



14 05 15 Vv 97/2014

Rapport

**Kvalitetsuppföljning,
av vård- och omsorgsboendet Rostahemmet**

2014-03-11

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

Sammanfattning

Förvaltningskontor Vård och stöd har på uppdrag av Vård- och omsorgsnämnd väster utfört en kvalitetsuppföljning på Rostahemmets vård- och omsorgsboende.

Uppföljningens syfte är att göra en samlad granskning av verksamhetens förmåga att leva upp till kvalitetskraven. Förvaltningskontoret bedömer att den enskilde inom enheten får en vård och omsorg av god kvalitet och att de förbättringsområden som identifierats kan hanteras inom ramen för enhetens interna utvecklingsarbete.

Denna uppföljning (typ 2) är den 21:a av en boendeenhet som genomförts sedan 2010.

Rostahemmet är Örebros näst största boende med 92 platser beläget på väster i Örebro. Det är lika nära till de centrala delarna av staden, som till vackra natur- och kulturområden som finns vid Svartåns stränder, enligt enhetens egen beskrivning på hemsidan. Personalen är grundutbildad och erfaren och har ansvaret för gruppboende- och vårdboende för demenssjuka och vanligt vårdboende. Enheten genomgår ett renoveringsarbete där 3 kök per år förnyas och där trädgårdarna med sina uteplatser fått en ansiktslyftning liksom många allmänna utrymmen inomhus.

Uppföljningen visar att enhetens styrka är ett bra utbud av aktiviteter som uppskattas av de boende. De två senaste åren har en ny ledning och åtta nya sjuksköterskor byggt upp ett nära ledarskap med daglig närvaro ute på de 10 avdelningarna. Viktigt i den nya styrningen är att skapa fungerande team där enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut tillsammans med omvårdnadspersonalen ser till den enskildes behov.

Arbetet med att skapa delaktighet är seriösa, kontaktmannaskapet inarbetat och anhörigstödet på väg att utvecklas.

Senaste brukarundersökningsresultatet visar fina förbättringar jämfört med tidigare års.

Utvecklingsambitionerna är att arbeta metodiskt med det nära ledarskapet och teamen ute på våningarna för att göra vården och omsorgen än mer individinriktad. Enheten planerar att införa en ledningsgrupp som kanske kan förbättra förståelsen av vilka beslut som behöver fattas gällande resursers tillgång och fördelning.

Ett antal förbättringsområden har framkommit vid granskningen. Hälso- och sjukvårdsdokumentationen behöver förbättras och där pågår utbildningar och andra planeras. Nya sjuksköterskor är snart ikapp med registrerings- och dokumentationskrav. Vårdcentralen behöver uppfylla sin del av överenskommelsen och tillhandahålla läkare.

Utevistelse är fortsatt ett problem visar brukarundersökningen och registrering av klagomål behöver förbättras.

Mat och måltid är ett fokusområde för enheten och de goda erfarenheter som finns inom vissa delar av huset behöver spridas till övriga delar.

Enheten bedöms klara helt godkänt på sex av tretton kriterieområden och är på god väg med att klara övriga sju.

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till Vård- och omsorgsnämnd väster.

- Rapport godkänns
- Rostahemmet rapporterar till Vård- och omsorgsnämnd i samband med delårsrapport 2 med prognos och i årsberättelse 2014 om hur de åtgärdat identifierade förbättringsområden för att leva upp till kraven.

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	2
1.1	Bakgrund	2
	Syfte	2
1.2	Mål.....	2
1.3	Metod för uppföljning.....	2
1.4	Omfattning.....	4
1.5	Begreppsdefinitioner.....	4
2	Resurser, organisation.....	6
3	Resultat 2014	10
3.1	Aktiv och meningsfull tillvaro	10
3.2	Bemötande	13
3.3	Kontinuitet	14
3.4	Mat, måltid och nutrition	16
3.5	Personlig omvårdnad och service	19
3.6	Vård i livets slut.....	21
3.7	Den enskildes skydd	22
3.8	Delaktighet.....	24
3.9	Hälso- och sjukvård	26
3.10	Anhörigstöd	29
3.11	Tillgänglighet och information	30
3.12	Medarbetare och ledarskap	31
3.13	Dokumentation	34
4	Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat.....	37
4.1	Sammanfattande tabell bedömning av alla kriterier.....	37
4.2	Resultat av granskningen – en sammanställning	38
	Källhänvisningar	40

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Kvalitetsuppföljningen av Rostahemmet, av typen fördjupad, är den tjugoförsta 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 ledningssystem¹ för kvalitet och granskar enhetens förmåga att leva upp till lagstiftningens krav och politiska mål med fokus på den kvalitet som tjänsterna skapar för brukaren.

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

Uppföljningen av verksamheten har skett i tre delar

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

Inför besöket har insamling av data skett i form av:

- Enhetens verksamhetsplan
- Enhetens delårsrapport/verksamhetsberättelse
- Täthetsschema
- Medarbetarundersökning³
- Resultat av brukarundersökning
- Kvalitetsinspektioner
- Verksamhetsmått
- Inkomna klagomål
- Avvikelser enligt Hälso- och sjukvårdslagen
- Granskning av tio hälso- och sjukvårdsjournaler (Särskilda kriterier)
- Granskning social dokumentation i tio ärenden, med fokus på genomförandeplaner (Särskilda kriterier)

¹ Riktlinje för verksamhetsuppföljning av enheter i vård och omsorg

² Egen tillämpning efter A. Donabedian.






³ Gäller ej entreprenader som redovisar resultat från egna medarbetarundersökningar.

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

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

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

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

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

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

1.3.1 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 tre enhetschefer, fyra undersköterskor, en sjuksköterska och en arbetsterapeut.

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

Vid besöket på Rostahemmet hade gruppen följande sammansättning:

Owe Fjellborg, granskningsansvarig

Gunilla By, planerare

Ylva Blix, MAS

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

Inga Blomstrand, MAR
Lena Hammarlund, biståndshandläggare

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 förankrat platsbesök med intervjuer och samtal samt en sammanställning med slutsatser

1.4.2 Avgränsning

Uppföljningen innehåller ett förankrat 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 gagnar dem vi är till för
Resultat-/effektkvalitet	Resultat av insatta åtgärder i förhållandet till målet. Mäts ofta i Den kvalitet som de vi är till för upplever och i uppnådda mål.
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering
SAS	Socialt ansvarig samordnare
OAS	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska
Teamträff	Mångprofessionellt samarbete. Ofta sjuksköterska, arbetsterapeut, enhetschef och omvårdnadspersonal tillsammans för den enskildes behov.
Kvalitetsinspektion	Vård och omsorgs metod för kollegial granskning. Sjuksköterska och undersköterska från annan enhet gör inspektion under en dag,
Treserva	Vård och omsorgs verksamhetssystem för dokumentation om den enskilde
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

”Rostahemmet är beläget på väster i Örebro, lika nära de centrala delarna av staden, som de vackra natur- och kulturområden som finns vid Svartåns stränder. På Rostahemmet finns vård och omsorgsboende, gruppboende samt vård och omsorgsboende för personer med demenssjukdom”. Orebro.se

Det ursprungliga Rostahemmet var det första ”moderna ålderdomshemmet” i Örebro och skulle vara något annat än en fattigvårdsanstalt. Hemmet började planeras redan 1949 och de första gästerna fick flytta in 1954. ”Det nya ålderdomshemmet var en god exponent för den nya utformningen av ålderdomshem ... (och) tilldrog sig betydande uppmärksamhet bland socialvårdare på andra håll i landet”.⁵ Utbyggnaden av Rostahemmet 1972 medförde att anläggningen med ålderdomshem och med servicelägenheter kunde ta emot 215 pensionärer och blev då den största i Örebro⁶. Hemmet har renoverats i omgångar och har nu 92 platser fördelade på fyra huskroppar varav 2 med två våningar och två med tre våningar. Tvåvåningshusen har 8 boenden per plan och trevåningshusen 10. Gruppboendena är i huvudsak placerade i de lägre husen. Rostahemmet har ett tillagningskök, restaurang och stora gemensamma utrymmen i markplan med plats för dagvård, frivilligverksamhet, frisör och fotvård. I huset inryms även hemvårdsgrupper.

Rostahemmet fortsätter utvecklas och ett renoveringsprogram pågår där förbättringar sker både utom- och inomhus, vilket är synligt för besökaren. Olika krav från olika tidsperioder gör att Rostahemmet idag kan erbjuda den äldre lägenheter med varierande standard. Alla har eget rum med dusch och toalett men några lägenheter är mycket små och saknar köksdel. Förvaltare är Asplunds Bygg.

”Vår verksamhetsidé är att du som bor på Rostahemmet får leva ditt liv som du vill utifrån bakgrund, nutid, framtid genom att vi lyssnar till dig och respekterar din rätt att bestämma själv. Vår erfarna personal arbetar med respekt, glädje och tålamod för en trygg, säker och meningsfull vård och omsorg.” Orebro.se

Resurser enligt budget 2013 Rostahemmet	Omv Dag/Kväll	Omv Natt	SSK	AT	Adm	Ledning	Övriga	Summa Budget
Antal årsarbetare per yrkeskategori (åa)	59,83	9,85	7,64	1,65	2,00	3,00	0,00	83,97
Antal anställda per yrkeskategori (st)	78,00	11,00	8,00	2,00	2,00	3,00	0,00	104,00
Total budget 2013 (Tkr)	-48 042							

Antal Platser - Vård och omsorgsboende Rostahemmet	Antal 2013
Antal platser permanent boende	92
Antal platser korttidsvård	0
Antal platser totalt	92

5 avd är vårdboendeinriktade (5 ggr 10 lgh). 3 avd (3 ggr 8 lgh) är gruppboende för demenssjuka och 2 avd (1 ggr 8 och 1 ggr 10) är vårdboende för demenssjuka. I två av lägenheterna bor 2 personer (parboende) vilket innebär att Rostahemmet för närvarande har 94 gäster.

⁵ Ur Örebro Stadsfullmäktige 100 år 1863 -1963. Socialhjälpen och Åldringvården. S283.

