

Verksamhetsuppföljning av Vård- och omsorgsboendet Jeremiasgården

Sammanfattning

Förvaltningskontor Vård och stöd har på uppdrag av Vård- och omsorgsnämnd väster utfört en verksamhetsuppföljning på Jeremiasgården. Jeremiasgården är ett vård- och omsorgsboende nära Tybble centrum, i samma byggnad som Tybble vårdcentral. Ett förannmält platsbesök, gjordes den 8 maj 2012. Uppföljningen är en del av Vård och omsorgs internkontroll och har till syfte att göra en samlad granskning av verksamhetens kvalitet.

Förvaltningskontoret bedömer utifrån granskningsresultatet att verksamheten i stort lever upp till kommunens krav och att de boende får en vård och omsorg av godkänd kvalitet, men att det också finns flera förbättringsområden.

Jeremiasgården har på det hela taget goda förutsättningar gällande lokaler och personalens grundkompetens. Det finns skriftliga och fungerande rutiner inom flera områden. Ett arbete med att utveckla meningsfull tillvaro har påbörjats. Organiserad samvaro och utevistelse erbjuds de boende på ett bra sätt.

Enheten behöver utveckla samverkan och kommunikation mellan yrkeskategorierna. Både social dokumentation och hälso- och sjukvårdsdokumentation behöver utvecklas. Arbeta med att utveckla maten och måltiden och mer individuellt anpassade aktiviteter behöver fortsätta. Enheten behöver fortsatt arbeta med åtgärder för att förbättra medarbetarnas nöjdhet.

Jeremiasgården har haft en hel del problem med dåliga resultat gällande verksamhetens kvalitet bland annat vid de senaste årens brukarundersökningar. Ledning och personal har tagit resultaten på allvar och har påbörjat ett omfattande förbättringsarbete som har börjat ge resultat. Vår bedömning är att enheten kan fortsätta på inlagen väg men behöver tid och uthållighet för att den positiva utvecklingen ska fortsätta.

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till nämnden

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

Metod för uppföljning

Granskningen har haft sin utgångspunkt i olika former av kvalitet: 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 s.k. resultat kvalitet som mäts exempelvis i upplevelse av bemötande och trygghet.

Uppföljningen av verksamheten har skett i två delar

- Sammanställning och analys av data
- Föranmält besök med granskning på plats

Inför besöket har insamling av data skett i form av:

- Enhetens verksamhetsplan
- Enhetens delårsrapport/verksamhetsberättelse
- Täthetschema
- Medarbetarundersökning
- Resultat av brukar och anhörigundersökningar
- Kvalitetsinspektioner
- Verksamhetsmått
- Inkomna klagomål
- Avvikelser enligt Hälso- och sjukvårdslagen
- Granskning av tio hälso- och sjukvårdsjournaler
- Granskning social dokumentation i tio ärenden, med fokus på genomförandeplaner
- Inspektioner från andra myndigheter

Den andra delen av granskningen har bestått i att besöka enheten. Vid besöket har en checklista för uppföljningen använts. Mallen har skickats ut i förväg till enheten och frågor har besvarats skriftligt.

Vid besöket (2012-05-08) fick granskarna inledningsvis en redovisning av verksamheten där enhetschefer, arbetsterapeut, sjuksköterska och undersköterska berättade om hur man ser på sitt uppdrag, vad man vill åstadkomma och hur ansvar mellan professioner och över dygnet fördelas. I dialog fördes sedan ett samtal med checklistan som grund. Ledning och medarbetare ömsom berättade om det man ville framhålla och ömsom svarade på granskarnas frågor. Dialogen kompletterades med observation under en rundvandring på enheten samt samtal med några av de boende. Granskningsgruppen åt också den lunch som serverades den aktuella dagen tillsammans med de boende.

I granskningsgrupp har ingått planerare, medicinskt ansvarig sköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), Socialt ansvarig samordnare (SAS). Andra professioner som ekonom, anhörigstrateg och boendesamordnare har konsulterats i förberedelsearbetet.

I rapporten redovisas resultat av granskning under de olika rubriker som finns i checklistan för uppföljning. Efter varje avsnitt görs en bedömning av hur verksamheten lever upp till kraven i en fyrgradig skala där 1 betyder flera brister inom området som kräver åtgärder och 4 betyder god kvalitet som kan fungera som ett gott exempel för andra verksamheter. Skalan är inte exakt utan får mer ses som en temperaturtagning inom det aktuella området.

Fakta om Jeremiasgården

Innan vi besökte Jeremiasgården för att studera verksamheten på plats sammanställdes några fakta om verksamheten.

Förutsättningar

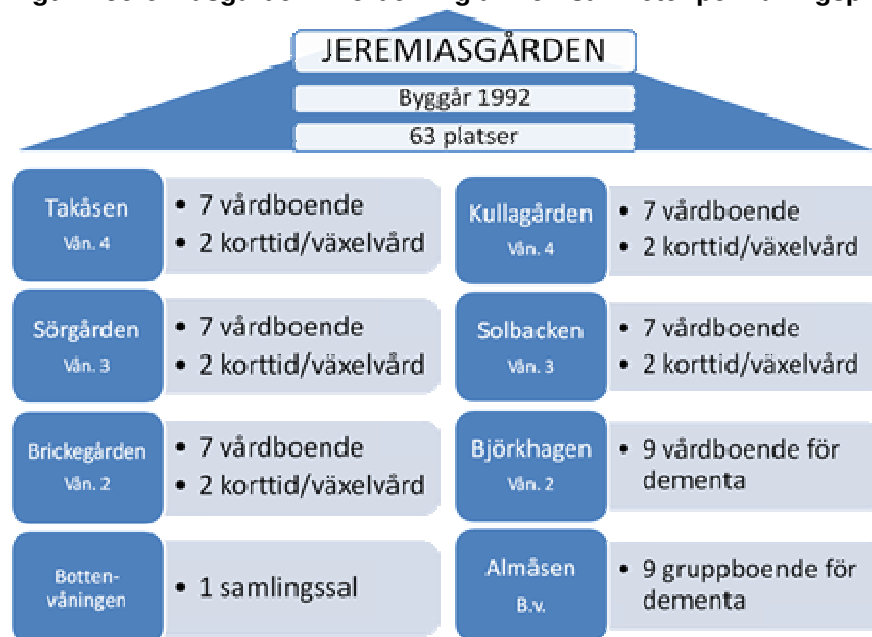
Jeremiasgården är ett vård- och omsorgsboende med som ligger cirka 500 meter från Tybble centrum i samma byggnad som Tybble vårdcentral. Jeremiasgården byggdes för ändamålet 1992 och startades i samband med ÄDEL-reformen, då kommunen tog över ansvaret för vård och omsorgsboenden inom äldreomsorgen. Jeremiasgården öppnade med devisen ”allt under samma tak”. En liknande tanke som finns i det nyligen öppnade Ängen. I byggnaden fanns då även försäkringskassa, apotek, socialtjänst, och vårdcentralen som då drevs i kommunal regi. Socialtjänst och Försäkringskassa har sedan länge lämnat huset. Apotek och vårdcentral i landstingets regi finns fortfarande kvar. Men inom kort kommer den sista resten av det ”stolta” samverkansprojektet att försvinna då förbindelsegången mellan Jeremiasgården och vårdcentralen byggs igen då vårdcentralen behöver utrymme.

Närheten till vårdcentral och apotek är fortsatt en fördel för Jeremiasgården även sedan de organisatoriska och strukturella förutsättningarna för samverkan har försvunnit.

Jeremiasgården är från början byggt som äldreboende vilket innebär fördelar gentemot andra boenden i kommunen som finns i lokaler som ursprungligen byggts för andra ändamål. Liksom de flesta andra boenden som startades i början av 90-talet är lägenheter och hygienutrymmen väl tilltagna och funktionella. Undantaget är de dubletter med delad toalett som idag används som korttidsplatser och i ett fall för permanent boende, Kök och samlingssalar är luftiga och finns i anslutning till balkong/uteplats. Vad som däremot inte fanns vid starten var utrymme med möjligheter till större samlingar för de boende och det saknades personalutrymmen helt. Dessutom skapade ett stort trapphus i mitten täta skott mellan enheterna och stal mycket utrymme. En ombyggnation av trapphusen 2010 har underlättat kontakt mellan både boenden och personal i och med att dörrar kan stå öppna mellan avdelningarna. Sedan dagverksamheten lämnat sin lokal i bottenplanet finns också ett större utrymme för samlingar med tillgång till en inhägnad trädgård (se vidare kapitel 1 nedan). Vid den tekniska översyn av vård- och omsorgsboenden som genomfördes 2011 så hörde Jeremiasgården inte till de boenden som kommer att vara i behov av en fördjupad översyn. De brister som framkom kan åtgärdas vid ordinarie underhåll.

