



2015-05-14

Sov 87/2015

Rapport

Kvalitetsuppföljning och avtalsuppföljning

Sirishof, Norlandia Care 2015

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

Sammanfattning

Kommunledningskontoret har på uppdrag av programnämnd Social välfärd utfört en avtals- och kvalitetsuppföljning på Sirishofs vård- och omsorgsboende.

Uppföljningens syfte är att göra en samlad granskning av verksamhetens kvalitet inför eventuell förlängning av avtal med Norlandia Care AB gällande drift av Sirishof. I uppföljningen har de grundkrav på kvalitet och de utlovade mervärden som finns i avtalet med Norlandia Care AB följts upp.

Uppföljningen visar att Sirishof har styrkor inom många granskade områden. Särskilt kan arbetet inom områdena Aktiv och meningsfull tillvaro, Bemötande, och Anhörigstöd, lyftas fram som goda exempel för andra enheter. Sirishof erbjuder också de boende trygghet, god mat och fungerande omvårdnad. De boendes önskemål fångas upp genom väl dokumenterad individuell planering. Delaktigheten säkerställs också genom fungerande boenderåd och anhörigråd, Rutiner och arbetssätt är väl dokumenterade och grundas i flera fall på evidensbaserade metoder.

Sirishof har visat en positiv utveckling sedan Norlandia Care tog över verksamheten 2010. Resultat på brukarundersökningar har förbättrats successivt och denna uppföljning visar också på en positiv utveckling. Ett fungerande ledarskap och engagerade medarbetare har bidragit till utvecklingen.

Ett fåtal förbättringsområden har framkommit vid granskningen. Verksamheten behöver säkerställa att klagomålshantering fungerar. Men behöver också se över de få områden där brukarundersökningen visar ett sämre resultat. Det finns även förbättringsområden runt användande av evidensbaserade metoder som utlovades som mervärde i avtalet. Verksamheten är medveten om sina förbättringsområden och det finns idéer och strategier för att ytterligare förbättra verksamheten som stöds av kompetensutveckling.

Kommunledningskontoret bedömer att den boende på Sirishof får en vård och omsorg av god kvalitet. Verksamheten bedöms leva upp till grundkraven på kvalitet i avtalet väl eller mycket väl. Sirishof har många mervärden som de garanterar att de ska uppnå i sitt avtal. Ännu lever verksamheten inte fullt ut upp till alla utlovade mervärden. Men bedömningen är ändå att man är på god väg att uppfylla det som utlovats. Sammanfattningsvis gör resultatet av uppföljningen att Kommunledningskontoret rekommenderar en förlängning av avtalet med Norlandia Care för driften av Sirishof.

Förslag till beslut

Kommunledningskontorets förslag till Programnämnd Social välfärd

- Kommunledningskontoret föreslår att avtalet med Norlandia Care AB förlängs med tre år till 2019-08-31
- Enheten redovisar genomförda åtgärder kopplade till förbättringsområden i sin årsberättelse 2015.

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.....	4
1.6	Begreppsdefinitioner	4
2	Resurser, organisation.....	5
3	Resultat - Bedömning av grundkrav.....	8
3.1	Aktiv och meningsfull tillvaro.....	8
3.2	Bemötande.....	10
3.3	Kontinuitet.....	11
3.4	Mat, måltid och nutrition	13
3.5	Personlig omvårdnad och service	15
3.6	Vård i livets slut.....	16
3.7	Den enskildes skydd	18
3.8	Delaktighet	20
3.9	Hälso- och sjukvård.....	22
3.10	Anhörigstöd	23
3.11	Tillgänglighet och information	25
3.12	Medarbetare och ledarskap	26
3.13	Dokumentation	27
4	Resultat - Bedömning av mervärde.....	29
4.1	Aktiv och meningsfull tillvaro.....	29
4.2	Bemötande och kontinuitet.....	30
4.3	Mat, dryck och måltidsmiljö.....	32
4.4	Personlig omvårdnad och service	33
4.5	Delaktighet	34
4.6	Personal	35
5	Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat.....	37
5.1	Sammanfattande tabell bedömning av alla kriterier grundkrav	37
5.2	Sammanfattande tabell bedömning av alla kriterier – mervärde	37
5.3	Resultat av granskningen – en sammanställning	38
	Källhänvisningar	38

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Sirishof drivs på entreprenad av Norlandia Care AB sedan hösten 2010. Längsta möjliga sammanlagda avtalstid är nio år. Nuvarande avtalsperiod är 2013-09-01 till 2016-08-31 med option för kommunen om förlängning i ytterligare 3 år. Överenskommelse om förlängning skall vara skriftlig och träffas senast tolv månader före respektive avtalstids utgång. Längsta möjliga sammanlagda avtalstid är nio år. Detta innebär att beslut om att förlänga avtalet måste fattas senast 2015-08-31.

1.2 Syfte

Syftet är i första hand att följa upp det unika avtalet, men också att göra en kvalitetsuppföljning enligt samma modell som används för enheter i Örebro kommun oavsett utförare. Kvalitetsuppföljningar är en del av vård- och omsorgs ledningssystem¹ för kvalitet och granskar enhetens förmåga att leva upp till lagstiftningens krav och politiska mål med fokus på den kvalitet som tjänsterna skapar för brukaren.

1.3 Mål

Målet med uppföljningen är att:

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

1.4 Metod för uppföljning

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

Uppföljningen av verksamheten har skett i tre delar

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

Inför besöket har insamling av data skett i form av:

- Enhetens verksamhetsplan
- Enhetens delårsrapport/verksamhetsberättelse
- Täthetsschema
- Medarbetarundersökning³
- Resultat av brukarundersökning
- Kvalitetsinspektioner
- Verksamhetsmätt
- Inkomna klagomål
- Avvikelse enligt Hälso- och sjukvårdslagen
- Granskning av hälso- och sjukvårdsjournaler (Särskilda kriterier)

¹ Riktlinje för kvalitetsuppföljning av enheter i vård och omsorg

² Egen tillämpning efter A. Donabedian.

³ Gäller ej entreprenader som redovisar resultat från egna medarbetarundersökningar.

- Granskning social dokumentation, med fokus på genomförandeplaner (Särskilda kriterier)
- Inspektioner från andra myndigheter

Den andra delen av granskningen har bestått i att besöka enheten. Vid besöket har två checklistor använts. Den första checklistan som avser grundkrav i avtalet har grupperat kvalitetskriterier⁴ i 13 kvalitetsområden. Den andra checklistan avser de mervärden som utföraren utlovat i avtalet. Checklistor har skickats ut i förväg till enheten. Enheten gör en självvärdering av hur väl de lever upp till kraven och återsänder listor ifyllda 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 grundkrav och mervärde bedöms

Grundkrav bedöms med en femgradig skala som möjliggör jämförelser med andra enheter

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.

Mervärden bedöms i poäng för sex avsnitt som var och en har tre bedömningsgrunder med poäng som jämförs med den bedömning som gjordes i samband med upphandlingen Respektive bedömningsgrund kan ge 0, 0,5 eller 1 poäng.

1.4.1 Organisation

I granskningsgruppen har ingått planerare, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och socialt ansvarig samordnare (SAS). Andra professioner som palliativ vårdssamordnare och anhörigstrateg har konsulterats i förberedelsearbetet.

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.

Vid granskningen deltog enhetens verksamhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut, aktivitets- och kulturansvarig samt två undersköterskor.

Ansvarig för sammanställning av rapport är en planerare som i sitt uppdrag ansvarar för att uppföljningsprocessen kan genomföras. Kommunens uppföljningsteam bestod av Jan Sundelius planerare (granskningsansvarig), Carina Carlsson planerare, Ylva Blix MAS, Christina Löf MAR och Malin Duckert SAS.

1.5 Omfattning

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

1.5.2 Avgränsning

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

1.6 Begreppsdefinitioner

Begrepp	Beskrivning
Kvalitet	Förmågan att leva upp till behov och krav hos dem vi är till för
Struktur/resurs kvalitet	Här förmåga att använda byggnad, utemiljö, utrustning, teknik, anställdas kompetens för dem vi är till för
Processkvalitet	Förmåga att med tilldelade och skapade resurser använda och utveckla arbetssätt, rutiner, så att det gagnar dem vi är till för
Resultat-/effektkvalitet	Resultat av insatta åtgärder i förhållandet till målet. Mäts ofta i Den kvalitet som de vi är till för upplever och i uppnådda mål.
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering
SAS	Socialt ansvarig samordnare
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
SOL	Socialtjänstlagen
Kvalitetsinspektion	Vård och omsorgs metod för kollegial granskning. Sjuksköterska och undersköterska från annan enhet gör inspektion under en dag.
Meddix	Internetbaserad tjänst för registrering, utbyte och arkivering av medicinska meddelanden i realtid

2 Resurser, organisation

Sirishof öppnades 1991 och är beläget centralt i anslutning till Stadsparken. Fram till 2010 drevs boendet i kommunal regi då Norlandia Care tog över boendet efter en upphandling. Norlandia Care är ett norskt företag som driver patienthotell och äldreboenden i både Norge och Sverige. Företaget driver sammanlagt tolv boenden i elva kommuner.

Norlandia Care har visionen: ”Gott liv- Varje dag!” Och vill att deras anställda ska kännetecknas av CARE som står för Kompetent, Ambitiös, Respektfull och Energisk.

Sirishof har formulerat sin verksamhetsidé på följande sätt i sin verksamhetsplan
”Det är viktigt för oss att varje boende får en innehållsrik och meningsfull vardag.
Därför lägger vi stor vikt vid måltider, aktiviteter och gemenskap. En vänlig atmosfär och kompetent personal är den bästa medicinen för ett tryggt och bra liv ”

Sirishof består av två hus med en entré som binder dem samman. Totalt finns sju enheter med vardera sju-åtta lägenheter. Två av enheterna är avsedda för personer med demenssjukdom, de andra fem är vårdboenden.