⁶ Ur Fattigvårdsstyrelsen och socialnämnden i Örebro, 1943-1973, En historik. Örebro kommun, Socialförvaltningen. Erik Vallbro. 1979. Ök. Socialförvaltning.

Enheten har 0,91 årsarbetare (åa) per brukare totalt och 0,76 åa per brukare om man bara räknar omvårdnadspersonalen.⁷

Den genomsnittliga sysselsättningsgraden är 89,2 % att jämföra med genomsnittet 90,8 % i kommunens vård och omsorg.

Dagtid arbetar, två till tre ur omvårdnadspersonalen per avdelning. Då avdelningarna har åtta eller tio boende innebär detta tre – fyra boende per personal. Kvällstid är det två som arbetar på alla avdelningar. Natttid arbetar fem ur omvårdnadspersonalen på hela huset.

Åtta sjuksköterskor ansvarar för i snitt 11,5 brukare var.

Sjuksköterskor arbetar dag, kväll och helg. Natttid kommer sjuksköterska från kommunens sjuksköterskepatrull.

Verksamheten har två arbetsterapeuter som har ansvaret för rehabilitering och aktiviteter för fem våningar var. De finns på plats alla vardagar. Resurs enligt tilldelning är 0,92 men här har enheten valt att höja till 1,65 åa arbetsterapeut.

Ledningen består av tre enhetschefer där två har Social omsorgsutbildning och en har sjuksköterskeexamen i grunden. Hos ledningen finns en lång erfarenhet från arbete som undersköterskor och chefer i äldreomsorgen. En del av en chefsresurs används till att förstärka administrativ resurs. Det övergripande ledarskapet är gemensamt men det operativa ansvaret är fördelat så att de tre cheferna delat in huset i tre områden där de har ansvaret för både brukare och personal. Ansvaret för sjuksköterskor är fördelat på dem alla.

Alla chefer och alla åtta sjuksköterskor är ”nya” vilket innebär att organisationen ännu inte är helt uppbyggd. Idén är att med ett nära ledarskap och med organiserade team leda verksamheten framåt. Chefer, sjuksköterskor och arbetsterapeuter finns alla ute i den dagliga verksamheten.

Verksamheten har en budget på 48 mnkr och hade 2013 ett underskott på en halv miljon kronor som berodde på ökade personalkostnader. Kostnader som delvis inte var påverkbara för enheten.

Internt har cheferna träffar varannan måndag för att koordinera ledning och se till det gemensamma. Det relativt nya ledarskapet har haft en uppbyggnadsperiod på ca två år och nästa steg kommer att bli skapandet av en ledningsgrupp där personal får ett strukturerat medinflytande.

Resultat brukarundersökning

De som bor på Rostahemmet har enligt brukarundersökning 2013 i hög grad kommit till önskad enhet (89 %, snitt 79 %). De trivs också med sina lägenheter (75 %, snitt 72 %). På Rostahemmet finns ändå några mycket små lägenheter där det inte finns plats med mer än säng, hjälpmedel och enstaka stol. Trivseln med gemensamma utrymmen (54 %, snitt 62 %) och trivseln med utomhusmiljön (53 %, snitt 67 %) är relativt låg. Resultatet visar generellt en stor förbättring gällande de flesta frågorna jämfört med 2012. Se indikatorstabell nedan. När kommunens 21 enheter rangordnas utifrån resultatet på brukarundersökningen hamnar Rostahemmet på plats 10-11.

⁷ Tilldelad resurs i genomsnitt för boenden i kommunal drift är 0,95 åa/brukare totalt och 0,81 åa per brukare omvårdnadspersonal.

Resultat medarbetarundersökning

Granskningen kan inte uttala sig om hur medarbetarnas nöjdhet utvecklats eftersom den senaste mätningen från 2011 inte fått någon efterföljare. 2011 var värdena låga och under medel. Efter 2011 har åtgärder vidtagits och nya chefer har tillträtt. Ny mätning görs våren 2014.

Resultat kvalitetsinspektioner

Två genomförda inspektioner 2013 visar att enheten i stort har fungerande rutiner. Det båda inspektionerna anmärker på är att alla inte bär namnskyltar som är ett skallkrav enligt värdighetsgarantierna. Inspektörernas skattning är att 2 av 3 personal bär namnskylt. Det båda inspektionerna också ser är att basalhygien kunde vara bättre. Det handlar om tillgång på handsprit, användande av förkläden och svårigheten för personal att byta om då omklädningsrum saknades.

Lex Sarah och klagomål

Det finns två anmälda missförhållanden som prövats på enheten under 2013. Det ena gällde en boende som glömts kvar på toalett och det andra en försvunnen plånbok med pengar. Ett klagomål har också behandlats som gäller brister i vård och omsorg. Anhöriga klagar på att hörselhjälpmedel inte används korrekt och på utebliven utevistelse. Klagomålet är avslutat i februari 2014.

Ekonomiskt hade enheten ett underskott 2013 som förklaras av de extra personalresurser som krävts för att kunna klara ett särskilt svårt ärende. Förvaltningen gjorde en omställning från psykiatriboende till gruppboende för demenssjuka. Enheten fick börja ta emot personer till gruppboendet medan psykboende patient inte fått plats på Adolfsbergshemmet. Ökad bemanning kostade enheten 1,4miljoner och var nödvändiga för att klara tryggheten på avdelningen.

Resultat - Vård och omsorgs indikatorer årsberättelse 2013

Processer

Mått	2011	2012	2013	Rikt värde	Måluppfyllelse
Beläggning vobo	97,8%	96,9%	96,0%	95,0%	
Andel med kontaktperson	100%	100%	100%	100%	
Andel med genomförandeplan	42%	55%	100%	100%	
Andel delaktiga i genomförandeplan	76%	73%	100%	100%	
Andel åtgärder på bedömd risk i senior alert	saknas	saknas	71%	90%	

Brukarnas uppfattning

Mått	2010	2012	2013	Rikt värde	Måluppfyllelse
Andel nöjda med bemötande	93%	60%	98%	94%	
Andel nöjda med trygghet	96%	64%	98%	90%	
Andel nöjda med inflytande och delaktighet	88%	57%	73%	79%	
Andel nöjda med aktiviteter	71%	24%	67%	63%	
Andel nöjda med matens smak	63%	45%	78%	77%	
Andel nöjda med utevistelse	46%	39%	43%	58%	

Ekonomi

Mått	2011	2012	2013	Rikt värde	Måluppfyllelse
Resultat	840	-245	-581	0	
Timvikariekostnad (Tkr)	4 705	4 216	3 768	4 216	
Kostnad för köp av ssk från bemanningsföretag (Tkr)	168	961	446	961	
Total nettodygnskostnad (Kr/dygn)	1 357	1 440	1 515	1 432	

Medarbetare

Mått	2011	2012	2013	Rikt värde	Måluppfyllelse
Korttidsfrånvaro (antal dagar/anställd)	9,3	10,7	8,7	minska	
Genomsnittlig sysselsättningsgrad	89,8%	88,0%	89,2%	öka	
Andel utbildad omvårdnadspersonal	99%	98%	98%	91%	
Medarbetarindex*	52	ej mätt	ej mätt	62	
Rekommendera vän att arbeta i kommunen*	30	ej mätt	ej mätt	52	

Tidigare verksamhetsuppföljningar

2011

En enkel ”typ 1” uppföljning genomfördes.

”De boende på Rostahemmet är nöjda med bemötandet och tryggheten men mindre nöjda med mat och utevistelse.

Rostahemmet saknar verksamma rutiner för klagomålshanteringen.

Sammantaget är Rostahemmet en fungerande enhet inom många av de områden som följts upp i denna granskning. Vid jämförelser av resultat där data från ekonomi, process, brukare och medarbetare sammanställs kommer Rostahemmet på den övre halvan jämfört med övriga 21 vård och omsorgsenheter.

Enheten arbetar med att skapa en aktiv och meningsfull tillvaro för de boende och arbete pågår med att utveckla måltidsmiljö. De boende äter i ”husets” restaurang 1 ggr/vecka vilket är uppskattat. Informations- och tillgänglighetsrutiner är fungerande.

Nytt personlarm ska installeras 2011.

I verksamhetsplan 2012 bör Rostahemmet ange åtgärder för hur verksamheten ska klara garantierna för utevistelse och samvaro för alla boende samt åtgärder för hur Klagomål ska registreras systematiskt.”

Text från sammanfattning av Uppföljning 2011 Typ 1 enkel. Vv 294/2011

3 Resultat 2014

Granskningsgruppen kommer till en enhet som de senaste åren bytt ledning helt och alla sjuksköterskor är nya. Kvalitetsmätt visar att en positiv utveckling sker. När vi stiger in i lokalerna möter vi pågående målningsarbeten i entrén och får veta att flera kök håller på att renoveras upp på våningarna. Trädgårdarna för utevistelse och för rogivande ögonfång har också fräschats upp de senaste åren. Nyligen har personlarmsystemet bytts ut och varje våning har fått egna elektroniska nyckelskåp, Signalen är att här satsas det!

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	

På hemsidan, orebro.se, skriver enheten att

”På Rostahemmet planeras och anordnas både individuella aktiviteter och gruppaktiviteter som promenader, utevistelse, tipspromenader, kortspel, utflykter och olika studiecirkel utifrån intresse samt caféverksamhet som bedrivs utomhus när vädret tillåter. Kyrkan anordnar gudstjänst en gång i veckan.”

I självvärderingen, ovan, markerar enheten att de klarar alla kriterier inom området.

Enheten skriver att kontakt med släkt och vänner underlättas genom att:

”Vi hjälper den boende att ringa anhöriga, de får låna lokaler, vi bjuder på kaffe, ordnar transporter för att hälsa på anhöriga, anhörigträffar, vi träffar anhöriga vid visning av lägenheten, ankomstsamtal, regelbunden kontakt med kontaktpersonen, om den boende så vill deltagande vid upprättande av genomförandeplanen m.m.”