Jeremiasgården har formulerat sin verksamhetsidé på följande sätt
”Vi stödjer dig i att leva ett så självständigt liv som möjligt samtidigt som du får hjälp med dina sociala och medicinska behov av personal med god yrkeskunskap dygnet runt.”
Jeremiasgårdens verksamhetsplan 2012

Figur 1 Jeremiasgården - Fördelning av verksamheter per våningsplan



Vård- och omsorgsboende - antal platser

Inriktning	Antal
Vårdboende	35
Gruppboende demens	9
Vårdboende demens	9
Boende totalt	53
Korttidsplats	6
Växelvård	4
Korttidsvård totalt	10
Totalt antal platser	63

Idag har Jeremiasgården 63 platser varav 53 är för permanent boende och 10 för korttidsvård varav 4 platser används för växelvård. Huvuddelen av de permanenta lägenheterna (35 st) används som vårdboende utan särskild inriktning medan 18 av lägenheterna är vikta för demenssjuka.

Antal anställda

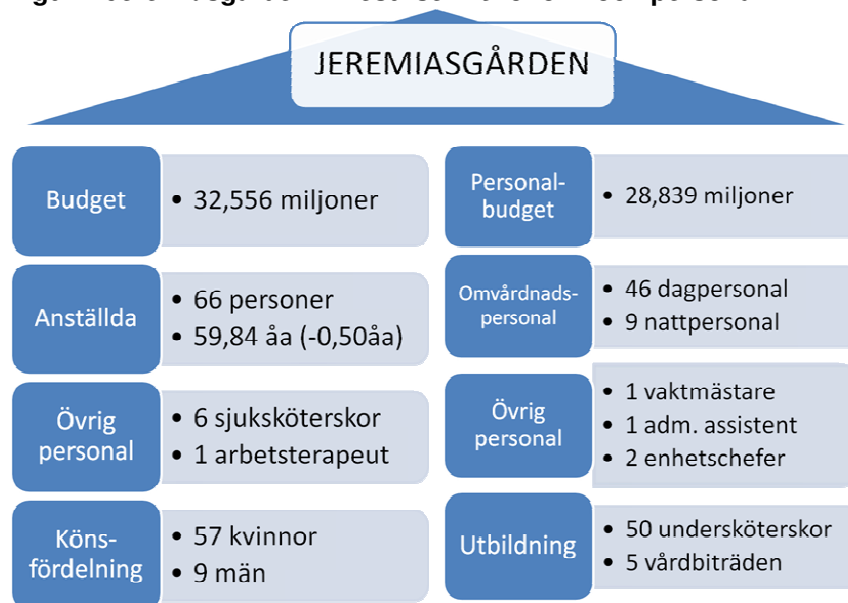
Enhet	Anställda	Årsarbetare
Omvårdnadspersonal dag-kväll	46	41,36
Omvårdnadspersonal natt	9	7,67
Sjuksköterska	6	6,00
Arbetsterapeut	1	1,00
Ledning	2	2,18
Administration	1	1,13
Övriga	0	0,00
Totalt	65	59,34

Jeremiasgården ingår i området Almby-Östernärke med Gunilla By som ansvarig områdeschef.

Enheten har 0,94 årsarbetare per brukare totalt och 0,78 årsarbetare per brukare om man bara räknar omvårdnadspersonalen.¹

Den genomsnittliga sysselsättningsgraden är 91 % att jämföra med genomsnittet 89,6 % i kommunens vård och omsorg.

Figur 2 Jeremiasgården – Resurser - ekonomi och personal



Jeremiasgården har en stabil ekonomi sedan flera år. I budget 2012 har Jeremiasgården 32,5 mnkr och 2011 hade enheten ett överskott på 682 tkr (2 %). Prognos 2012 pekar på ett överskott på 1 %.

Processer

Dagtid, måndag till fredag, arbetar tre ur omvårdnadspersonalen per avdelning vilket innebär tre boende per personal. Helger arbetar två personer per avdelning. Kvällstid arbetar tre personer per våning (ansvar för två avdelningar) utom på gruppboende för demenssjuka där man är två på avdelningen. Natttid arbetar fyra personer på hela enheten. Sedan en tid finns en undersköterska som arbetar 60 % med ansvar för aktiviteter.

Dagtid vardagar arbetar i genomsnitt fem sjuksköterskor på enheten. Helgmorgnar är en sjuksköterska i tjänst. Kvällstid köps sjuksköterska från Almby hemvård och nätter kommer sjuksköterska vid behov från kommunens gemensamma nattpatrull.

Verksamheten har en arbetsterapeuttjänst på heltid som för tillfället delas av två personer

De båda enhetscheferna har arbetat på Jeremiasgården sedan 2005 respektive 2006. Den ena chefen har sjuksköterskeutbildning och har

¹ Tilldelad resurs i genomsnitt för boenden i kommunal drift är 0,95 åa/brukare totalt och 0,81 åa per brukare omvårdnadspersonal.

mångårig tidigare chefserfarenhet i kommunen. Den andra är i grunden undersköterska med mångårig erfarenhet som assistent i kommunen.

Cheferna har delat upp personalansvaret så att de har chefskap över 32 personer var. Enheten har inte någon ledningsgrupp men varje arbetslag inklusive nattpersonalen har samordnare utsedd av sina kollegor. Chefer har regelbundna träffar med samordnarna för att diskutera, informera, dryfta frågor och bolla idéer.

Dokumenterade lokala rutiner finns inom flera områden.

Resultat kvalitet

I brukarundersökningen 2010 visade enheten ett resultat som var klart lägre än kommunens genomsnitt på samtliga ställda frågor. I frågor om delaktighet, trygghet, mat och social samvaro hade man det lägsta värdet av alla kommunens boenden. Resultatet får anses ha ett värde då svarsfrekvensen var hög relativt sett (28) svarande). Även anhörigundersökningen visade resultat klart under genomsnittet på de flesta frågor. Verksamheten har tagit resultatet på allvar, trots att ledning och medarbetare har haft svårt att känna igen sig utifrån den regelbundna återkoppling man får av boende och anhöriga. Med anledning av det dåliga resultatet har man haft en planeringsdag för hela huset där man kommit överens om en rad åtgärder för att uppnå målen. Dessa redovisas i detalj under avsnitten nedan. I samband med besöket på Jeremiasgården fick granskningsgruppen ett preliminärt resultat från vårens brukarundersökning. Den visar på bättre resultat på nästan alla frågor för Jeremiasgården. Det är ett tecken på att förbättringsarbetet har börjat ge effekt.

Jeremiasgården 2012 - Betygsindex per fråga	Totalt Örebro	
Vad tycker du om hur personalen bemöter dig?	84	82
Vad tycker du om hur personalen tar hänsyn till dina åsikter och önskemål om den hjälp du vill ha?	79	79
Vad tycker du om hur maten smakar?	61	73
Vad tycker du om möjligheterna att i ditt boende kunna göra sådant som du trivs med?	73	64
Vad tycker du om dina möjligheter till en pratstund med personalen?	67	66
Vad tycker du om den hjälp du har av personalen för att komma ut när du vill?	78	66
Hur tryggt känns det för dig att bo i ett äldreboende?	78	84
Hur nöjd är du sammantaget med den hjälp/omvårdnad du har?	77	80

I tabellen redovisas Jeremiasgårdens betygsindex per fråga i jämförelse med kommunens totala resultat. Betygsindex är det genomsnittliga värdet för svaren på frågan. Ett betygsindex på 84 innebär ett genomsnittsbetyg på 8,4 på en tiogradig skala

Under förra året genomfördes en fokusgrupp² med boende på Jeremiasgården. Viktiga områden som deltagarna lyfte fram för att vården och omsorgen ska vara bra är van personal som känner mig, att komma ut oftare och förbättrad inomhusluft.

Två kvalitetsinspektioner genomfördes 2011 på avdelningarna Sörgården och Kullagården. Båda grupperna fick generellt goda omdömen av inspektörerna avseende granskade rutiner och arbetssätt. De fåtal

² Fokusgruppsintervjuer enligt den modell vi tillämpar samlar informationsbärare i grupper om 6-8-10-12 personer som under 1- 2tim avger gruppens värdering av vad som kännetecknar en bra tjänst. Det kan vara mat, tvätt, samvaro el liknande. Resultatet sammanfattas med hjälp av en kvalitetskarta som återförs till enheten.

anmärkningar som fanns gällde bland annat att nutritionsjournaler saknades, teamträffar hålls för sällan och brister i att följa rutiner för hygien, förvaring av journaler och rengöring av hjälpmedel.

Resultat i 2011 års Medarbetarundersökning var sämre än genomsnittet i kommunen med visade på förbättringar mot undersökning 2009. Undersökningen berörs mer under avsnitt 10.

Tillsyn från andra myndigheter det senare året har genomförts av Arbetsmiljöverket och Miljökontoret. Båda granskningarna ledde till några anmärkningar som har åtgärdats.

Granskningsresultat

Resultatet av granskningen följer de rubriker som finns i checklista. Varje avsnitt inleds med de kvalitetskrav i punktform som angetts i checklistan och avslutas med en samlad bedömning i förhållande till kraven redovisat i en fyrgradig skala.

1. Aktiv och meningsfull tillvaro

- Den enskilde har möjlighet att upprätthålla kontakt med släkt och vänner.
- Organiserad samvaro erbjuds minst en gång per vecka.
- Den enskilde har möjlighet att delta i dagliga aktiviteter som utgår från personens egna intressen, önskemål och förutsättningar.
- Samarbete finns med frivilligorganisationer.