Antal lägenheter per inriktning

Inriktning	Antal
Vårdboende	37
Gruppboende demens	11
Vårdboende demens	8
Boende totalt	56
Korttidsvård totalt	0
Totalt antal platser	56

De boendes medelålder är 87 år⁵ vilket är något högre i kommunen totalt. Variansen i ålder är 67 till 102 år. De boende har sammansatta vård- och omsorgsbehov och många olika diagnoser.

Antal anställda och årsarbetare per personalkategori

Enhet	Anställda	Årsarbetare
Omvårdnadspersonal dag-kväll	43	34,24
Omvårdnadspersonal natt	8	5,74
Sjuksköterska	3	2,50
Arbetsterapeut	1	0,80
Ledning	1	1,00
Administration	1	0,55
Övriga	2	1,75
Totalt	59	46,58

Enheten har 0,83 årsarbetare per brukare totalt och 0,71 årsarbetare per brukare om man bara räknar omvårdnadspersonalen.⁶

⁵ Siffror från 31/12 2014

⁶ Tilldelad resurs i genomsnitt för boenden i kommunal drift är 0,95 åa/boende totalt och 0,81 åa per boende omvårdnadspersonal

Den genomsnittliga sysselsättningsgraden är 79 % att jämföra med genomsnittet 88 % i kommunens vård och omsorg. Enheten har en liten personalomsättning bland fast anställda

Dagtid arbetar normalt två- tre ur omvårdnadspersonalen per grupp vilket innebär 3,6 boende per personal. Bemanningen anpassas dock efter vårdtyngd Helgmorgnar arbetar två personer och kvällstid två personer på per grupp. Nattetid arbetar tre personer på hela enheten.

Sjuksköterskor arbetar dag och kväll. Kvällstid arbetar en sjuksköterska som då också har ansvar för Norlandias andra enhet Skäpplandsgården.

Verksamheten har en arbetsterapeut som arbetar 80 % och även en aktivitets och kulturansvarig som delar sin tid mellan Sirishof (4 dagar) och Skäpplandsgården (1 dag).

Verksamhetschef är utbildad sjuksköterska. Och har arbetet i verksamheten sedan 2011 och som chef sedan 2013.

Teamsamordnare på varje våning stödjer i ledningsarbetet och har ett informations- och samordningsansvar. Arbetsuppgifter som daglig bemanning, semesterplanering, lönerapportering och beställning av varor ligger också på samordnaren. Sjuksköterska, Aktivitets- och kulturansvarig, arbetsterapeut, kvalitetsteam, vårdteam arbetar över hela huset

Verksamheten har ett digitalt ledningssystem och rutiner finns samlade på ett överskådligt sätt

I brukarundersökningen som genomfördes våren 2014 fick Sirishof ett bra resultat jämfört med övriga kommunen, Resultat var förbättrat jämfört med 2013. De boende var mest nöjda med bemötande, trygghet, hänsyn till önskemål förtroende för personal samt trivsel i lägenheten. På de flesta frågorna i undersökningen hade Sirishof högre eller klart högre värden än både snitt i riket och i Örebro kommun. Endast på frågor om måltidsmiljö, personalens tillgänglighet samt var man ska vända sig vid klagomål är värden lägre än kommunsnitt. Andelen svarande på enkäten var mellan 60 och 80 % vilket är en god svarsfrekvens

Sedan senaste uppföljningen har inga Lex Sarah anmälningar varit aktuella och 2014 registrerades 6 klagomål.

Nedan ges en samlad bild av enhetens resultat på indikatorer kopplade till måluppfyllelse i årsberättelse 2014.

Resultat - Vård och omsorgs indikatorer årsberättelse 2014

Processer					
Mått	2012	2013	2014	Rikt värde	Måluppfyllelse
Beläggning vobo	95,6%	97,0%	99,4%	95,0%	
Andel med kontaktperson	100%	100%	100%	100%	
Andel med genomförandeplan	100%	100%	100%	100%	
Andel delaktiga i genomförandeplan	100%	100%	100%	100%	
Andel åtgärder på bedömd risk i senior alert	saknas	91%	86%	90%	

Brukarnas uppfattning

Mått	2012	2013	2014	Rikt värde	Måluppfyllelse
Andel nöjda med bemötande	88%	96%	97%	94%	
Andel nöjda med trygghet	94%	88%	94%	90%	
Andel nöjda med inflytande och delaktighet	71%	75%	92%	79%	
Andel nöjda med aktiviteter	67%	83%	81%	63%	
Andel nöjda med matens smak	82%	62%	80%	77%	
Andel nöjda med utevistelse	41%	54%	68%	58%	

Medarbetare

Mått	2012	2013	2014	Rikt värde	Måluppfyllelse
Genomsnittlig sysselsättningsgrad	79,6%	79,6%	79%	öka	
Andel utbildad omvårdnadspersonal	94%	90%	90%	91%	

Tidigare kvalitetsuppföljningar

Kvalitetsuppföljningar genomfördes på Sirishof 2011, 2012⁷ och 2013.

Vid uppföljningar 2011 och 2012 uppmärksammades förbättringsområden i kompetensutveckling, dokumentation och koppling till evidens och forskning. Sirishof bedömdes leva upp till grundkrav men inte fullt ut till de mervärden som utlovades i avtalet.






Vid uppföljningen 2013 hade resultat förbättrats och inga brister eller större förbättringsområden identifierades. Verksamheten nådde helt eller delvis upp till alla mervärden i avtalet.

⁷ Uppföljning av mervärde

3 Resultat - Bedömning av grundkrav

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	
Samarbete finns med frivilligorganisationer och andra aktörer.	X	

Resultat

Brukarundersökningen visar mycket goda resultat på samtliga frågor som berör området Aktiv och meningsfull tillvaro.

Brukarundersökning 2014 - andel nöjda i procent

Fråga	Sirishof	Örebro	Riket
Trivs med sitt rum/sin lägenhet	87	78	75
Tycker det är trivsamt i gemensamma utrymmen	70	63	65
Tycker det är trivsamt utomhus runt boendet	86	67	67
Är nöjd med de aktiviteter som erbjuds på äldreboendet	81	60	63
Möjligheterna att komma utomhus är bra	68	54	58

Verksamheten anger att aktiviteter erbjuds varje vardag och den enskilde tillfrågas om de vill medverka och att aktiviteterna som erbjuds är tillgängliga och kan anpassas så alla kan delta. I foajén finns en Tv-skärm som visar kontaktuppgifter, kommande aktiviteter och bilder från aktiviteter som genomförts. Information anslås även på varje avdelning och personalen påminner om vad som erbjuds på dagordningen. Varje vecka erbjuds planerad samvaro i form gymnastik, bingo, Café Hovet och fredagsmys som fasta aktiviteter. Varannan vecka erbjuds gudstjänst. Dessutom finns ett rörligt program där olika aktiviteter erbjuds t.ex. spel, korsord, bakning, damklubb, konsert, utflykter sång och myskvällar på avdelningarna.

Kultur- och aktivitetsamordnaren ansvarar för kontakt med Väntjänst, Nikolaikyrkan och Pिंगstkyrkan och Seniorshopen m.fl. för planering och samverkan.

Kontaktmannen har ett särskilt ansvar att genom de enskilda samtal de har med de boende, ta reda på/planerar tillsammans vad den boende önskar delta i för aktiviteter under perioden. Varje kontaktman har också tid avsatt för att umgås med sin boende. En blankett, ”aktivitetsgaranti”, används som underlag för vilka aktiviteter den enskilde gillar. Aktivitetsansvarig intervjuar också alla inflyttande om önskemål runt aktiviteter.

Arbeterapeuten genomför aktivitets- och funktionsbedömningar när den boende flyttar in till Sirishof. Uppföljning var sjätte månad samt vid förändringar.

I de tio granskade journalerna finns strukturerad arbetsterapeutisk aktivitetsbedömning i sju, vad gäller personlig ADL (*Tvätta sig, Kroppsvård, Sköta Toalettbehov, Klä sig, Äta och Dricka*) samt en mer utförlig bedömning av *Förflyttning*. Det framgår vad personen klarar självständigt och vilken typ av stöd/hjälp hen behöver. Kognitiva funktioner finns i samma sju journaler till viss del kartlagda under *Kommunikation*, men ingen strukturerad analys av kognitiva funktioner finns i hälso- och sjukvårdsjournalen

Verksamheten berättar att arbetsterapeutens bedömning finns till grund vid planering av individuell aktivitet och att den kommuniceras med övriga vid planerade träffar i verksamheten.

Foajén används vid större aktiviteter, glashusen på varje våningsplan används vid olika aktiviteter och är enligt verksamheten en naturlig samlingspunkt med liv och rörelse. Hörslina och ny ljudanläggning med tillbehör för att kunna koppla in gitarrer och mikrofoner finns. Bio finns och Wii-spel är inköpt som kan användas på alla avdelningar. Ett bibliotek är inrett och ett sinnenas och minnenas rum finns i foajén och används av både boende och anhöriga.

Utemiljön medger rörelse och aktivitet året runt. Verksamheten har köpt in bra utemöbler med parasoller och planterat växter i odlingslådor på ben för att underlätta för de rörelsehindrade som önskar lukta eller känna på blommor och andra växter och det finns bärbuskar och äppelträd. På baksidan finns en caféstuga där det under sommarhalvåret serveras kaffe med dopp, kulglass och dryck till boende, anhöriga och personal.

På sommaren finns det gångstråk i trädgården och hela Stadsparken finns runt knuten. Vintertid skottas entrégången så att den enskilde har möjlighet att komma ut. I samband med kommande ombyggnation av utemiljön 2015 kommer det bli längre gångstråk som är anpassade för de boende med hjälpmedel.

