tio (6/10) granskade journaler.”

Enhet saknar egenkontroll av dokumentation.

### **Analys**

Biståndshandläggaren:

”Det finns i verksamheten grundkunskap och vidarekunskap om hur dokumentation ska föras. Hos chef finns specifik kompetens om dokumentation och utredningsförfarande vilket torde borga för möjligheten att tillsammans med den vidareutbildade omvårdnadspersonalen (spjutspetsar) lära övrig personal om hur god dokumentation i de enskildas journal och planer ska föras och följas i det dagliga arbetet. Efterlyst vägledning bör tas hänsyn till i det fortsatta förbättringsarbetet.

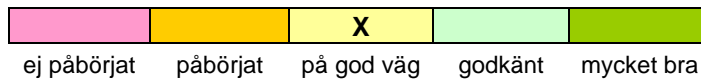
Trots förbättringsområden; om ett samlat levande dokument för genomförande samt enhetens egna uttalade förbättringsområde om rutin för egenkontroll, så är det bra kvalitet på alla genomförandeplaner som granskats och övrig dokumentation i journalen för den enskilde som bor på Lindhultsgården. Sammantaget har planerna en hög kvalitet.”

”Förbättringsområde är att inhämta samtycke och sedan dokumentera detta samt att förbättra dokumentationen av funktionsstatus och informationsöverföring”.

”I HSL dokumentationen är samverkan och dokumentation av rapporter och informationsöverföring otydlig. Många åtgärder kommuniceras muntligt, men blir inte dokumenterade. Analyser och bedömningar är grunda och ibland otydliga.”

### Värdering

SOL dokumentationen som bedöms av biståndshandläggaren är på nivå godkänt medan HSL dokumentationen som bedöms av MAS och MAR har vissa förbättringskrav är på nivå ”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 omvårdnad 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					
<b>Summa</b>			3	10	

## 4.2 Resultat av granskningen – en sammanställning

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

Typ av kvalitet	Förklaring	Granskat	Bedömning
<b>Struktur-kvalitet</b>	Resurser som personal, byggnad, lokaler, utrustning	Dokument, besök	<u>God kvalitet</u> Utbildad, kompetent personal Fint hus men en fin trädgård med uteplatser och inhägnad promenadstig. Larm och Sprinkler <u>Behöver förbättras</u> Personalutrymmen <u>Bristande kvalitet</u>
<b>Process-kvalitet</b>	Arbetsätt, rutiner, funktion	Dokument, besök	<u>God kvalitet</u> Bra rutiner, utvecklat kontaktmannaskap Engagerat arbete med Aktiv och meningsfull. Utvecklat anhörigstöd vardag. God tillgänglighet och information med bla Blogg och nyhetsblad. <u>Behöver förbättras</u> HSL dokumentation: dok om kognitiva funktioner, strukturerade Omvård- o miljöåtgärder. Grunda och ytliga analyser <u>Bristande kvalitet</u>
<b>Resultat-kvalitet</b>	Bemötande, trygghet, smärtlindring mfl	Dokument, brukarundersökningar, besök	<u>God kvalitet</u> Medarbetarnöjdhet Bemötandet, tryggheten <u>Behöver förbättras</u> Få lika bra resultat på brukarU som medarbetarU <u>Bristande kvalitet</u>

Totalt sett bedömer granskningsgruppen att Lindhultsgården bedriver en vård och omsorg som är av god kvalitet och de förbättringsområden som identifierats kan hanteras inom ramen för enhetens interna utvecklingsarbete.

## **Källhänvisningar**

### **Nätet:**

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

Tillgänglig 2014 11 26 på <http://www.orebro.se/1935.html>

### **Bra Vå**

Tillgänglig 2014 11 26 på <https://vardforbundet.se/BraVard/Kvalitetskrav/> |