Den boendes önskemål om kontakt med anhöriga kartläggs i den individuella vård- och omsorgsplaneringen. Kontaktpersonen ansvarar för att stödja den boende i fortsatta kontakter. Ledningen påpekar vikten av en öppen attityd mot besökare för att skapa förutsättningar för god kontakt.

På avdelningarna är det kontaktpersonen som kartlägger den boendes intressen och ansvarar för att övrig personal får kännedom. En särskild "aktivitetstur" är markerad på personalens schema. En aktiveringsgrupp finns på enheten med representanter från alla grupper i huset. finns en "samtalspärm" med tips och idéer till samtalsinnehåll som följer årets dagar.

Verksamheten har under det senaste året fått tillgång till lokaler på bottenplan som tidigare använts av dagverksamhet. Här finns stora utvecklingsmöjligheter. En form av "riktad dagverksamhet" är skapad med meningsfullt innehåll för några av brukarna per dag.

"Det är anmärkningsvärt att arbetsterapeuten med sin djupa kunskap om aktiviteter och bedömning av förmågor i förhållande till aktiviteter inte är delaktig i denna "dagvårdslignande" del av verksamheten."

MAR

En undersköterska med särskilt ansvar för aktiviteter är anställd på 60 % för att erbjuda personer i hela huset aktiviteter i den nya gemensamhetslokalen Hon genomför många aktiviteter individuellt och i mindre grupper. Det är personalen på de olika avdelningarna som bokar in aktiviteter för de boende i lokalen via en bokningslista. Kontaktpersonen, men även andra i arbetsgruppen har möjlighet att boka. Det finns ett begränsat antal platser så det gäller att ha framförhållning vid bokning. Vid samtal med några boende fick vi bekräftelse på att aktiviteterna uppskattas mycket.

”Ingen av de boende på den enhet som jag besökte fick tillgång till dessa aktiviteter under besöksdagen. Det skulle vara grupp gymnastik och det hade flera från våningen kunnat delta i men de var inte inbokade, någon gymnastik i grupp bedrevs inte på avdelningen utan det komparerades med promenader.” MAR

Vid tidigare brukarundersökningar har Jeremiasgården fått dåliga betyg av sina boende när det gäller möjlighet att göra sådant man trivs med och möjlighet till en pratstund med personalen. I 2012 års undersökning har nöjdheten ökat och enheten ligger på värden nära kommunens genomsnitt. Detta får tolkas som att de åtgärder som vidtagits för en aktiv och meningsfull tillvaro börjat få effekt.

Samarbete finns med Svenska kyrka, pensionärsorganisationer, Medborgarskolan och med kommunens Väntjänst. Väntjänsten har även löst språkliga behov i ett enskilt fall vilket varit positivt. Samarbete och samverkan med frivilligorganisationer kan utvecklas ytterligare.

”De aktiviteter som bedrevs på våningen en förmiddag när ett ytterligare besök gjordes var TV-tittande i köket. Flera brukare slötittade på TV. Det var mycket svårt att höra programmet mitt i allt annat brus i köket. Potatisskalning, promenader och utevistelse på balkongen stod på programmet. Att få till olika aktiviteter på enheten är inte så lätt, den individuella aktiviteten utifrån var och ens preferenser behöver utvecklas.” MAR

- Funktionella gemensamma utrymmen finns och används.
- Utemiljön medger rörelse och aktivitet och ger förutsättningar för utevistelse året runt.
- Den enskilde tillförsäkras utevistelse efter individuella behov.

Tillgången till dagverksamhetens lokaler är som tidigare nämnts ett lyft för enheten. Ombyggnation av trapphus har också gjort lokalerna bättre anpassade att stödja en aktiv och meningsfull tillvaro i och med de boende kan röra sig över hela våningsplanet utan risk.

”Lägenheterna är fina och ljusa och enligt personalen lätta att få intresserade brukare att flytta in i, men dubbletterna som används till korttidsplatser är undermåliga, två mycket små sovrum där en enkelsäng och två personal fyller rummet, det finns inte möjlighet att ha några möbler i rummet och en stor rullstol blir svår att hantera tillsammans med personal och säng.

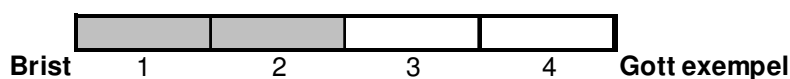
Planer finns att montera taklyftar och det är en förbättring för stunden. En stor svårighet är att montera taklyftskenor på korttidsplatserna, det blir aldrig en bra miljö för rummen är alldeles för små. När det blir fler samlade korttidsenheter i kommunen så behöver diskussion föras om vad som skall göras med dessa korttidsplatser. De behöver byggas om till fullgoda lägenheter för en person är min bedömning.

En mycket fin uteplats i en björkbacke med odlingslådor finns på bottenvåningen i anslutning till den nya lokalen. Uteplatsen kan användas dagtid men inte kvällstid och helger på grund av ett felaktigt skalskydd. Detta måste åtgärdas omedelbart så brukarna kan njuta av försommaren även kvällar och helger³. Fina balkonger på våningarna kompenserar inte uteplatsen.” MAR

Utevistelse är en prioriterad aktivitet på Jeremiasgården och följs upp internt via dokumentation och statistik. En s.k. parcykel har köpts in och cykling på de många cykelbanorna i närområdet har blivit en uppskattad form av utevistelse. Parcykeln används även för att t.ex. ta sig till affären och handla.

De boendes nöjdhet med utevistelse visar en klar ökning i årets brukarundersökning 90 % av de boende är nöjda och 55 % mycket nöjda med den hjälp man får att komma ut

Förutsättningarna att ge de boende en aktiv och meningsfull tillvaro har förbättrats den senaste tiden. Organiserad samvaro och utevistelse erbjuds enligt servicegaranti på ett tillfredsställande sätt. Verksamheten har påbörjat arbetet med en värdeförskjutning för att öka det individuella och sociala perspektivet men rutiner och arbetssätt som stödjer en aktiv och meningsfull tillvaro för de boende behöver fortsätta att utvecklas för ett högre betyg.



2. Bemötande och kontinuitet

Bemötande

- Den enskilde är nöjd med bemötandet.
- Den enskildes integritet och självbestämmande respekteras av personalen.
- Verksamheten har tagit ställning till hur olika livsåskådningar bland de äldre ska respekteras.

Jeremiasgården hade relativt dåliga värden på bemötande brukarundersökningen 2010. Detta är ett område man lagt vikt vid i sitt förbättringsarbete. Värden 2012 visar en tendens åt rätt håll. Andelen

³ Frågan har efter genomförd uppföljning tagits upp med ansvariga för lokaler och arbete pågår för att lösa tillgängligheten till uteplatsen

mycket nöjda (8-10 i betyg) är fortfarande 68 %. Men det finns inga boende som gett låga betyg (1-5) denna gång.

Chefer deltog (2011) tillsammans med vård och omsorgs övriga chefer, i en utbildning på universitetet som ska resultera i en gemensam värdegrund. En avdelning på Jeremiasgården har också varit med i forskningsprojektet som legat till grund för utbildningen.

Enheten har många anställda som talar andra språk och har kulturell kompetens. Dessa personer används i det dagliga arbetet över hela huset. Kostalternativ erbjuds alltid när önskemål utifrån kultur finns.

”Utifrån bemötande och trygghet så går det inte i dokumentationen att följa vilken dialog kontaktpersonen har haft med den enskilde kring bemötande, trygghet eller kontinuitetsbehov.” SAS

Kontinuitet

- Så få personer som möjligt ska vara inblandade i vården och omsorgen så att den boende får hjälp av personal som han/hon känner igen.
- Hjälpinsatserna planeras så att de utförs efter den enskildes behov och önskemål oavsett vem i personalgruppen som utför dem.
- Kontaktperson finns för alla brukare.
- Kontaktpersonen är känd av alla brukare.

Jeremiasgårdens förutsättningar med relativt små boende- och personalgrupper ger bra förutsättningar för personalkontinuitet. Samarbete sker alltid i första hand med den andra arbetsgruppen på samma plan.

Personalomsättningen är låg (endast 4 % mellan 2010 och 2011).

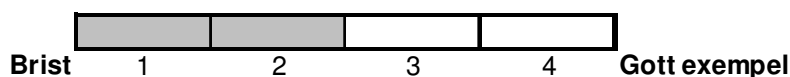
Enheten har lätt att få tag på bra vikarier till enheten. Ett skäl är närheten till universitetet som gör att många studenter söker till enheten. En nackdel med att ha studenter är att det periodvis blir en viss omsättning då kurser sker under begränsad tid.

Genom de individuella genomförandeplanerna säkras att hjälpinsatserna utförs på samma sätt oavsett vem i personalgruppen som hjälper den enskilde.