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) skriver om den organiserade samvaron:

”Personalen berättar om sitt arbete med att ”fånga stunden”. Ett aktivt arbete förekommer med att samtala, gymnastisera och erbjuda olika caféer. De enskilda brukarna är delaktiga i att påverka miljön på avdelningen med att pynta, köpa och sätta upp gardiner, handla och bestämma innehåll i ”fredagsmyset”. Tipspromenader finns ständigt uppsatta i huset och förändras var 14:e dag. Stickgrupper, filmkvällar, söndagsfika med tårta är andra exempel på vad som erbjuds och genomförs, ibland i samarbete med volontärer.”

Aktivitets- och funktionsbedömningar

”Av arbetsterapeutdokumentationen framgår aktivitets- och funktionsbedömningar, som ska ligga till grund för genomförandeplaner och de aktiviteter som genomförs under dagarna. Arbetet med funktionsbedömningar har påbörjats men det finns många fler aktiviteter som den enskilde kan genomföra än som dokumenteras. I arbetsterapeuternas dokumentation finns det inte något antecknat om gradering av de aktiviteter som individen tycker bäst om. Aktivitetspreferenser saknas.” MAR

Utevistelse

Svårt vissa tidpunkter, men kan oftast tillgodoses vid annat tillfälle under dagen, Beroende på hur dagsläget är. Enheten

	Ja	Nej
Utemiljön medger rörelse och aktivitet och ger förutsättningar för utevistelse året runt.	X	
Funktionella gemensamma utrymmen finns och används.	X	
Samarbete finns med frivilligorganisationer och andra aktörer.	X	

Utemiljö

Enheten beskriver att de kan erbjuda bra gångbanor utomhus. Det kan dock vara svårt för den enskilde att ta sig ut självständigt även om det finns hiss, och personer med demenssjukdom kan inte vara ute utan personal då det saknas trygghet gångvägar. Karlslundsgatan är livligt trafikerad.

Resultat från brukarundersökning 2013 bekräftar att de som bor på Rostahemmet är nöjda med erbjudna aktiviteter än genomsnittet för alla enheter i Örebro. (67 % jämfört

med 57 %). Däremot är de mindre nöjda med möjligheten att komma utomhus (43 % jämfört 52 %), och bara 53 % är positiva till utomhusmiljön (rang 17/21).

Gemensamma utrymmen

Rostahemmet har stora utrymmen i markplan som används flitigt av föreningar vilket enligt enheten begränsar användandet för de boende på Rostahemmet. Många av de aktiviteter som planeras genomförs i markplan i en hobbylokal (Hjärtrummet) och i ett sammanträdesrum. Det finns också en stor samlingssal i huset men den skulle enheten vilja förfoga mer av. Det är dock lite oklart hur mycket tid de vill ha och vilket innehåll verksamheten skulle ha.

Samverkan frivilligresurser

Enheten redovisar ett samarbete med flera studieförbund, skolan, kyrkor och frivilligverksamheten.

Biståndshandläggaren har granskat nio stycken genomförandeplaner och konstaterar att enheten uppfyller kravet på att synliggöra en aktiv och meningsfull tillvaro utifrån ett individuellt perspektiv. Det finns regelbundna anteckningar om individuella aktiviteter som den enskilde varit med om.

Analys

Enhet har markerat att de klarar alla kvalitetskrav inom området och vår bedömning är att det finns en satsning på den organiserade samvaron både i de gemensamma utrymmena i markplan och på våningarna. Möjligheter finns för den enskilde att delta i flera aktiviteter varje dag. Program och utbud anslås på varje avdelning. Det finns ett utarbetat arbetssätt för att den enskilde ska ha möjlighet att delta i aktiviteter utifrån egna önskemål, intressen och förutsättningar. Kontaktmannen har en nyckelroll här och ett särskilt uppdrag att informera vilka aktiviteter som erbjuds.

Både inomhus- och utomhus miljön verkar fungera bra för olika former av aktiviteter och den enskilde tillförsäkras utevistelse. Aktivitetsbedömningar genomförs av arbetsterapeut.

Samarbete finns med frivilligverksamheter och andra externa aktörer.

”Det framkommer under kvalitetsuppföljningen att verksamheten erbjuder ett stort utbud av aktiviteter för brukarna, detta område är också ett prioriterat område i år. I de individuellt upprättade planerna finns det även upptaget. I de fortlöpande daganteckningarna står det oftast noterat om när den enskilde genomfört aktivitet och hur denne uppfattade det.”

Biståndshandläggaren

En förbättringsåtgärd är att vid uppföljning av de individuella planerna kring aktiviteter bör verksamheten synliggöra hur man följt upp just den delen av planen.

MAR menar att en avsaknad av dokumenterade aktivitetspreferenser kan riskera att individens särskilda behov inte syns och att individerna anpassas till vad som erbjuds.

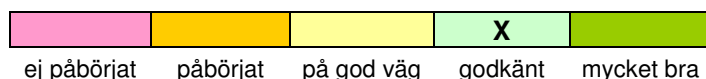
Kanske skulle önskan om utevistelse synas tydligare om individuella önskemål blev uttryckta i skrift?

Enheten behöver ta ett nytt grepp om möjligheten att använda lokalresursen ”den stora samlingssalen” för vissa aktiviteter. Vård- och omsorg äger resursen och samverkan med frivillighetens lokalansvariga kan förbättras.

Troligen kommer den boendes upplevelse av utomhusmiljön och gemensamma utrymmen att förbättras allteftersom pågående renovering av yttre och inre miljö får ett genomslag.

Värdering

På det hela taget erbjuds ett utvecklat utbud av organiserad samvaro, särskilt sommartid. Utevistelse och planering på individnivå kan förbättras.



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	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	

Den enskilde är mycket nöjd med bemötandet konstaterar enheten och visar på brukarundersökningsresultatet där 98 % av de svarande är positiva till hur personal bemöter dem. Resultatet är en del av det ständigt pågående arbetet med att hjälpa varandra ge akt på ett gott bemötande. Teamarbetet och det nära ledarskapet hjälper nog till menar enheten. Enheten menar att en närvarande chef kan ta upp en fråga direkt när den uppstår och kan på sätt korrigera ”felsägningar” och ”felhandlingar” direkt i vardagen.

Integritet och självbestämmande

Den enskildes vanor lyssnas in och dokumenteras i genomförandeplanen. Det sker en daglig dialog kring den boendes önskemål. ”Vi kan inte se varför brukarundersökningen påvisade låga resultat, då vi tycker att det är ett av de områden där omvårdnadspersonalen bejakar”. De svarande är inte så nöjda med personalens förmåga att ta hänsyn till den enskildes åsikter och önskemål. Här ger 73 % ett positivt svar (snitt 75 %) vilket placerar enheten i rang 17/21.

Respekt för livsåskådningar

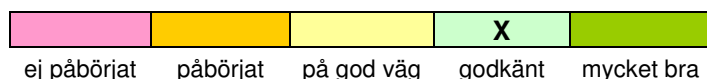
Enheten menar att det är viktigt att den boende blir tillfrågad om sitt deltagande i religiöst inriktade arrangemang. Det är viktigt att själv få välja om man t.ex. vill gå på gudstjänst.

Analys

98 % nöjda med bemötandet i brukarundersökningen (snitt 94 %) innebär rang 9/21 enheter. Integritet och självbestämmande mäts delvis med frågan om personalen tar hänsyn till dina åsikter och önskemål. Enheten har svårt att se varför det ska vara en sådan skillnad i nöjdhet på frågorna. Kommande mätningar får visa om det är en tillfällighet eller ett mönster som behöver åtgärdas.

Bemötandefrågor är ständigt aktuella och genom att enheten har sin verksamhetsidé i vård- och omsorgs värdegrund finns det ofta anledning att hålla liv i ”värderingsfrågor”.

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	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	

Personalkontinuitet hålls på en bra nivå, enligt enhetens egen värdering, genom att enheten använder så få vikarier som möjligt och om möjligt ger hjälp av samma personer vid exempelvis dusch.

Statistik från januari 2014 visar att Rostahemmet har en andel timavlönade nära genomsnittets (15 % mot snittet 14 %).

Insatskontinuitet garanteras genom god dokumentation i genomförandeplaner och information och diskussion på teamträffar. Biståndshandläggarens granskning av tio journaler visar att det är mycket få noteringar om att teamträffar hållits och om och när träff medfört att planering ändrats för den enskilde.

Enheten menar att man informerar om ändring i plan, exempelvis när duschtid flyttas, och att det fungerar visar brukarundersökningen där enheten har ett bra resultat, relativt sett.

Kontaktperson känd och alla har en kontaktperson enligt enhetens självvärdering. Det finns en lokal rutin och anhöriga informeras.

Biståndshandläggaren finner i sin granskning av tio journaler och nio genomförandeplaner att det varit svårt att i de fortlöpande daganteckningarna se att kontaktperson håller individuella samtal med ”sina” brukare. Alla nio granskade genomförandeplaner innehåller uppgift om namngiven kontaktperson.

Brukarundersökningen frågar om den äldre tycker att personalen har tillräckligt med tid för arbetet (69 % positiva svar, snitt 67 %, rang 10/21) och om personalen brukar informera om tillfälliga förändringar (56 % positiva svar, snitt 45 %, rang 7/21). På frågan om den äldre kan påverka vid vilka tider hen får hjälp (63 % positiva svar, snitt 52 %, rang 6/21).

Ökad kontinuitet som krav från politik och ledning krockar med krav på att erbjuda anställda heltider och scheman utan delade turer. Rostas scheman för omvårdnadspersonal dagtid, 10 scheman för 10 våningar, är svåranalyserade. Det finns snart lika många olika turer som det finns bokstäver i alfabetet. De anställdas olika tjänstgöringsgrader, kopplat till ett lönesystem gör att finjusteringar behöver göras av varje tur. Under besöket träffar vi en anställd som säger "hej och tack" till en avdelning för att ge sig till nästa. Huvudplacerad till 75 % på en avdelning gör hon sina resterande 25 % som inhoppare på andra avdelningar. Den anställde får sin arbetstid men givetvis kan det bli problem att administrativt parera så att den anställde gör sina turer och samtidigt ha så få ansikten som möjligt i mötet med den enskilde äldre.

Analys

Brukarundersökningsresultatet visar att enheten utvecklar arbetet med att samspela på den äldres villkor och granskningsgruppens möten med de äldre vittnar om att de känner sig nöjda och trygga med hur hjälpen utförs. Resultatet är bättre än vid mätning 2012 (som ej redovisas här).