Analys

Sirishof har ett stort utbud av planerade aktiviteter. Individuella aktiviteter anpassas efter den enskildes behov och önskemål genom personcentrerad omvårdnad, kontaktmannaskap och arbetsterapeutens bedömning.

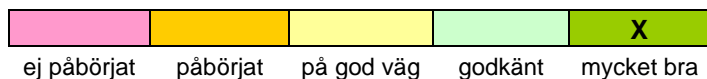
Kultur- och aktivitetsansvarig bidrar på ett avgörande sätt till det rika utbudet av aktiviteter.

Arbetsterapeutisk aktivitetsbedömning genomförs och finns som underlag vid planering och anpassning av aktivitet, men kognitiva funktionsbedömning som underlag för att kunna anpassa krav i aktivitet, bemötande och miljö är ett utvecklingsområde.

Utemiljön är under utveckling och innemiljön är väl utvecklad och tillvaratagen utifrån förutsättningarna. Foajén mycket välkomnande och möjlighet till olika miljöer och aktiviteter finns.

Värdering

Sirishof har ett genomtänkt koncept för arbetet med att skapa en aktiv och meningsfull tillvaro för de boende.



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	

Resultat

Brukarundersökning 2014 - andel nöjda i procent

Fråga	Sirishof	Örebro	Riket
Får bra bemötande från personalen	97	93	94
Känner förtroende för personalen	90	87	87

I brukarundersökningen får Sirishof höga betyg på bemötande. De boende vi samtalar med bekräftar detta. Under granskningsdagen, i synnerhet vid måltiderna som granskningsgruppen deltog vid, fanns flera exempel på ett gott bemötande i praktiken.

Sirishof kan beskriva hur man arbetare med Norlandias värdegrund (C.A.R.E) i vardagen. Värdegrunden bryts ner på avdelningsnivå och hålls levande genom teamsamordnare som också är utbildade värdegrundsledare. Värdegrunden är också en viktig del i introduktion av nyanställda. En enkel broschyr om värdegrunden i fickformat har tagits fram som delas ut till den anställde.

Den boende deltar vid skrivning av genomförandeplanen. Insatserna utgår från genomförandeplan. Genomförandeplanen lyfts på omvårdnadskonferenser (OVK) där teamet diskuterar vad som blir rätt respektive fel utifrån den boendes syn. Behov kopplade till olika livsåskådningar och sexualitet försöker man fånga upp genom den individuella planeringen.

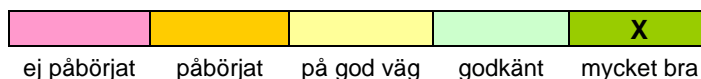
Analys

Sirishof har en värdegrund som är känd och förankrad i verksamheten. Detta bekräftas i bemötandet granskningsgruppen ser under uppföljningsdagen och via de goda resultaten på brukarundersökningen.

Sirishof arbetar med tydligt individfokus. Detta ger goda förutsättningar för att man är lyhörd för individuella önskemål kopplade till livsåskådning, kulturell bakgrund eller sexualitet.

Värdering

Det aktiva värdegrundsarbetet och det goda bemötandet gör att bedömning blir ”Mycket bra”.



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	

Resultat

Brukarundersökning 2014 - andel nöjda i procent

Fråga	Sirishof	Örebro	Riket
Personalen har tillräckligt med tid för arbetet	63	71	72
Personalen brukar informera om tillfälliga förändringar	64	54	50
Kan påverka vid vilka tider man får hjälp	62	58	60

Sirishofs resultat i brukarundersökningen på frågorna som berör kontinuitet har ett varierat resultat i jämförelse med snitt i Örebro och riket. Personalen är bra på att informera om förändringar men upplevs inte ha tillräckligt med tid för arbetet

Verksamheten har låg personalomsättning och man strävar alltid mot att minimera antalet timvikarier som återkommer till de olika avdelningarna.

Genomförandeplanen fylls i tillsammans med den boende eller med närstående/laglig företrädare. Genomgång av genomförandeplan och uppdatering var tredje månad samt vid behov. I planeringsverktyget praktiskt professionell planering (PPP) planeras hjälpinsatserna och utförs efter den enskildes behov och önskemål oavsett vem i personalgruppen som utför insatsen. Kontaktmannen ansvarar att planera in till exempel dusch och städ med den boende.

Verksamheten berättar att man dels har teamträffar (veckovis) och var sjätte vecka en OVK. På OVK kvalitetssäkras att genomförandeplaner är aktuella, det förefaller fungera tillfredställande. I SAS granskning av tio stycken är alla planer godkända utifrån formalia.

All ordinarie personal har fått utbildning till certifierad kontaktman. Utbildningen lyfter fram kontaktmannens viktiga roll. Kontaktpersonen ansvarar för att genomförandeplan uppdateras, att hålla kollegor uppdaterade om ”sin” boende och för goda kontakter med anhöriga.

Det är möjligt för de boende att byta kontaktperson om relationen inte fungerar.

Analys

Verksamheten har verktyg både för att säkra personkontinuitet och insatskontinuitet för de boende. Personalplanering och schemaläggning stödjer en god kontinuitet. Personalen är bra på att informera om tillfälliga förändringar. Planeringsverktyget PPP och genomförandeplaner används för att säkerställa att den boende får samma hjälp. Regelbundna teamträffar och OVK används för en samordnad planering.

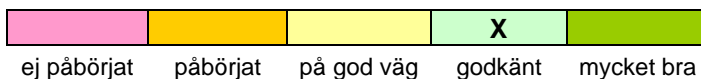
SAS saknar fortfarande synliggörande av teamträffar och OKV i de sociala journalerna. Detta är ett förbättringsområde eftersom träffar är en händelse av betydelse.

Verksamheten behöver också fundera på varför de boende upplever att personalen inte har tillräckligt med tid.

Kontaktpersonens ansvar är tydligt på Sirishof och utbildningssatsningen med certifiering har stärkt kontaktmannaskap.

Värdering

Sirishof har god kontinuitet i personalgruppen. Personalplanering och arbetssätt tar hänsyn till de boendes individuella behov och det finns ett fungerande kontaktmannaskap. Ovan beskrivna förbättringsområden kopplade till dokumentation och brukarundersökningen gör att värdering inte kan bli bättre än ”godkänt”.



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	
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	

Resultat

Brukarundersökning 2014 - andel nöjda i procent

Fråga	Sirishof	Örebro	Riket
Tycker att maten smakar bra	80	74	75
Upplever måltiderna som en trevlig stund	55	67	69

Maten på Sirishof lagas på Skebäcksgårdens kök. Potatis och grönsaker lagas på avdelningarna. Resultat på brukarundersökningen är bra gällande matens smak. De boende vi samtalar med på uppföljningsdagen är också alla nöjda med maten. På brukarundersökningens fråga om måltidsmiljö har Sirishof ett sämre resultat än snittet i riket och i kommunen.

Verksamheten berättar att personalen sitter ner tillsammans med de boende vid boendet, och för vardagliga samtal, räcker varandra mat dryck och hjälper till så att alla får vara med. Allt sker på ett lugnt och avspänt sätt. Inga störande ljud från tvättstuga, tv eller radion får förekomma enligt verksamhetens rutiner. Måltidsmiljön har också skapats olika för de olika vårdinriktningarna. Personal och boende hjälps åt att duka. Vid helger och högtider anpassas dukning, mat och dryck utifrån de svenska högtiderna. Man tar reda på om den boende vill äta gemensamt eller äta i sin lägenhet vid inflyttningssamtalen och Min livshistoria. Den boende väljer själv vid varje måltid om den vill äta gemensamt med de andra boende eller enskilt i egen lägenhet.

Vid besöket åt granskningsgruppen lunch på olika avdelningar och det var lugnt och tyst. Personal deltog i måltiden och samtalen kring borden var trivsamma. Maten serverades av

personalen från en vagn och den enskilde tillfrågades om vilken mängd och vilken rätt som önskades, det fanns två rätter att välja mellan.

Verksamheten arbetar systematiskt med egenkontroll av mat och måltid. Kontinuerlig uppföljning och utvärdering görs genom att måltiden tas upp på arbetsplatsträffar, kvalitetsteamsmöten samt regelbundna kostmöten. Mat- och måltidssituation diskuteras på alla boenderådsmöten och kontinuerliga kostmöten hålls med kostchef från köket där synpunkter och åsikter diskuteras.

Riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar sker på teamträffar och omvårdnadskonferenser där varje professions kunskap tas till vara. Viktkontroll tas varje halvår i samtliga journaler fanns vikten dokumenterad och uppföljd. Journalgranskningen bekräftar också att Senior Alert riskbedömningar sker var sjätte månad samt vid behov i åtta av tio granskade journaler fanns risk för undernäring. Norlandia Care har ingen dietistkompetens i företaget som kan stödja verksamheten.

Frukost, fika, lunch, eftermiddagsfika, middag och kvällsfika erbjuds dagligen. Den enskilde erbjuds nattmål om den är vaken och nattfastakontroller sker tre gånger/år vilket också framgår i nio av tio granskade journaler.

Kostombud finns på varje avdelning och dessa går en kostombudsutbildning i 4-steg anordnad av Örebro Kommun.

Den boendes funktionsförmåga när det gäller måltiden dokumenteras enligt verksamheten i genomförandeplanen. Arbetsterapeutisk aktivitets- och funktionsbedömning i aktiviteterna ”Äta och ”Dricka” finns i sju av tio journaler.

Analys

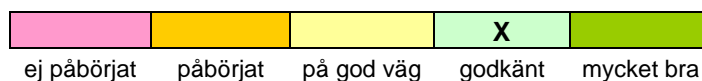
Maten på Sirishof upplevs som god och måltiderna som granskningsgruppen deltog i deltog vid var positiva upplevelser. Stöd och hjälp gavs efter individuella behov och på ett diskret och värdigt vis. För att öka trivsselfaktorn hade det varit trevligt om det funnits lite kryddor, smör och bröd på bordet men det saknades. Sirishof arbetar med en samlad pedagogisk måltid där personal sitter med och äter vid måltiden vilket skapar en lugn och trivsam måltidsmiljö.