Enheten har rutiner för kontaktpersonens arbete. Två kontaktpersoner utses direkt när den boende flyttar in och på detta sätt säkras att någon kontaktperson är i tjänst. Kontaktpersoner utses oftast genom att de följer lägenheten och inte genom matchning. Det är möjligt att byta kontaktpersoner om önskemål finns. Detta händer inte ofta enligt ledningen.

I anhörigundersökningen 2010 uppgav 80 % (kommunsnitt 88 %) av anhöriga att de vet vem som är den närståendes kontaktperson.

Jeremiasgården behöver fortsätta sitt värdegrundsarbete och arbetet med bemötandefrågor. Det finns ett genomtänkt arbetssätt för att skapa kontinuitet för de boende.



3. Mat, dryck och måltidsmiljö

- Är brukarna nöjda med maten?
- Alla brukare har en individuell kostplanering.
- Måltiderna serveras på ett tilltalande sätt i en lugn och trivsamt miljö.
- Hänsyn ska tas till traditioner och högtider samt att man gör skillnad på vardag och helg.
- Den enskilde bereds möjlighet att äta själv och att maten och serveringen har anpassats i enlighet med detta krav.
- Den mat som serveras är av god kvalitet samt att maten hanteras på ett sätt som är förenligt med god livsmedelshygien. Finns termometer för mätning av mattemperatur?

Huvudkomponent till lunch och kvällsmat för de boende lagas i Vesslans kök. Potatis och grönsaker tillagas på avdelningarna. Möjlighet att välja på olika rätter till lunchen finns sedan några månader. Enheten berättar att flera alternativa mellanmål serveras. Detta gäller under hela dygnet till de boende som önskar och behöver. Samverkan med köket fungerar bra och de är lyhörda för enhetens synpunkter.

I brukarundersökningen 2010 hade Jeremiasgården lägst värde av alla enheter på fråga om matens smak (endast 30 % mycket nöjda). Vid planeringsdag med all personal kom man överens att arbeta vidare med följande åtgärder

- Lugn miljö- Ta bort störande element (t.ex. diskmaskin, radio)
- Servera maten vid borden. Karotter
- Tänka på hur vi presenterar maten. Hur lägger vi upp maten?
- Skapa bra bordsplaceringar - en stund av umgänge
- Skillnad på vardag och helg
- Uppmärksamma årstider

I årets brukarundersökning syns en klar förbättring av resultatet andelen mycket nöjda har ökat till 50 %. Däremot är andelen mycket missnöjda relativt sett fler än förra gången 15 % mot 4 % vid förra mätningen

Enheten berättar också att de olika avdelningarna har arbetat mycket med frågor runt måltidsmiljö under året t.ex. olika varianter av möblering. I matrummen följer man årstidsväxlingar i miljön genom t.ex. blommor och pynt, dukar extra trevligt till helgen samt serverar speciellt helgkaffebröd.

Den enskilde kan välja att äta för sig själv om så önskas. Maten anpassas till varje individs behov t.ex. genom hjälp att dela maten. De som kan ges möjlighet att servera sig själv.

På inspektionsdagen serverades granskningsgruppen vardagsmat (köttfärsjärpar alternativt kassler) som var god och kändes hemlagad. De boende vi samtalade med under måltiden var överlag nöjda med maten.

Granskningsgruppen åt tillsammans med de boende på tre grupper och i den gemensamma samlingslokalen. Upplevelserna av maten och måltidsmiljön varierade, men var i de flesta fall positiva.

”Vid besöket i verksamheten åt jag lunch med tre av de boende på Jeremiasgården. Vi åt lunch i enhetens gemensamma aktivitetsrum. Maten serverades i uppläggningskålar så att var och en kunde ta sig själv. Potatisen och grönsaker kokades på plats och det smakade bra och kändes fräscht. Vi hade en trevlig pratstund med tre damer i varierande ålder. Även en personal satt med vid måltiden.” MAS

”Lunchen fick jag tillbringa på en våning. Jag kom lite före utsatt tid, presenterade mig och talade med några brukare. Personalen konstaterade att jag skulle vara med och äta – ingen presentation eller välkomnande. När jag fick anvisat en plats så presenterades mina bordsgrannar.

Maten smakade bra enligt min personliga uppfattning, lite dåligt salt och det gick att få på begäran. En av personalen åt lunchen men mer som en bisyssla än som en pedagogisk lunch med målsättningen att konversera och hitta trevliga samtalsämnen för att öppna upp mellan brukarna.

Vid lunchen fick jag möjlighet att delta i en lunchaktivitet och där var inriktningen mycket omvårdande men inte alls rehabiliterande, valmöjligheter togs inte tillvara, förflyttningar till vanliga stolar gjordes inte, alternativ fanns inte. Intressanta samtalsämnen togs inte upp runt maten. Borden hade inte några blommor, kryddor, servetter mm. Det finns stora utvecklingsmöjligheter att utnyttja brukarnas egna förmågor och att utforma vardagstrevligheter runt matsituationen.

Vid ett besök några dagar senare på enheten så tydliggjordes några fakta, valmöjlighet vid lunch finns men det är personalen som skall beställa antalet portioner av två olika val som de tror att brukarna vill ha, att fråga brukarna en lång tid i förväg vad de önskar är omöjligt eftersom det är brukare med kognitiva svårigheter. Enheten har gjort bordsplaceringen efter principen att de som kan diskutera med varandra sitter vid samma bord och de som behöver lite mer lugn för att kunna äta satt vid ett annat bord. Huvudprincipen är ändå att matsituationen skall vara lugn och det innebar att det var tyst vid bordet, endast några korta enkla frågeställningar runt maten vid båda borden. En brukare fick sin mat på rummet.” MAR

”Vid samtal över lunchen med ett antal boende framkommer en hög grad av nöjdhet och trygghet. Var för sig berättar de att man är nöjd med personalen och ger beröm på det goda bemötandet. De beskriver att de känner sig trygga att säga ifrån vad det är i behov av. Det framkommer också en medvetenhet om aktivitetsutbud. Det framkommer också att man inte alltid är nöjd med maten men de jag samtalade med beskriver också att missnöjet inte beror på personalen på boendet utan på själva maten” SAS

Varje grupp har termometer samt att det finns vid varuintaget. Enheten följer rutin för livsmedelshygien

- Det finns rutiner för bedömning och uppföljning av vikt, närings- och vätskebehov samt mat- och vätskeintag.
- Mattiderna anpassas, så det blir en jämn fördelning under dagen och nattfastan är inte längre än elva timmar.
- Personalen äter pedagogiska måltider på avdelningar för personer med demenssjukdom.

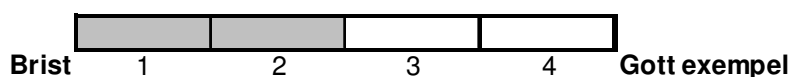
Enheten uppger att man har rutiner för bedömning och uppföljning av de boendes vikt och näringsbehov.

”Den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan bedömer den enskildes behov, men detta framgår inte tydligt i journalgranskningen. I ett fåtal journaler fanns plan för viktkontroll. Senior Alert håller på att införas och några avdelningar har påbörjat att registrera, göra riskbedömningar samt åtgärda.” MAS

Verksamheten beskriver att man strävar efter en jämn fördelning av måltider och mellanmål över dygnet som tar hänsyn till individuella behov. En begränsning är att mattiderna är beroende av tiderna som köket kan leverera.

Personalen äter pedagogiska måltider på avdelningarna för demenssjuka vilket också bekräftades när granskningsgruppen åt sin lunch.

Maten och måltidsmiljön är fortsatt et förbättringsområde för Jeremiasgården även om de insatser som påbörjats verkar börja ge effekt på de boendes nöjdhet. Dokumentation av individuella kostplaner behöver förbättras.



4. Personlig omvårdnad och service

Personlig omvårdnad

- Den enskilde stimuleras att använda sin förmåga att klara sig själv.

- Den enskilde känner sig trygg.
- Varsamt handlag används och diskretion visas vid all kroppslig omvårdnad.

”Vid granskning av 10 journaler framkommer att arbetsterapeuten inte hinner med att göra en aktivitets- och funktionsbedömning på alla brukare. Hon beskriver att hon försöker att koncentrera sig på de brukare som kommer till korttidsplatserna. Hennes prioriterade uppgift är att kompensera aktivitetsförmågan med hjälpmedel, det förekommer mycket hjälpmedel i verksamheten och många av brukarna har stora betydande funktionshinder och aktivitetsnedsättningar. Det finns många fina vårdplaner i journalerna på hjälpmedelsutprovningar, det förekommer fina statusbeskrivningar i några journaler men dessa saknas helt i andra. På direkt fråga så beskriver arbetsterapeuten att hon måste prioritera mycket hårt. Den senaste tiden har hon utökat sitt samarbete med kontaktpersonerna direkt. För att få fram dokumentationen så har hon överfört Hälso- och sjukvårdsanteckningar (HSL) till genomförandeplanen, eftersom hon upplever att kontaktpersonerna inte läser i HSL-anteckningarna trots att de har möjlighet. Personalen behöver bli mer aktiva när det gäller att dokumentera och ta del av HSL-dokumentationen. Ett stort motivationsarbete krävs från ledningen för att öka dokumentationen och se till att insatser bygger på vårdplaner och att insatser genomförs lika av alla på enheten utifrån brukarens önskemål.