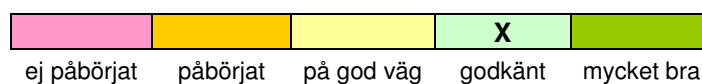
Kontaktmannaskapets rutiner verkar fungera till stora delar.

"Vad som ingår i Rostahemmets kontaktmannaskapsarbete har man tydliggjort och följer med största sannolikhet. Till viss del saknas synliggörande av det i journal, exempelvis att dokumentera när kontaktperson och brukaren haft samtal."

Ett annat förbättringsområde är:

"...att synliggöra resultat av teamträffar, andra träffar och bedömningar som är av vikt för en sammanhållen journal, med löpande daganteckningar. Alternativt hänvisa till upprättat dokument i journalen där plan/åtgärd/resultat av träff går att läsa."
/Biståndshandläggaren

Värdering



3.4 Mat, måltid och nutrition

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den enskilde är nöjd med mat och måltid.	X	X
Alla har en individuell kostplan i sin genomförandeplan.	X	
Måltiderna serveras på ett tilltalande sätt i en lugn och trivsamt miljö.	X	X
Den enskilde bereds möjlighet att ta mat och äta själv.	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	

”På Rostahemmet lägger vi stor vikt vid måltiderna och serverar frukost, lunch, middag och mellanmål. Huvudmålen, lunch och kvällsmål, tillagas i Rostahemmets egna tillagningskök. Vi bakar ofta vårt eget kaffebröd tillsammans på våningarna. Även nattetid finns möjlighet till mellanmål om man så önskar.” Orebro.se

Måltidsmiljön är ett för enheten ständigt pågående arbete där anpassning behöver göras utifrån vilka som bor på avdelningen och hur deras förmågor förändras. Enheten har en förbättrad måltidsmiljö som ett prioriterat område 2014.

Matens smak är bra tycker de boende 78 % (snitt 76 %), rang 9/21. Andel positiva svar om måltidsmiljön är också kring snittet för kommun. 65 % positiva (snitt 67 %, rang 12/21)

Biståndshandläggaren finner i sin granskning att alla granskade genomförandeplaner (nio) innehåller individuell måltidsplan.

Möjligheten att skapa en tilltalande servering kan påverkas av vilka som för tillfället bor på avdelningen. Enheten menar att det inte alltid är möjligt att ordna miljön optimalt beroende på att de inte styr över gästsammansättningen.

MAR berättar om måltiden på en våning med vårdboendeinriktning:

”Bordet var ett långbord med löpare och servetter. Ett saltkar och socker fanns på bordet men inte några andra kryddor. Många använde engångshaklappar. Några anpassade hjälpmedel som en ”pet-emot-kant ” användes. Strömming, potatis och spenat serverades. Det var gott och många uppskattade maten. Frågor om maten ställdes till bordsgrannarna, de upplevde den som bra. Inget att klaga på, men en av damerna skulle önskat mer grönsaker, helst en sallad, eller rivna morötter som de fått någon gång. Grönsaksfattigt kunde flera konstatera.

Till maten fanns det av många olika drycker att välja mellan. Förutom mjölk, måltidsdryck och vatten stod också en flaska Coca Cola på bordet.

Varje person blev tilldelad en portion och jag hörde inte frågan om mängd av mat. Ingen fick frågan om de ville ha mer kryddning på maten. Däremot fick

flera frågan om de ville ha mer och en personal försäkrade att det fanns kvar så det var bara att säga till. Någon som ansvarade för att det skulle föras samtal vid bordet fanns inte. Personalen hade en serveringsroll och ibland en stödmatande roll. De delade ut maten och hämtade tallrikar. Menyn stod att läsa på skyltar men det var flera som såg dåligt, ingen presentation gavs var maten var placerad på tallriken.” MAR

En annan måltidssituation sammanfattas så här:

”Vid deltagandet under lunchmåltiden var det ovala stora bordet trevligt dukat och möjliggjorde, trots att det var relativt långt, för de boende att samtala med varandra och personalen. Denna dag var vi åtta runt bordet varav fem boende, kvinnor. Enligt personalen var det två boende, män, som av olika skäl inte önskade äta ute i den gemensamma matsalen/köket den dagen. Utmaningen med ett långt bord är att få alla att känna sig delaktiga i samtal som pågår runt bordet. Två personal satt med under måltiden och uppmuntrade och bjöd in till samtal samt åt också samma mat som övriga, vilket skapade en naturlig gemenskap. Måltiden; stekt strömming med citron och stuvad spenat utgjorde även ett samtalsämne om olika mattraditioner och egna upplevelser. Dagens observation och deltagande vittnade om en måltidssituation som var god.

Biståndshandläggaren

Måltidssituationen var mycket olika på de fem avdelningar granskarna besökte. På gruppboende fanns sittande personal vid varje bord och mat serverades i karotter där var och fick ta själv om förmågan fanns.

Utifrån förmåga och önskemål bereds den enskilde att äta själv och det sker enligt enheten en anpassning av situation till funktionsförmåga,

Hänsyn tas till högtider mm och det är viktigt att vardagsmåltiden skiljer sig från det som händer på vanliga helger och storhelger.

”Verksamheten exemplifierar genom att beskriva att de aktivt arbetar med att göra skillnad mellan vardag och helg med bland annat servetter och blommor, har ”fredagsmys” och ”go-fika”. Alla dagar serveras frukost i bufféform mellan 07.30-10.00. Individuell hänsyn tas. Lunchen serveras från karotter. Vissa råvaror tillagas i våningens eget kök, såsom potatis och grönsaker/sallader.” Biståndshandläggaren

	Ja	Nej
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.	Ej svar	Ej svar
Måltider och mellanmål ska spridas jämnt över dygnet.	X	
Omvårdnadsmåltider används för personer med demenssjukdom.	X	

”Verksamheten strävar efter att servera mat i en lugn måltidsmiljö och där det är möjligt serveras maten i karotter så att den enskilde kan servera sig

själv. Kvällsmaten serveras vid 17 men det går även att få mat på natten om behov finns personalen tänker in att nattfastan inte ska bli för lång. Kostombud finns på avdelningarna. Rutiner finns för riskbedömning av undernäring enligt bedömningsinstrument i Senior Alert. Finns Risk för undernäring dokumenteras detta i vårdplan och vikten följs. Vid journalgranskningen saknades vårdplaner i två av journalerna där Risk för undernäring enligt Senior alert var bedömd.” MAS

Som framkommer av de olika berättelserna ovan så serverades stekt strömming, potatis och en spenatstuvning. Dessert var konserverade persikor med grädde. Granskningsgruppen tycker att smaken var bra på huvudrätt och tillbehör. (normal standard).

Analys

Måltidsmiljön ser olika ut beroende på avdelningarnas olika uppdrag och olika erfarenheter. Granskningsgruppen besökte fem olika matsituationer och hade fem olika berättelser att jämföra. Där fanns gruppboendet med de boende sittande i små grupper med en personal per bord. Maten serverades i karotter på bordet och gäster tillfrågades om de ville ha hjälp med servering, uppdelning av mat i portioner odyl. Stämning var rogivande och lugn. Ett par av gästerna var av olika skäl inne i sina lägenheter. Det fanns våningar där de äldre åt vid långbord och där ingen personal satt med. Alla fick sina tallrikar framställda med färdiga portioner. Ingen aktiv samtalsstimulering förekom från personal. Det fanns exempel på våningar där kryddor fanns framställda och sådana där kryddor saknades, även när gäst klagade på smaklös mat. Några enheter hade varmt kompletterande grönsaker till dagens rätt, andra inte. Enheten är på väg att utveckla måltidssituationen och ser det som ett generellt förbättringsområde 2014.

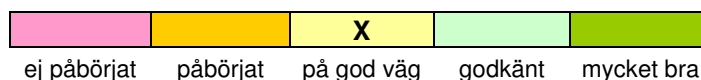
”I Örebro kommuns riktlinjer för mat, måltider och nutrition inom vård och omsorg framhålls måltidens centrala roll som daglig aktivitet på vård och omsorgsboende. Det är av vikt att på boendet skapa en måltidssituation som är lugn, tydlig och tillgodoser individuella behov utifrån funktionsförmåga och samtidigt skapa social gemenskap och trivsamt samvaro vid måltiden för de boende som har förmåga att delta vid en måltid i samvaro med andra.

Måltiden som social aktivitet med gemenskap och samvaro är ett utvecklingsområde att fortsätta arbeta med. Positivt är att riskbedömningar för undernäring genomförs och att vårdplaner upprättas vid behov.” MAS

Biståndshandläggaren skriver att genom att Rostahemmet bla har individuella kostplaner så har de också goda förutsättningar att fortsätta arbetet med struktur för att skapa individuella måltider och en bra måltidsmiljö.

Enheten är på väg att utveckla fungerande måltidssituationer och det är en omfattande verksamhet där flera av de tio avdelningarna redan idag kan erbjuda godkända miljöer.

Värdering



3.5 Personlig omvårdnad och service

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Personlig omvårdnad		
Den enskilde stimuleras att använda sin förmåga att klara sig själv.	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	

”Det finns många möjligheter till stimulans på Rostahemmet, personalen beskriver många olika aktiviteter från enskilda till aktiviteter i grupp. Delaktighet är viktigt men det är svårt att kartlägga de aktiviteter som verkligen stimulerar individerna. Mycket arbete läggs ner på delaktighet.

Vid besök på en avdelning som har inriktning gruppboende för dementa förevisas vi en särskild anordnad ”sminkhörna” i 60- och 70 tals stil, med hårrullar i plast, veckotidningar och torkhuv. Särskilt torkhuv är uppskattad av damerna på avdelningen. På våningen råder lugn och en ro när vi hälsar på. I ett stort vitrinskåp som står i anslutning till matplatser och vardagsrum finns minnesstimulerande föremål. De som idag är gamla har minnen från olika delar av sitt liv så här finns föremål som kan sätta igång samtal om barndom, ungdom och vuxenliv. I ett hörn finns också spel och pussel som enligt uppgift används flitigt.