De positiva upplevelserna vid måltiderna motsägs av resultatet på brukarundersökningen som var relativt svagt. Verksamheten behöver göra en analys vad det står för, och om man kan vidta åtgärder för att förbättra måltiderna ytterligare.

Riskbedömningar görs och rutin finns för kontroll av nattfasta. Vårdplaner upprättas vid behov. Vikt följs varje halvår och kostombud finns på varje avdelning.

Värdering

De boende är nöjda med maten och verksamheten har fungerande rutiner och arbetsätt inom de flesta granskade kriterier. Resultat på brukarundersökning avseende måltidsmiljö är svaga. En samlad bedömning ger därför bedömningen ”Godkänt”.



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

Resultat

Enligt verksamhetens stimuleras den enskilde att använda sin förmåga att klara sig själv. I genomförandeplanen framkommer vad den boende behöver för insatser och vad som kan utföras av den boende. Arbetsterapeutisk bedömning till grund för anpassning av stimulans och stöd i aktivitet finns i samtliga granskade journaler.

Den enskilde får hjälp att sköta sina syn- och hörselhjälpmedel efter sina behov och önskemål. Kontaktmannen har huvudansvar att ge den boende stöd och hjälp att sköta hörsel- och synhjälpmedel. Utbildning i syn- och hörselhjälpmedel har genomförts 2014

Munhälsobedömning av tandhygienist erbjuds alla boende minst en gång per år. I nio av tio granskade journaler fanns dokumentation av munvårdsbedömning. Personens munvårdskort från tandhygienisten placeras lättillgängligt i den boendes lägenhet. Kontaktmannen genomför ROAG bedömning⁸ vid varje ny riskbedömning i Senior Alert samt vid behov. I samtliga tio granskade journalerna fanns dokumentation om utförd bedömning. Munvård dokumenteras även i genomförandeplanen.

Inkontinensskydd provas ut individuellt och förskrivs av sjuksköterska. Personal har fått utbildning i olika inkontinensskydd samt vikten av att den enskilde får sitta på toaletten.

Aktivitets- och sömnprofiler används för att kontrollera när på dygnet oron/ångest uppstår. Eventuella problem diskuteras med den boende i första hand om möjligt och

⁸ ROAG = Revised oral assessment guide

sedan i teamet på teamträffar och omvårdnadskonferenser för att hitta lämpliga omvårdnadsåtgärder. Qualid används för att mäta livskvaliteten vid svår demenssjukdom. Verksamheten har genomgått utbildning i BPSD-registret⁹, men har ännu inte börjat använda detta till stöd. Man anger att detta planeras under 2015.

Vid smärtproblematik samtalar sjuksköterskan först med den boende om det är möjligt, för att bilda sig en uppfattning om och hur smärtan upplevs. Smärtproblematiken tas sedan upp med ansvarig läkare för eventuell åtgärd. Vid kognitiv svikt används smärtskattningsinstrument Abbey Pain Scale och resultatet dokumenteras i journalen. Uppföljning sker sedan på rond, teamträffar och omvårdnadskonferenser.

Kontaktsmannen ansvarar för städning av lägenheter. Gemensamma utrymmen på avdelning städas enligt schema. Vaktmästare städar gemensamma ytor i huset såsom foajén. Vid rundvandring på enheten är det fräscht och välstädat.

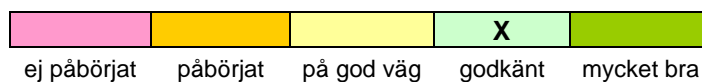
Analys

Inom området personlig omvårdnad har verksamheten ytterligare förbättrat sitt arbete när det gäller munhälsa. Munhälsobedömning av tandhygienist erbjuds alla boende och kontaktpersonen utför ROAG inom Senior Alert. Rutiner finns för bedömning av smärta och oro/ångest Validerade bedömningsinstrument används. Teamsamverkan mellan yrkeskategorier är en styrka.

Arbetsterapeut och sjuksköterska har en handledande roll och medvetna strukturer och metoder finns för att tillhandahålla ett rehabiliterande förhållningssätt och stöd anpassat efter den enskildes behov.

Värdering

MAS och MAR värderar att detta område är godkänt.



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	

Resultat

I en av de granskade journalerna går det där att följa sjuksköterskans observationer, kontakter med anhöriga, ställningstagande till vak, smärtstillande, läkarkontakter, omvårdnadsinsatser vedertagna metoder används som stöd vid bedömningar.

⁹ BPSD = Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

Beskrivningen ovan visar på förbättringar som syns i statistiken från det palliativa registret. I jämförelse med statistiken vid föregående kvalitetsuppföljning 2013 har förbättringar skett inom sju målområden och målvärde har uppnåtts i fem områden. Område som sticker ut är utförd validerad smärtskattning som gått från värde 28 till 82.

Resultat palliativ vård i livets slut under perioden 2014:01 -2014:4 Sirishof

Antal vårdtillfällen i urvalet

11

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Eftersamtal erbjudet	100	100
Läkarinformation till patienten	100	91
Uppfyllt önskemål om dödsplats	100	36
Munhälsa bedömd	100	100
Avliden utan trycksår	90	100
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	100
Utförd validerad smärtskattning	100	82
Lindrad från smärta	100	100
Lindrad från illamående	100	91
Lindrad från ångest	100	91
Lindrad från rosslig andning	100	91
Läkarinformation till närstående	100	100

Verksamheten anger att de följer riktlinjen för palliativ vård som finns i Örebro kommun. En sjuksköterska och ett ombud på varje avdelning har gått utbildning i palliativ vård som anordnas av Örebro kommuns palliativa vårdsamordnare.

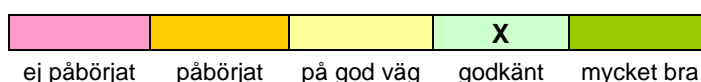
Läkaren genomför brytpunktssamtal med den boende och anhöriga. Palliativa ordinationer ordinerar när den boende går över till sen palliativ vård. Tjänstgörande sjuksköterska ordinerar vak dygnet runt endast personal som känner den boende sitter vak. Anhöriga erbjuds ett efterlevandesamtal efter 6-8 veckor, som kan utföras av antingen sjuksköterska eller undersköterska.

Analys

Verksamheten har gjort stora förbättringar sedan föregående kvalitetsuppföljning det visar både journalgranskning och statistik från palliativa registret. Den största förbättringen i statistiken står användningen av validerad smärtskattning för.

Värdering

MAS värderar att Sirishof inom detta område är godkänt.



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	

Resultat

Brukarundersökning 2014 - andel nöjda i procent

Fråga	Sirishof	Örebro	Riket
Känner sig trygg på sitt äldreboende	94	89	89

Brukarundersökning visar att de boende känner sig trygga på Sirishof. Detta bekräftas av de samtal granskningsgruppen hade med några av de boende.

Rutiner finns för att den enskilde ska hållas fri från vårdskador och missförhållanden. Rutiner för Lex Sarah och Lex Maria går igenom varje år och det lämnas även ut skriftlig information. Klagomål diskuteras i gällande arbetsgrupp eller enskilt.

Enligt verksamheten känner personalen till hur avvikelshanteringen går till och gör avvikelserapporter vid behov. Personal skriver avvikelser i kvalitetsledningssystemet TQM. Strukturerade och tydliga rutiner finns. Orsak till alla avvikelser analyseras av utsedd saksbehandlare där sannolikhet för upprepning och konsekvens för den boende framkommer. Avvikelser redovisas en gång i månaden till medicinskt ansvariga enligt överenskommen rutin.

Skydds- och begränsningsåtgärder (lås, bälten, grindar etc.) används enligt verksamheten efter individuell bedömning. Arbetsterapeut, sjuksköterska och omvårdnadspersonal diskuterar i teamet om hjälpmedel. Uppföljning av insatta skydds- och begränsningsåtgärder sker regelbundet i teamet. I sex av de granskade journalerna finns skydds- och begränsningsåtgärder. Dessa är dokumenterade så att syfte, samtycke och uppföljning i teamet och med den enskilde framgår.

Riskbedömningar görs enligt verksamheten i Senior Alert 1-2 ggr om året eller vid behov. Enligt statistik från Senior alert för år 2014 var andelen boende med aktuell riskbedömning 95 %. Andelen med risk som hade en kopplad åtgärd var 86 %.

I samtliga granskade journaler fanns riskbedömning enligt Senior Alert dokumenterad för fall, trycksår och undernäring. Vid risk vidtas åtgärder och följs upp. Utöver riskbedömningarna kontrollerar sjuksköterskan varje halvår den enskildes vikt, blodtryck, puls och blodsocker. Dokumentation av dessa kontroller fanns i alla granskade journaler.

Verksamheten har rutiner för att risker för trycksår registreras, förebyggs, åtgärdas och följs upp. Hudkontroll sker en gång per månad på alla boende. Vid risk för trycksår gör arbetsterapeut, sjuksköterska bedömning om åtgärder. I sex av tio granskade journaler fanns dokumentation om hudkontroll. Kontakt med specialistsjukvård sker vid behov.

Fallskador förebyggs med individuella och generella åtgärder. Fallriskbedömning utförs på alla boende.

Högintensiv funktionell träning (HIFE¹⁰) erbjuds i samverkan sjukgymnast och arbetsterapeut. Lokala rutiner finns för rapportering och hantering av fallhändelser.