Personalen beskriver att de gör egna aktivitetsbedömningar på papper efter ADL-taxonomin rubriker och dessa finns i brukarens pärm som ett stöd för arbetet. Någon elektronisk dokumentation förekommer inte av detta. Personalen får också bedöma alternativa förflyttningar beroende på brukarens aktuella tillstånd. Personalen får förflyttningsutbildningar på arbetsplatsen, ingen har gått kommunens tredagarsutbildning i förflyttningsteknik.” MAR

Jeremiasgården hade till för några år sedan en rehabenhet. Flera medarbetare ur denna personalgrupp finns kvar på huset men är spridda på olika enheter. Dessa personers kompetens är en resurs på enheten men används inte samlad på något systematiskt sätt.

I årets brukarundersökning visade resultatet en viss förbättring i andelen mycket nöjda med ”den trygghet” Jeremiasgården erbjuder (70 %). Man har dock fortsatt ett lägre värde än kommunens genomsnitt (76 %).

Enheten beskriver sitt arbete med ”varsamt handlag och diskretion” på följande sätt.

”I samband med omvårdnadsarbetet tas stor hänsyn till personlig integritet. Det är viktigt att dörrar stängs och all omvårdnad sker utan insyn från allmänna utrymmen. Vi jobbar mycket med närvaromarkering som ett hjälpmedel.”

- Den enskilde får vid behov hjälp med daglig munvård och det ska finnas upprättad individuell dokumentation för hur munvården ska genomföras.

Alla boende erbjuds munhälsobedömning av tandhygienist enligt rutin. Omvårdnadspersonal utförd sedan munvård utifrån det som tandhygienisten anger på personens munvårdskort

- Den enskilde stimuleras att upprätthålla sin kontinens och toalettbesök ersätts inte av inkontinenshjälpmedel.
- De boende har möjlighet att gå på toaletten dygnet runt. Förstoppning förebyggs och behandlas.
- Den enskilde accepteras i sin sexualitet och har rätt att besluta om att vara sexuellt aktiv eller inte.

”Inkontinenshjälpmedel utprovas individuellt och den enskilde får hjälp med toalettbesök och toaletträning när behov finns. I tre av tio granskade journaler fanns vårdplan för inkontinens men dessa behövde uppdateras. Dokumentation fanns annars i brukarpärmen under flik hjälpmedel. Verksamheten har även haft ett projekt i samarbete med en leverantör av inkontinenshjälpmedel (TENA) där en kartläggning av varje individs behov ingick samt utbildning av personal.

Förstoppning förebyggs bl.a. genom att man serverar Pajalagröt och uppmuntrar till rörelse. Ibland måste även läkemedel användas. Kontrollista förs för varje individ.” MAS

Enheten uppger att den enskilde respekteras i sin sexualitet och i de flesta fall innebär det inget problem. I de få fall detta varit aktuellt sker planering individuellt och med respekt för den enskildes integritet.

- Den enskilde får hjälp att hantera eventuell oro och ångest.
- Den enskilde ska i möjligaste mån inte uppleva smärta och smärtbehandlingen ska vara individuellt anpassad.
- Används Medicintekniska produkter i den utsträckning som brukaren har behov av?

”Vid journalgranskningen så fanns en vårdplan för oro och ångest och den var även uppföljd. I övrigt uppger man i verksamheten att den enskilde får hjälp att hantera sin oro och ångest genom lämpligt bemötande av personalen, medicinsk behandling och vid behov läkarkontakt.” MAS

”Den enskilde ska om möjligt inte uppleva smärta, när smärta upptäcks tas läkarkontakt och individuella ordinationer i form av att läkemedel sätts in. Ingen vårdplan fanns bland de tio granskade journalerna. ”MAS

”Vid inspektion i verksamheten så finns det mycket hjälpmedel och dessa är rena och fina. Det finns möjlighet att ställa undan

brukarens hjälpmedel i badrum och förråd så att de inte står i korridorer. Taklyftar skall nu börja monteras och då kommer också golvlyftarna bort från korridorer, det blir en bra lösning. Mitt förslag är att man börjar montera takskenor i de ordinarie rummen.” MAR

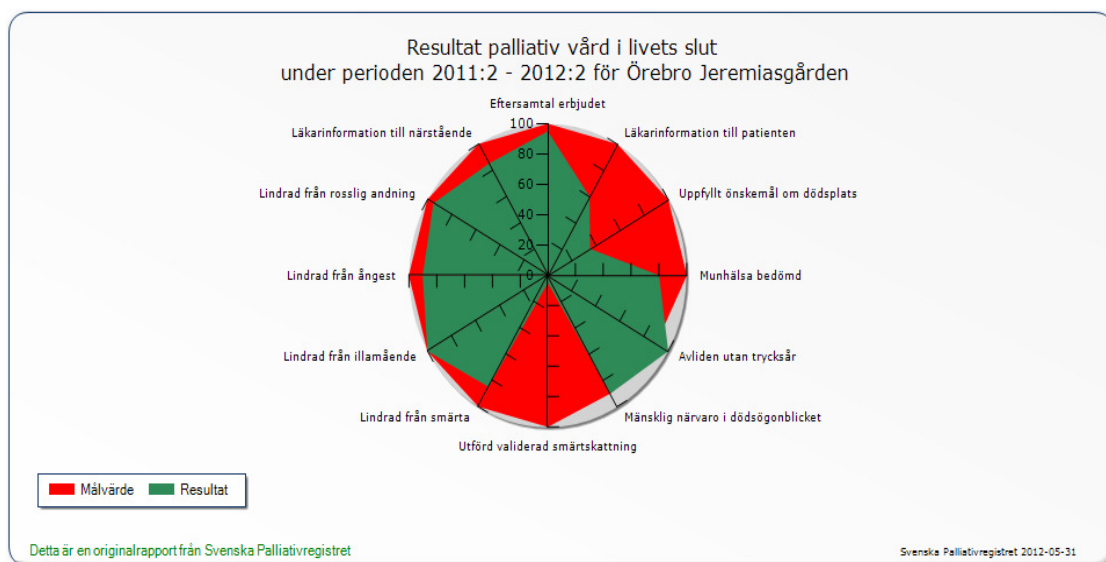
Vård i livets slut

- Det finns rutiner för vård i livets slutskede
- Den enskilde och anhöriga är väl informerade om livets slutskede.
- Den enskilde ska inte behöva dö ensam.
- Anhöriga erbjuds ett efterlevandesamtal.

Lokala rutiner för tidig inskrivning i basal palliativ vård samt rutin för basal palliativ vård i sen fas och checklista för rapportering vid sen palliativ vård finns.

På varje avdelning i boendet finns en sjuksköterska som är ansvarig för palliativ vård samt ett palliativt ombud hos omvårdnadspersonalen. Vården utformas individuellt och sjuksköterskan är den som bedömer om vak ska sättas in.

Jeremiasgården registrerar dödsfallen i det nationella Palliativa registret enligt nationell riktlinje. Nedanstående diagram och tabell visar en bild av registreringen på Jeremiasgården under ett år (20 vårdtillfällen). Av diagram kan man utläsa vilka förbättringsområden boendet har att arbeta med framåt.



Spindeldiagram där grön färg visar Jeremiasgårdens registreringar och röd färg visar glapp till målvärde. När hela diagrammet är grönt har enhet måluppfyllelse för alla kriterier

Andel uppfyllda kvalitetsindikatorer i procent

Kvalitetsindikator	Jeremiasg	Örebro totalt	Målvärde
Eftersamtal erbjudet	95	87	100
Läkarinformation till patienten	60	56	100
Uppfyllt önskemål om dödsplats	35	42	100
Munhälsa bedömd	80	75	100
Trycksår vid dödsfallet	100	91	90
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	88	90
Utförd validerad smärtskattning	5	7	100
Lindrad från smärta	85	79	100
Lindrad från illamående	100	86	100
Lindrad från ångest	90	83	100
Lindrad från rosslig andning	95	82	100
Läkarinformation till närstående	85	70	100

Tabellen visar att Jeremiasgården har ett liknande mönster som totalt i kommunen. Enheten har till och med kommit längre i sin registrering än genomsnittet för nästan alla kvalitetsindikatorerna.

Serviceinsatser

- Den boendes kläder tvättas, stryks och lagas vid behov.
- Lägenhet och gemensamma utrymmen städas regelbundet och vid behov.

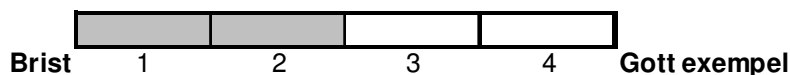
Tvätt av de boendes kläder sköts av omvårdnadspersonal eller kontaktperson efter överenskommelse med individen eller dess anhöriga.

Gemensamma utrymmen städas av städbolag (Samhall) en gång i veckan. Lägenheterna städas av omvårdnadspersonal var tredje vecka samt omvårdnadsstädas vid behov.