För att säkerställa att ett varsamt handlag tillämpas förs ständiga diskussioner i utvecklingssamtal, vid teamträffar och på arbetsplatsträffar skriver enheten.

Enheten har två hörselombud som är uppdaterade och de informerar övrig personal. I enhetens självvärdering nämner enheten att de har ett arbete med att få ombudens informationsöverföring att fungera i samverkan med all personal.

MAR berättar från ett samtal med en av de boende:

” Den boende berättar att personalen är så snälla men det är väldigt tråkigt att hon inte kan göra så mycket, det blir så tråkigt eftersom hon inte ser så bra. Hon klarar inte ens att ta reda på vad klockan är. Vi talade en stund om en högtalande klocka och hon blev förvånad att det finns en sådan. Kanske skulle en sådan vara till hjälp, men hon är ju så gammal. Det är svårt att missta synen. Hon är klar och redig och tycker att det är mycket trevligt med

en pratstund. Hon går med rollator och berättar om en natt när hon skulle gå upp. Hon använder rollatorn men gled ner från sängen och fastnade i rollatorn. Det innebar att hon blev sittande med benen i rollatorn och där satt hon fast utan att kunna resa sig. Det innebar att hon fick larma och sedan försöka att sätta sig tillrätta och vänta på hjälp. På nätterna tar det tid innan personalen kan komma, så hon fick vänta en bra stund och när de kom så fick de vara tre för att hjälpa henne. Hon gjorde inte illa sig och är inte rädd efter incidenten.” MAR

Munvård

Tandhygienisten träffar personalen kontinuerligt, och sjuksköterskorna gör munvårdsbedömningar.

”Den enskilde får vid behov hjälp med sin dagliga munvård möjlighet till munhälsobedömning av tandhygienist en gång per år. Tandhygienisten samarbetar däremellan med personalen vid gemensamma träffar under året för rådgivning och stöttning.

Sjuksköterskorna har börjat göra munhälsobedömningar enligt riskbedömningsinstrument ROAG som är en del av kvalitetsregistret Senior Alert. I 2 av de granskade journalerna fanns denna bedömning samt vårdplan” MAS

Kontinens

Enheten har inkontinensombud sedan flera år men menar att alla personalkategorier behöver en uppdatering av rutiner och kunskaper.

”Verksamheten har uppmärksammat att området kontinens och inkontinens är ett förbättringsområde och man strävar mot att utveckla vårdplaner. Idag skrivs inga vårdplaner men istället finns ett hjälpmedelskort hos den enskilde som beskriver vilket behov av inkontinenshjälpmedel den enskilde har” MAS

Hjälp att hantera oro och ångest

”Hantering av oro och ångest problem sker utifrån individuella lösningar men det är inte alltid man lyckas trots gemensamma försök och samverkan mellan de olika yrkesprofessionerna” MAS

Brukarundersökningen visar att det bara är 23 % av de svarande som ”inte känner sig ensamma” (rang 15/21).

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

De tvättstugor vi såg vid besöket var i mycket gott skick. Ytskikt var hela och fräscha. Maskiner upphöjda för att lätt kunna matas. Fungerande rutiner finns enligt enhet för att garantera en god service med tvätt och kläder.

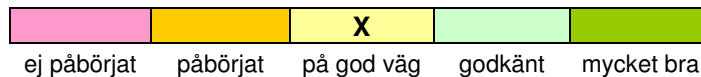
Gemensamma utrymmen och de privata lägenheter som besöktes verkade alla vara välskötta. Det var städlat, rent och luktade gott i huset.

Analys

”Att kartlägga och ta tillvara den enskildes förmågor och att utforma hjälp på rätt nivå är svårt och här finns en utvecklingspotential. Ytterligare diskussioner om detta ska föras med arbetsterapeuterna och cheferna”. MAR
”Inom området personlig omvårdnad behöver verksamheten förbättra sin bedömning av de boendes behov vid inkontinens, smärta, oro och ångest och dokumentera detta i vårdplaner .

Positivt är att man kommit igång med munhälsobedömning enligt ROAG.” MAS

Värdering



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	

Rutiner

Enhet uppger att det saknas lokal nedskrivna rutin. Palliativa ombuden arbetar aktivt tillsammans med övrig personal kring dessa frågor. Ledningen prioriterar enligt uppgift ”vården i livets slut”.

Väl informerade

”Vi har mycket nöjda och tacksamma anhöriga som upplever att den döende och de själva blivit informerade och att det varit god omvårdnad samt att de anhöriga blivit sedda. Våra sjuksköterskor har fyllt i en pappersversion till palliativa registret men tyvärr har den sköterska som skall mata in till palliativa registret inte av olika anledningar gjort detta, men det är på gång.”
Enheten

Enheten sätter alltid in vak och ingen behöver dö ensam.

Efterlevandesamtal

”Vid journalgranskningen fanns en journal där patienten var palliativ och avled. Brytpunktssamtal var noterat och i anteckning beskrivs att anhöriga var väldigt nöjda med bemötandet och vården.” MAS

Analys

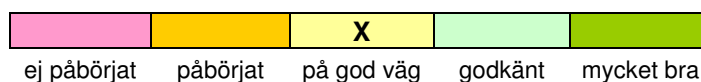
”Statistiken från palliativa registret för Rostahemmets vård och omsorgsboende 2013 är inte jämförbar med statistik för övriga vård och omsorgsboenden i Örebro kommun, då det uppstått ett fel vid registreringen. Pappersversion är ifylld men inte inmatad i registret.

Journalgranskningen visar på ett bra omhändertagande och man arbetar på att bli ännu bättre.” MAS

2013 så hade enheten en relativt hög omsättning på sina platser (0,42), liksom Örebro kommun hade en hög omsättning (0,48). En hög omsättning innebär ökad tomtid och innebär att resurser krävs för att både ta farväl och att lära känna nya gäster.

Några dagar efter besöket får vi beskedet att alla avlidna nu finns dokumenterade i Palliativa registret. Det sena beskedet gör att ansvarig granskare inte kunnat följa kvaliteten på denna dokumentation.

Värdering



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 individuell bedömning.	X	
Risker för trycksår registreras, förebyggs, åtgärdas och följs upp.	X	
Landstingets rekommendationer för sårvård följs	X	
Personalen känner till hur avvikelshanteringen går till och gör avvikelserapporter vid behov.	X	
Fallskador förebyggs med individuella och generella åtgärder.	X	
Enheten har fungerande egenkontroll för hygien.	X	
Larm fungerar och är individuellt anpassade samt svarstid är så kort som möjligt.	X	

98 % av de svarande är trygga med sitt boende och 95 % känner förtroende för personalen. Placerar enhet i rang 2/21 och 5/21.

Enhet menar att de kan leva upp till alla kvalitetskriterier inom området.

”Arbetet med att förebygga skador och säkerhet pågår. Antal registrerade riskbedömningar i kvalitetsregistret, jan tom nov 2013, är 84 stycken och i samtliga av de 10 granskade journalerna framgår att registrering i Senior

alert är genomförd och det finns vårdplaner. Åtgärder för den enskilde tas upp på teamträffar men verksamheten behöver arbeta mera strukturerat med verktyget.” MAS

Skydds- och begränsningsåtgärder

Enheten arbetar aktivt med skydds- och begränsningsåtgärder, men har inte hittat en lösning på kravet att inte ha låsta ytterdörrar. Dörrar kan inte lämnas olåsta när det är begränsade personalresurser nattetid, eller när ytterdörr leder mot tungt trafikerade vägar.

Trycksår, Fallskador

Enheten redovisar att alla är riskbedömda enligt Senior Alert, och identifierade risker och åtgärder tas upp på teamträffarna.

Avvikelsehanteringen funktionell

”Avvikelse rapportering är väl förankrad i verksamheten men uppföljningen av dem måste utvecklas.” MAS

Egenkontroll av hygien

Kvalitetsinspektioner (2 st 2013) visar att enheten inte följer hygienföreskrifter fullt ut. Hygienansvarig sjuksköterska har påbörjat ett förbättringsarbete om hur man bättre följer de basala hygienrutinerna.

Fungerande larm

Nytt personlarmsystem är installerat och håller på att finjusteras. Larmoperatör har ännu inte lyckats visa enhet hur larmdata ska kunna tas ur systemet och analyseras för att exempelvis kunna se svarstider.

Nya elektroniska nyckelskåp är installerade på varje våning och varje lägenhet får ett eget värdeskåp. Åtgärder som bör öka den äldres trygghet ytterligare.

Analys

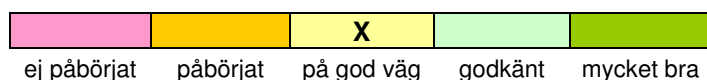
”Under föregående år har stor vikt lagts vid ett förändrat arbetssätt. Ett omfattande arbete är att förbättra teamarbetet för att uppnå ett bra samarbete mellan olika yrkeskategorier. Sjuksköterskorna har förändrat sitt arbetssätt genom att arbeta närmare omvårdnadspersonal med stöd och handledning och på så sätt öka tryggheten för den enskilde.” MAS

”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. Registrering och riskbedömning i Senior alert genomförs på Rostahemmet men samråd i teamet är otydlig och dokumentationen görs inte helt enligt Örebro kommuns rutin, detta är ett förbättringsområde.

Uppföljning av avvikelser är ett förbättringsområde” MAS

”Riskbedömningar och avvikelseanalyser är ett förbättringsområde, personalen har gått på kurs och teamarbetet fungerar, processerna behöver sätta sig som ett naturligt arbetssätt, enheten har en utvecklingspotential i såväl avvikelsearbetet som riskbedömningsarbetet med Senior Alert som arbetet med skydds och begränsningsåtgärder.” MAR

Värdering



3.8 Delaktighet

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Den enskildes behov av att vara en individ ska synas i den individuella planeringen och i enhetens gemensamma värdegrund. Hänsyn tas till jämställdhet och mångfald.	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	X

Brugarundersökningen visar att 73 % är positiva till hur personal tar hänsyn till den enskildes åsikter och önskemål (snitt 75 %). De äldre på Rostahemmet är mer nöjda än snittet med att kunna påverka tider (63 %, snitt 52 %) och med den information de får inför tillfälliga förändringar (56 %, snitt 45 %).