Personal har fått utbildning i basala hygienrutiner och dessa ska tillämpas i allt vårdarbete. Egenkontroll av hygien utförs med dolda inspektioner fyra ggr per år enligt rutin av boendets hygienombud eller kvalitets-teamet. En kollega observerar en annan under dagen och noterar enligt ett protokoll. Hygienprotokollet lämnas sedan till kvalitetsteamet som registrerar in det som noterats i kvalitetssystemet TQM.

Larmsystemet byttes ut och togs i bruk i oktober 2014. Det nya larmsystemet fungerar enligt verksamheten bra och alla boende har individuellt anpassade larm. Larmombud finns på alla avdelningar. Arbetsterapeut, teamsamordnare och teamledare är utbildade att programmera larm. Rörelselarm används vid behov som skyddsåtgärd och omfattas av rutinerna för skydds- och begränsningsåtgärder.

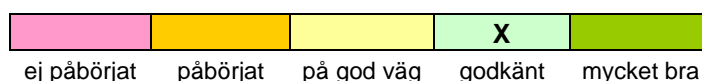
Analys

På Sirishof finns ett systematiskt och strukturerat arbete för den enskildes skydd och bra lokala rutiner finns som tydliggör ett strukturerat arbetssätt med bedömning, samtycke, teamsamverkan och uppföljning med den enskildes delaktighet.

Riskbedömningar görs i Senior Alert, åtgärder vidtas och följs upp och dokumenteras. System för egenkontroll finns för att kontrollera följsamheten till tillämpningen av de basala hygienriktlinjen. Varje halvår kontrolleras också den enskildes vikt, blodtryck puls och blodsocker som en del i patientsäkerhetsarbetet kontrollerna är dokumenterade i journalen, så det finns ett utgångsvärde om patienten blir sämre.

Värdering

MAS-MAR värderar att Sirishof är godkänt på gränsen till mycket bra inom området.



¹⁰ HIFE = High-Intensity Functional Exercise

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	

Resultat

Brukarundersökning 2014 - andel nöjda i procent

Fråga	Sirishof	Örebro	Riket
Personalen tar hänsyn till brukarens egna åsikter och önskemål	92	79	79

Sirishof hade bra värden för delaktighet i senaste brukarundersökningen. Andel nöjda var klart högre än snittet både för kommunen och för riket.

Ett konkret sätt att kontrollera den enskildes delaktighet och inflytande är genom dokumentationen.

Den enskilde eller legal ställföreträdare har varit närvarande i de tio genomförandeplaner som granskats. En klar förbättring jämfört med den förra granskningen. Att skriva i jag-form synliggör den enskilde värdefullt sätt.

Uppföljning kan synliggöras bättre i de sociala journalerna. Merparten av de granskade planerna är innehållsrika och ger en tydlig vägledning vad den enskilde har för vanor och önskemål. Kontaktpersonen och kontinuitet kan synliggöras utöver praktiska sysslor. Det framkommer också behov och önskemål och individuella aktiviteter. Verkställigheten återfinns också i den löpande journaltexten.

Två av planerna är något allmänt hållna, det går fortfarande att läsa ut vad som ska göras. Det finns utrymme för förbättring med det är ingen brist.

SAS bedömningen av planerna görs med utgångspunkt från SOSFS 2014:5. Det är också med den föreskriften som verksamheten hänvisar till vid upprättande och uppföljning av planer. Om egenkontrollen fungerar tillfredställande ska SAS inte finna några brister i formalia. SAS använder en granskningsmall som är känd för verksamheten.

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 Sirishof är att samtliga planer är godkända.

De löpande journalanteckningarna är överlag mycket tillfredställande. Det går att följa händelseförlopp över tid. Men förbättring önskas fortfarande vad gäller synliggörande av den individuella vård och omsorgsprocessen. Likaså bör det synas att man erbjudit den enskilde att upprätta en levnadsberättelse.

Verksamheten har rutiner för teamsamverkan. Teamträffar planeras in av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Kontaktperson och sjuksköterska, arbetsterapeut ansvarar för dokumentation inom respektive område samt att informera övriga. Som arbetsmetod används personcentrerad omvårdnad med den boende i fokus och salutogent förhållningssätt. Omvårdnadskonferenser sker enligt fast schema var 6:e vecka. På omvårdnadskonferenser medverkar all personal på avdelningen, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och arbetsterapeut. I samtliga granskade hälso- och sjukvårdsjournaler finns omvårdnadskonferenserna dokumenterade.

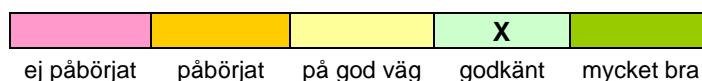
Analys

Sirishof har mycket goda resultat på frågor om delaktighet i brukarundersökningarna. Det är en bekräftelse på att man på ett systematiskt sätt lyckas fånga upp de boendes önskemål och intressen och omsätta det i meningsfulla aktiviteter. Det finns också fungerande forum för medbestämmande som boenderåd och anhörigråd.

Granskning av genomförandeplanerna bekräftar att den individuella vård- och omsorgsprocessen fungerar. Verktyg för att fånga upp den enskildes individuella behov finns och används för att skapa förutsättningar för att anpassa vården och omsorgen då den enskildes behov förändras. BPSD-registret är ytterligare ett verktyg, som är under utveckling. Rutiner och strukturer för teamsamverkan finns

Värdering

En korrekt genomförandeplan är en indikator på att delaktighet och inflytande fungerar fullt ut. Om verksamheten ytterligare synliggör händelser av betydelse exempelvis genomförda uppföljningar och teamträffar så blir bedömningen ”Mycket bra”.



3.9 Hälsa- 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	
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	

Resultat

Brukarundersökning 2014 - andel nöjda i procent

Fråga	Sirishof	Örebro	Riket
Har lätt att få träffa sjuksköterska vid behov	64	82	78
Har lätt att få träffa läkare vid behov	57	62	58

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska finns tillgänglig för den enskildes behov enligt schema. Trots verksamheten ökat bemanning för sjuksköterska visar resultat från brukarundersökningen att de boende är mindre nöjda med tillgång på sjuksköterska än på andra enheter.

Verksamheten anger att arbetsterapeut finns tillgänglig för den enskildes behov och deltar mer aktivt än vid tidigare kvalitetsuppföljning i teamarbetet samt vid utförande av aktiviteter och handledning.

Sjukgymnast besöker Sirishof varje vecka och finns tillgänglig vid behov.

Sirishof har en lokal rutin för samverkan med läkare på Skebäcks vårdcentral. Tid för ronder finns avsatt fyra h/vecka. Rutin finns hur man kontaktar läkare övriga tider. Vid försämrat hälsotillstånd använder verksamheten checklista för beslutsstöd. I tre av de tiogranskade journalerna fanns dokumentation av vitalparametrarna i checklistan beslutstöd.

Informationssystemet Meddix används då en boende blir inlagd på sjukhus. Verksamheten är inte ansluten till den Sammanhållna journalen NPÖ.

Verksamheten anger att instruktion och delegering säkerställs utifrån omvårdnadspersonalens kompetens och rutiner finns för detta. Inför delegering av gör omvårdnadspersonalen en skriftlig kunskapstest. Sjuksköterska rättar och går igenom kunskapstestet. Inför insulindelegering instrueras och övervakas insulingivning av sjuksköterska innan delegering ges. Ordinationshandling skrivs ut i systemet Pascal. Pascallistor finns i boendepärmen där ordinationer framgår. I de granskade hälso- och sjukvårdsjournalerna framgår instruktioner till omvårdnadspersonal samt uppföljning av instruerade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Sjuksköterska från Sirishof ingår i Örebro kommuns samarbetsgrupp för läkemedelsgenomgångar. Läkemedelsgenomgång sker inom en månad efter att den boende flyttat in samt en gång per år och vid behov. Lokal rutin finns och följs. I samtliga granskade journaler finns uppgifter om läkemedelsgenomgång.

Verksamheten anger att arbetsterapeut förskriver hjälpmedel vid behov med aktivitets- och funktionsbedömning som grund. Omvårdnadspersonalen instrueras av arbetsterapeut. Uppföljning och utvärdering av förskrivna hjälpmedel görs av arbetsterapeut och i samråd i teamet under omvårdnadskonferenser.

Analys

Det finns rutiner för att hälso- och sjukvårdspersonalen ska vara tillgänglig för den enskilde och för personalen. Verksamheten behöver analysera varför de boende upplever tillgänglighet till sjuksköterska som mindre bra.

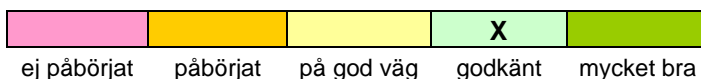
Lokala rutiner finns för läkemedelshantering. Läkemedelsgenomgångar genomförs och dokumenteras. Bra rutiner finns för instruktion och delegering som skriftligt kunskapstest och rutin för observation vid instruktion.

Läkemedelsgenomgångar är dokumenterade, Positivt är att det i journalen dokumenteras frågeställningar och åtgärder.

Hjälpmedel förskrivs enligt förskrivningsprocessen. I dokumentationen framgår bedömning, utprovning och uppföljning med den enskildes delaktighet och i samverkan med teamet.

Värdering

MAS-MAR värderar att Sirishof inom detta område är på nivå godkänt.



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	

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Anhörigombud finns	X	
Enheten har en lokal rutin för att stödja anhöriga	X	
Enheten informerar om och förmedlar kontakt med Anhörigcentrum	X	

Resultat

Verksamheten beskriver att anhöriga alltid bjuds in att delta vid planering av vård och omsorg om den boende själv vill. Kontaktpersonen ansvarar för att göra överenskommelse med anhöriga om hur kontakt ska ske.

Anhöriga är alltid välkomna att delta vid aktiviteter som arrangeras på Sirishof exempelvis caféverksamhet.