Vid rundvandringen var granskningsgruppens gemensamma intryck är att de boende ser rena och välvårdade ut. Gemensamma utrymmen och de lägenheter vi såg är välstädade och det luktar gott.

Det finns inga frågor om tvätt och städning i årets brukarundersökning. I anhörigundersökningen 2010 var de svarande mer nöjda med tvätt och något mindre nöjda med städningen än kommunens genomsnitt.

Rutiner för personlig omvårdnad och service samt för vård i livets slutskede finns och fungerar. Det som drar ner betyget är bedömning av rehabiliteringsarbetet och de boendes upplevelse av trygghet.



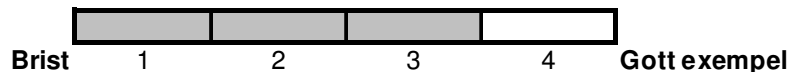
5. Vård och omsorg till personer med demenssjukdom

- Den enskilde ska alltid erbjudas bästa möjliga vårdform enligt Örebro kommuns riktlinjer vid demens där trygghet, meningsfullhet och säkerhet kan erbjudas.
- Personalen ska ha grundläggande kunskaper inom demensvård och möjlighet till ständig fortbildning/fördjupning inom området.

Enheten har en fungerande vårdkedja vilket innebär att den enskilde kan flytta från gruppboende till vårdboende för demenssjuka inom enheten. Enheten beskriver väl fungerande rutiner för detta.

På gruppboendet har samtliga personal fått grundutbildning samt fortbildning. Natten har gått egen utbildning. Vårdboendet har bytt personal under hösten och några saknar ännu fortbildning.

En särskild satsning gjordes under 2010 och 2011 då alla anställda lyssnade på två olika föreläsningar av författaren och föreläsaren Ola Polmé om bemötande av demenssjuka.



6. Den enskildes skydd

- Den enskilde är fri från övergrepp.
- Vilka begränsningsåtgärder används idag, generellt och individuellt (lås, bälten, grindar etc.)
- Trycksår förekommer inte och rekommendationer för sårvård följs.
- Personalen känner till hur avvikelshantering går till och gör avvikelserapporter vid behov.
- Fallskador förebyggs med individuella och generella åtgärder.
- Hygienrutiner följs och hindrar smittspridning.
- Trygghetslarm fungerar och svarstid är så kort som möjligt.

Verksamheten har inga anmälningar enligt Lex Sarah sedan januari 2011. Två klagomål finns registrerade i diariet under 2011. I ett av klagomålen beskriver närstående, att det saknas personal som talar en brukares språk. Det andra handlar om värme i elementen. Båda är åtgärdade.

”När de gäller skydds och begränsningsåtgärder så har verksamheten startat arbetet på ett mycket fint sätt och det finns många anteckningar om begränsningsåtgärder och detsamma gäller samtycke. Det finns en muntlig rutin men än så länge inte en skriftlig.

Arbetsterapeuten står för många anteckningar runt avvikelser men det finns inte något teamarbete runt avvikelshantering som går att utläsa i dokumentationen – här finns ett mycket stort utvecklingsområde där självklart alla yrkeskategorier skall arbeta med avvikelser och få till ett patientsäkerhetsarbete som idag inte syns i dokumentationen. Chefen har här en klar roll att driva utvecklingen via teamträffar och arbetsplatsträffar.” MAR

Verksamheten har börjat använda sig av kvalitetsregistret Senior alert.

Under perioden januari-april har 13 riskbedömningar gjorts och 12 åtgärder har registrerats. Vid granskningen efterfrågades en plan för införandet,

”I enstaka fall förekommer trycksår. Det pågående införandet av kvalitetsregistret Senior Alert kan när riskbedömningen genomförs ytterligare förebygga att trycksår uppstår. Två vårdplaner för trycksår fanns i journalgranskningen. En för förebyggande av sår den andra plan för redan uppkommet sår.” MAS

”Avvikelsehanteringen sker efter lokal rutin. Där framgår tydligt vem som gör vad, men det skulle vara önskvärt att utveckla ett teamarbete i avvikelsehanteringen för att nå en helhetsbedömning och en möjlighet att utveckla kommunikationen mellan de olika personalgrupperna i förhållande till den enskilde.” MAS

Under 2011 rapporterades 143 avvikelser i verksamheten av dessa var 12 läkemedelsavvikelser och 23 fall med skada. Enheten hade 2,3 avvikelser per boende vilket är lägre än kommunens genomsnitt på 3,8.

Två avvikelser har bedömts så allvarliga att en Lex Maria anmälan har gjorts. Den ena är en läkemedelshanteringsavvikelse och den andra ett fall med skada.

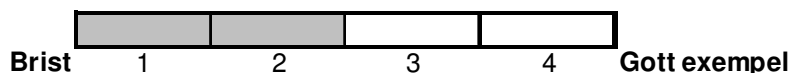
”De två allvarliga händelser som anmälts till socialstyrelsen enligt Lex Maria belyser båda olika kommunikationsproblem där förbättringsåtgärder har vidtagits. Det handlar om att tydliggöra hur alla inblandade vet vem som gör vad. Ansvarsområden behöver tydliggöras och hållbara, kända rutiner måste skapas och följas upp kontinuerligt.” MAS

Fallskador förebyggs genom fallriskbedömningar som från och med nu görs i Senior alert. Exempel på individuella åtgärder som vidtas är fallskyddsmatta, ommöblering och höftbyxor.

All personal har fått en utbildning på plats av hygiensjuksköterska under 2011. Detta följs upp under medarbetarsamtal och på APT. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska följer upp i det dagliga arbetet.

Det finns brister i enhetens kallelselarm som har dokumenterats i samband med larmgenomgång av leverantören Tunstall i april 2012. Kommunens försenade upphandling av kallelselarm har gjort att Jeremiasgården fått leva med driftstörningar under en längre tid.

Jeremiasgårdens har rutiner och arbetssätt som säkrar den enskildes skydd. Enheten behöver dock utveckla teamsamverkan i avvikelsehanteringen och komma vidare i att göra riskbedömningar i senior alert för att få ett högre betyg. De allvarliga händelser som anmälts under 2011 pekar på att ansvarsfördelning och kommunikation inom och mellan personalgrupper behöver utvecklas.



7. Delaktighet

- Personen själv eller tillsammans med anhöriga har möjlighet att beskriva sin livsberättelse, sina önskemål och göra sina målformuleringar. Dessa ligger sedan till grund för vården och omsorgen.
- Planeringen sker tillsammans med den enskilde och/eller anhörig.
- Den boendes vård- och omsorgsbehov bedöms och utvärderas genom att regelbundet följa upp mål i dokumenterade genomförandeplaner.
- Den enskilde har möjlighet att ta del av innehållet i den dokumentation som gäller honom/henne.
- Samverkan sker med andra aktörer utifrån individens behov t.ex. vårdcentral, sjukhus, hemvård, civila samhället.
- Brukarnas behov av att vara en individ ska synas i den individuella planeringen och i enhetens gemensamma värdegrund. Tas hänsyn till jämställdhet och mångfald.

Resultat i brukarundersökning 2012 visar att 65 % av de boende som svarat på frågan är nöjda med delaktigheten (att personalen tar hänsyn till önskemål) jämfört med 64 % totalt i kommunen.

Vid årsskiftet uppgav enheten vid självgranskning att 60 % av de boende hade en godkänd genomförandeplan

Socialt ansvarig samordnare (SAS) granskning av tio journaler gav följande resultat

”Den individuella vård och omsorgsprocessen är den metod som ska användas för att för att ge den enskilde eller dess företrädare utrymme att påverka sin individuella vård och omsorg. Det går generellt inte att följa händelseförloppet över tid i de tio sociala journaler som granskats. Det vill säga från när den enskilde flyttat in, planering av vård och omsorg, genomförandeplan upprättas samt följs upp.

Enhetscheferna är medvetna om bristerna och utmaningarna som de står inför när det gäller den sociala dokumentationen. Cheferna är samtidigt kritiska till den arbetsmetod som de är ålagda att arbeta utifrån. Arbetsmetoden uppfattas som krånglig och genomförandeplanen är svår att arbeta praktiskt med i det vardagliga arbetet. Cheferna har fog för sin kritik och ett nytt arbetssätt kommer att introduceras hösten 2012. Dokumentationskyldigheten kvarstår dock. Medarbetarna berättar att de använder en blankett där de beskriver funktionsnedsättningar och det dagliga omvårdnadsbehovet istället för att prioritera genomförandeplanen.

Utifrån ett tillsynsperspektiv innebär det att vi inte kan följa upp eller kvalitetssäkra på vilket sätt den enskilde har fått påverka sin individuella vård och omsorg. Det innebär inte med självklarhet att delaktigheten för den enskilde brister i praktiken. Men det är inte möjligt att genomföra uppföljningar på verksamheten eller på individnivå.

I de akter som har granskats så framkommer det inte när planen har upprättats. Det ska skrivas i planen, datumet för när planen skapades i DocIT är inte tillräckligt. Detta är ett kriterium för att planen ska bli godkänd. Med en sådan korrigerings skulle antal godkända planer öka.