Kvalitetsområdet delaktighet speglar den enskildes möjlighet att vara med och påverka och styra sin egen vård- och omsorgsprocess. I den individuella planeringen tas hänsyn till individens preferenser och detta ska gå att avläsa i dokumentationen.

”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.

Nio stycken brukares genomförandeplaner har granskats (målet är att granska tio stycken), en plan saknades i verksamhetssystemet och utgör därför bortfall. Det går inte att generalisera utifrån resultatet men indikationer kan uppfattas.

Vid granskningstillfället framgår att det finns nio genomförandeplaner. I sju av planerna framkommer att den enskilde varit delaktig vid upprättandet av dem. Det anges orsaker till varför den enskilde inte varit delaktig i de två planer där de inte varit med och vilka planer om åtgärd som finns för att göra den enskilde delaktig på annat sätt, såsom att få byta miljö i form av att vara med och lyssna, som ett sätt att delta. Andra noteringar om planer för delaktighet framgår av granskningen; att enskild ska få veta vad som ska ske

i omvårdnadsarbetet med henne, att samtal med enskild skett under längre tid, att person uttryckt att han enbart vill vara delaktig när han själv vill samt om enskild som vill vara delaktig i beslut som rör honom.

I den sociala journalen kan man följa dygnsperspektivet på merparten av de granskade journalerna och via de fortlöpande daganteckningarna följa många händelseförlopp över tid. Men det är svårighet att följa IVOP-processen, det vill säga att det oftast inte gick att läsa ut i journalen när den enskilde flyttat in, när introduktionssamtal genomförts (förutsatt att man inte flyttat in på boendet innan november 2012), levnadsberättelsesamtal eller uppföljning. I en del journaler framkommer, vid några tillfällen, resultat av teamträffar och plan av åtgärd utifrån teamträffar. Det är ett förbättringsområde att synliggöra resultat från teamträffar samt IVOP-processen.

Sammanfattningsvis är det dock en relativt jämn och god kvalitet på de sociala journalerna och det är synligt att kompetens finns i verksamheten. Enhetens ledning uppger att genomförandeplanerna, när de nu lagts in i systemet, hinner följas upp och utvärderas regelbundet men att systemets hanterbarhet ibland utgör ett hinder i sig. Att det är svårt att fylla i på rätt ställe vilket gör att det ser ut att inte stämma på sina ställen i vissa planer. Enheten uppges ha en särskilt utbildad personal på varje våning som ska lära ut till övriga kring arbetet med genomförandeplaner.” Biståndshandläggaren

Enheten berättar om hur ett nära ledarskap och teamträffar kan garantera att individens behov kommer till uttryck.

”Enheten arbetar för att den enskildes behov och önskan ska tillgodoses under hela dygnet. Enhetschef och sjuksköterska är dagligen på våningarna för att ta del av det dagliga omkring den enskilde och för att kunna stötta och handleda omvårdnadspersonalen.

Regelbundna teamträffar där alla yrkeskategorier deltar. Vi diskuterar ständigt med varandra om hur vi kan förbättra teamträffarna. Delar av teamen ska under mars månad gå en utbildning i hur vi arbetar med och analyserar avvikelser.” Enheten

Påverka vardag och miljö i gemensamma utrymmen

”De boende har varit med och diskuterat färgsättningar inför rustning av gemensamma utrymmen på våningar. De har varit med valt och handlat gardiner, pynt osv. De önskar vilka blommor som ska stå på borden. De har också varit med och önskat växter och lökar till gemensamma trädgården.” Enheten

Bästa möjliga vårdform

”Här har vi funderingar utifrån de anvisningar vi får. Vi har flera boende med diagnostiserad demenssjukdom som anvisas till vanligt vårdboende, personer utan demensdiagnos anvisas till vårdboende för demenssjuka. Personer med mycket svår psykiatrisk problematik till vanligt vårdboende.” Enheten

”Enheten menar att det finns svårigheter att få en bra sammansättning av boendegrupper på våningarna. De som flyttar in har varierande behov av hjälp och stöd och det finns personer med BPSD diagnos som kommit till

vårdboende. Att efter en tid flytta personer till en mer lämplig avdelning är inte alltid så populärt hos anhöriga.” MAR

Analys

”Teamarbete finns på Rostahemmet. Dels är hälso- och sjukvårdspersonalen tillsammans med chefen till stöd vid genomförandeplaner. Cheferna har ett nära ledarskap och deltar tillsammans med arbetsterapeuter och sjuksköterskor i speciella träffar som underlag för chefernas APT och teamträffar med omvårdnadspersonalen.” MAR

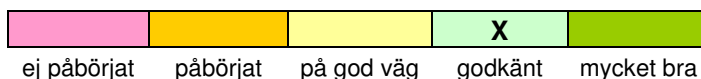
”Den enskildes behov säkerställs genom teamarbete. Enheten arbetar för att den enskildes behov och önskan ska tillgodoses under hela dygnet. Enhetschef och sjuksköterska är dagligen på våningarna för att ta del av det dagliga omkring den enskilde och för att kunna stötta och handleda omvårdnadspersonalen.” MAS

”Trots vissa noterade förbättringsområden i dokumentationen, kopplat till IVOP-processen och resultat av teamträffar, ger inte besöket eller granskningen av journaler indikationer på att man inte arbetar med delaktighet och inflytande. Tvärtom visar enhetens redovisning samt dokumentationen, flertal exempel på den enskildes delaktighet.

Arbetet kring detta område får därför anses vara gott.

Även om förbättring krävs så ses i granskningen av Rostahemmets journaler och i dess genomförandeplaner att det noterats om delaktighet eller skäl till varför man inte deltagit, om så varit fallet, samt även förslag om åtgärd. Det är första gången granskaren har sett noteringar av det slaget, vilket är oerhört positivt att konstatera” Handläggaren

Värdering



3.9 Hälso- och sjukvård

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

”På Rostahemmet finns alltid en sjuksköterska på dagtid, kvällarna delas mellan Rostahemmets sjuksköterskor och Vintrosahemmets sjuksköterskor.

Läkaren kommer till Rostahemmet två gånger i veckan och gör hembesök vid behov. Rostahemmet har också arbetsterapeut i huset och sjukgymnast som kommer två gånger i veckan. Alla boende har rätt till subventionerad tandvård och kostnadsfri tandvårdsundersökning en gång per år. Orebro.se”

Tillgänglig sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast

”Det blev en stor kvalitetsförbättring för de boende på Rostahemmet när våra sjuksköterskor slutade ingå i den gemensamma sjuksköterskeorganisationen för sjuksköterskor kvällar som fanns på väster. Nu delar vi kvällar med sjuksköterskor Vintrosahemmet. De flesta kvällar i veckan utgår sjuksköterskan härifrån. Vi har även vår egen sjuksköterska dagtid, på helgerna.” Enheten

Arbetsterapeutresurs har utökats från 0,92 till 1,65. Två arbetsterapeuter behövs för att stödja den äldre att ta tillvara och utveckla fysiska, kognitiva och sociala färdigheter eller att anpassa miljön i lägenhet eller gemensamma utrymmen. Utrymmet för att handleda och stödja vårdpersonal och anhöriga har också blivit bättre med ökningen.

Samverkan med sjukgymnast fungerar men är ett förbättringsområde, enligt enheten.

Läkare är inte tillgänglig enligt överenskommelse och samverkan med vårdcentral är inte bra.

”Är mycket problematiskt då Karla inte har några fasta läkare. Vi har olika hyrläkare, läkare från andra vårdcentraler, geriatriken osv. Blir ingen kontinuitet mycket osäkert och otryggt. Mycket hög belastning och stort ansvar läggs på våra sjuksköterskor” Enheten

”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. Läkarkontinuiteten är problematisk för Rostahemmet då samverkande vårdcentral Karla inte har några fasta läkare”.MAS

”Informationsöverföring sker digitalt mellan sjukhuset och kommunen genom informationsöverföringssystemet Meddix. Systemet används när en person skickas till sjukhus och när den kommer tillbaka. Möjligheter att ta del av annan vårdgivares patientjournal finns efter samtycke från den enskilde genom NPÖ nationell patientöversikt. Samtycke finns dokumenterat i samtliga granskade journaler och sjuksköterskorna använder ofta möjligheten att ta del av information i patientens journal i primärvården och även från sjukhuset.” MAS

	Ja	Nej
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	
Omvårdnadsansvarig sjuksköterska finns tillgänglig för den enskildes behov	X	

Instruktion och delegering

”Många vårdplaner finns i arbetsterapeuternas dokumentation och det finns också arbetsuppgifter fördelade till omvårdnadspersonalen. Återrapportering genom dokumentationssystemet är ett utvecklingsområde. Treserva framställs som tungrovt och stundtals nästan omöjligt.” MAR

”Delegering och instruktion säkerställs genom att sjuksköterskorna utbildar och delegerar omvårdnadspersonalen utifrån omvårdnadspersonalens kompetens. Läkemedel överlämnas på den enskildes rum och läkemedelsskåp finns i den enskildes bostad.” MAS

Läkemedel och medicintekniska produkter

”Läkemedelsgenomgångar genomförs regelbundet men det har varit en del svårigheter på grund av läkarbristen. Sjuksköterskorna har som stöd till underlag och analys av olämpliga läkemedel vid läkemedelsgenomgångar ett digitalt system mini Q. Arbetsplan för läkemedelshantering finns och fördelas till omvårdnadspersonalen.” MAS

”Det finns många medicintekniska produkter i verksamheten och de är väl omhändertagna och arbetsterapeuten anser att personalen har en god baskunskap. Det finns ännu inte några på enheten som gått den längre förflyttningsutbildningen (tre dagars) men flera är anmälda under våren.” MAR

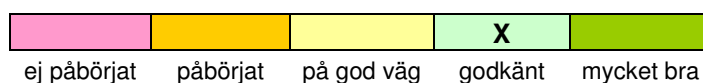
Analys

”Arbetsterapeut resurs finns med 90 +75%. Landstingets tilldelning av sjukgymnast har under åren varit föremål för diskussioner, just nu beskriver cheferna att situationen stabiliserats. Samverkan med läkarna på vårdcentralen framförs som ett mycket stort problem.” MAR

”Sjuksköterskorna är tillgängliga och handleder omvårdnadspersonalen på avdelningen. Sjuksköterskorna använder NPÖ för att söka information om patienten hos annan vårdgivare, vilket är mycket positivt då samverkan med Karla vårdcentral är problematisk då det är brist på fasta läkare. Arbetsplaner för läkemedelshantering och läkemedelsgenomgångar finns och är dokumenterade.” MAS

85 % (rang 10/21) av brukarna är positiva till sjukskötersketillgänglighet och 45 % (rang 16/21) till läkartillgänglighet. Läkartillgängligheten har varit dålig en längre tid då Karla vårdcentral haft många hyrläkare och inte sett sig kunna prioritera äldrevården. Läkartillgången påverkar kvaliteten och Rostahemmet kan exempelvis inte genomföra de läkemedelsgenomgångar som behövs.