Brukarundersökning 2014 - andel nöjda i procent

Fråga	Sirishof	Örebro	Riket
Fungerande samarbete mellan närstående och boendet	88	89	88

Brukarundersökningen visar att de flesta boende är nöjda med Sirishofs samarbete med närstående.

Verksamheten ordnar anhörigräffar två gånger per år. Vid en av träffarna har utbildning om demens anordnats. Sirishof har sedan många år tillbaka ett aktivt anhörigråd som träffas varannan månad.

Kommunens anhörigstrateg har konsulterats i uppföljningen. Hans bedömning är att Sirishof uppfyller kvalitetskriterier väl inom området Anhörigstöd. Verksamheten har ett väl fungerande samarbete med kommunens Anhörigcentrum som också har informerat vid anhörigräffar och anhörigråd. Information om Anhörigcentrum finns tillgänglig på Sirishof.

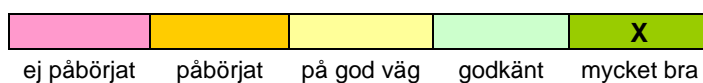
Det finns utbildade anhörigombud på enheten

Analys

Sirishof har ett väl fungerande arbete runt anhörigstöd. Verksamheten har en välkomnande attityd mot anhöriga. Delaktigheten säkras generellt via ett fungerande anhörigråd och individuellt genom att anhöriga bjuds in till vårdplaneringar.

Värdering

Sirishof har kommit långt i arbetet med anhörigstöd och bedöms ha mycket väl fungerande rutiner och arbetssätt som stödjer anhöriga.



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	

Resultat

Brukarundersökning 2014 - andel nöjda i procent

Fråga	Sirishof	Örebro	Riket
Har lätt att få kontakt med personalen på äldreboendet	68	81	85
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	35	43	46

Information om Sirishof på kommunens hemsida finns och är aktuell. Sirishof har också en egen sida på företagets hemsida som innehåller relevant information. En informationsbroschyr om Sirishof lämnas och en om Norlandia care lämnas ut till nyinflyttade och andra intressenter.

Boendet är väl skyltat såväl in- som utvändigt. TV-skärmen med aktuell information om verksamheten (se 3.1) är informativ och ger ett välkomnande intryck.

All personal vi möter under besöket bär namnskylt och arbetskläder Norlandias färger.

Resultat på brukarundersökningen visar att de boende inte tycker att det är särskilt lätt att få kontakt med personalen.

Sirishof tog emot sex klagomål under 2014. Två klagomål har inkommit till kommunen som båda har åtgärdats på ett adekvat sätt i verksamheten. På avdelningarna finns blanketter för synpunktshantering och det är också möjligt att lämna in klagomål via telefon eller e-post. Klagomål hanteras enligt verksamheten omgående och återkoppling till den som klagat sker. Man upplever att det finns ett motstånd från boende och anhöriga att formalisera klagomålen. Verksamheten ett svagt resultat på fråga i brukarundersökningen om man vet var man ska vända sig vid klagomål.

Analys

Information om Sirishof är lättillgänglig. Hemsida och annan skriftlig information är aktuell och tydligt utformad. TV:n i foajén är ett extra plus i sammanhanget och ett gott exempel för andra enheter. Hemsidan kunde innehålla mer löpande information om

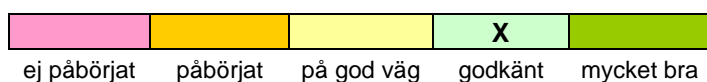
verksamheten med bilder och aktuella frågor på samma sätt som TV:n i foajé. Då skulle anhöriga som inte kan besöka verksamheten så ofta kunna se vad som händer.

Det finns utarbetade rutiner för tillgänglighet. Man arbetar för att det ska vara lätt att komma i kontakt med verksamheten. Sannolikt är det skälet till att de boende ger höga betyg på tillgängligheten i brukarundersökningen. Verksamheten uppfyller också garantin om att alla ska bära namnskylt.

Det är alltid svårt att värdera klagomålshandlingen när en verksamhet redovisar få klagomål. Den beskrivning verksamheten ger och dokumentation runt inkomna klagomål pekar på att klagomålshandling fungerar tillfredsställande. Däremot behöver verksamheten analysera varför så få svarande i brukarundersökningen verkar veta var man ska vända sig vid klagomål.

Värdering

Sirishof är en tillgänglig verksamhet som och bedriver ett bra arbete runt information. Resultat i brukarundersökningen på tillgänglighetsfrågor är det som hindrar betyget från att bli ”Mycket bra” är frågetecken runt klagomålshandlingen.



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	
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 andra kunskapsområden viktiga för granskad verksamhet och möjlighet till ständig fortbildning/fördjupning inom området.	X	
Personalomsättningen bevakas för att säkerställa kontinuitet för den enskilda boende.	X	
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	

Resultat

Sirishof har en något lägre bemanning på sitt täthetsschema än genomsnittet på kommunens boenden. Bemanning på enheten följer dock det täthetsschema som är avtalat. Bemanning för sjuksköterska är något högre än vad avtalet kräver. Bilden är också att bemanningen anpassas flexibelt efter de boendes behov.

90 % av omvårdnadspersonalen har utbildning motsvarande undersköterska, vilket är ett genomsnittligt värde i Örebro kommun. All personal behärskar enligt verksamheten svenska språket. Fortbildning sker enligt årlig plan med hjälp inom ramen för den så kallade "NC-skolan" som är Norlandias koncept för internutbildning. Utbildning i demensvård har genomförts för all personal och fortbildning prioriteras varje år.

Verksamheten uppger att alla medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan. Det finns även en övergripande planering och kompetensutveckling för enheten.

Personalomsättningen bland den fast anställda på är låg. Omsättningen på vikarier har dock varit högre under den senaste tiden.

Verksamheten har en genomtänkt strategi för introduktion av nyanställda där värdegrunden är ett naturligt inslag. En uppföljning tillsammans med den nyanställda sker alltid efter 2-4 veckor.

Sirishof har ett ledningssystem för kvalitet som är känt och används i vardagen. Verksamheten genomgår en ISO-certifiering av sitt ledningssystem under 2015. Ansvarsfördelning mellan olika personalkategorier är väl beskrivet. Enheten arbetar systematiskt med att åtgärda förbättringsområden och brister.

Analys

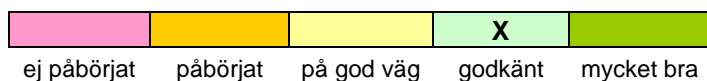
Bemanning på Sirishof följer avtalet. Verksamhetens vilja att kunna bemanna mer flexibelt utifrån verksamhetens behov bedöms som positivt.

Sirishof har en erfaren och välutbildad personalgrupp som har en vilja att utvecklas vidare. Möjligheterna till kompetensutveckling är goda.

Organisation och ansvarsfördelning är tydlig på enheten. Bedömningen är att det finns ett fungerande ledarskap och en engagerad personalgrupp på Sirishof.

Värdering

Sirishofs arbete runt medarbetare och ledarskap fungerar bra.



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	

Kvalitetskriterier och enhetens självvärdering	Ja	Nej
Enheten lever upp till kraven i Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården, SOSFS 2008:14 och med tillägg SOSFS 2011:8.	X	
Rutin för egenkontroll av dokumentation SOL finns	X	
Rutin för egenkontroll av dokumentation HSL finns	X	

Resultat

Dokumentationsgranskning som beskrivits i tidigare avsnitt visar att verksamheten väl lever upp till krav på dokumentation i föreskrifter

Personlig inlogg krävs för tillgång till journalsystemet. Uppdaterat journalsystem med nytt rubrikträd utifrån ICF är genomfört februari 2015.

Den enskildes delaktighet vid planering och uppföljning och samtycke till skydds- och begränsnings-åtgärder och framgår i de granskade hälso- och sjukvårdsjournalerna.

Lokal rutin för egenkontroll av såväl SOL- som HSL-dokumentation finns.

Analys

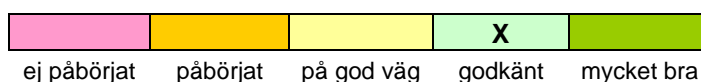
Det finns en bra kvalitet i genomförandeplanerna och i den löpande sociala dokumentationen. Det syns att det finns en grundkunskap om hur dokumentationen ska utföras, vilket gör att helhetsintrycket av journalgranskningen är högre jämfört med andra vård och omsorgsboenden. Egenkontrollen fungerar också tillfredställande, vilket är mycket positivt.

Kraven på hälso- och sjukvårdsdokumentation uppfylls och den systematiska och frekventa egenkontrollen ger bra stöd att säkerställa och utveckla dokumentationen.

Utvecklingen av sökordsträdet ger nya förutsättningar att utveckla strukturen enligt det nationellt fastställda fackspråket ICF, vilket är positivt vid informationsöverföring mellan vårdgivare och aktörer.

Värdering

Såväl den sociala dokumentationen som hälso- och sjukvårdsdokumentationen bedöms som godkänd.



4 Resultat - Bedömning av mervärde

I avsnittet redovisas bedömning av hur väl verksamheten har levt upp till de mervärden som utlovats i avtalet. Ibland är det inte helt enkelt att bedöma grundkrav och mervärden separat. Vi har ändå för tydlighets skull valt att göra bedömningen av mervärden som en separat del med risk att det blir en del upprepningar.

Mervärden bedöms i poäng för sex avsnitt som var och en har tre bedömningsgrunder med poäng som jämförs med den bedömning som gjordes i samband med upphandlingen. Respektive bedömningsgrund kan ge 0, 0,5 eller 1 poäng.

4.1 Aktiv och meningsfull tillvaro

Bedömningsgrund 1

Planerad samvaro med varierat utbud sker minst två gånger per vecka. Aktiviteterna är tillgängliga även för personer som har omfattande funktionsnedsättning. Enheten har en tydlig plan för samarbete med externa aktörer.