I sju av tio journaler finns en upprättad levnadsberättelse. Dessa ska dock vara ett levande material och de bör troligtvis uppdateras.

Vid granskningen framkommer ett återkommande utbud av sociala aktiviteter för den enskilde, både individuellt och i grupp. Det återfinns i den löpande dokumentationen (daganteckningar).

Sammanfattningsvis blir bedömningen att den sociala dokumentationen och den individuella vård och omsorgsprocessen är bristfällig och en förbättring krävs över tid. Undertecknad saknar en strategi eller plan för hur man systematiskt arbetar med teamarbete och den individuella vård och omsorgsprocessen. Verksamheten är medveten om "vad" som ska göras men det finns ett utvecklingsområde i "hur" det ska göras.

Med utgångspunkt i granskningskriterier är endast 1 plan godkänd, 2 delvis godkända och 57 inte godkända i de 10 granskade akterna. En plan kan bli delvis godkänd om planen saknar vem som är ansvarig för uppföljning eller datum för nästa uppföljning saknas. Dessa delar kan enkelt kompletteras och påverkar inte den dagliga omsorgen för brukaren.

Godkänd genomförandeplan	1 stycken
Delvis godkänd genomförandeplan	2 stycken
Underkänd genomförandeplan	57 stycken

För att kunna räkna lika på varje journal ska en individ ha sex planer alternativt en plan som omfattar alla sex områden. En plan som omfattar alla sex områden räknas då som sex stycken planer.

Levnadsberättelse

Det är frivilligt för brukaren att upprätta en levnadsberättelse men det ska alltid erbjudas. Det framkommer inte i den sociala dokumentationen att ett erbjudande har gjorts, varken för de som har en levnadsberättelse eller för de som saknas.

Här behöver verksamheten ta fram ett arbetssätt eller rutin som kvalitetssäkrar att brukaren erbjuds att upprätta en levnadsberättelse.

Sociala journalanteckningar (daganteckningar)

Vid genomgång av de sociala anteckningarna så vill vi kunna följa händelseförloppet över tid. Vad har hänt, varför och hur gick det (uppföljning). Jeremiasgården har ett utvecklingsbehov som omfattar framförallt att tydliggöra när den enskilde flyttar in och var som

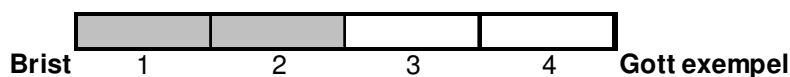
händer därefter. De är dock framgångsrika på att dokumentera sociala aktiviteter.”

SAS

”Teamarbetet visar stora brister, alla arbetar inte tillsammans som ett team, en tydlighet måste skapas och målsättningar och planeringar utvecklas så att brukaren/ individens preferenser kommer fram. Detta kan endast göras med en tydlighet i alla led i form av gemensamma arbetssätt och tydligheter i dokumentationen där sjuksköterska, arbetsterapeut och chef är tydliga ledare i arbetet.” MAR

Rutin finns upparbetad för hur kontakten med läkaren på vårdcentralen sker. Tandhygienist kontakt och tandläkarbesök sker efter behov.

Delaktighet är det område där enheten har sitt största förbättringsområde. Detta grundar sig i granskning av dokumentation där det inte i nuläget går att utläsa att den enskilde varit delaktig i sin individuella planering Teamsamverkan behöver också utvecklas som en del i arbetet med den enskildes delaktighet och inflytande.



8. Anhörigstöd

- Den anhörige ska känna sig välkommen att vara delaktig i vården och omsorgen i den mån önskemål finns.
- Den anhörige blir sedd av personalen och får möjlighet att ställa frågor och själv ge information.
- Anhörigträffar anordnas regelbundet och initiativ tas till bildande av anhörigråd.
- Enheten informerar om och förmedlar kontakt med Anhörigcentrum.

För att anhöriga ska få information och känna sig välkomna för kontaktpersonen och omvårdnadsansvarig sjuksköterska kontinuerligt en dialog med anhöriga då de efterfrågar åsikter och ger information.

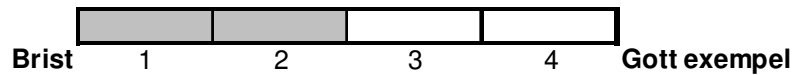
Anhörigcentrum har haft kontakt med några få anhöriga som har närstående på Jeremiasgården. Deras bild är att några anhöriga känner sig välkomna och bjuds in att vara delaktig i vården medan några påstår raka motsatsen.

Anhörigträffar anordnas årligen på varje avdelning och vid något tillfälle för hela huset. Det har funnits ett anhörigråd och försök har gjorts att återuppliva det. Än så länge har det inte lyckats under någon längre period. Anhörigcentrum uppger att ledningen inte varit i kontakt med dem för att starta ett anhörigråd.

Aktuell information om Anhörigcentrum anslås fortlöpande på anslagstavla i huvudentrén. Individuell information förmedlas vid behov eller önskemål.

De anhöriga från Jeremiasgården som Anhörigcentrum har och har haft kontakt med har inte förmedlats via personal på enheten. Detta behöver inte innebära att personalen inte informerar anhöriga och/eller erbjuder sig att förmedla kontakt. Anhöriga kan ju tacka nej till erbjudandet.

Bedömningen är att viljan och ambitionen till ett gott samarbete med anhöriga finns. Enheten behöver fortsätta ansträngningar att skapa ett anhörigråd.



9. Tillgänglighet och information

- Beskrivning om utförarens tjänster och profil finns framtaget och presenterat på kommunens hemsida.
- Skriftlig information finns om enheten med kontaktuppgifter till ansvarig chef och andra nyckelfunktioner.
- Verksamheten ska vara tillgänglig och serviceinriktad. Det ska finnas säkrade rutiner för kontakt via telefon, e-post och vid besök.
- Utföraren ska svara för att den boende får hjälp med information såväl vid tal, syn- och hörselnedsättning som vid annan språktillhörighet. Tolk ska anlitas vid behov. Boendet ska vara väl skyltat för att underlätta tillgänglighet för besökare.
- All personal ska bära väl synliga namnskyltar.
- Finns fungerande klagomålshantering?

Beskrivning av Jeremiasgården som finns på kommunens hemsida uppfyller grundkrav och är uppdaterad. Enheten har också ett informationsblad som delas ut till nyinflyttade.

Ledningen uppger att enheten följer Örebro kommuns tillgänglighetsgarantier och det finns inget som framkommit i klagomål eller annat som pekar på motsatsen.

Enheten har ett flertal personal med skiftande språklig och kulturell kompetens. Totalt ett femtontal olika språk talas av de anställda. Detta är en resurs i som används i det dagliga arbetet. Tolk anlitas vid behov. Teleslingor och Text-TV finns.

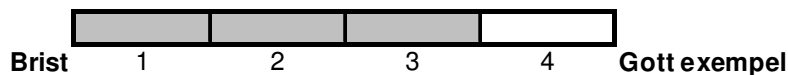
En stor namnskylt finns över huvudentrén och hänvisningsskyltar till de olika avdelningarna finns i entréhallen, Däremot saknas hänvisningsskylt från vägen.

All personal vi möter under granskningen bär namnskylt.

Enheten uppger att man följer kommunens rutiner för klagomålshantering. Man har inte förutom de klagomål som redovisades under kapitel 6 dokumenterat några klagomål under 2011 och 2012. Att

antalet klagomål är få kan ses som positivt men det är samtidigt viktigt att klagomål som kommer in verkligen dokumenteras som en del i arbetet med ständiga förbättringar. Arbetet med klagomålshantering har varit svårt att bedöma då så få klagomål registrerats.

Jeremiasgården uppfyller väl krav på tillgänglighet och information. Man bör se över dokumentation av klagomål.



10. Medarbetarna

- Verksamheten är bemannad dygnet runt med sådan kompetens och med sådan personalstyrka att de boende alltid tillförsäkras en god vård och omsorg.
- Omvårdnadspersonal ska vara utbildad undersköterska eller ha genomgått omvårdnadsprogrammet samt bör ha erfarenhet av vård- och omsorgsarbete.
- All personal ska behärska svenska språket på ett sådant sätt att han/hon kan kommunicera med de boende.
- Medarbetarna ska ha den kompetens, som behövs för att klara av sina arbetsuppgifter.
- Personalomsättningen bör befrämja kontinuitet.
- Nöjda medarbetare? Hur arbetar enheten med resultat från medarbetarenkät?

Jeremiasgårdens omvårdnadspersonal har en bra grundkompetens, nästan alla är undersköterskor (91 %). Övriga har vårdbiträdesutbildning. Som tidigare nämns talas många olika språk i personalgruppen. Nästan alla medarbetare har lyftkörkortsutbildning men det är bara enstaka personer som har fortbildning i palliativ vård enligt uppgifter ur personalsystemet Personec.

Ledningen ser fortsatt att det finns stora behov av utbildning i dokumentation hos medarbetarna. Man ser också behov av påfyllnad i demensvård, även för medarbetarna på vårdboende som inte har demensinriktning. Ökad kunskap i stroke och salutogent förhållningssätt skulle också vara önskvärt om mer utrymme för kompetensutveckling fanns.