Värdering



3.10 Anhörigstöd

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

Anhöriga är välkomna och erbjuds att vara delaktiga i vården - och omsorgen om den äldre så önskar. Enheten uppger själv att de flesta anhöriga är mycket nöjda och tycker att de får vara delaktiga. Brukarundersökningens fråga om hur den anhörige upplever samarbetet med enheten så är 90 % av anhöriga positiva till samarbetet (rang 11/21).

”Vi prioriterar anhörigkontakten från det att vi som enhetschefer visar lägenhet och informerar. Kontaktpersonen tar ett särskilt ansvar för kontakten med anhöriga när den boende flyttat in. Anhöriga uttrycker ofta uppskattning.” Enheten

Anhörigträffar

”En anhörig träff anordnas varje vår på våningarna då de boende också är med. Vi har kort information, möjlighet för anhöriga att ställa frågor och samtidigt är det lite fest tillsammans med de boende. Något som blivit mycket uppskattat. Dessutom har de flesta våningar adventsfika där anhöriga särskilt inbjuds.” Enheten

Rostahemmet har ett anhörigråd sedan 2011, men det är för närvarande inte särskilt aktivt. Enheten har enligt uppgift 3 anhörigombud.

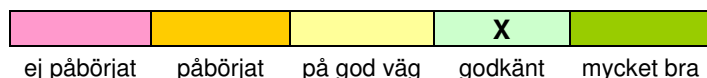
Enheten har nyligen skrivit ett utkast till en lokal rutin som ska ”stödja anhöriga”. Rutin skall förankras hos anhörigombuden där de får komma med förslag och tillägg.

Anhörigcentrums information lämnas alltid i mappen som anhöriga får vid inflytt. Det finns också information på våningarna och i entrén.

Analys

Enheten har ett fungerande anhörigstöd med ombud och en utvecklad information. De arbetar med att vara tillgängliga för anhörigrådet och snart är en lokal rutin klar.

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	

Presentation på hemsidan är uppdaterad i februari och där finns telefonnummer till nyckelpersoner i verksamheten. Skriftlig information (Inflyttningsmapp) finns upptryckt och delas ut till nya gäster och nyanställda.

Rostahemmet är stort och transportvägar mellan enheter är långa. Den externa och interna skyltningen verkar fungera. Under vårt besök var det flera renoveringsarbeten pågående i entréer och korridorer. En våning vi besökte hade fotografier på all personal och en särskild plats för bilder på dem som jobbade för dagen. Ambitionen att underlätta för boende och anhöriga är god. Att tydliggöra vem som är i tjänst med bilder är en metod som kan underlätta den enskildes orientering. En metod att som bidrar till "känsla av sammanhang".

Information vid kommunikationsproblem sker genom anlitande av tolk. Personal bär sina namnskyltar, så vitt vi kan se, vid besöket.

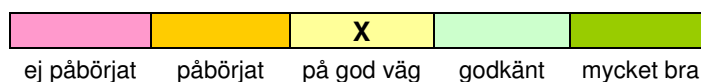
Kvalitetsinspektioner visar att 2 av 3 närvarande personal bär namnskyltar. En förklaring kan vara att skyltar ofta är trasiga. Granskningsgruppens besök har inga anmärkningar när det gäller hur enheten lever upp till skyltkravet.

Rostahemmet redovisade 13 klagomål manuellt 2013. Elva av dem gällde insatskvalitet och enligt enhetens självvärdering så har hanteringen av dem lett till förbättringsåtgärder. Klagomål finns inte registrerade beroende på att enheten ännu inte gått den utbildning som krävs.

Analys

Enheten menar i sin självvärdering att de klarar kriterierna inom området. När de har lärt sig hur ärenden ska registreras i diariet kommer även den rutinen att fungera. Tillgängligheten är viktig för enheten vilket visas i ambitionen att etablera ett närvarande ledarskap. Man är tillgänglig för möten med boenden, anställda och besökare. Klagomålshanteringen kan förbättras och åtgärdas, enligt plan, under året med en förbättrad registerhantering.

Värdering



3.12 Medarbetare och ledarskap

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Medarbetare		
Verksamheten är bemannad dygnet runt med sådan kompetens och med sådan personalstyrka att de boende alltid tillförsäkras en god vård och omsorg.	X	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	X
Personalen har grundläggande kunskaper inom demensvård och möjlighet till ständig fortbildning/fördjupning inom området.	X	
Personalomsättningen bevakas för att säkerställa kontinuitet för den enskilde	X	

Bemannad verksamhet dygnet runt

”Dagtid fungerar det men det är ofta mycket slitsamt för omvårdnadspersonalen. Av och till får vi sätta in extra resurs då vårdtyngden är för extrem. Nattetid klarar vi oss inte med den tilldelning vi har för att säkra vården (fem personal /natt på 10 våningar varav fem är demensvåningar). För tillfället har vi varit tvungna att bemanna upp med en extra personal nattetid då vi bedömer att vi inte kan säkra vården annars. Detta innebär att vi går back budgetmässigt.” Enheten

Inventeringen av antal boende per omvårdnadspersonal (2011 sept) visade att på Rostahemmet i förhållande till den sk Stockholmsmodellen hade den anställda 3,3 boende att ta hand om på förmiddagen (Sthlm 3,0), 4,6 boende på kvällen (4, 5 sthlm). Natt är det 18,4 boende per anställd. Tab i bilaga 1.

Rostahemmet har en hög andel utbildade omvårdnadspersonal, 98 % (riktvärde 91 %)

Personal behärskar svenska språket på ett sådant sätt att hon/han kan kommunicera i tal och skrift. På enhet finns enstaka personer som arbetat under många år och som fortfarande har svårt med språket och framför allt med att skriva trots att de fått extra stöd.

All personal har egna kompetensutvecklingsplaner. Enheten har vissa utbildningar som de vill att all personal ska ha genomgått. Det finns många ombud: kostombud, anhörigombud, inkontinensombud och andra ansvarsområden som exempelvis aktivitetsansvarig. Alla dessa ”ombud” har egna utbildningar och uppdateringar av sina områden.

Kunskap om demensvård

Av enhetens 92 platser är 42 ämnade för vård av personer med demenssjukdom (5 avd). I enhetens självvärdering berättar de att några ”demensvåningar” gått BPSD utbildningen.(Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) för att lära sig att använda kvalitetsregistret. Att arbeta med registret innebär att observationer, analys och åtgärder med efterföljande uppföljning blir systematiska.

Enheten skriver också att alla våningar utom en (9av10) har gått både grund- och fördjupningskurs om demenssjukdomar. Alla våningar ska genomgå BPSD utbildningen.

En sökning i Personec (enligt rutin) på hur många av de anställda som har demensutbildningar, utöver undersköterskekurserna visar att 2 av 89 omvårdnadspersonal har kurs registrerad. Ledningen säger att man inte prioriterat registrering men att det är många fler som har gått kurser. De senaste åren har exempelvis en avdelning skolats i både grund och fördjupningskurs när den ställts om från psyk- till demensinriktad vård.

Korttidsfrånvaron på 8,7 dagar per anställd medför att kontinuiteten påverkas och enheten berättar att de alltid försöker styra så att vana vikarier kommer till våningarna.

Personalens tillgänglighet varierar enligt brukarnas uppfattning. De är mycket positiva till att omvårdnadspersonal finns tillgänglig (100 % är positiva, snitt 83 %, rang 1/21.)

Ledarskap och organisation

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

Tydlig ansvarsfördelning

”Många delar är i stort tydliga ex kontaktmannens ansvar, sjuksköterskornas ansvar, arbetsterapeuternas ansvar, chefernas ansvar, samt assistenternas ansvar (finns ex uppdragshandlingar för alla yrkeskategorier) Rutin för kontaktmannaskapet osv. Sedan är det många ansvarsområden som går in i varandra och där har vi många delar kvar att diskutera då hela sjuksköterskegruppen ex är nyanställda.” Enheten

Ständiga förbättringar

Enheten har valt att ha tre chefer vilket i praktiken innebär 22-38 underställda per chef. Att i dialog med så många underställda säkerställa att alla jobbar åt rätt håll kräver en närvarande chef. Varje chef jobbar i sina team nära sjuksköterskor som också är ute på våningarna. Det nära ledarskapet natttid är svårt att klara med nuvarande organisation.

Medarbetarundersökningen används

”Medarbetarundersökningen gjordes innan vi började här som chefer och vi tror en hel del har förändrats utifrån vad medarbetarna tycker.