Analys

Sirishof erbjuder ett rikt utbud av planerad samvaro dagligen både i grupp och individuellt. Aktiviteter är anpassade och tillgängliga för personer med omfattande funktionsnedsättning. Kultur- och aktivitetsansvarig upprättar plan för samarbete med externa aktörer som bidrar till ett varierat utbud av aktiviteter.

Värdering

Mervärdet bedöms uppfyllt i alla delar.

Bedömning anbud	1 poäng
Bedömning uppföljning	1 poäng

Bedömningsgrund 2

De boendes individuella intressen och önskemål fångas upp och omsätts på ett systematiskt sätt för att få en meningsfull vardag. En evidensbaserad metod/koncept används för att skapa en aktiv och meningsfull tillvaro för de boende

Analys

Det finns ett utarbetat arbetssätt för att fånga upp den enskildes önskemål gällande aktiviteter. Inflyttningssamtalet lyfts fram som en framgångsfaktor för att identifiera vanor, intressen och önskemål. Även personcentrad omvårdnad är det förhållningssätt som ska genomsyra mötet med den enskilde boende. Önskemål om aktiviteter kan också framkomma via boenderådet, anhörigrådet eller personalens aktivitetsråd. Det är tilltalande med tre olika forum för att etablera en aktiv och meningsfull vardag.

Som evidensbaserad metoder anger verksamheten att de arbetar med personcentrerad omvårdnad och att varje insats utifrån detta ska vara individuellt anpassad. Verksamheten anger också att de arbetar utifrån den Jag-stärkande metoden och utifrån denna ser de boendes individuella intressen och kan på så sätt bemöta de boendes önskemål. I den Jag-stärkande metoden som utgår ifrån mötet mellan den boende och kontakten med

omvårdnadspersonalen, är det omvårdnadspersonalens uppgift att stärka den boendes självförtroende i deras egna val.

Att arbeta enligt denna metod innebär en strukturerad kartläggning och planering av bemötande och stöd till personer med demenssjukdom med utgångspunkt i att stödja sviktande jag-funktioner och ta tillvara de jag-funktioner där personen har mer resurser. Arbetet med ett Jag-stödjande är inte särskilt framträdande utifrån ett teori-perspektiv. Det innebär dock inte att verksamheten inte utgår från den enskilde och dennes behov. Det är alltid utmanande att synliggöra teori och metod i dokumentationen trots det behöver det synliggöras bättre. Det är en brist att det inte är mer framträdande.

Värdering

Verksamheten arbetar med att fånga upp de boendes aktiviteter på ett systematiskt sätt. Strukturerat arbetssätt enligt Jag-stödjande förhållningssätt är ett utvecklingsområde.

Bedömning anbud	1 poäng
Bedömning uppföljning	0,5 poäng

Bedömningsgrund 3

Den yttre och inre miljön har utvecklats utifrån det lokala boendets förutsättningar

Analys

Sirishof erbjuder en bra inre och yttre miljö för de boende utifrån förutsättningar. Foajén är välkomnande och bidrar till det hotellkoncept som Norlandia Care vill erbjuda. Gemensamhetsutrymmen på de övriga våningarna och utemiljön har utvecklats sedan föregående granskningar. Det finns också tankar på hur miljön kan utvecklas ytterligare.

Värdering

Mervärdet bedöms uppfyllt.

Bedömning anbud	1 poäng
Bedömning uppföljning	1 poäng

4.2 Bemötande och kontinuitet

Bedömningsgrund 1

Åtgärder vidtas för att uppnå god kontinuitet och det finns metoder och arbetssätt som säkrar att insatserna utförs av samma personal i förhållande till den enskilde. Utformningen av täthetsschema/bemanningschema kommer att ligga till grund för bedömningen att tillgodose brukarnas behov av personalkontinuitet.

Analys

Sirishofs metoder för att säkra god personkontinuitet beskrivs under avsnitt 3.3 ovan. Man följer även ett täthetsschema som överensstämmer med det som finns i avtalet.

Värdering

Mervärdet bedöms som uppfyllt.

Bedömning anbud	1 poäng
Bedömning uppföljning	1 poäng

Bedömningsgrund 2

Det kontinuerliga arbetet med verksamhetens värdegrund motiverar personalen till att fokusera på den enskildas bästa och vara lyhörd för dennes önskemål och behov. Verksamhetens värdegrund genomsyrar hela organisationen.

Analys

Sirishof har ett aktivt värdegrundsarbete som märks tydligt under granskningen. Det sättet som dialogen förs om värdegrund och hur den integreras i mötet mellan medarbetare/medarbetare och medarbetare/kund påvisar att det är ämne som verksamheten håller levande och är väl förankrat.

Värdering

Mervärdet bedöms som väl uppfyllt.

Bedömning anbud	1 poäng
Bedömning uppföljning	1 poäng

Bedömningsgrund 3

I verksamheten arbetar man med en vård och omsorg som är relationsinriktad och inte endast uppgiftsinriktad.

Analys

Utöver PPP (professionell praktisk planering) så har verksamheten fortfarande svårigheter att synliggöra kopplingen till teori. De utgår från det salutogena perspektivet med fokus på friskfaktorer. Här skulle verksamheten vinna på att synliggöra på vilket sätt och i vilket skede kontaktpersonen arbetar för att stödja de boendes begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Det innebär inte att verksamheten brister i att stödja en hög känsla av sammanhang. Men Sirishof har en resa kvar att göra innan varje medarbetare kan beskriva hur de omsätter teorin i praktiken.

Även om det inte finns en fullt ut implementerad metod ska det dock tilläggas att i samtalet med verksamheten framkommer ett relationsorienterat förhållningssätt.

Analysen och utmaningen från föregående granskning kvarstår. Att förflytta sig från uppgiftsorienterat förhållningssätt till ett relationsorienterat förhållningssätt är ibland en utmaning för vård och omsorgsboende som inte har innehållsbeslut. Det finns inte definierat vad den enskilde har rätt till utan det är upp till verksamheten att identifiera. Då är verksamhetens ”kompassriktning” avgörande för att om det är personalfokus eller brukarfokus som står på agendan. Det tenderar att ge sig i uttryck genom ett uppgiftsinriktat kontra relationsinriktat förhållningssätt. Sirishof har fortfarande ett arbete att göra för att bättre synliggöra metoder med kopplingar till teori. Det ska tilläggas att ett jag-stödjande förhållningssätt är en stark komponent för relationsinriktat förhållningssätt.

Värdering

Sirishof kan visa på ett arbetssätt som är relationsinriktat men koppling till teori är för svag för att motivera ett fullt mervärde

Bedömning anbud	1 poäng
Bedömning uppföljning	0,5 poäng

4.3 Mat, dryck och måltidsmiljö

Bedömningsgrund 1

Pedagogiska måltider erbjuds och används som metod oavsett vårdinriktning.

Analys

Personal äter tillsammans med de boende på samtliga avdelningar. Under granskningen bidrog detta till en bra och lugn måltidsmiljö på samtliga besökta grupper.

Värdering

Mervärdet bedöms som uppfyllt

Bedömning anbud	1 poäng
Bedömning uppföljning	1 poäng

Bedömningsgrund 2

Verksamheten arbetar med att skapa individuellt anpassade måltidsmiljöer. Den enskilde ges möjligheter att uppleva måltiden som en glädjestund.

Analys

Verksamheten arbetar på flera sätt för att skapa bra måltidsmiljöer för de boende (se ovan under avsnitt 3.4.).

Värdering

Sirishof har ett väl fungerande arbete runt måltider. För fullt mervärde bör Sirishof uppnå ett bättre resultat på brukarundersökning.

Bedömning anbud	1 poäng
Bedömning uppföljning	0,5 poäng

Bedömningsgrund 3

Det finns metoder för hur verksamheten systematiskt arbetar med egenkontroll av mat och måltid med kontinuerlig uppföljning och utvärdering.

Analys

Verksamheten har fungerande rutiner och arbetssätt för att följa upp och utvärdera mat och måltid. Individuella kostplaner upprättas och följs upp. Risker för undernäring bedöms och åtgärdas individuellt. Generella frågor tas upp på arbetsplatsträffar, kvalitetsteamsmöten samt regelbundna kostmöten. Mat och måltidssituation diskuteras på alla boenderådsmöten. Kontinuerliga kostmöten hålls med kostchef från köket där synpunkter och åsikter diskuteras

Värdering

Mervärdet bedöms som uppfyllt

Bedömning anbud	1 poäng
Bedömning uppföljning	1 poäng

4.4 Personlig omvårdnad och service

Bedömningsgrund 1

Verksamhetens arbetssätt, organisation och schema har anpassats för att tillgodose de boendes individuella behov. Utformningen av täthetschema ligger till grund för bedömningen.

Analys

Som beskrivits under avsnitt 3.5. har Sirishof väl fungerande arbetssätt och rutiner som väl tillgodoser de boendes individuella behov av god personlig omvårdnad. Systematiskt arbete med genomförandeplaner, vårdplaner, riskbedömningar och planeringsverktyget PPP är exempel på detta.

Täthetschemat följer avtalet och verksamheten organiseras för att ge en individuell omsorg.

Värdering

Även om det finns möjligheter att göra bemanningsplaneringen än mer individanpassad så är den sammantagna bedömningen att mervärde är uppfyllt.

Bedömning anbud	1 poäng
Bedömning uppföljning	1 poäng

Bedömningsgrund 2

Utbildning och handledning sker kontinuerligt för att uppnå evidensbaserad omvårdnad

Analys

Verksamheten kan beskriva hur utbildning och handledning sker kontinuerligt för att uppnå evidensbaserad omvårdnad. Planeringsdagar med tema genomförs utifrån utbildningsbehov och verksamheten är med på utbildningar och projekt som Norlandia Care och Örebro kommun erbjuder. Sjuksköterskor deltar i omvårdnadsarbetet för att handleda personalen. Handledning ges också för olika ombud t ex inkontinensombud. Arbetsterapeuten handleder också personal utifrån behov exempelvis i lyft- och förflyttningsteknik.