Enheten har en erfaren personalgrupp som i många fall arbetat i många år. Personalomsättningen bland omvårdnadspersonalen är låg. Däremot har omsättningen på sjuksköterskor varit större. 2011 slutade två av sex sjuksköterskor på enheten.

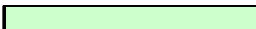
Ledningen anser att medarbetarna behärskar språket i den omfattning som behövs. I vissa fall vore det önskvärt att dokumentationen fungerade bättre. För att åtgärda detta finns en planering på individnivå.

Det saknas fortfarande vägledning nationellt för bemanning på vård- och omsorgboenden. Inte heller i Örebro finns någon rekommendation. Det finns en bemanningsnorm i resursfördelningsmodellen som uttrycks i årsarbetare per brukare men hur man sedan väljer att bemanna över dygnet är upp till enheten. Vid värdering av bemanning har vi jämfört med bemanningsnivåer för demensboende som rekommenderas i en rapport från Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum⁴. Denna utredning ligger till grund för det uppdrag för en nationell bemanningsnorm som pågår.

På sitt täthetsschema har Jeremiasgården bemanningsnivåer som dagtid ligger på rekommendationerna i Stockholmsrapporten. Kvällstid är bemanningen på en jämförelsevis lägre nivå. Detta är ett medvetet val av enheten som vill prioritera bemanning dagtid för att bättre kunna tillgodose de boendes behov. Nattetid räcker resurs till för att bemanna på alla våningsplan. Bedömning är att enheten har lagt ett schema som på bästa sätt nyttjar de personalresurser och andra förutsättningar som finns. Nedan visas Jeremiasgården i jämförelse med Stockholmsrapportens bemanningsnivåer och några av de enheter där verksamhetsuppföljning genomförts.

Antal boende per omvårdnadspersonal i jämförelse mellan några boenden

Enhet	Förmiddag	Kväll	Natt
Stockholmsmodell	3	4,5	Anpassas
Elgströmska huset	4,2	5	20
Södermalmshemmet	4,5	4,5	18
Rosenlund	4	4	20
Backagården	3,2	4,5	19
Klosterbacken	3	5	17,8
Demenscentrum	4	4	12
Löwenhjelmiska huset	2,8	7	18,7
Lindhultsgården	3,4	4,8	12
Berggården	4	6	18
Sirishof	4	4	18,3
Rostahemmet	3,3	4,6	18,4
Skäpplandsgården	4,3	5	15
Adolfsbergshemmet	3,8	4,6	18,3
Ädelgården	3,4	5	15
Jeremiasgården	3,0	5,7	16

 = Uppfyller nationell norm

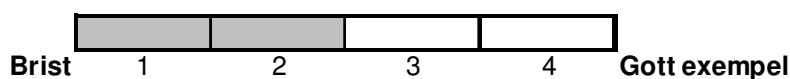
Medarbetarnas kompetens är inlagd och uppdaterad i kommunens personalsystem på alla tillsvidareanställda medarbetare. Registret i personalsystemet ger dock en mycket begränsad bild av medarbetarnas kompetens. Detta är inget som Jeremiasgården ska lastas för utan beror mer på systemets begränsade möjligheter. Förhoppningsvis ska det förbättringsarbete som pågår underlätta registrering. Verktöget behövs för att Jeremiasgården och andra enheter ska få ett underlag för bättre kompetensutvecklingsplaner både på individnivå och enhetsnivå

Korttidsfrånvaron på Jeremiasgården är inte anmärkningsvärt hög men har stigit från relativt låga värden sedan 2009 till 7,3 dagar per anställd vid årsskiftet 2011 (riktvärde 6,4).

⁴ "Lämplig Bemanning på särskilt boende avsedd för personer med demenssjukdom" S-E Wångrell, B Trygg. Rapporter Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2010:10

Medarbetarundersökningen från hösten 2011 visade ett medarbetarindex totalt på 55 (snitt i Vård och omsorg 66). Detta är ett av de svagaste resultaten i Vård och omsorg. Resultatet är ändå en klar förbättring mot index 46 vid undersökningen 2009. De största förbättringarna i resultatet har skett i frågor som rör arbetsorganisation och handlingskraft. Här är man också nära resultatet för den genomsnittliga enheten i Vård och omsorg. Lägst index får man på frågor som berör ledarskap 44 mot snitt 70. Även här finns dock en tydlig förbättring. Noterbart är att ingen medarbetare svarar negativt på den avslutande frågan när man sammanfattar sin arbetssituation och trivsel, trots att det finns ganska många som är negativa i undersökningens andra delar. Ledningen anger att man presenterat och diskuterat resultatet på arbetsplatsträffar.

Jeremiasgårdens medarbetare har en hög grundkompetens även om behov av vidareutbildning behövs inom flera områden. Enheten har ett schema som är väl anpassat efter tillgängliga resurser. Det som drar ner betyget är ett fortsatt svagt resultat från medarbetarenkäten.



11. Hälso- och sjukvård

- Omvårdnadsansvarig sjuksköterska finns för varje brukare.
- Legitimerad arbetsterapeut finns i tillräcklig omfattning?
- Legitimerad sjukgymnast finns i tillräcklig omfattning?
- Den enskilde tar/får rätt läkemedel och rätt dos i rätt tid.
- Läkemedelsgenomgångar genomförs regelbundet där Den enskilde är delaktig.
- Rutiner för läkemedelshantering upprättas och följs.
- Rutin för Medicintekniska produkter och omvårdnadshjälpmedel följs.

Fem av de omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna (OAS) har ansvar för nio boende var då korttidsplatser ingår i ansvaret. En OAS har ansvar 18 permanent boende (två avdelningar). Sjuksköterskeansvaret följer den kommungemensamma uppdragshandlingen med ett lokalt förtydligande.

Legitimerad arbetsterapeut finns enligt bemanningsrekommendation i resursfördelningsmodell men frågan är om det är en tillräcklig resurs utifrån de rehabiliteringsbehov de boende har. För arbetsterapeuten bör en översyn göras hur den befintliga resursen kan användas på bästa sätt. Inte minst för att ge möjlighet att göra aktivitets- och funktionsbedömningar på åtminstone alla på korttidsvård, och stödja personalen att hitta individernas meningsfulla aktiviteter.

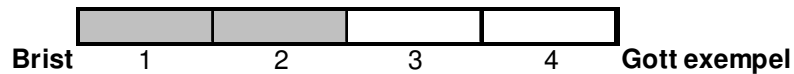
Tillgång till primärvårdens sjukgymnast är i dagsläget tillräcklig och sjukgymnasten kommer till Jeremiasgården enligt lokala rutiner.

”Det finns en omvårdnadsansvarig sjuksköterska för läkemedelshanteringen i alla granskade journaler samt en plan i 9 av 10 granskade journaler. Läkemedelsgenomgångar har inte påbörjats men behovet har påtalats av sjuksköterska till läkare på vårdcentralen.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering utförs av granskare från apoteket vartannat till vart tredje år. Senaste granskningen gjord i november 2011. Resultatet var godkänt med undantag av några små förbättringsområden. Förbättringarna var åtgärdade från förra kontrollen 2009.” MAS

En kartläggning har gjorts av hur många dämpande läkemedel som var ordinerade som stående eller vid behov fanns förskrivna på boendet i oktober 2011.

Enheten arbetar systematiskt med läkemedelshantering men behöver stöd från primärvården i arbetet med läkemedelsgenomgångar. Arbetsterapeutresurs bör användas på ett bättre sätt.



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> - Grundkompetens hos personal - Bra gemensamhetsutrymmen och utemiljö - Aktivitetsamordnare <u>Behöver förbättras</u> - Tillgänglighet till uteplats - Trygghetslarm
Process-kvalitet	Arbetsätt, rutiner, funktion	Dokument, besök	<u>God kvalitet</u> - Arbetsätt för kontinuitet - Arbete med begränsningsåtgärder <u>Behöver förbättras</u> - Genomförandeplaner - Teamsamverkan mellan yrkeskategorier - Maten och måltiden - Dokumentation (Både Sol och HSL) - Aktivitets och funktionsbedömningar
Resultat-kvalitet	Bemötande, trygghet, smärtlindring mfl	Dokument, brukarundersökningar, besök	<u>God kvalitet</u> - Utevistelse <u>Behöver förbättras</u> - Trygghet - Medarbetarnas nöjdhet

Totalt sett bedömer vi att Jeremiasgården i stort sett bedriver en vård och omsorg som lever upp till kommunens krav. För att åtgärda de kvalitetsbrister som identifierats vid granskningen finns ett redan pågående utvecklingsarbete. Ledningen har startat ett arbete med att förbättra dokumentation. Processkvaliteten som mäter hur väl verksamheten är följsam till lagar, riktlinjer mm visar på många fungerande rutiner. Förbättringar behövs i processen dokumentation och i samverkan mellan och inom yrkeskategorier. Utfallet i form av resultat från brukarundersökning 2012 visar att brukarnas nöjdhet har ökat inom de flesta frågeområden.

Sammanställt av Jan Sundelius, planerare