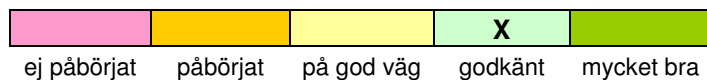
Det samlade resultatet för Rostahemmet från medarbetarenkäten har vi sett och det är klart att vi chefer försöker förbättra utifrån det. Vilket vi tror att de flesta medarbetare också tycker att vi gjort. Samtidigt är det svårt att arbeta utifrån någon annans resultat”. Enhetens svar

Analys

”Arbetsfördelningen är tydlig på enheten. Sjuksköterskornas arbete har tydliggjorts. Arbetsterapi kan utvecklas med ändå tydligare bedömningar och individuella instruktioner runt varje person. Personalen har nu baskunskapen att de kan börja utveckla förmågan att ge stöd och hjälp på exakt rätt nivå. Cheferna har en tydlig ledarroll och deras framtida inriktning presentera de mycket klart.” MAR

Rostahemmet är en enhet med ett fungerande ledarskap som har ambitioner att utveckla enheten, och de verkar ha kommit en bra bit på kort tid. Kommande medarbetarundersökning kommer att hjälpa dem att se hur långt de kommit i sina strävanden. Ledningen är tydlig i att Värdegrund och verksamhetsidé ska genomsyra verksamheten. Cheferna arbetar genom sitt nära ledarskap med att föra ut budskapet om att fokus ska vara en individuellt anpassad vård och omsorg. För att individfokus ska kunna utvecklas krävs medarbetare som trivs och utvecklas. Problemet att lösa den målkonflikt som finns i att klara krav på en ökad individualisering, bli en attraktiv arbetsplats och samtidigt klara ekonomin delar de med övriga enheter. I personell behöver kompetens registreras.

Värdering



3.13 Dokumentation

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

Dokumentation enligt SOL granskas enligt särskilda kriterier.

Dokumentation enligt HSL granskas enligt särskilda kriterier under utveckling.

Enheten bedömer själv att den lever upp till krav på dokumentation vid handläggning och genomförande men att ”daganteckningarna” behöver bli bättre

SoL

Biståndshandläggaren skriver ”för att en 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 13 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 Rostahemmet är:

Antal godkända planer	9
Delvis godkända planer	0
Ej godkända planer	0
Saknar antal planer	1

Planerna (9 av 9 granskade) uppfyller kraven på formalia. Man tydliggör överlag det sociala innehållet i planerna. Alla planer blir godkända och kvaliteten får sägas vara jämn och innehålla ett välbeskrivet; vad, när, hur och av vem insatser ska utföras. Det står angivet att den enskilde och inte sällan anhörig har varit delaktig i upprättandet av planen och ibland kan man med tydlighet se den enskildes röst i texten.

Kravet på dokumentation för utförare är dock stor (enligt Socialstyrelsens föreskrifter: SOSFS 2006:5) och verksamheten kan bli ännu tydligare med att visa på den enskildes egen röst i dokumentationen, såväl i planer som i löpande daganteckningar. Detta kan ses som ett förbättringsområde. Enheten själva uppger att de är medvetna om att dokumentationen är ett förbättringsområde och pekar då främst på daganteckningar och planen är att lägga tyngden på att skapa "den röda tråden" genom att beskriva händelser och "vad vi gör". De uppger också att samordnarna har granskat genomförandeplaner som form av egenkontroll av SoL-dokumentation.

Sju av de nio granskade personakter har en upprättad levnadsberättelse men det framkommer inte i journalanteckningar att den enskilde erbjudits att upprätta berättelser. I en av berättelserna, som är formulerad utifrån nutid, står att personen lämnar bakgrund "när han är redo och vill". Det sättet att tydliggöra hur arbetet med berättelsen startat skapar tydlighet inför vad man kan förvänta sig i fortsättningen kring berättelsen som ett "levande material". Biståndshandläggaren

HSL

Enheten lever upp till krav på informationshantering och journalföring. Men pekar också själva på problem som lyfts till MAS gällande vårdplaner, bristfällig utbildning till omvårdnadspersonalen.

"Hälso- och sjukvårdsdokumentationen motsvarar i stort de krav som ställs i SOSFS 2008:14, med tillägg SOSFS 2011:8 men förbättringsområden finns." MAS

Egenkontroll av SoLdokumentationen genomförs av samordnare.

"Samordnarna har granskat genomförandeplaner. Vi har ingen lokal rutin, men stämmer alltid av inför delårsbokslut och bokslut gällande genomförandeplaner. I utvecklingssamtalen har vi lagt stor vikt vid utveckling av dokumentationen och omvårdnadspersonalens ansvar." Enheten

Egenkontroll av HSL dokumentation finns också:

"Granskningar har gjorts av några av enhetens sjuksköterskor, de har återkopplat till övriga sköterskor." Enheten

Analys

”Det finns i verksamheten en grundkunskap och vidarekunskap om hur dokumentation ska föras. Hos chefer på Rostahemmet finns det en stor erfarenhet och specifik kompetens om dokumentation och utredningsförfarande - som tidigare omnämnts i rapporten, vilket torde borga för möjligheten att tillsammans med den vidareutbildade omvårdnadspersonalen lära övrig personal om hur god dokumentation i de enskildas journal och planer ska föras.

Trots identifierade brister med förbättringsområdet; synliggöra den enskildes röst mer och som tidigare tagits upp i rapporten; förbättra plan, åtgärd och resultat av teamträff och IVOP-process, så är det en förhållandevis bra kvalitet på alla genomförandeplaner som granskats och i den fortlöpande journalen för dessa personer. Sammantaget har planerna en hög kvalitet jämfört med tidigare granskningar i DocIT.” Biståndshandläggaren

MAR menar att arbetsterapeuterna har tydliga vårdplaner och gör bedömningar, och att de lever upp till kraven. Dokumentationen fungerar bra som en bas. Det finns en utvecklingspotential i att klargöra aktivitetspreferenser och att formulera mål som är mer utmanande för både de enskilda och personalen.

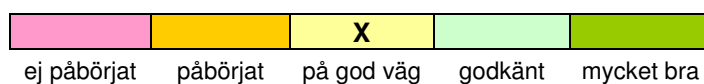
Verksamheten är medveten om sina förbättringsområden bl.a när det gäller vårdplaner och åtgärder diskuteras i personalgruppen tillsammans med enhetscheferna. MAS/MAR värderar att Rostahemmet är på god väg med sin dokumentation.

Biståndshandläggaren menar i sin rapport att en korrekt genomförandeplan är en indikator på att kontaktmannaskapet, delaktighet och inflytande fungerar fullt ut utifrån en rättssäkerhetsaspekt.

Biståndshandläggaren skriver att eftersom alla nio planer är godkända och dokumentationen över lag har en god kvalitet så blir bedömningen för kvalitetsområdet och den sociala dokumentationen som helhet godkänt. Identifierade brister bedöms kunna åtgärdas.

Samtantaget blir värderingen att enheten är på god väg och att det pågående förbättringsarbetet räcker för att leda till en godkänd hantering av dokumentation.

Värdering



4 Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat

4.1 Sammanfattande tabell bedömning av alla kriterier

Kvalitetsområden	Ej påbörjat	Påbörjat	På God väg	Godkänt	Mycket bra
1. Aktiv och meningsfull tillvaro				X	
2. Bemötande				X	
3. Kontinuitet				X	
4. Mat, måltid och nutrition			X		
5. Personlig omvårdad och service			X		
6. Vård i livets slut			X		
7. Den enskildes skydd			X		
8. Delaktighet				X	
9. Hälso- och sjukvård				X	
10. Anhörigstöd				X	
11. Tillgänglighet och information			X		
12. Medarbetare och ledarskap				X	
13. Dokumentation			X		
Summa	0	0	6	7	0

4.2 Resultat av granskningen – en sammanställning

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

Typ av kvalitet	Förklaring	Granskat	Bedömning
Struktur-kvalitet	Resurser som personal, byggnad, lokaler, utrustning	Dokument, besök	<u>God kvalitet</u> Bra gemensamma utrymmen, Nytt personlarm Grundutbildad personal <u>Behöver förbättras</u> <u>Bristande kvalitet</u>
Process-kvalitet	Arbetsätt, rutiner, funktion	Dokument, besök	<u>God kvalitet</u> Gemensamma aktiviteter Delaktighet SoL dokumentation <u>Behöver förbättras</u> HSL dokumentation Klagomålshantering <u>Bristande kvalitet</u>
Resultat-kvalitet	Bemötande, trygghet, smärtlindring mfl	Dokument, brukarundersökningar, besök	<u>God kvalitet</u> Bemötande <u>Behöver förbättras</u> Utevistelse <u>Bristande kvalitet</u>

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

Bilaga 1.

Antal boende per omvårdnadspersonal, vardagar

Enhet	Förmiddag	Kväll	Natt	Måtn. fr.
Stockholmsmodell	3	4,5	Anpassas	2010
Adolfsbergshemmet	3,8	4,6	18,3	2011-11
Askenäs	3,0	4,7	16,0	2012-09
Backagården	3,2	4,5	19,0	2010-11
Berggården	4,0	6,0	18,0	2011-05
Demenscentrum	4,0	4,0	12,0	2010-11
Elgströmska huset	4,0	5,0	20,0	2012-09
Hagagården	-	-	-	-
Jeremiasgården	3,0	5,7	15,8	2012-05
Klosterbacken	3,0	5,0	17,8	2010-12
Lindhultsgården	3,4	4,8	12,0	2011-03
Löwenhjelmiska huset	2,8	7,0	18,7	2011-03
Mikaeligården	3,1	4,5	18,3	2012-09
Rosenlund	4,0	4,0	19,5	2010-11
Rostahemmet	3,3	4,6	18,4	2011-09
Sirishof	4,0	4,0	18,3	2011-04
Skebäcksgården	3,1	4,6	15,3	2012-09
Skäpplandsgården	4,3	5,0	15,0	2011-11
Södermalms hemmet	4,4	4,5	18,0	2012-10
Tullhuset	-	-	-	-
Vintrosahemmet	3,6	4,2	17,0	2012-09
Ädelgården	3,4	5,0	15,0	2012-02
Ängen	3,4	4,3	18,7	2012-09
Ölmbrogården	3,0	4,0	14,5	2012-09

Korrigerad

= Uppfyller nationell norm¹
 Fm - 3 boende eller mindre
 Kväll - 4,5 boende eller mindre

¹ "Lämplig Bemanning på särskilt boende avsedd för personer med demenssjukdom"
 S-E Wängrell, B Trygg. Rapporter Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2010:10

Källhänvisningar

Nätet:

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

Tillgänglig 2014 04 01 på <http://www.orebro.se/1935.html>

Bra Vå

Tillgänglig 2014 04 01 på <https://vardforbundet.se/BraVard/Kvalitetskrav/>

Tryckt:

Fattigvårdsstyrelsen och socialnämnden i Örebro 1943-1973 – En historik, sammanställd av Erik Vallbro

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