För att ytterligare öka kompetensen och kunskapen utifrån de behov som finns och kunna hålla god kvalitet på vården och säkra en medveten och systematisk omvårdnad/vård så arbetar verksamheten med ytterligare tre evidensbaserade arbetssätt Qualid, Swedem och Senior Alert. Arbetssätten inkluderas i det dagliga arbetet och utförs av omvårdnadspersonal för att ytterligare stärka trovärdighet i utfall. Åtgärder planeras i teamet

Det sker kontinuerliga utbildningsinsatser men det kvarstår ett arbete med att fullt ut omsätta teorier till praktiska arbetsmetoder för dra slutsatsen att man bedriver evidensbaserad omvårdnad. Verksamheten har påbörjat ett arbetssätt med stöd av ett antal evidensbeprövande teorier och metoder. Medarbetarna har fortfarande vissa svårigheter att göra direkta kopplingar mellan teori och praktiska arbetsmetoder. Jämfört med förra granskningen så har verksamheten förflyttat sig i positiv riktning

Värdering

För att evidens ska ha effekt så behöver det finnas en reell koppling mellan teori och praktik. Det är det kravet som ställs för att åberopa att man bedriver evidensbaserad

omvårdnad, där är man inte fullt ut idag men är på god väg. Av det skälet är bedömningen att mervärdet inte är helt uppfyllt,

Bedömning anbud	1 poäng
Bedömning uppföljning	0,5 poäng

Bedömningsgrund 3

Verksamheten arbetar med god omvårdnad som förstahandsalternativ vid lindring av oro, ångest och sömnsvärigheter för att undvika onödig läkemedelsanvändning

Analys

Verksamheten anger att de arbetar med god omvårdnad som förstahandsalternativ vid lindring av oro, ångest och sömnsvärigheter för att undvika onödig läkemedelsanvändning. Sedan oktober 2011 har Sirishof tillsammans med kommunens läkemedelsansvariga och medverkan kartlagt sömnmedelsanvändning och lugnande” i boendet. Sjuksköterskorna ordinerar i första hand aktivitetsprofiler och omvårdnadsåtgärder.

Aktivitets- och sömnprofiler används och Qualid används för att mäta livskvaliteten vid svår demenssjukdom Verksamheten har genomgått utbildning i BPSD-registret. Vid kognitiv svikt används smärtskattningsinstrument Abbey Pain Scale (se avsnitt 3.5.).

Rutiner finns för att bedöma smärta oro och ångest men strukturerad omvårdnadsåtgärder med stöd av BPSD registret ett utvecklingsområde.

Värdering

Mervärdet bedöms som uppfyllt.

Bedömning anbud	1 poäng
Bedömning uppföljning	1 poäng

4.5 Delaktighet

Bedömningsgrund 1

Det finns ett genomtänkt koncept för kontaktmannaskap. Konceptet ger ett mervärde för den enskilde.

Analys

Kontaktmannaskapet på Sirishof bedöms som väl utvecklat, Kontaktpersonens roll och ansvar är tydligt. Utbildning med certifiering bedöms kunna utveckla kontaktmannaskapet ytterligare. De goda resultaten för bemötande, kontinuitet och delaktighet som enheten redovisar styrker att arbetet ger ett mervärde för den enskilde.

Värdering

Sirishofs koncept för kontaktmannaskap uppfyller det mervärde som utlovats i avtalet.

Bedömning anbud	1 poäng
Bedömning uppföljning	1 poäng

Bedömningsgrund 2

Utföraren arbetar systematiskt med brukar- och anhörigundersökning för att utveckla och säkerställa kvaliteten för de boende och se till att detta kommer den enskilde till del. Verksamheten använder även en metod för att mäta nöjdhet hos den enskilde med kognitiv svikt vid ex demenssjukdom.

Analys

Resultat på brukarundersökningar används för att identifiera förbättringsområden i verksamheten. Norlandia genomför en egen undersökning årligen. Boende- och anhörigråd är fungerande forum för delaktighet.

Verksamheten använder sig av mätinstrumentet Qualid för att skatta livskvalitet hos personer med demens

Värdering

Sirishof arbetar systematisk med resultat från brukar- och anhörigundersökningar och använder sig av mätinstrumentet Qualid vilket utlovades i avtalet. Mervärdet bedöms som uppfyllt.

Bedömning anbud	1 poäng
Bedömning uppföljning	1 poäng

Bedömningsgrund 3

Arbetet med genomförandeplaner sker på ett sådant sätt så att det säkerställer kvaliteten i vården och omsorgen samt tillgodoser individuella behov och önskemål. Samverkan och dialog med närstående tillgodoses vid utformningen av genomförandeplanen.

Analys

Sirishof har ett väl utvecklat arbete med den individuella vård- och omsorgsprocessen. Genomförandeplanerna håller som tidigare beskrivits hög kvalitet och anhöriga är delaktiga i utformandet av planen.

Värdering

Mervärdet bedöms som helt uppfyllt.

Bedömning anbud	1 poäng
Bedömning uppföljning	1 poäng

4.6 Personal**Bedömningsgrund 1**

I verksamheten ska ledarskapet utvecklas och stärkas. Utföraren har en genomtänkt ledningsfilosofi som ska genomsyra verksamheten

Analys

Ledarskapet på Sirishof bedöms tydligt och genomtänkt och det finns former för medarbetarnas delaktighet. Norlandia Care genomför Norlandiaakademin två gånger per år där chefer stärks i sitt ledarskap. Fortbildning genomförs även för andra ledningsfunktioner som teamledare. Verksamhetschef upplever ett gott stöd från koncernledning.

Värdering

De resultat som verksamheten visar och den bild vi får av ledarskapet under besöket gör att vi bedömer att Sirishof har en ledningsfilosofi som är genomtänkt. Mervärdet är uppfyllt.

Bedömning anbud	1 poäng
Bedömning uppföljning	1 poäng

Bedömningsgrund 2

Utföraren har en plan för kunskapsutveckling som tar hänsyn till ny forskning och nya rön. Planen beskriver hur de enskilda medarbetarnas utvecklingsplaner utformas för att möta kompetenskraven.

Analys

Sirishof har kompetensutvecklingsplaner på individnivå och dessa samordnas med enhetens övergripande plan för kompetensutveckling. Som beskrivits ovan arbetar verksamheten med flera evidensbaserade metoder och ser också till att medarbetarna får kompetensutveckling inom dessa metoder. Kontinuerlig utbildning i demensvård är också ett område som kan lyftas fram.

Värdering

Att arbeta med kompetensutveckling som tar hänsyn till ny forskning och nya rön är en utmaning. Bedömning är ändå att Sirishof lever upp till detta utifrån vad som utlovats i avtalet.

Bedömning anbud	1 poäng
Bedömning uppföljning	1 poäng

Bedömningsgrund 3

Utföraren har en plan för rekrytering av personal med relevant kompetens så att inte personal- eller kompetensbrist uppstår.

Analys

Sirishof har en gynnsam situation med låg personalomsättning vilket gör att behov av en långsiktig utarbetad plan inte är akut.

Värdering

Då Sirishof inte utlovade fullt mervärde i avtalet bedöms rekryteringsarbetet motsvara utlovad nivå.

Bedömning anbud	0,5 poäng
Bedömning uppföljning	0,5 poäng

5 Sammanfattande tabeller utifrån resurs, process och resultat

5.1 Sammanfattande tabell bedömning av alla kriterier grundkrav

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					
Summa	0	0	0	10	3

5.2 Sammanfattande tabell bedömning av alla kriterier – mervärde

Bedömningsgrund	1		2		3		Totalt	
	Anbud	Bedöm	Anbud	Bedöm	Anbud	Bedöm	Anbud	Bedöm
Aktiv och meningsfull tillvaro	1	1	1	0,5	1	1	3	2,5
Bemötande och kontinuitet	1	1	1	1	1	0,5	3	2,5
Mat, dryck och måltidsmiljö	1	1	1	0,5	1	1	3	2,5
Personlig omvårdnad o service	1	1	1	0,5	1	1	3	2,5
Delaktighet	1	1	1	1	1	1	3	3
Medarbetare	1	1	1	1	0,5	0,5	2,5	2,5
Totalt							17,5	15,5

Förklaring färger

 = Mervärde uppfyllt

 = Mervärde delvis uppfyllt

 = Mervärde inte uppfyllt

5.3 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> - Inre och yttre miljö - Medarbetarnas kompetens <u>Behöver förbättras</u> - <u>Bristande kvalitet</u> -
Process-kvalitet	Arbetsätt, rutiner, funktion	Dokument, besök	<u>God kvalitet</u> - Aktiviteter - värdegrundsarbete - Kontaktmannaskap - Vård i livets slutskede - Anhörigstöd - Risk- och avvikelshantering - Information - Dokumentation <u>Behöver förbättras</u> - Klagomålshantering - Evidensbaserade metoder <u>Bristande kvalitet</u> -
Resultat-kvalitet	Bemötande, trygghet, smärtlindring mfl	Dokument, brukarundersökningar, besök	<u>God kvalitet</u> - Bemötande - Delaktighet - Mat - Trygghet <u>Behöver förbättras</u> - <u>Bristande kvalitet</u> -

Källhänvisningar

Vård och omsorg, Riktlinje för kvalitetsuppföljning av enheter i vård och omsorg
Tillgänglig 2014-07-29 på <http://www.orebro.se/1935.html>

Bra Vård - Tillgänglig 2014-07-29 på <https://vardforbundet.se/BraVard/Kvalitetskrav/>

Norlandia Cares hemsida- <http://www.norlandiacare.no/sv#!>